

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS
DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE VITÓRIA – EMESCAM
MESTRADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E DESENVOLVIMENTO LOCAL

ANDRE CARNEVALI DA SILVA

**DETERMINANTES DO SISTEMA DE SAÚDE
PÚBLICA NO BRASIL: PRÁTICAS MÉDICAS E
CAPITALISMO**

Vitória
2011

ANDRE CARNEVALI DA SILVA

DETERMINANTES DO SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: PRÁTICAS MÉDICAS E CAPITALISMO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientador (a): Prof^a Dr^a Maria Helena Rauta Ramos.

Co-orientador: Prof. Dr. Luiz Henrique Borges

Vitória

2011

André Carnevali da Silva

DETERMINANTES DO SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: PRÁTICAS MÉDICAS E CAPITALISMO

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito para obtenção do título de Mestre.

Aprovada em 24 de Fevereiro de 2011.

BANCA EXAMINADORA

Professora Dr^a. Maria Helena Rauta Ramos

Professor Dr. Luiz Henrique Borges

Professor Dr. Perci Coelho de Souza

DEDICATÓRIA

*A Juliana, Marina e
Emília. Mulheres que motivam
constantemente minha formação
como homem, especialmente
como marido, pai e filho.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço os professores do programa de Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Emescam, que muito se esforçaram para minha instrução neste processo de aprendizado.

Em muito especial a professora Maria Helena Rauta Ramos, que além de tudo demonstrou para mim a importância de aprender sempre mais sobre as Ciências Sociais.

Aos mantenedores do Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, que facilitam a sustentação do principal local objetivo da minha formação. Aqui não posso deixar de citar Maria da Penha Rodrigues d'Ávila, fiel combatente deste propósito.

Aos demais funcionários e colaboradores da Santa Casa de Vitória, principalmente ao grupo de anestesiólogistas, que colaboraram com este trabalho ao manterem o serviço em pleno funcionamento durante minhas ausências. Especialmente aos Professores Afonso e Marcos Berriel que outrora me convidaram a fazer parte do serviço.

Agradeço meus pais e irmãos que estiveram comigo sempre, independente da distância geográfica.

Aos meus amigos particulares, pelo apoio incondicional.

Sumário

RESUMO	7
APRESENTAÇÃO	8
INTRODUÇÃO: UM PONTO DE PARTIDA TEÓRICO	12
1 PRIMEIRA PARTE: REFLEXÕES INICIAIS	26
1.1 Afinando a noção de conceitos	27
1.2 Algumas Considerações sobre Práticas Médicas	29
1.3 O Homem Objetivo e suas Práticas	31
1.4 O Homem Objetivo e Subjetivo e suas Práticas	35
1.5 Práticas Médicas	39
1.6 Saúde e Capitalismo	43
2 SEGUNDA PARTE: CONCEITUAÇÃO DAS PRÁTICAS MÉDICAS	52
2.1 Conceitos Relevantes sobre Práticas Médicas	53
2.1.1 Visões Funcionalistas na Compreensão das Práticas Médicas	57
2.1.2 Saúde e Doença como Conceitos para as Práticas Médicas	62
2.2 História da Atenção da Saúde no Brasil	73
3 TERCEIRA PARTE: O CAPITALISMO E AS PRÁTICAS MÉDICAS	99
3.1 O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO	100
3.1.1 Dados coletados em jornais das regiões brasileiras	100
3.1.2 Uma reflexão sobre os dados coletados	115
CONSIDERAÇÕES FINAIS	119
BIBLIOGRAFIA	133

RESUMO

Esse estudo aborda as interferências da lógica do capital (extração máxima de lucros) no campo da saúde, especificamente, nas práticas médicas. A sociedade desfavorece o próprio homem quando a prestação dos serviços em saúde deixa de ser eficaz. Isso ocorre se a saúde, quesito principal para a manutenção da vida, for regulada por essa lógica, ou se as práticas médicas forem tratadas como uma mercadoria. A eficácia, aqui considerada basicamente como a capacidade de cumprimento de metas ou resultados previamente fixados, é relativa ao objetivo que se almeja. As práticas médicas, que são um importante elemento que determina os resultados do sistema de saúde, se orientadas pela lógica do capital (extração máxima de lucros), não se mostram eficazes para a concretização da satisfação das necessidades humanas. Apesar de o sistema de saúde no Brasil, o Sistema Único de Saúde, ter preceitos adequados, mostra sinais de ineficácia para a satisfação das necessidades em saúde, isto porque as práticas médicas que a instrumentalizam parecem visar à extração máxima de lucros.

ABSTRACT

This study addresses the influence of the logic of capital (maximum extraction of profits) in the health field, specifically in medical practices. The society discriminates against the man himself when the provision of health services is no longer effective. This occurs if the health, main item to the maintenance of life is governed by that logic, or medical practices are treated as a commodity. The efficacy is considered here primarily as the ability to comply with previously set goals is on the goal one seeks. Medical practices, which are an important element that determines the outcome of the health system, is guided by the logic of capital are not useful for achieving the satisfaction of human needs. Although the health system in Brazil have adequate provisions, shows signs of inefficiency to meet the health needs, because the medical practices that seem aimed instrumentalize the extraction of maximum profits.

APRESENTAÇÃO

A medicina tem sido minha profissão. Em nenhum momento pensei na hipótese de ser profissional de outra área. Ser médico sempre fez parte da minha essência. Pelo menos, gosto de pensar assim. Em decorrência dessa atividade, já presenciei dor, alegria, esperança e tristeza. Porém, o mais difícil, eu acredito, foi ter experimentado o sentimento da impotência.

Além desses sentimentos, quase sempre percebo outro subjacente. Este provavelmente é fruto da mistura paradoxal de dois outros, pois ao mesmo tempo em que a prática médica me proporciona bem-estar, às vezes aparece um desânimo por não conseguir alcançar os propósitos que vislumbro. Acho que posso dizer que esse texto é um dos resultados objetivos da motivação de resolver essa questão.

A banalização da dor atinge não apenas ao paciente, mas ao médico também. Isso é devido, muitas vezes, a circunstâncias alheias aos médicos, como por exemplo, a falta de recursos ou a posição secundária que a saúde é colocada em detrimento ao sistema econômico.

Alguns leitores poderão acreditar, em algum momento, que um dos meus objetivos pessoais seria propor um modelo não financiado, ou livre de recursos para praticar a nobre profissão. É claro que almejo, como todo mundo, ter uma vida provida e ser reconhecido pelo meu esforço, e acho que todos precisam disso, mas no momento quero sentir que valeu a pena ter abraçado o ideal.

Quando me deparo com situações, em que a demanda altamente reprimida é composta por indivíduos frágeis, gastados pela dor – quando quem mais necessita (do básico) é uma falange de marcados pela desigualdade social que aniquila e que ofende, tanto quem precisa quanto quem pode oferecer, questiono onde vai parar esta situação. Às vezes penso que toda essa discrepância é gerada por um sistema que divide as pessoas em classes.

Esse texto tratará das interferências do sistema econômico no campo da saúde, especificamente, nas práticas médicas. A saúde será considerada como quesito principal para a manutenção da vida, e discutiremos que, ao regular a saúde,

ou as práticas médicas como uma mercadoria, a sociedade poderá estar desfavorecendo o próprio homem.

A sociedade contemporânea, considerada por alguns de “pós-modernidade”, é marcada pelo signo da especialização, da dicotomia e da informática – tudo isso leva à separação dos seres em compartimentos, isolando-os uns dos outros. Há um sentimento de solidão que aflige, já que os homens estão se distanciando, contraditoriamente submetidos a processos cada vez mais globalizados e determinados socialmente. Se o sistema econômico é responsável por isso e, dessa forma, se impõe ao homem uma postura anti-humana – pois, na pressa pela busca, de um lado, de lucros máximos, e de outro lado, de melhores condições de vida, deixa de perceber os semelhantes – temos, necessariamente, que pensar na construção de um mundo melhor para deixar aos nossos descendentes.

E como fazer isto?

Partindo do pressuposto que uma ação gera uma reação, sinto que essa pesquisa poderia ser uma ínfima contribuição (mesmo que acadêmica) na reforma da sociedade. Esse texto pode não responder nenhuma pergunta, mas se trazer reflexões ou novas questões, acho que terei contribuído com algo.

Nosso ponto de vista, não é necessariamente a defesa do socialismo, como também, não se trata de trabalhar de graça e nem proporei a instalação de regulação estatal ou administração coletiva. Esses assuntos não serão o cerne no texto. Trata-se de fazer cada qual a parte que lhe compete – seja o Estado, a sociedade, os grupos sociais ou ainda o indivíduo. Trata-se de focar os resultados, não somente lucros financeiros, mas, principalmente, critérios de atendimento das satisfações e expectativas de uma sociedade que carece de saúde.

Mas a idéia principal é simples. O sistema de saúde pública, que deveria atender todos os brasileiros, parece não atingir os resultados no que tange as necessidades reais em saúde da população. Acredito nisso porque as práticas médicas parecem estar vinculadas às lógicas de extração máxima de lucros e expropriação do trabalho.

O texto desenvolverá concepções, relativas às idéias acima, permeadas pela história da saúde pública do Brasil, de dois modos, o ideal e o real. O primeiro para

demonstrar que teoricamente, pela vivência do povo brasileiro e pelo renascimento da democracia, foram criados preceitos ideais para o sistema de saúde pública. O segundo para mostrar que as determinações da lógica capitalista produzem a sociedade real, impedindo muitas vezes a realização do planejado, o que gera um sistema ineficaz para a saúde.

Existem diversas maneiras de checar uma realidade e a maneira científica de exposição de uma pesquisa realizada recomenda que se enuncie o método utilizado no exame do objeto. Como pode ser verificado, não privilegiamos a pesquisa empírica¹ (VOLPATO, 2007, p. 32). Usamos muito mais o método dedutivo; e para fortalecer nossos argumentos, além de investigação bibliográfica, trouxemos informações extraídas de documentos, jornais e fontes secundárias. Portanto, podemos afirmar que nossa análise baseia-se no método qualitativo, além do que privilegiamos o conteúdo das informações muito mais que dados ou tratamento estatísticos.

O fato de a *saúde* ser um objeto de atenção da sociedade, dado a importância dentre as demais necessidades humanas, faz a imprensa participar com bastantes apreciações a respeito do tema. Inclusive hoje é possível entender um texto da imprensa como uma opinião da sociedade, havendo periódicos que priorizam a formação da opinião pública, pois após a Constituição de 1988, passou a haver garantia da liberdade de expressão, e isso é considerado um elemento essencial para as sociedades democráticas².

Desse modo, usamos o acesso à internet como um recurso recorrente da pesquisa, procurando, especialmente, jornais do Brasil no endereço <http://www.guiademidia.com.br/jornais.htm>, onde se encontram disponibilizados, divididos por Unidades Federativas, independentemente de sua orientação política ou social.

¹ O empirismo é normalmente utilizado quando falamos no método científico tradicional (que é originário do empirismo filosófico), o qual defende que as teorias científicas devem ser baseadas na observação do mundo, em vez da intuição ou da fé. Disponível em <http://pt.wikipedia.org/wiki/Empirismo>, acesso em 30 de Janeiro de 2011.

² Disponível em <http://www.anj.org.br/programas-e-acoas/liberdade-de-imprensa>, acesso em 30 de Janeiro de 2011

Na primeira parte do texto, traremos algumas reflexões sobre as práticas médicas e seu objeto, o homem objetivo e subjetivo, e como o capitalismo parece estar presente nesta relação que a princípio pode ser entendida apenas como biológica. A segunda parte está destinada aos conceitos e contextos que tornam as práticas médicas susceptíveis a influência do sistema econômico. Na terceira parte demonstraremos alguns resultados do sistema de saúde brasileiro provenientes de análise de conteúdo ³ de jornais. Relacionaremos os resultados encontrados com a interferência do capitalismo sobre as práticas médicas, o que parece determinar os resultados do sistema de saúde pública do Brasil.

³ Foram utilizados os Passos na Análise de Conteúdo, contido no livro de Martin W Bauer e George Gaskell, Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som, 6º Ed, Petropolis, RJ, Editora Vozes. p 215.

INTRODUÇÃO: UM PONTO DE PARTIDA TEÓRICO

Marcuse⁴, em sua obra *Razão e Revolução*, nos mostra, baseado na dialética de Marx, que a economia capitalista “[...] se afasta gradativamente, das necessidades humanas concretas e perfaz a integração das atividades e necessidades individuais” (1978, p. 285). Isso é possível graças às relações construídas nas sociedades capitalistas que tentam sujeitar a totalidade das coisas transformando-as em mercadorias. Dessa forma, as colocam sob a lógica de extração de lucros.

De acordo com isso, a teoria marxista elabora, em primeiro lugar, as relações abstratas que determinam o mundo das mercadorias (tais como mercadoria, valor de troca, dinheiro, salários) e delas retorna ao conteúdo plenamente desenvolvido do capitalismo. (MARCUSE, 1978, p. 286)

Lembremos que a produção capitalista não é dirigida para bens de uso, mas visam bens de troca. Sua finalidade é produzir a acumulação de riqueza, produzida socialmente, mas apropriada privadamente.

A questão que levantamos é que as práticas médicas são constantemente colocadas sob esta lógica e, por isso, se distanciam das necessidades humanas por serem tratadas também como mercadorias; e assim pode ter estabelecidas sob esta lógica, valor de troca que a permita competir, em igualdades de condições no mundo do capital. Falaremos disso adiante quando for tratada a questão do consumo de práticas médicas.

Por agora, de nosso ponto de vista, é importante conhecer as faces do capitalismo. É um sistema que depende do consumo de mercadorias, pois, segundo Marx, a coisa só é mercadoria quando tem valor de troca e valor de uso. As mercadorias, determinadas por relações abstratas, que escondem seu segredo, são perpassadas por necessidades concretas.

⁴ Herbert Marcuse (1898-1979). Filósofo alemão de origem judaica, naturalizado norte-americano durante o período nazista. Foi um dos fundadores da “Escola de Frankfurt”, um centro de marxismo independente. Disponível em <http://www.knoow.net/ciencsocioishuman/filosofia/marcuseherbert.htm>, acesso em 01 de Fevereiro de 2011.

Ao prever a sociedade de consumo, Marx diz:

Na produção que se baseia no capital, o consumo é sempre mediado pela troca, e o trabalho nunca tem um valor de uso imediato para aqueles que trabalham. Sua base está toda no trabalho enquanto valor de troca e enquanto criação de valor de troca o trabalhador assalariado, ao contrário do escravo, é ele mesmo um centro independente de circulação, alguém que troca, que coloca seu valor de troca e mantém o valor de troca por meio da troca. Em primeiro lugar: na troca entre aquela parcela do capital descrita como salário e a capacidade viva do trabalho, o valor de troca dessa parcela do capital coloca-se de imediato, antes que o capital surja novamente do processo produtivo para entrar na circulação, ou isso pode ser entendido como sendo em si mesmo um ato de circulação. Em segundo lugar: para o capitalista, a massa global de todos os trabalhadores, com exceção dos seus próprios, não aparece como trabalhadores, mas como consumidores, possuidores de valor de troca (salários), dinheiro, que trocam por sua mercadoria. Eles constituem muitos centros de circulação com os quais começam o ato de troca e pólos quais se mantêm o valor de troca do capital (MARX, 1973, p. 419 apud MANDEL, 1985, p.273-4).

De qualquer modo, Marx fez esta previsão ainda relacionando o consumo de bens criados na indústria, por um trabalho alienado que o produziu. Esse processo possibilita a extração da mais valia do trabalho que, por sua vez, precisa ser expropriado em função da acumulação de capital, objetivo de todo o processo.

No desenvolvimento histórico do capitalismo, o capital se adentra em todas as relações sociais, inclusive nas práticas médicas, colocando-as sob sua lógica, momento histórico que Mandel ⁵ denomina de Capitalismo Tardio.

O capitalismo concorrencial surge como resultado da Revolução Industrial (desenvolvimento da máquina a vapor, produzida manualmente) nos fins do século XVIII. Sua segunda subfase, entre 1848 a 1873, é consequência da primeira revolução tecnológica. A fase imperialista surge no esgotamento da onda longa com tonalidade expansionista, desencadeada por aquela revolução. A segunda revolução tecnológica dá início a uma nova onda longa com tonalidade expansionista, mas não marca – apesar de suas amplas repercussões de toda a ordem – qualquer subfase específica. E somente a partir da terceira revolução tecnológica, em 1940/45, que se inicia a subfase do capitalismo tardio (SINGER, 1985, p. X) ⁶.

No capitalismo se confrontam forças antagônicas, movimentando-se em seu interior, desse antagonismo fundamental, entre capital e trabalho, decorrem outras contradições, secundárias e mesmo de terceira importância em termos de determinações da vida social.

⁵ Ernest Mandel (1923-1995) foi economista e político belga. Especializou-se em crises cíclicas. Disponível em http://pt.wikipedia.org/wiki/Ernest_Mandel, acesso em 01 de Janeiro de 2011.

⁶ SINGER, Paulo “Apresentação” in *O Capitalismo Tardio*. MANDEL, Ernest. Trad. Carlos Eduardo Silveira Matos, Regis de Castro Andrade e Dinah de Abreu Azevedo- 2ª Ed. São Paulo: Nova Cultural, 1985

Para conter essas contradições, no processo de extração de mais valia (espaço fabril) predomina uma ‘lógica de ferro’, no entanto, no mercado verifica-se uma lógica anárquica. De acordo com Mandel,

[...]‘pura’ anarquia de mercado, em que a vida econômica parece determinada por milhões de decisões desconexas de compra e venda, e isso não resulta em caos permanente e em constantes interrupções do processo social e econômico da produção, mas em vez disso, em seu conjunto funciona ‘normalmente’ – isto é, com um grande abalo em forma de crise econômica desencadeando-se (na época de Marx) a cada sete ou dez anos. (MANDEL, 1985, p. 16).

Desse modo, as crises do capitalismo (provenientes das guerras, das inovações tecnológicas, superprodução, concorrência na procura de superlucros, dentre outras) geram movimentações, buscando nichos novos que garantam tais rendimentos, que culminaram na expansão dos serviços, antes orientados a satisfazer as demandas da população, hoje subordinados à criação de valor de troca.

Importante ressaltar a palavra *demanda*, pois consideramos demanda como a procura da sociedade por algo, que pode ser uma necessidade real ou uma necessidade abstrata, ‘fetichizada’.

Marx escreveu:

O luxo é o oposto do naturalmente necessário. As verdadeiras necessidades são as necessidades do próprio indivíduo reduzido a ser natural, bem como luxo anterior – na sociedade burguesa, é verdade, apenas a forma antitética, pois em si mesma coloca outro padrão social como necessário, em oposição ao luxo. Essas questões relativas ao sistema de necessidades e ao sistema de trabalho – em que ponto é preciso tratar deles? – serão vistas em momento oportuno. (MARX ⁷ apud MANDEL, 1985, p. 278)

Vejamos. O sistema capitalista envolve os serviços, e sua lógica tende a induzir percepções de necessidades, para que os produtos (serviços) sejam demandados e consumidos, o que alimenta o sistema. Além do mais, o fato de o sistema capitalista envolver os serviços não o faz excluir sua apresentação ‘clássica’, quer seja, da produção e circulação de mercadorias tangíveis e palpáveis, como por exemplo, os insumos necessários para determinadas práticas médicas.

⁷ Marx, K. Grundrisse. p 528

Então, dessa forma, vislumbramos basicamente duas possibilidades de determinação do capitalismo sobre as práticas médicas, seja pelo consumo de itens relacionados com a referida apresentação ‘clássica’ da lógica capitalista (compra e venda de produtos industrializados), seja pela compra e venda dos cuidados médicos (compra e venda de serviços).

Na primeira possibilidade, podemos refletir que, se alguma tendência fizer com que os critérios de necessidades reais ampliem seu grau de abrangência, pode-se conseguir que determinados insumos tomem a posição de necessários, o que aumentaria seu potencial de comercialização.

Sobre isso, podemos nos referir ao modelo hospitalocêntrico (flexneriano ⁸), com foco na doença. Já que este modelo envolve o comércio de insumos industrializados mais que o modo preconizado pelos princípios da saúde preventiva (foco na saúde), podemos considerar que, se o capitalismo puder influenciar no modo de se atuar no processo saúde-doença, o fará com preferência ao modelo hospitalar, porque mais contribui com sua lógica.

Sobre a segunda possibilidade, pensemos que as práticas médicas, enquanto serviços, inicialmente, deveriam ser “consumidos”, igualmente, por todos, já que todos são homens concretos e têm carências. Acontece que, pela forte correlação das práticas médicas com práticas sociais, percebemos que tal consumo se dá de formas diferentes, o que então o faz depender da classe social ao qual o indivíduo humano encontra-se vinculado, na medida em que a sociedade é dividida pelo capital, entre os proprietários dos meios de produção e os possuidores exclusivos da força de trabalho. Cada classe reproduz em divisão, apresentando uma hierarquia desde estratos superiores àqueles mais inferiores, se levarmos em consideração se poder aquisitivo na aquisição de mercadorias e serviços.

Para Boltanski, nas ‘camadas superiores’ da estrutura de classes, há uma atitude mais reflexiva sobre o corpo. A pouca utilização da força física nas estratégias de sobrevivência conduz a uma maior atenção ao corpo. [...] A

⁸ Abraham Flexner (1866-1959) propôs no Relatório Flexner, mudanças radicais nas escolas médicas do Canadá e dos Estados Unidos da América. Foi publicado em 1910 pela Fundação Carnegie. Suas principais recomendações foram: introdução de critérios mínimos para admissão na escola médica; melhor definição do conteúdo do ensino; cursos com duração de quatro anos, sendo que os primeiros dois anos seriam das ciências básicas e os últimos dois anos de clínica; e mudanças no sistema de financiamento da educação médica (Flexner, 1910). Seu relatório demonstrou que a saúde deveria ser focada por especialistas, basicamente em hospitais.

doença é um processo gradativo, passível de interrupção por medidas preventivas ou terapêuticas precoces; um risco provável de ocorrer no futuro e que é potencialmente previsível. Já nas camadas inferiores, a intensa utilização do corpo para obtenção dos meios de existência corresponde a uma relação instrumental dos indivíduos com seu próprio corpo. O corpo é um 'maquinismo' que necessita de força para funcionar. A doença significa falta de força, impossibilidade de trabalhar, necessidade de reparar a máquina. (CORDEIRO, 1985, p.88)

Na divisão social, um grupo social, pela posição privilegiada que ocupa, com a apropriação privada da riqueza socialmente produzida, se torna hegemônica⁹. Para tal extrato, e mesmo para as frações ditas "superiores", se precisa de um tipo de prática médica que atenda a sua demanda, considerando seu elevado poder aquisitivo. Esse tipo de prática médica, ou é realizado por financiamento próprio, o que faria estar totalmente ligados aos preceitos neoliberais presentes no capitalismo, ou por entidades de empresas médicas, do tipo operadoras de saúde, algumas hoje organizadas em grandes monopólios internacionalizados.

O modelo da empresa médica – ou medicina de grupo – surge como o mais organicamente articulado a indústria da saúde. Funciona com critérios estritos de rentabilidade quanto à clientela que seleciona, controle do trabalho médico, divisão crescente da divisão do trabalho em saúde e controle sobre a clientela, particularmente da parcela dos trabalhadores diretamente produtivos. (CORDEIRO, 1985, p. 206)

Para as camadas consideradas inferiores, aquelas vinculadas aos estratos mais baixos da classe trabalhadora, normalmente restam os serviços públicos. Que devem, no caso da lógica capitalista, oferecer serviços em saúde para que o trabalhador esteja em condições de se reproduzir, inclusive a sua prole, para retornar ao mercado de trabalho para continuar sendo expropriado.

[...] o desenvolvimento da organização da prática médica, das políticas de saúde, da ação institucional dos aparelhos estatais de saúde representam um dado sistema de correlação de forças entre as classes e frações de classes (CORDEIRO, 1985, p. 208)

É possível perceber duas maneiras de praticar a medicina que são dependentes do contexto social que o paciente se encontra. Aquela da medicina de natureza privada, baseada nas demandas das classes 'superiores' que pagam por

⁹ O conceito de hegemonia elaborado por Gramsci com vistas a explicar, através do ideológico e do político, as condições de sujeição das classes dominadas, permite apreender as relações entre as classes no sentido de direção cultural e política. Distinguindo a 'sociedade civil' da 'sociedade política' ou 'estado', Gramsci refere-se à função de 'hegemonia' exercida pelo grupo dominante e à função de 'domínio direto ou de comando' exercido pelo Estado como organização político-jurídica expressa através da obtenção de um consenso coletivo a cerca da orientação impressa ao poder pelo grupo dominante, quer através da direção intelectual e moral, quer através da coerção por via dos tradicionais aparelhos repressivos do Estado. (DONNANGELO e PEREIRA, 1976, p. 40)

serviços, ou a da prática médica do sistema público, voltada para as demandas universais da sociedade, mas que acaba sendo dirigida para as camadas mais empobrecidas da classe trabalhadora.

Na produção social da sua vida, os homens entram em determinadas relações necessárias e independentes de suas vontades, relações de produção, que correspondem a uma determinada fase de suas forças produtivas materiais. O conjunto dessas relações de produção constitui a estrutura econômica da sociedade, que tem uma base real sobre a qual se levanta uma superestrutura jurídica e política e à qual se correspondem a determinadas forças sociais de consciência [...] o modo de produção de vida material, condiciona, portanto, em geral, o processo da vida social, política e espiritual (MARX, 1970 apud GARCIA, 1972, p. 109).

Isto é, as camadas ditas ‘inferiores’ não dominam as relações de produção que, por sua vez, constituem a estrutura econômica da sociedade, sobre a qual se erguem a superestrutura jurídica e política que, enfim, contribui para a manutenção desse sistema de exploração.

No modo de produção capitalista, o mesmo cuidado não tem o mesmo significado diante das diferentes classes sociais. Assim, para o proletário que vende sua força de trabalho, a manutenção e recuperação de determinados valores vitais significa a manutenção do valor de troca de sua força de trabalho, desta maneira, se, imediatamente, a saúde significa um valor de uso para o seu detentor, imediatamente é transformado em valor de troca para a sua própria sobrevivência e em valor de uso para o seu comprador, dentro do processo produtivo (AROUCA, 2003, p. 226).

Um ponto que poderia ser levantado estaria relacionado à maneira de executar práticas médicas aos grupos sociais de menor poder aquisitivo. Estão arroladas as questões da manutenção do trabalho e da proteção que a superestrutura política e jurídica oferece ao sistema.

As tecnologias (duras ¹⁰, de acordo com Merhy, veremos adiante) estão enraizadas nas práticas da medicina e estas são responsáveis por alguns fatores que mantém a lógica capitalista. O principal fator estaria relacionado com a comercialização das práticas médicas por intermédio das tecnologias.

[...] são os intermediários nas relações médicas – a tecnologia na relação entre médico e paciente ou entre profissionais que, afinal, representam um intermediário também na relação entre o médico e seu saber, além de seus equivalentes na esfera da organização e comercialização dos serviços médicos: a empresa, os seguro-saúde e o Estado. (SCHRAIBER, 2008, p. 204)

¹⁰ Merhy criou o conceito de tecnologias “leves”, “leves-duras” e “duras”. Considerou como tecnologia “dura” os equipamentos e as máquinas; as “leves-duras” como os saberes tecnológicos clínicos e epistemológicos; e as tecnologias “leves” seriam ligadas aos modos relacionais de agir na produção dos atos de saúde.

As tecnologias (duras) normalmente são produzidas, comercializadas ou mantidas por empresas que atuam no mercado, conforme a lógica da extração de lucros. Se atualmente as tecnologias se relacionam fortemente com as práticas médicas, importante conceber a possibilidade de determinação da lógica capitalista também por este prisma.

E, considerando o conhecimento médico um monopólio, se este está fortemente relacionado às tecnologias, a relação capitalista que disso pode advir é superior às outorgas do restante da sociedade. Isso é, o médico determina qual tecnologia será usada no (ou com o) paciente, pelo poder da soberania conferida a ele pelo monopólio do conhecimento. Trataremos mais do assunto tecnologias adiante.

O que importa agora é demonstrar que as práticas médicas podem ser determinadas pelo capitalismo, sendo elementos fundamentais dessa análise o trabalho e o Estado, e no processo de relações sociais, o consumo de itens, as tecnologias empregadas, enfim, um conjunto completo que pode ser sinérgico ao cumprimento de algum tipo de eficácia.

Na antiguidade, o trabalho constituía uma condição humana vil, destituída de privilégios. A minoria dominante vivia de regalias, jamais de trabalho, atividade que era desenvolvida por escravos e pobres.

O enobrecimento do trabalho veio somente com o advento da sociedade burguesa. Viver de algum trabalho, socialmente admitido, passou a ser dignificante e isso encontrou expressão na teoria do trabalho-valor de Smith e Ricardo¹¹, segundo a qual, o valor dos bens decorre do fato fundamental de serem cristalizações do trabalho.

Gorender afirma que “[...] nenhum autor colocou o trabalho em tão alto conceito como Marx” (1999, p. 179), que “[...] abordou o trabalho sob o enfoque dialético das contradições que o marcavam” (Idem). Além disso, para Marx, o trabalho é como um elemento que distingue os homens dos animais – componente

¹¹ Segundo esta teoria, o preço de uma mercadoria reproduz a quantidade de tempo de trabalho nela colocado, sendo o trabalho o único elemento que realmente gera valor.

de sua constituição ontológica, pela característica do homem de produzir seus próprios meios de existência torna-se socialmente um ser racional.

Para Marx “[...] o trabalho é uma necessidade eterna da espécie humana e se diferencia da atividade de qualquer espécie” (Idem). Sendo o trabalho a fonte das riquezas, se constitui como o criador do valor na economia de mercado, assim “[...] *mediante ao trabalho, o ser humano transforma a natureza e a submete às suas necessidades*” (Idem). Porém, o trabalho produzido na sociedade burguesa, em troca de salário, é um trabalho alienado. Isso porque, despossuído de seus meios de produção, também o produto de seu trabalho é alienado, sendo apropriado pelo capitalista, que se tornou proprietário dos meios de produção, condição de exploração da força de trabalho. O que o trabalhador produz para si são condições precárias de vida, que lhe geram doenças e infelicidade. Enquanto para o capitalista, o trabalhador produz riqueza e condições materiais de vida em abundância. Embora o assalariamento determine que o trabalhador seja juridicamente um ser livre, o “[...] *trabalhador assalariado produz o capital, que o explora e agrilha*”. A mesma lógica que produz alienação ao trabalhador, no processo de produção, produz o “fetichismo” da mercadoria, raiz da “alienação” (GORENDER, 1999, p.179-80).

A citação a seguir resume as relações entre o trabalho e capital.

No modo de produção capitalista, o valor de uma mercadoria é determinado fundamentalmente pela quantidade de trabalho humano gasto na sua produção (capital variável), de tal forma que o seu valor final é a soma de todos os momentos da sua produção. A característica dessa produção é a transformação da força de trabalho em mercadoria, e, como tal, o seu valor é determinado como o de qualquer outra mercadoria, pelo tempo de trabalho necessário à sua produção e reprodução. Porém, quando o trabalhador entra na produção, este não é incorporado ao seu valor como se fosse um adiantamento ao capitalista, já que os custos da formação da força de trabalho são atribuídos ao Estado e, portanto, socializados. Neste ponto, temos a primeira articulação da Medicina, que deve participar na produção da força de trabalho através dos serviços de atenção materno-infantil, em que o médico é freqüentemente assalariado do Estado, nos programas de Saúde Pública (AROUCA, 1975, p.162).

O que o autor refere (também) como contribuição da Medicina para a lógica capitalista é o fato de que as maternidades são financiadas pelo Estado e que isso já seria um custo (socializado) da formação da força de trabalho, no caso, das crianças que nascem e que serão submetidas ao trabalho alienado quando adultas.

Na história do trabalho do homem relacionado às práticas médicas e ao Estado, podemos pensar no nascimento da medicina social (Europa, século XVIII), pois, na forma da extração da mais-valia e trabalhos extenuantes, tornou necessário que o trabalhador se submetesse à lógica do capital e passasse a ser um consumidor de saúde conforme as determinações do Estado – que instituíram políticas públicas para este fim. “A assistência à saúde dos trabalhadores, com a industrialização nos países centrais, foi sendo assumida pelo Estado; ao mesmo tempo do nascimento da medicina social.” (BRAVO, 2008, p. 89)

Este trecho representa uma idéia importante relacionada ao trabalho e as práticas médicas.

Em síntese, podemos dizer que a articulação fundamental da Medicina refere-se à manutenção, recuperação e reprodução da força de trabalho, à manutenção e recuperação de valores de uso para as classes hegemônicas, sendo o trabalho médico diretamente produtivo quando possibilita um acréscimo na mais-valia, e improdutivo quando se refere à pura relação de troca comercial e, finalmente, é indiretamente produtivo quando se refere à reprodução da força de trabalho e atendimento do exército de reserva¹². (AROUCA, 1975, p. 164)

Desse modo, vemos que a Medicina e as práticas médicas não são relacionadas ao capitalismo simplesmente por estarem envolvidas passivamente com o Estado e suas políticas de saúde (que podem ser consideradas uma superestrutura para o capitalismo). Estão relacionadas com o capitalismo na concepção de sua função básica de tratamento de doentes (ou prevenção de agravos), e assim, mantêm o trabalhador atuante. As práticas médicas, sob esta

¹² Para Marx., o nível salarial varia para cima e para baixo do nível de subsistência. Essas variações seriam causadas pelo excedente populacional relativo, ou seja, por um excesso de trabalhadores que não consegue emprego. Este excesso de trabalhadores é denominado exército industrial de reserva. Uma parcela desses desempregados foi substituída por máquinas. A outra parcela é composta por jovens que sequer conseguiram um emprego. O mercado de trabalho é incapaz de absorver a todos que procuram emprego. Essa reserva de trabalhadores fica a disposição da burguesia e impede que os salários subam. Quase sempre há um excesso de oferta de trabalho, que pode diminuir numa situação de guerra ou de boom econômico. Nos momentos de crise econômica o desemprego aumenta e o exército industrial de reserva se amplia. A própria busca dos trabalhadores por emprego faz com que os salários caiam – fato que decorre da competição entre os trabalhadores. Nos momentos de expansão econômica, a situação se inverte e os salários tendem a subir. Quando o nível salarial se eleva muito, ele pode diminuir o lucro dos capitalistas. A tendência será, então, substituir homens por máquinas ou simplesmente deixar de investir. No primeiro caso, há um esforço para diminuir os custos e aumentar a produtividade. No segundo caso, há simplesmente desemprego. Em ambos os casos o exército industrial de reserva aumenta. Portanto, o exército industrial de reserva é importante para o capitalismo na medida em que representa, além de uma reserva de trabalhadores, uma espécie de controlador do nível salarial. É interessante para o grande empresário que haja desemprego em certo nível. Nem tão baixo, a ponto de os salários aumentarem e o lucro diminuir; nem tão alto, a ponto de não haver mercado consumidor para seus produtos.

consideração, estão duplamente relacionadas com o capitalismo. Seja pelo atendimento a trabalhadores, seja por cumprimento das normas superestruturais do sistema capitalista.

De qualquer modo,

[...] o custo do cuidado médico, que pode ser considerado uma necessidade básica que poderia contribuir para um decréscimo da razão, por um lado, é pago pelo trabalhador e, pelo outro, é incorporado ao custo do produto e, portanto, socializado. Assim, selecionando, mantendo e recuperando a força de trabalho, aumentando a sua produtividade, diminuindo os riscos a que ela está submetida, a Medicina participa da organização do processo produtivo, diminuindo o tempo de trabalho necessário e aumentando a mais valia produzida. Desta forma, o cuidado médico é um trabalho humano que, incorporado à mercadoria 'força de trabalho' cria valores, contribui para a diminuição relativa do seu valor (tempo de trabalho necessário) e para o aumento dos valores que ela cria (mais valia) (AROUCA, 1975, p. 163)

Se considerarmos o corpo, no modo de produção capitalista, um instrumento de produção e, de alguma forma, um elemento componente do poder-força do Estado, ele se torna uma realidade bio-política. Por conseqüência, a medicina torna-se uma estratégia bio-política, cujo desenvolvimento estava amparado nas malhas institucionais do Estado, instrumentalizando-o para que fosse capaz de praticar uma política nacional e permanente. Nesse sentido, a medicina que se desenvolveu no capitalismo foi uma medicina social do indivíduo e da população, e seus objetos passaram a ser o doente singular e coletivo. Isso ocorreu a partir de um cruzamento de técnicas disciplinares e do saber clínico dentro do hospital (FOUCAULT, 2000). Apesar de Foucault se referir ao nascimento da medicina social na Europa no Século XVIII, observamos que estrutura análoga a estratégia bio-política se mantém.

Vimos que as práticas médicas são influenciadas pela lógica do capitalismo também no que se refere ao trabalho, e que o Estado provavelmente executa papel adjuvante nesta relação.

No âmbito desta análise está circunscrito às modalidades de articulação "medicina-estrutura social" em sociedades capitalistas. Uma das delimitações possíveis do parâmetro de análise: as exigências de reprodução de um dado tipo de estrutura econômica, política e social, cuja organicidade não se encontra dada "a priori", mas deve ser continuamente recomposta pela manipulação das contradições que a permeiam. [...] a idéia básica que se quer investigar: a de que a especificidade das relações da medicina com a estrutura econômica e a estrutura político-ideológica das sociedades em que domina a produção capitalista se expressa na forma pela qual a prática médica participa da reprodução dessas estruturas através da manutenção da força de trabalho e da participação no controle das tensões e antagonismos sociais (DONNANGELO e PEREIRA, 1976, p. 14).

Isto é, apesar de o Estado ter o dever de representar os interesses coletivos, parece que o poder público oferece uma 'estrutura' para o sistema capitalista, em sociedades capitalistas.

[...] Marx examina sempre os diversos momentos e expressões das relações capitalistas. Ele reconhece que 'a anatomia da sociedade deve ser procurada na economia política', isto é, na análise das relações de produção. Mas entende que, para conhecer as relações de produção, é preciso examinar desde o grau de desenvolvimento das forças produtivas e das relações de produção até as relações e estruturas jurídico-políticas, jamais perdendo de vista as suas especificidades e os seus encadeamentos recíprocos. Inclusive as interpretações precedentes e contemporâneas são examinadas criticamente, como dimensões ou expressões ideológicas e teóricas desse modo de produção. Todo este trabalho intelectual está orientado pela convicção de que não se pode compreender a sociedade se não se examinam os encadeamentos, desdobramentos e determinações recíprocos das forças produtivas, relação de produção, estruturas políticas e modalidades de consciência (IANNE, 1982, p. 23).

Acontece que

[...] isto não significa que as 'políticas sociais' correspondam sempre e estritamente aos interesses dominantes, mas apenas que, manipuladas dentro de certos limites, elas não ameaçam a estrutura do poder e, como tal, adquirem sua potencialidade de utilização no processo político. (DONNANGELO e PEREIRA, 1976, p. 45)

Apesar dessas idéias que relacionam o Estado com o sistema capitalista, lembramos que esta problemática foi amplamente estudada por autores marxistas, como Althusser, Gramsci e, mais recentemente Acanda, dentre outros. E além de ser um assunto extenso e repleto de divergências teóricas, não é objetivo da nossa discussão.

O que discutimos é que o Estado constituído pelas relações de produção capitalista é um Estado capitalista, estrutura política, jurídica e ideológica apropriada à lógica de exploração do capital. Portanto, longe de não se contrapor, parece contribuir na determinação do capital sobre as práticas médicas. Sua participação na exploração e dominação do capital, enquanto superestrutura jurídico-política, mantém e reproduz as relações sociais capitalistas. Além do mais, as relações mercantis quando submetem os serviços, antes voltado para o atendimento de necessidades sociais, a lógica de extração de lucros máximos, oportuniza a criação de grandes corporações, algumas constituídas dos próprios médicos, que participam da classe hegemônica, beneficiando-se de tal superestrutura.

Entendemos que o fato de o capitalismo interferir na medicina, isso decorre de um processo histórico socialmente determinado.

O contexto histórico determina como serão as relações sociais, portanto como se desenvolverão as práticas médicas. Na antiguidade, a medicina era fortemente relacionada com quesitos religiosos; na Grécia antiga, passou-se a buscar uma base racional e sistemática para os saberes e fazeres terapêuticos, não apenas com o propósito de orientar o tratamento das doenças e o cultivo da saúde, mas especialmente para fundamentar e justificar, perante a *polis*, o justo valor dessas práticas (SCHRAIBER, 2008, p. 13). Depois, passou a ser assumida pelo Estado, que assistia aos pobres e desvalidos. No processo de crescimento das cidades, nas sociedades capitalistas, emergem novas necessidades materiais (MERHY, 1985, p. 68). Isso proporciona a lógica capitalista e suas relações.

A medicina passou a ocupar um lugar marcadamente definido como prática social no mundo ocidental, em vigência do nascimento do capitalismo, em oposição ao seu caráter estritamente individual e privado da sociedade feudal. No século XVII, a medicina tomou como objeto o conjunto da população, proporcionando ao Estado um instrumento de intervenção sobre a vida social. Desse modo evolui para um poderoso instrumento de regulação social e controle médico-político. Isso já aponta o caráter do estado capitalista, de controle de classes dominadas. Seu processo de disciplinarização da vida social representou uma nova técnica de gestão do homem, o que possibilitou analisar suas multiplicidades, utilizá-las ao máximo e delas extrair o melhor rendimento.

A análise da articulação da medicina com o político e o ideológico encontra suporte em muitos estudos que se aplicam a medicina, quer no campo do saber, quer como conjunto de práticas cristalizadas em instituições-hospitais, escolas médicas, quer como serviço, cuja produção e consumo se estruturam conforme a dinâmica política. É o caso das análises de Foucault [...] sob a forma de uma história política da sociedade capitalista, a partir do século XVIII. (DONNANGELO, 1976, p.42).

Foucault relata que um dos objetivos em tornar a medicina um elemento de controle da sociedade seria a necessidade imposta pela produção industrial em relação ao trabalho, a partir do século XVIII, na Europa. Isto porque se tornou necessário mais pessoas na indústria, e, desse modo a idéia seria tornar o indivíduo pobre útil para a produção. Se antes, no século XVII, os procedimentos médicos hospitalares se resumiam em controlar a população dos pobres para que não

contaminassem os mais abastados, o contexto histórico posterior determinou a necessidade de dar utilidade a estes pobres.

Uma análise sobre os ‘bons pobres’ e aqueles que não querem trabalhar pode ser considerada uma análise da ociosidade, que separa os que podem trabalhar e os que não querem (os ociosos voluntários e os desempregados involuntários). Esta análise teve como objetivo

[...] substituir a sacralização um tanto global do ‘pobre’ [...] e tornar a pobreza útil fixando-a no aparelho de produção. [...] delineia-se, assim, a decomposição utilitária da pobreza, onde começa a aparecer o problema específico da doença dos pobres em sua relação com os imperativos do trabalho e da necessidade de produção (FOUCAULT, 2004, p. 196).

Assim, se inicia uma política de saúde, orientada na doença (portanto, o uso do prefixo noso, que significa doença) que tinham metas de cumprimento com a lógica de acumulação de capital. A nova noso-política inscreve a questão específica da doença dos pobres no problema geral da saúde das populações; e se desloca do contexto estreito dos socorros de caridade para a forma mais geral de uma ‘polícia médica’ com suas obrigações e serviços.

Pode-se dizer que se trata da preservação, manutenção e conservação da ‘força de trabalho’. Mas, sem dúvida, o problema é mais amplo: diz respeito aos efeitos econômico-político da acumulação dos homens. O grande crescimento demográfico do Ocidente europeu durante o século XVIII, a necessidade de coordená-lo e integrá-lo ao desenvolvimento do aparelho de produção, a urgência de controlá-lo por mecanismos de poder mais adequados e mais rigorosos fazem aparecer a “população” [...] esboça-se o projeto de uma tecnologia da população [...] nesse conjunto de problemas, “o corpo” – corpo dos indivíduos, corpo das populações – surge como portador de novas variáveis: não mais simplesmente raros e ou numerosos, submissos ou renitentes, ricos ou pobres, validos ou inválidos, rigorosos ou fracos e sim mais ou menos utilizáveis, mais ou menos susceptíveis de investimentos rentáveis, tendo maior ou menor chance de sobrevivência, de morte ou doença, sendo mais ou menos capazes de aprendizagem eficaz (FOUCAULT, 2004, p. 198)

Além disso, a noso-política da época instituiu regras para a efetivação desse controle. Uma delas diz respeito ao relacionamento familiar. São codificadas as relações pais-filhos, iniciando assim uma teia de relações sociais. O “laço conjugal” passa a ser um organizador das futuras descendências, e então, serve para organizar o que será a matriz do indivíduo adulto e, dessa forma, ‘fabricar’ um ser humano mais elevado ao estado de maturidade. Assim, com regras familiares instituídas e pautadas pela política de saúde (noso-política) se pode desenhar uma civilidade apta a condizer com o que se espera dentro da sociedade capitalista.

Considerando que as forças produtivas no mundo Ocidental se desenvolveram no decorrer da história, e considerando que podemos identificar situações atuais em que se vislumbra semelhança com as variáveis do corpo (impostas pela produção), descritas por Foucault, concluímos que, de fato, a medicina tem algum grau de poder no controle da sociedade. Por causa de uma necessidade de maior produção industrial, foram criadas políticas públicas que tornam as práticas médicas eficazes para o sistema capitalista.

Foucault levanta “[...] a hipótese de que com o capitalismo, não se deu a passagem de uma medicina coletiva para uma medicina privada” (FOUCAULT, 2004, p. 80). Para ele, ao contrário, “[...] o capitalismo desenvolveu-se em fins do século XVIII [...] e socializou um primeiro objeto, que foi o corpo enquanto força de trabalho” (Idem). Na sua análise, concluiu que “[...] foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política” (Idem), sendo consequentemente a medicina uma estratégia bio-política.

Para finalizar essa introdução ao conjunto de hipóteses que desenvolvemos no corpo desse trabalho, que nosso objetivo não é esgotar as possibilidades de críticas sobre o assunto, mesmo que algumas vezes asseveramos com muita veemência. A idéia principal é demonstrar que as práticas médicas (ocidentais) foram historicamente construídas no bojo da consolidação das relações de produção capitalistas, nela se entranhando e de cada época extraíndo elementos para constituição de seu desenvolvimento.

1 PRIMEIRA PARTE: REFLEXÕES INICIAIS

1.1 Afinando a noção de conceitos

Estudaremos práticas médicas, capitalismo, relatividade da eficácia e sistema de saúde; no caso, o brasileiro. São assuntos diversos, aqui considerados elementos de uma relação a ser demonstrada. Também pelo motivo da problemática abordada se constituir de diversos elementos, não se pretende esgotá-los um por um; mas o motivo principal de não detalhá-los, é que o objetivo deste texto está em relacioná-los, pois acreditamos que as práticas médicas, influenciadas pelo capitalismo, determinam os resultados do sistema de saúde do Brasil. Portanto, o mais importante será agregar alguns conceitos, dentro de uma visão de conjunto, a respeito de cada um dos elementos, mas buscando sua relação.

Uma vez que não nos deteremos particularmente em cada elemento, se faz necessário que identifiquemos o que pretendemos fazer – conceituar, relacionar e contextualizar. Importante dizer que conceituar não é definir. Definição está relacionada com a delimitação de algo. Tem finalidade terminativa, conclusiva. Se determinado elemento está definido, sua definição o representa, e vice-versa. Conceitos estão relacionados com a soma de enunciados considerados verdadeiros sobre o que se pretende elaborar (DAHLBERG, 1978, p. 101-7). Consideramos aproximações à verdade as concepções apresentadas, pois foram extraídas da literatura clássica sendo aceitas pela academia. Sabemos disso pelas inúmeras citações em trabalhos acadêmicos que os autores arrolados aqui aparecem.

Desse modo, são explanados preferencialmente os conceitos necessários para que os elementos da análise sejam relacionados, assim, acreditamos que determinada característica possa ficar sem uma abordagem precisa caso não haja tal necessidade (na relação que objetivamos demonstrar). Isso pode dar a impressão de superficialidade, pois algumas características, de algum elemento da relação, podem não estar contidas no texto. Mas, como anteriormente mencionado, a idéia não é esgotar o assunto sobre os elementos, e sim, relacioná-los para demonstrar que as práticas médicas são influenciadas pela lógica capitalista, e que isso determina resultados em saúde pública.

Além de relacioná-los, mostraremos que a formulação do sistema público brasileiro atual, o Sistema Único de Saúde (SUS), tem base teórica orientada para a satisfação das necessidades em saúde da sociedade brasileira, apresentando preceitos ideais. Tentamos demonstrar como essa base teórica foi desenvolvida dentro do contexto histórico da saúde pública do Brasil. Apesar da base filosófica adequada, o SUS apresenta sinais de ineficácia no que tange ao cumprimento das necessidades de saúde de grande parte da população brasileira. Acreditamos que isso ocorre porque as práticas médicas sofrem interferências da lógica da extração de lucros, que determina certas regras em uma sociedade capitalista. Dessa forma, o sistema é ineficaz para a saúde da sociedade, mas provavelmente eficaz para a lógica capitalista.

Mostraremos que os contextos históricos, subjacentes à realidade da sociedade também, foram responsáveis pelos resultados obtidos, e isso é relacionado com os preceitos capitalistas.

Percebe-se que mostraremos duas situações, ideal e real. A situação ideal está associada com os melhores preceitos para a saúde pública, e que está presente na formulação do SUS. A situação real está associada aos preceitos da lógica capitalista, o que teria determinado características das práticas médicas, desde sua criação até seu contexto atual, influenciando sua execução. Isso prejudica a efetivação do que consideramos adequado para o sistema de saúde.

Ideal e real é uma ampla discussão filosófica. Aqui consideraremos como “objetos que não se tocam”. O que é ideal não está na realidade e vice-versa.

Quando o teórico elabora sua teoria, evidentemente não pensa estar realizando essa transposição [a realidade para o plano das idéias], mas julga estar produzindo idéias verdadeiras que nada devem à existência histórica e social do pensador. Até pelo contrário, o pensador julga que com essas idéias poderá explicar a própria sociedade em que vive. Um dos traços fundamentais da ideologia consiste, justamente, em tomar as idéias como independentes da realidade histórica e social, de modo a fazer com que tais idéias expliquem aquela realidade, quando na verdade é essa realidade que torna compreensíveis as idéias elaboradas. [...] Tanto num caso como no outro, a realidade é considerada como um puro dado imediato: um dado dos sentidos, para o empirista, ou um dado da consciência, para o idealista. Ora, o real não é um dado sensível nem um dado intelectual, mas é um processo, um movimento temporal de constituição dos seres e de suas significações, e esse processo depende fundamentalmente do modo como os homens se relacionam entre si e com a natureza. Essas relações entre os homens e deles com a natureza constituem as relações sociais como algo produzido pelos próprios homens,

ainda que estes não tenham consciência de serem seus únicos autores.
(CHAUI, 1980, p. 8)

1.2 Algumas Considerações sobre Práticas Médicas

É óbvio dizer que a saúde é importante. A humanidade ao preservá-la, se sustenta e se reproduz socialmente. A questão é que, quando se aprofunda nesse tema, se percebe o prejuízo que pode ser causado à saúde pelo modo que a sociedade a trata, o que contraria a então inquestionável necessidade de nos mantermos vivos enquanto espécie.

Isto porque consideraremos principalmente as práticas médicas em seu âmbito social. A idéia central que será apresentada no texto é esta: A sociedade está prenha da lógica capitalista e, as relações sociais provindas dessa lógica, de nosso ponto de vista, são deletérias à saúde dos grandes contingentes sociais, por que interferem nas práticas médicas.

Como se percebe, trataremos principalmente de práticas médicas e capitalismo. Sobre tudo sobre a influência da segunda sobre a primeira. Serão analisados os problemas possíveis, ou mais apropriadamente, os problemas existentes, das práticas médicas decorrentes do modo de viver sob a lógica capitalista. Neste sentido, pelo fato de as práticas médicas serem, portanto, as variáveis dependentes em função do capitalismo, estas serão amplamente abordadas. O capitalismo será considerado, no dizer da metodologia, a variável independente, ou determinante. E, além de estar vastamente definido, analisado, e discutido na literatura, também é, principalmente, nosso ponto de partida como referência teórica. É claro que se podem ter diversas opiniões sobre o capitalismo, na análise de sua evolução histórica, no entanto qualquer abordagem não se desconsidera sua importância para as relações sociais, podendo assim classificá-lo

como uma variável independente. De toda maneira, utilizamos apenas as idéias da lógica ou coerência capitalista e, portanto, não se discutem os pontos que podem trazer conflitos de opiniões sobre o tema, afastando-nos da possibilidade de ocorrer viés nesse texto.

Enfim, a saúde, em todas suas possíveis categorias de análise, representa a essência dos valores humanos. Grosso modo, sem saúde, não é possível a execução de nenhum ato por parte do homem.

O modo de instrumentalizar a saúde por parte do homem será chamado, a princípio, de práticas de saúde, genericamente; ou práticas médicas na medida em que especificamos o caso da medicina. As práticas de saúde são compreendidas como instrumentos ou operações do processo de trabalho em saúde. Podem ser classificadas em diferentes aspectos; individuais ou coletivas, conforme a extensão populacional que se pretende atingir; práticas clínicas, quando se utiliza saberes do que é relacionado ao homem no pensamento biológico. Podem ser consideradas curativas, que objetiva a cura da doença; preventiva, que objetiva evitar o aparecimento de doenças; promocional, quando o objetivo é fortalecer as condições que potencializam a saúde, como a qualidade de vida; ou vigilância à saúde, quando se espera que, sob um monitoramento, se alcance condições de manutenção de saúde e bem estar. Entretanto, transcendendo a lógica biológica, existem estudos que reportam ao respaldo das ciências sociais a compreensão do processo de trabalho médico.

De qualquer forma (e conceitos à parte), as práticas de saúde refletem o modelo de atenção que são implementados para a saúde da sociedade – seja por meio dos conhecimentos técnicos ou políticos que são utilizados durante sua execução, ou dos instrumentos adotados, sejam clínicos, epidemiológicos ou sociológicos – já que, atualmente, a saúde é considerada um direito do cidadão.

Agora, a tarefa básica do médico, na atualidade, consiste em restaurar a saúde do corpo de qualquer pessoa atormentada pela doença (SIGERIST, 1974, p. 10). Dessa forma, ser doente significa sofrer de algo ou sentir dor. Assim, a doença quebra o ritmo da vida e coloca uma fronteira para a existência humana.

Os homens (e as mulheres) são iguais na capacidade infinita de

aprendizagem e de se interagirem. No entanto, apresentam algumas heterogeneidades, como por exemplo, em tamanho e idade. Mantendo esse raciocínio – os doentes são homens ou mulheres e, porque pertencentes a classes sociais diferenciadas, apresentam níveis distintos de educação e de atendimento de suas necessidades básicas, com acesso diferenciado ao usufruto da riqueza socialmente produzida. Vinculam-se a diferentes instituições, a diferentes estruturas sociais, e etc. Eles sofrem de diferentes condições patológicas e têm diferenças mentais, além de manifestarem sentimentos de maneiras diferenciadas. As práticas médicas, portanto, se realizam para pessoas diferentes e que sofrem de algo, mesmo que seja um agravo potencial.

1.3 O Homem Objetivo e suas Práticas

Com essas considerações iniciais apresentadas sobre práticas médicas, observamos o homem especialmente biológico, ou seja, as demandas humanas relacionadas a essas práticas de modo objetivo. A necessidade de considerarmos o homem não como ser abstrato, porém concreto, determinado socialmente, reflete o impacto da sua situação básica, no espaço e no tempo. (FREYRE, 1983, p. 215)

Ele [o homem concreto] comporta-se lidando com situações que se sucedem, se cruzam, se opõe, se harmonizam dentro dele ou em torno dele que, às vezes, provocam crises, desajustamentos, conflitos psíquicos que podem provocar doenças individuais ou distúrbios coletivos. (FREYRE, 1983, p. 215)

Isto é, esse autor considera que o homem concreto fica doente quando lida com determinadas situações ou com a relação entre elas. Vamos pensar no homem desse modo, já que as práticas do homem, para serem analisadas completamente, devem contemplar, ao menos, o modo concreto e objetivo. Isso permite o entendimento do básico, de qualquer prática. Daí, pode até se analisar o que é derivado.

Para Aristóteles, o homem é um 'animal racional'. Um ser-vivo diferente dos outros animais pela sua capacidade de raciocinar. Já em Descartes e os cartesianos, não apenas se mantém o critério da razão e da inteligência no homem, mas se acrescenta o critério da afetividade. Em Rousseau, a

característica humana advém da perfectibilidade, faculdade de se aperfeiçoar ao longo da vida (FERRY, 2007, p. 128).

Então, usando o pressuposto que devemos raciocinar inicialmente em o que é objetivo, concreto e básico, devemos lembrar que a primeira condição da história é a existência de seres vivos. Estes seres se relacionam com a natureza primeiramente. Constituem-se através de suas próprias ações e da herança da qual se apropria ao nascer (condições materiais desenvolvidas por outros homens que o antecederam), tornando-se seres diferenciados dos outros animais, na medida em que sua consciência é formada. A consciência¹³ é uma concepção que passa a ser histórica, pois que se encontra um resultado material, e guarda relação com o grau de desenvolvimento das forças produtivas, uma relação historicamente criada dos indivíduos com a natureza, e entre eles para produzir seus meios de subsistência. É transmitida a cada geração pela que a precede. Uma amalgamação de forças produtivas, de capitais e de circunstâncias, que é, por um lado, muito modificada pela nova geração, e por outro lado, lhe dita às próprias condições de existência (IANNE, 1982, p. 146-7).

Desse modo, no processo histórico, o homem se constitui, tornando-se indivíduo. Em seu transcurso, para se fazer ou se constituir como tal, ele tem carecimentos – também isso favorece o despertar de sua consciência. *“São os indivíduos reais, suas ações e suas condições materiais de existência – as que encontraram já prontas e as que nasceram das próprias atividades que formam a base das condições de sua existência.”* (IANNE, 1982, p. 145).

E, para suprir seus carecimentos, o homem pratica ações, como veremos. Atualmente são praticadas várias formas de ações para tal, como as práticas médicas, por exemplo. Mas, em algum momento da história social, a sociedade se dividiu em classes de interesses antagônicos: os proprietários dos meios de produção (forças produtivas materiais) e os possuidores exclusivos da força de trabalho. E, desse modo, restou a esses últimos praticar a venda do que possuíam para saciar suas necessidades. No caso, a coisa mais preciosa que possuíam era

¹³ “A consciência jamais pode ser outra coisa que o Ser consciente e o Ser dos homens e o seu processo real de vida. Os homens são os produtores de suas representações, de suas idéias” (IANNE, Octavio. Karl Marx: Sociologia. Trad. Maria Elisa Mascarenhas, Ione de Andrade e Fausto N. Pelegrine- 3ª edição São Paulo; Editora Ática. 1982, p. 50-1).

sua força motriz, a força de trabalho. Assim, naturalmente esse homem se encaminhou para o mundo do trabalho. Na vida em sociedade, aqueles em igual situação (a classe que vive do trabalho) entram em relações sociais com os integrantes da classe proprietária dos meios de produção; completa-se socialmente e garante a reprodução desigual da sociedade. Historicamente sabe-se que nas cavernas o homem era um ser unicamente natural. Quando ele transformou a natureza para saciar seus carecimentos, ele transformou a si mesmo. Portanto, o homem natural foi socializado, e se transformou por meio do trabalho, e isto está fortemente relacionado com seus carecimentos.

Quando fez uso da primeira ferramenta para potencializar suas forças em prol de novas necessidades estava despertando outras realidades, como, por exemplo, o descobrimento de possibilidades. *“O trabalho se torna o próprio do homem, até o ponto em que um ser humano que não trabalhe não é apenas um homem ‘pobre’, porque não tem salário, mas um ‘pobre’ homem, no sentido em que não pode se realizar”* nem sua função na comunidade (FERRY, 2007, p. 156). Com o trabalho o homem se constitui, construindo o mundo e transformando-o para melhor apenas pela força de sua vontade (Idem).

Porém, mesmo analisado por este mesmo ângulo da história, o trabalho também diferenciou os homens em classes. Como foi dito, o homem precisou vender seu trabalho e isso gerou benesses para a classe compradora da força de trabalho. Algum outro homem comprou esse trabalho, o que formou, portanto, a divisão social dos homens, ou seja, as classes sociais.

Os autores vinculados ao evolucionismo atribuem essa divisão social à seleção natural, atribuindo à evolução humana a separação entre os mais capazes e aqueles que não detinham recursos para enfrentar os reveses da natureza.

De toda maneira, observa-se que, ao serem criadas as condições materiais para modificar seus hábitos de vida – como a transformação do nomadismo para o sedentarismo, por exemplo – obteve-se um salto nas relações sociais. O homem passou a criar uma dependência de seus pertences. O desenvolvimento da agricultura, da pecuária ou de outros bens primários de consumo, demonstrou uma gama de necessidades em potencial. Com o desenvolvimento das forças produtivas, tornou-se possível a produção do excedente (acumulação de riqueza), então

aqueles que haviam se apropriado das forças produtivas também se apropriaram do excedente produzido, passando a ser um agente da expropriação das forças de trabalho. Assim, permite a divisão do trabalho e, portanto, propicia o aparecimento das classes sociais – onde também se constitui a conscientização humana.

Com a consciência de si ¹⁴ e o domínio, mesmo que parcial, do meio ambiente, o corpo do homem passa a não possuir os limites originais demarcáveis, “[...], pois que seu prolongamento através de instrumentos progressivamente elaborados [...] e multiplicidade de ações [...] constituem a marca de sua historicidade” (DONNANGELO e PEREIRA, 1976, p. 24)

Nesse sentido [...] impõe-se marcar ao menos dois aspectos das variações do corpo [...]. O primeiro deles diz respeito ao fato de que o corpo é disposto na sociedade antes de tudo como agente do trabalho, o que remete a idéia de que ele adquire seu significado na estrutura histórica da produção: significado que se expressa na quantidade de corpos ‘socialmente necessários’, no modo pelo qual serão utilizados, nos padrões de ação física e cultural a que deverão ajustar-se. Do fato de que o trabalho ocupe posição fundamental na forma pela qual cada sociedade determina o sentido e o lugar social dos indivíduos que a compõe, decorre o segundo aspecto a ser assinalado: o corpo socialmente investido não é homogêneo, dado que em sociedades determinadas, os diversos corpos não têm significatividade igual, mas, ao contrário, se dimensionam e adquirem significados particulares, quer no plano das representações, quer ao nível da forma pela qual são incorporadas à estrutura da produção social. (DONNANGELO e PEREIRA, 1976, p. 26)

Com os corpos cada vez mais congregados com a produção social e, pelo fato desses corpos poderem ser classificados pelo seu estado de saúde, como veremos a seguir, podemos encontrar carecimentos da humanidade dependentes dessa classificação. Isso gera a necessidade da medicina e suas práticas.

[...] existe uma medicina porque há homens que se sentem enfermos e não que os homens se interem de suas enfermidades e porque há médicos e através deles [...]. A própria vida é quem introduz na consciência humana as categorias de saúde e de enfermidade. Estas categorias são biologicamente técnicas e subjetivas e não biologicamente científicas e objetivas (CANGUILHEM, 1996, p. 171).

Como demonstra Canguilhem, as categorias (saúde e enfermidade) que determinam carecimentos biológicos tornam as práticas médicas necessárias. E essas categorias são subjetivas.

¹⁴ Consciência de si, na verdade, consiste de uma soma ou resultado material de forças produtivas, uma relação historicamente criada dos indivíduos com a natureza e entre eles e transmitido a cada nova geração pela que a precede, uma massa de forças produtivas, de capitais e de circunstâncias, que é, por um lado, muito modificada pela nova geração, que por outro lado, lhe dita suas próprias condições de existência. IANNE. opus cit, p. 147.

1.4 O Homem Objetivo e Subjetivo e suas Práticas

Cogito, ergo sum – penso, logo existo. Esta frase marca uma data na história do pensamento porque ela inaugura uma nova época: a do humanismo moderno, no seio do qual irá reinar o que será designado “subjetividade” (FERRY, 2007, p. 158). Quando o homem pôs as coisas que sempre acreditou em dúvida, adotou um ceticismo que o leva a não considerar nada mais como certo. Salvo que, no final das contas, há uma certeza que resiste: “Se penso, e até, se duvido, devo ser algo que existe”! Com isso, há uma evolução da consciência – torna-se o homem um ser possuidor de subjetividades. Para Marx o homem é um ser genérico, na medida em que se relaciona com o gênero vivo. Tanto no homem como no animal, a vida do gênero consiste fisicamente e, assim, o homem vive naturalmente. A natureza é o corpo inorgânico do homem. Na medida em que o trabalho alienado aliena o homem, aliena do homem seu gênero. No trabalho surge a objetivação da vida genérica do homem. Na consciência do gênero, o homem confirma a sua vida social real.

Ou seja, o homem é um ser real que possui subjetividade e que deve ser analisado objetivamente.

[...] o ser do gênero se confirma na consciência do gênero e é para si em sua universalidade como ser pensante. O homem – por mais que seja por isso um indivíduo particular, e exatamente a sua particularidade faz dele um indivíduo e um ser comunitário, individual efetivamente real – é igualmente a totalidade, a totalidade ideal, a existência subjetiva da sociedade sentida e pensada para si, assim como ele também existe na realidade efetiva tanto como intuição e fruição efetivamente real da existência social tanto como uma totalidade de manifestação humana de vida. [...]. Portanto, pensar e ser são assim distintos, mas ao mesmo tempo em unidade um com o outro (FERNANDES, 2003, p. 156-7).

Outro ponto importante é que a consciência mostra ao homem que, quando sofre, precisa se aliviar do sofrimento. Neste instante há uma procura “de saberes”. As práticas médicas entram neste contexto. A prática médica é o que mais se aproxima dos corpos, seja para o estudo, seja para preservação da saúde ou para o alívio de alguma necessidade.

Além de o carecimento ser o conjunto das necessidades dos indivíduos, é uma força efetiva na essência da dinâmica da autoprodução humana, porque o

homem, como ser objetivo, é um ser que padece e, por sofrer, necessita encontrar meios de saciar suas carências.

Marx configura nos Manuscritos Econômico-filosóficos, que é o carecimento que faz com que os homens realizem sua atividade, é ele que os faz tender energicamente para os objetos. Os objetos do carecimento humano, por sua vez, não se apresentam imediatamente apenas como objetos de uma necessidade natural. O homem sente sua própria necessidade, tem dela certa consciência, conseqüente às suas condições materiais e espirituais de vida. É através desta mediação que as necessidades que se tornam objetivos determinados para os homens e orientam as suas práticas. O homem tem, por conseguinte, seus carecimentos sob a mediação de sua formação histórica, objetiva e subjetiva. (FLEURY TEIXEIRA, 1999, p. 222)

As necessidades específicas da saúde (parte do carecimento) norteiam as práticas em saúde para seu objeto, o corpo humano investido socialmente, objetivo e subjetivo.

Sobre a análise subjetiva, devemos remeter crédito a Foucault, um dos pioneiros na utilização da categoria *formas de subjetividade*. Sua análise permite mostrar que, por trás de aparente simplicidade de uma relação consigo mesmo, existe um emaranhado de relações em que entra em cena o histórico-cultural, o social, o saber-poder e a própria educação, como esforço para transformação dos sujeitos em seu interior. Subjetividade implica um ser sujeito e um aperceber-se sujeito. Este processo se efetiva e as práticas que o favorecem mostram que “[...] é necessário descer para o estudo das práticas concretas pelas quais o sujeito é constituído em um domínio do conhecimento” (FOUCAULT, 1974, p. 63-6)

Vejamos. As categorias subjetivas mostram a necessidade das práticas médicas, e as práticas que favorecem o processo de subjetividade necessitam do estudo de práticas concretas. Práticas estas, como a prática médica, que deve atender o homem genérico, real e pensante, relacionado socialmente, que tem diferenças entre si e que também, de certa forma, não pode ser diferenciado dos demais, pois, além das semelhanças biológicas óbvias, devemos levar em conta o humanismo¹⁵.

¹⁵ Apesar de muitas definições, humanismo é a filosofia moral que coloca os humanos como primordiais, numa escala de importância. É uma perspectiva comum a uma grande variedade de posturas éticas que atribuem a maior importância à dignidade, aspirações e capacidades humanas, particularmente a racionalidade. Disponível em http://www.americanhumanist.org/who_we_are/about_humanism/What_is_Humanism, acesso em 06 de Fevereiro de 2011.

[...] na Declaração dos Direitos do Homem, 1789, instala-se o homem no centro do mundo, enquanto para os gregos era o próprio mundo que era essencial, ela [a Declaração] faz dele não apenas o único ser sobre a terra verdadeiramente digno de respeito, mas também propõe a igualdade de todos os seres humanos [...], portanto, ele está no centro do humanismo (FERRY, 2007, p. 126).

Na medida em que o indivíduo se liberta do que é apenas biológico, se torna mais dependente do grupo de que se faz sociologicamente membro e, sobretudo, da cultura que o torna participante mais ou menos ativo sob a forma de pessoa. Assim, compreende-se que a sua situação de pessoa, isto é, de indivíduo, além de socializado, absorva a sua condição de indivíduo biológico, obrigando-o a se adaptar a uma série de funções que, sendo ainda biológicas, já são principalmente socioculturais (FREYRE, 1983, p. 107).

Dessa forma, resta concluir que interferências sociais podem afetar resultados biológicos ou clínicos, e vice-versa. Um exemplo são os distúrbios de ordem emocional e as doenças não verdadeiramente orgânicas ou funcionais – de fundo sociocultural, apenas aparentemente orgânica. Tais distúrbios configuram a idéia que a condição física ou orgânica de um indivíduo pode ser afetada, de modo considerável, pelas situações psicossocialmente críticas. (FREYRE, 1983, p. 111) Isto é, o viés social deve ser amplamente considerado, além de classificado. Este seria o modo de considerar o lado subjetivo do homem de maneira adequada, ao se propor práticas médicas, de qualquer natureza.

Porém, viés social à parte, não deve ser esquecido que, muito embora determinado socialmente, o homem é um ser natural e biológico e, como tal, necessita se manter vivo. A saúde, como bem maior dos indivíduos, necessita, para sua sustentação efetiva e para sua recuperação, de certos cuidados e tratamentos. A medicina é tradicionalmente o estudo desses cuidados e tratamentos. Ou seja, para se desenvolver crítica sobre as práticas médicas, se deve entendê-la como básica, orientada ao biológico e, em importante paralelo, o lado social.

Sabemos que Marx diz que o gênero humano, em sua multiplicidade, é objetivo, relacionado entre si e tem padecimentos. Na sua maneira específica de ser, o homem detém traços universais além de agregar outras características que compõem sua diferença específica. Para Marx, o homem:

[...] é imediatamente ser natural. Como ser natural e como ser natural vivo, está, em parte, dotado de forças naturais, de forças vitais, é um ser natural ativo, [...] que padece, condicionado e limitado, tal qual o animal e a planta, da necessidade de objetos que existem exteriormente como objetos independentes dele os quais, entretanto, são objetos de seu cuidado, objetos essenciais, imprescindíveis para a efetuação e confirmação de suas forças essenciais, ou seja, objetos que, fora dele, são indispensáveis a sua integração e externalização essencial (MARX, 1973, p. 337)

O homem, além de natural e ativo, é portador de uma essência que “não consiste em algo à parte do mundo objetivo e de sua existência material. Pelo contrário, a ‘interioridade’ dos indivíduos é composta na trama concreta das relações que estabelecem e é objetivamente determinada pelas condições sociais de sua reprodução.” (FLEURY TEIXEIRA, 1999, p. 207)

Os homens são os reprodutores de suas representações, de suas idéias e assim por diante, mas os homens reais, ativos, tal como são condicionados por um determinado desenvolvimento de suas forças produtivas e pelo intercâmbio que a ele corresponde, até chegar às suas formações mais desenvolvidas. A consciência não pode jamais ser outra coisa do que o ser consciente, e o ser dos homens é o seu processo de vida real. [...] não é a consciência que determina a vida, mas a vida que determina a consciência (Marx, 1924, p. 94).

Desse modo, os cuidados do homem o norteiam para suas práticas, e os aspectos biológicos e os sociais estão vinculados em um contexto subjetivo, apesar da objetividade e natureza do homem. Assim, concluímos que os cuidados (ou necessidades) em saúde, como diz Cordeiro, “[...] baseiam-se nas relações entre variáveis econômicas, sócio-demográficas, psico-sociais, culturais e referidas ao sistema de saúde e se incluem dentro dos modelos de estudo sobre utilização de serviços de saúde” (CORDEIRO, 1985, p. 22). Tanto a Psicologia Social quanto a Sociologia Formal fornecem pistas sobre como os modelos comportamentais e sociais de utilização de serviços médicos e de saúde devem ser compreendidos.

Os padrões de utilização de serviços de saúde fornecem para a Sociologia elementos de compreensão de certos tipos de conduta dos indivíduos em contextos determinados; para a administração e planejamento dos serviços de saúde, constituem indicadores da extensão em que os indivíduos percebem e integram com tais serviços. Esses estudos permitiram aportar bases para definições mais precisas das necessidades de saúde, eficiência e eficácia dos serviços de saúde. Conhecendo-se a frequência e os determinantes do uso dos serviços de saúde, incluindo consumo de medicamentos, haveria maior soma de informações para promover os ajustes no dito sistema (CORDEIRO, 1985, p. 22).

Esta miscelânea aponta a medida adequada das práticas médicas em amplo sentido. A análise do concreto e do subjetivo deve dar o compasso de como elas devem ser executadas ou planejadas, para que as necessidades do homem estejam

plenamente (ou idealmente) satisfeitas.

1.5 Práticas Médicas

Deixando o plano referencial mais geral, vamos pensar como as práticas médicas são produzidas. Autores refletem a respeito. Percebe-se a presença do pensamento normativo ¹⁶ na tentativa de que o real e o ideal estejam menos distantes.

Para Boltanski, o corpo passa a ser uma realidade social e busca, a partir daí *“[...] explicar elementos característicos da estrutura da prática médica atual, em uma perspectiva que remete basicamente à identificação do papel social disciplinador, ou de normatização do corpo, exercido pela própria medicina”* (DONNANGELO e PEREIRA, 1976, p. 26).

Canguilhem (1996) afirma que o homem considera-se patológico, e por isso identifica certos estados ou comportamentos que, em relação à polaridade dinâmica da vida, são apreendidos sob forma de valores negativos, devendo por isso ser evitados ou corrigidos. Argumenta ser constitutivo do próprio homem o impulso de prolongar a vida, de lutar contra aquilo que constitui um obstáculo à sua manutenção e seu desenvolvimento tomados como normas. A esse respeito, comenta:

“[...] para um ser vivo, o fato de reagir a uma doença, a uma lesão, a uma infecção, a uma anarquia funcional, traduz um fato fundamental: é que a vida não é indiferente às condições nas quais está inserida, nas quais é possível, que a vida é polaridade, posição inconsciente de valor, que a vida é, de fato, uma atividade normativa.” (CANGUILHEM, 1996, p. 96)

Este autor acredita que jamais teria se desenvolvido uma técnica-médica ou de cura se, no humano, assim como em qualquer outro ser vivo,

“[...] a vida fosse indiferente às condições que se encontra, se ela não fosse reatividade polarizada às variações do meio no qual se desenrola. [...] É fato que o organismo goza de um conjunto de propriedades que pertence a ele, graças às quais ele resiste a causas múltiplas de destruição. Sem essas

¹⁶ Por meio da normatividade, alguns pensadores explicam o pensamento e a ação dos seres racionais, como o ser humano, a partir de normas que são irredutíveis às leis da natureza. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Normatividade>, acesso em 24 de Janeiro de 2011.

reações defensivas, a vida se extinguiria rapidamente... O ser vivo pode encontrar instantaneamente a reação útil em relação a substâncias com as quais, nem ele nem sua raça jamais tiveram contato. O organismo é um químico incomparável. É o primeiro dos médicos. As flutuações do meio são, quase sempre, uma ameaça para a existência. O ser vivo não poderia subsistir se não possuísse certas propriedades essenciais. Qualquer ferida seria mortal se os tecidos não fossem capazes de cicatrização e, o sangue, de coagulação (CANGUILHEM, 1996, p. 100. apud CRUZ, 2003, p. 72).

Percebemos que as práticas médicas tratam de carecimentos reais de um corpo socialmente determinado, mas sobretudo, natural e que pode ser observado de acordo com o pensamento normativo. A extensão dessa normatividade pode trazer interferências ou determinações nas condições gerais de vida, como se observa em Donnangelo:

Não é o cuidado médico que então se generaliza e sim o que se poderia considerar, de maneira aproximada, uma extensão do campo de normatividade da medicina através da definição de novos princípios referentes ao significado da saúde e da interferência médica na organização das populações e de suas condições gerais de vida. (DONNANGELO e PEREIRA, 1976, p. 47)

Dessa forma, estabelecidas para as práticas médicas suas relações objetivas (ou seja, concretas, biológicas, normativas, reais) e subjetivas (sociais, psico-críticas, ideais, também normativas – em sua extensão), podemos aprofundar para as relações derivadas dessa combinação.

Uma vez que é impossível traçar uma linha que separe a interferência da medicina sobre seu objeto, autonomizando os aspectos biológicos propriamente ditos dos não biológicos, como os aspectos sociais, e que, desde a medicina grega até a estrutura atual da prática médica, “[...] o trabalho médico se exerceu, através do biológico, sobre corpos socialmente determinados” (DONNANGELO e PEREIRA, 1976, p. 27), compreende-se que, o modo pelo qual a sociedade toma seus corpos, qualifica-os e lhes atribui significado cultural, político e econômico. Isso é indispensável para explicar as formas assumidas pela prática médica e sua estrutura, que extrai grande parte de sua peculiaridade do significado político e econômico da força de trabalho e em sua relação com o capital.

Em relação ao ideal e real, as práticas médicas devem se estruturar “[...] por referência a objetivos que se encontram fora dela, na estrutura econômica e político-ideológica das sociedades das quais se integra” (DONNANGELO, 1976, p. 22). Este seria o modo apropriado de planejar, propor ou executar as práticas. Donnangelo

ainda afirma que o modo de como se articulam a medicina e a sociedade requer uma análise; remetendo à idéia de que a referência à forma de realização da estrutura social é fundamental para a compreensão de cada um dos elementos que compõem a prática médica e do modo como que se articulam. Dessa forma, pode-se tentar definir uma trajetória que principie pela identificação dos objetivos sociais da prática médica.

Refletindo sobre esta trajetória, a medicina marcou seu nascimento a partir do final do século XVIII (FOUCAULT, 2008, p. 38) ¹⁷. Aí se inicia a preocupação dos detentores do saber médico em torno de uma reflexão sobre conhecimentos adquiridos e passam a identificar fatos que corroboram com a transformação progressiva da sociedade e com a prática médica.

Ainda sobre os objetivos sociais das práticas médicas, Stern afirma que “[...] o papel do médico na sociedade contemporânea é um produto sócio-histórico”. (NUNES, 2007, p. 76). Para entender a relação medicina-sociedade teríamos que procurar o entendimento do que foi a passagem de uma economia agrícola local com produção artesanal para uma economia industrial urbana, para tanto deveríamos procurar entender as:

[...] mudanças ocorridas na prática médica em face da vida urbana; o desenvolvimento de formas corporativas de negócios empresariais; os diferenciais do poder aquisitivo; a variável da composição etária da população pela qual a ciência médica é em grande parte responsável; a melhoria em transporte e comunicação; as mudanças nos padrões (ou níveis) de vida; e etc. (STERN, 1959, p. 395 apud NUNES, 2007, p. 76)

Como se percebe, as práticas médicas, inseridas no conjunto das relações sociais, são imperativas para o resultado da sociedade em âmbitos que, a princípio, não parecem ser seu objeto de estudo.

Parsons (1902-1979), sociólogo americano, vinculado ao funcionalismo, afirma que tanto a prática médica quanto os serviços de saúde, ao serem utilizados pelos indivíduos, servem ao cumprimento de metas do sistema social. O indivíduo é

¹⁷ É importante determinar como e de que maneira as diversas formas do saber médico se referem às noções positivas de “saúde” e de “normalidade”. De um modo geral, pode-se dizer que até o final do século XVIII a medicina referiu-se muito mais à saúde do que à normalidade; não se apoiava na análise de um funcionamento “regular” do organismo para procurar o que se desviou o que lhe causa distúrbio, como se pode restabelecê-lo; referiam-se mais as qualidades do vigor, flexibilidade e fluidez que a doença faria perder e que se deveria restaurar. FOUCAULT, M. *O Nascimento da Clínica* 6ª edição trad. Roberto Machado editora Forense. Rio de Janeiro, 2008

um elemento do sistema social e, sua conduta, face aos serviços de saúde, se rege por percepções, expectativas e motivações compartilhadas socialmente. Isto tem finalidade de garantir o cumprimento das metas ou objetivos do sistema social (CORDEIRO, 1985, p. 34).

Nota-se que as práticas médicas possuem importante capacidade de determinar quesitos da sociedade; executam suas ações em corpos sociais e têm o poder de normatizar suas ações. Importante se faz que os planejadores das execuções das práticas médicas, seja o Estado, a comunidade científica ou as grandes corporações, pudessem ser orientados ao cumprimento das reais necessidades humanas, e não a outros tipos de necessidades (como a da extração máxima de lucros). Uma desvirtuação de necessidades, além de tornar a saúde (biológica) do homem mais frágil, por não se objetivar sua satisfação, pode se traduzir em problemas sociais, por determinar práticas com metas sociais que não beneficiem a coletividade.

É aí, que entendemos os dizeres de Gilberto Freyre quando enfatiza:

[...] que vem sendo diletante a quem faltasse todo o suporte, mesmo mais generoso do que justo [...] ao lhe conferir alta distinção como reconhecimento de serviços intelectuais e de solidariedade humana nada o sensibiliza mais, no fim de crepúsculo de vida [...] o voto de responsabilidade social ligada ao saber ou à inteligência. Daí a propor aos médicos um novo realinhamento (sic) – uma nova ética. De todo necessário iniciar-se o médico brasileiro de um novo tipo, numa Sociologia da medicina que lhe dê, sobre o mesmo relacionamento, dentro de tal abrangência, nova perspectiva (FREYRE, 1983, p. 20).

Esta “proposta” de Freyre estaria calcada, em parte, no humanismo. Se os homens são iguais, por que então se tolera que para alguns falte o básico para o alívio de suas necessidades? Idealmente, poderíamos pensar se não seria ao menos prudente que os detentores dos saberes tivessem, impressos em sua ética, um modelo de práticas com perspectiva solidária? Deve-se considerar o pressuposto de garantia mínima de saúde.

Não é isso que se percebe, pois a determinação social do capital impede o exercício dessa idealização. São incansáveis os exemplos em que se vêem as necessidades básicas do homem perpassadas por outros critérios. No caso da medicina e das práticas médicas, ratificaremos a verossimilhança disso no decorrer do texto.

Apesar de o principal objetivo desse texto ser a demonstração que isso ocorre, arriscamos dizer que um conjunto de fatores do século XX (sem aparentes perspectivas de mudança, ainda, para o século XXI), pode contribuir para o vazio ético que mantém o *status-quo* das práticas médicas que, mesmo determinantes para o cumprimento de metas sociais, parecem sofrer influências da lógica capitalista, como melhor veremos a seguir. Esse conjunto de fatores deve conter a fragmentação do sujeito, a nadificação¹⁸ da verdade, a ausência de sentido, a ininteligibilidade das coisas, a irracionalidade do discurso.

Isto é, independente do que determina – o caso de as práticas médicas se associar aos interesses do capitalismo – acreditamos que o contexto do século XX, impregnado pelo vazio ético explicado pelo pensamento niilista, contribui para a manutenção da vigência das relações sociais da produção capitalista. Isto porque a falta de sentido torna o homem indiferente às questões sociais e, dessa forma, qualquer reforma ética seria improvável diante da ausência de finalidade. Mas não retornaremos no por que da interferência do capitalismo sobre as práticas médicas. O importante é demonstrar a existência dessa determinação fundamental, e que isso está associado ao descumprimento dos objetivos relacionados com as necessidades humanas em saúde.

1.6 Saúde e Capitalismo

Para que o capitalismo se efetive, são necessárias algumas premissas, como a existência de mercadoria. Assim, para se agregar valor de troca na produção de

[...] valor de uso em torno das necessidades humanas no sentido de cura ou alívio da dor ou sofrimento, organizou-se um “mercado de serviços de cura”, onde os investimentos estão voltados a produzir uma crença no valor de um produto “curar”, simultaneamente econômico e simbólico. Econômico porque disputa espaço em um mercado de serviços. Simbólico porque disputa produção de crenças em torno do normal e do patológico, do

¹⁸ Niilismo é a morte do sentido de qualquer coisa, a ausência de finalidade. Segundo Nietzsche, o século XX é o século do niilismo e impregna a atmosfera cultural de toda uma época. in Niilismo e pós-modernidade, Rossano Pecoraro. 2005. Ed Loyola.

adoecer e do curar. Além disso, disputa-se o que pode ser considerado como legítimo enquanto prática de cura. (CRUZ, 2004, p. 73)

Não é de hoje que isto é matéria de dedicação do homem: O controle do corpo e da mente, uma das mais antigas aspirações da humanidade, movido por qualquer que seja o motivo: poder, prestígio, riqueza, a busca da imortalidade, etc. *“Dedicar-se a tarefa de prevenir e curar doenças têm sido o cotidiano de pessoas, seitas, instituições e mais crescentemente de indústrias e movimentos sociais”* (MÉDICI, 1992, p. 50).

Vejamos. Decorremos que a saúde sofre interferência dos aspectos sociais. Além disso, devemos considerar que os aspectos sociais estão sujeitos a uma gama de relações determinadas também socialmente, como aquelas advindas da divisão do trabalho, da produção material, das necessidades individuais e coletivas e até referente ao papel ou função do Estado. E, no modo de vida resultante das relações entre esses elementos, tomando, por exemplo, o mundo ocidental, no qual estamos inseridos, percebemos uma lógica que até pode ter como ponto de partida as relações econômicas, mas que certamente não está restrita a estas relações (IANNE, 1982). O modo de vida daí decorrente não deixa de interferir na prática médica, uma vez que, como vimos, *“[...] extrai grande parte de sua peculiaridade do trabalho político e econômico da força de trabalho em sua relação com o capital”* (DONNANGELO, 1976, p. 27).

Desse modo, se práticas médicas sofrem a determinação da lógica do capital, é importante que se contabilize os problemas possíveis decorrentes disso, pois, *“[...] há algumas áreas de sombra, assim como pontos de conflitos no âmbito da teoria geral do estado neoliberal”* (HARVEY, 2005, p. 77). Uma delas se refere ao fracasso de mercado, observado quando agentes econômicos tiram seus passivos do mercado, ou como diz David Harvey, *passivos externalizados*. A idéia é simples: se no capitalismo o objetivo é o lucro e para sua maximização se presume a redução de custos (ou passivos), nada mais *matemática-financeiramente* correto que tentar refutar os passivos na medida do possível. O fato é que, para os capitalistas do setor da saúde, os passivos (ou obrigações) podem estar vinculados ao cumprimento da legítima prática médica. Desse modo, a forma final de se elevar ao máximo o objetivo do capitalismo é submeter o trabalho a condições que possuam as melhores margens de lucro. Se determinada prática gera pouca ou nenhuma margem de lucro,

dentro da lógica da rentabilidade econômica, não se admite praticá-la, mesmo que esta seja a recomendada em face das necessidades reais da população usuária.

Prática médica recomendada seria a que satisfizesse as necessidades da população em todos os aspectos, independentemente da sua origem ou vínculo de classe. Se considerarmos que as práticas médicas têm objetivos sociais, podemos dizer, numa análise idealista, que o cumprimento das metas das práticas médicas, em primeiro lugar, deveriam satisfazer as necessidades biológicas e sociais de determinada comunidade.

A questão é que a interferência da lógica capitalista nas práticas médicas parece existir e discutiremos isso teoricamente. Mas, com esta interferência, parece pouco provável que se consiga satisfazer plenamente as necessidades da população usuária, seja pelas contradições vigentes no modelo capitalista, em que o conceito de prática médica que possa satisfazer plenamente as necessidades esteja colocado em plano secundário no sistema.

Tomemos como exemplo o caso do Setor Saúde no Brasil atual, a partir do qual podemos e devemos refletir sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) para ambientar esse contexto. Os preceitos do SUS parecem adequados às necessidades da população usuária. Os preceitos e diretrizes se relacionam ao mais puro senso moral e ético que se pode imaginar. Conceitos de universalidade e equidade, só para dar exemplo, fazem parte, de modo geral, de qualquer fala altruísta ou até religiosa. Só o fato de o nascimento do SUS ter sido ligado ao estabelecimento da Constituição Federal do Brasil já o coloca em posição máxima no conceito relacionado com democracia e bem-estar social. A questão é: os preceitos estão sendo executados? O que acontece com o desdobramento do sistema público de saúde que parece não garantir o básico para a população?

Que os agentes de saúde prefiram trabalhar individualmente com produção de maior margem de lucros, já se espera dentro da lógica capitalista. O problema é o sistema atuar de forma a priorizar as práticas principalmente lucrativas, inclusive no campo da saúde.

Se a lógica capitalista interfere nas práticas médicas, podemos refletir que talvez o conceito de práticas em saúde provindo da formulação de um sistema ideal

possa não se efetivar, que é o que parece quando observamos a realidade da saúde pública no Brasil.

Para iniciar nossa análise sobre isso, pensemos nas origens capitalistas da medicina atual. Medice mostra que dois pontos de vista marcam as interpretações sobre as origens da medicina moderna. Em um primeiro momento a medicina nasce, enquanto prática coletiva, nas instituições religiosas ou nos governos, porém,

[...] paulatinamente, a organização de clientela privada, com o advento do capitalismo, foi dismantando sua lógica e transformando-a em uma ação individual voltada para um mercado de compra e venda de serviços. (MÉDICI, 1992, p.54)

Em um segundo momento, mostra que a medicina “*[...] nasceu a partir de uma relação privada entre o médico e o paciente: relação esta que se estabelecia numa esfera normal de compra e venda de serviços*” (MÉDICI, 1992, p. 54). Afirma ainda que uma série de pressões e demandas sociais fez com que a prática médica se tornasse um bem público que deveria atingir toda a coletividade.

Mostra Médici que, ao mesmo tempo, o atendimento Médico era operado entre o privado e o particular e isso foi se encaminhando para uma mudança que levou ao aparecimento da empresa médica.

Fenômeno associado à chamada idade madura do capitalismo. A empresa médica decorre do crescente grau de mercantilização e de assalariamento formal da economia; da redução do espaço do autoconsumo das famílias; da ampliação do espaço do capital monopolista no seio das sociedades industriais. São as formas ‘coletiva’ e ‘setorizada’ de contato que a empresa médica vai buscar seu caminho de crescimento (MÉDICI, 1992, p. 55)

Ou seja, as práticas médicas modernas, segundo este autor, se estabelecem a partir de uma relação privada e essa relação fez aparecer as empresas médicas. O surgimento de uma forma coletiva de atenção à saúde foi decorrente da análise posterior das demandas sociais, portanto, não foi o objetivo primordial. Dessa forma, além de podermos pensar que talvez as características relacionadas com a lógica capitalista estejam enraizadas nas práticas médicas modernas, podemos imaginar a separação de duas maneiras de praticar a medicina, uma pública, outra privada.

Nessa perspectiva, a saúde no Brasil organizou-se ao longo do tempo pela divisão de dois campos: o mercado livre de serviços de cura (de natureza privada); e a saúde pública (de natureza estatal). O mercado livre de serviços de cura organiza-se de forma heterogênea e estratificada, em cujo interior se estabelecem

diferenciações em função das clientela alvo: a Medicina Curativa, exercida pelos profissionais formados na Europa no início do século XIX e posteriormente físicos e cirurgiões formados nas escolas médicas, se destinava às elites que podiam pagar pelos serviços. Os serviços de toda ordem, exercidos por cirurgiões-barbeiros, curandeiros, populares com o uso de plantas medicinais, práticos, boticários, parteiros, sangradores e jesuítas instrumentalizavam a saúde para pequenos burgueses, donos do comércio interno, e aos demais de baixa posse. (CRUZ, 2003, p. 74)

Pensem inocentemente. A medicina é uma ciência única. Inicialmente, para analisar determinada prática médica, deve-se focar no concreto e biológico. Pela base do humanismo, os homens são iguais. Não parece curioso que se pratique duas formas de medicina?

Uma dessas formas, a que levaria em conta o caráter “social” da medicina nos apresenta desde a constituição dos Estados Absolutistas na Europa, pois é neste momento histórico quando se organiza uma política médica com medidas públicas de saneamento, como a construção de hospitais de atendimento universal. Sabe-se que num primeiro momento, o atendimento era focado aos desvalidos, isto é, pobres, loucos, abandonados. Paralelo a estas normas de conduzir a saúde, verificava-se um mercado de atendimento a quem pudesse pagar pelos serviços, em uma relação liberal. O mesmo profissional exercia, às vezes, atividades particulares ou sociais.

Se as bases de criação das práticas médicas, privadas ou públicas, foram diferentes e se eram financiadas de modo diferente, associar esse pensamento ao que as práticas em si também são diferentes, é, no mínimo, plausível. Práticas diferentes para homens que vivem em condições materiais e sociais diferentes, mas biologicamente iguais.

Importante notar o quanto isso é deletério ao homem, não apenas porque classes de homens são submetidas a práticas médicas diferentes, mas também porque as metas sociais das práticas médicas ficam descumpridas.

Além das considerações que relacionam diretamente as práticas médicas em si, ou as peculiaridades de sua criação, com a lógica capitalista, pensem também

nas questões indiretas que traduzem, de mesmo modo, interferências da lógica do capital com as práticas, como, por exemplo, a relação dos trabalhadores nesse sistema.

A saúde existe como valor por várias sociedades e culturas, desejado e estimado, em termos socioeconômicos, aos quais, em algumas sociedades e culturas, se acrescentam termos místicos ou mágicos: desequilibrado num indivíduo-pessoa o sistema de relações biossociais, nuns são, e noutros, apenas orgânicas ou biológicas dentro da pessoa ou nas suas relações com outras pessoas, que nele resulta, quando equilibrado, em saúde, o indivíduo assim desequilibrado faz falta ao seu grupo e pode fazer falta à sociedade; torna-se encargo para a sua sociedade, em geral; e desprimor (sic) para a sua cultura (FREYRE, 1983, p. 206).

Assim, os trabalhadores devem manter seus serviços para sustentar o sistema. Um trabalhador doente prejudica o sistema, ou seja, as práticas de saúde influenciadas pelo capitalismo também cumprem este viés.

Vejamos este exemplo. Neste discurso, podemos pensar sobre a seleção entre sãos e enfermos (ou incapazes) para servir à lógica capitalista. Antigamente, o senhor de engenho escolhia seus escravos após uma observação de seus dentes. Hoje, o homem mais evoluído realiza, no exame médico para admissões em empresas (prática usada para o acesso ao trabalho), uma avaliação do trabalhador, qualificando-o ou deixando-o à margem do sistema produtivo. Tudo isso responde às exigências do mercado de trabalho.

Percebemos que o trabalhador foi obrigado a se submeter à lógica do capital em algum momento do desenvolvimento das forças produtivas e, conseqüentemente, especialmente quando surgiu a grande indústria. Ao se colocar à disposição do acúmulo de riqueza – o trabalhador passa a ser visto como “ferramenta” à disposição desse acúmulo, e a produção carece de operários sadios e capazes para que os detentores dos meios de produção acumulem capital.

Além de pensar no trabalhador como ferramenta disponível e sadia também devem ser consideradas que, na forma da reprodução social capitalista, baseada na extração da mais valia, tornou-se necessário que o trabalhador fosse envolvido pelo discurso médico e passasse a ser também um consumidor de saúde e de práticas médicas. A assistência à saúde dos trabalhadores, com a industrialização nos países centrais, foi sendo assumida pelo Estado, ao mesmo tempo do nascimento da medicina social. A conquista de alguns direitos sociais pela classe trabalhadora

foi mediada pela interferência estatal, no seu papel de manutenção da ordem social capitalista e de mediação das relações entre as classes sociais (BRAVO, 2008, p. 89).

Porém, no que se refere à esfera do Estado e gestão das organizações de saúde e as relações de trabalho que aí se configuram, podemos observar, de modo geral nos serviços, uma brutal desvalorização da vida individual e coletiva, sustentada por argumentos como a insuficiência de recursos financeiros e políticas de sucateamento do setor público de saúde, que acarretam a deterioração da qualidade dos serviços e o aumento da desigualdade geográfica e social do acesso à saúde.

Os trabalhadores devem ter saúde para poder trabalhar e se submeterem à lógica capitalista. Além disso, a saúde oferecida a eles é de responsabilidade estatal. Acontece que a medicina praticada nesses ambientes é diferente da praticada para a grande burguesia, e mesmo para as camadas médias, pois esta medicina praticada é derivada das bases do nascimento da medicina moderna (contemporânea, liberal e tecnológica), como observamos anteriormente, diferentemente da medicina dita “social”. Essa distinção nas práticas médicas, além do fato de prejudicar a saúde da classe trabalhadora, pois a qualidade dos serviços (públicos) se encontra deteriorada, como mostraremos, não se cumprem as metas sociais do sistema, no geral.

A saúde é o bem maior, os homens têm diferenças entre si, mas são biologicamente similares. Pensando ainda do ponto de vista idealizado, a saúde deve ser instrumentalizada em virtude do social e do biológico de maneira que atendesse os carecimentos humanos. Não parece possível que esta situação se modifique sem que o trabalhador, ou usuário do sistema de saúde público, compreenda, mesmo que em parte, as bases das questões sociais implicadas nessa discussão. Somente mediante a conscientização e organização social, que esses homens tratados desigualmente, também, pelo sistema de saúde, podem enfrentar os dilemas sociais e construir uma sociedade que ofereça igualdade de condições materiais e sociais:

[...] só quando o homem individual real adquire em si o cidadão abstrato e se converte como homem individual, em ser genérico, em seu trabalho individual e em suas relações individuais; só quando o homem reconhece e

organiza suas forças próprias como forças sociais, e quando, portanto, já não separa de si a força social sob a forma de força política, só então se realiza a emancipação humana. (IANNE, 1982, p. 198)

A sociedade politizada perceberá que a saúde precisa atender as necessidades humanas, e não ser instrumento de acúmulo de capital, seja pela manutenção do trabalhador (como ferramenta) saudável, seja por conceber as práticas médicas como uma mercadoria qualquer.

O mundo precisa ser analisado socialmente a partir de relações objetivas entre pessoas, em torno de interesses comuns. Tais interesses para alcançar legitimidade social, devem ser capazes de satisfazer determinadas necessidades humanas. A saúde (como um campo social) precisa ser reformada e reproduzida a partir da satisfação das necessidades humanas em termos de cura (CRUZ, 2004, p. 72).

Ao concordarmos que a saúde precisa atender exclusivamente as necessidades humanas, levando em consideração todos os conceitos aqui implicados, pensaremos em outro tipo de lógica para abordar o tema saúde, mesmo que os vieses econômicos devam ser contemplados, pois dessa maneira se garante sustentabilidade para o setor da saúde. A questão é que a lógica capitalista aplicada também na saúde apenas contempla o quesito da extração de lucros máximos, e, portanto, pelo exposto, não é eficaz socialmente.

Considerando, portanto, que as forças produtivas do capital vêm se tornando forças destrutivas dos seres humanos (inclusive ainda neste século XXI), a proposição de vários autores é de imprimir uma luta social e política capaz de substituir a noção de eficácia econômica (restrita aos ganhos financeiros) pela eficácia societal, garantindo ao longo termo, ganhos para toda a sociedade.

Com isso poderia ser possível aproximar a prática médica daquela idealizada na formulação do SUS, pois, guiada pela eficácia societal, poderia se atuar livremente em práticas que, a princípio, não geram lucro, mas atendem as reais necessidades dos seus usuários. A garantia do pleno usufruto da oferta em saúde, em função das reais necessidades de uma determinada população (se caso tal modelo obtenha prioridade dentro do sistema), termina por ajustar a própria gestão integrada do setor, seja no equilíbrio dos níveis de atendimentos (primários, secundário e terciário), seja na adequação dos custos com o setor.

Na continuidade da exposição, discutimos as práticas médicas e os preceitos que precisam ser empregados para o atendimento das carências do homem real, objetivo e subjetivo. Será feita também uma análise histórica da saúde pública do Brasil para verificarmos se os preceitos do sistema público vigente estão adequados com os preceitos considerados ideais pelos conceitos das práticas médicas mais adequadas.

2 SEGUNDA PARTE: CONCEITUAÇÃO DAS PRÁTICAS MÉDICAS

2.1 Conceitos Relevantes sobre Práticas Médicas

Falamos da questão dos conceitos na primeira parte do texto, os conceitos podem representar a realidade por conterem enunciados, que pretendem ser verdadeiros, sobre o objeto a que se referem. Iniciamos essa parte do texto dedicando-nos a conceituar as práticas médicas para dois principais motivos. O primeiro é definir quais as práticas médicas são conceitualmente ideais para o atendimento dos carecimentos ou necessidades reais em saúde da população. O segundo é dimensionar as práticas médicas no contexto do Brasil atual e tentar encontrar a ideologia ¹⁹ de seu planejamento, ou verificar se seus os preceitos são os ideais. Para tanto, se requer que seja feita uma análise sobre algumas características das práticas médicas, suas implicações e relações sociais e, por fim, sejam contextualizadas no Brasil.

Como já foram colocados alguns conceitos iniciais das práticas médicas, façamos uma reflexão para facilitar a compreensão do restante dos conceitos.

As práticas médicas aparecem na sociedade como ferramenta de atendimento das necessidades do homem. As práticas médicas têm como objetivo principal, prover saúde, que é a essência da vida, mas também, por suas características sociais, têm objetivos no cumprimento de metas sociais. Contudo, é evidente que o termo *metas sociais* é algo relativo, pois as metas (ou, no caso, objetivos) podem ser diferentes para grupos. Podem, por exemplo, estar direcionadas às carências coletivas, como podem estar orientadas às necessidades de pequenos grupos sociais hegemônicos (falaremos adiante). De qualquer modo, é

¹⁹ Entendendo ideologia como uma representação que é dada aos homens para funcionar como uma mediação entre eles e o mundo, e que esta mediação acha-se ancorada nas aparências dos fatos, assumimos que em uma sociedade de classes, esta representação é predominantemente invertida de forma tal que funciona como uma ilusão diante da verdadeira essência dos fenômenos. Com isto queremos dizer que a ideologia não é um pensamento construído pelo próprio sujeito concreto, mas é muito mais uma forma de pensar, ou seja, uma forma (ou um modo) de apreender o real em sua aparência aliada a um conjunto de formulações pré-constituídas, que é utilizado para a explicação do real (reconhecimento). Com o termo dominantemente invertido, queremos dizer que não necessariamente todo o discurso ideológico é composto de ilusões sobre o real, mas que pode conter elementos que se refiram à essência do real. (AROUCA, 1975, p. 63)

importante que se conceba a relatividade do que se espera como cumprimento de resultados.

Mas pensemos, inicialmente, de modo objetivo. As práticas médicas representam o modo de instrumentar a saúde de uma população. São (ou devem ser) orientadas por um sistema de saúde que planeja sua execução, social e biológica. São necessariamente compostas por um médico, um paciente e um ambiente de interação. Podem ter outros itens presentes, como materiais, medicamentos, tecnologias, insumos diversos, ou doenças (não são obrigatórias nas práticas médicas). Mas o mínimo necessário são os três itens citados.

Podem ser avaliadas, definidas ou conceituadas, contextualizadas, planejadas ou executadas por diversas maneiras, o que depende de quem planeja, de quem executa, de quais os objetivos relacionados, e do momento histórico. Por estes motivos, não concluiremos sua definição.

A prática médica pode ser considerada um mecanismo do sistema social para enfrentar as doenças de seus membros, implicando uma série de papéis institucionalizados, que requerem certa relação especializada com certos aspectos da tradição cultural geral da sociedade moderna. “*A moderna prática médica está organizada em torno da aplicação do conhecimento científico aos problemas da doença e da saúde*” (PARSONS, 1967, p. 430 apud NUNES, 2007, p. 92). A ciência é um tipo muito especial de fenômeno cultural. Mas, Parson levanta a hipótese que “[...] *há outras formas de enfrentar a doença*” (Idem), que não baseados na ciência – a magia e a religião. Inclusive porque, mesmo considerando o fato de a prática médica estar organizada em torno da ciência, não se deve confundir prática médica com prática científica.

[...] é preciso assinalar que a prática médica enquanto ato terapêutico não se confunde com uma prática científica, com a elaboração de uma ciência. Tem uma especificidade [...] em matéria de patologia que [...] corresponde à clínica. A clínica é inseparável da terapêutica e esta é uma técnica de instauração e restauração normal, cujo objetivo, a saber, a satisfação subjetiva de uma norma que está instaurada, escapa da jurisdição do saber objetivo. Não se dita cientificamente normas à vida. [...] Por outro lado, e como decorrência, os meios de trabalho médico não se superpõem inteiramente a um conjunto de princípios biológicos e equipamentos técnicos (DONNANGELO e PEREIRA, 1975, p.17).

Ciência deve ser checada constantemente por método empírico (VOLPATO, 2007, p. 32), e um dos motivos de as práticas médicas não poderem ser

classificadas como práticas científicas é que existem na medicina e nas suas práticas, muitas variáveis e papéis diversos, e nem tudo poderia ser submetido à checagem científica, como, por exemplo, alguns papéis sociais.

E o uso social do corpo no emprego das estratégias de sobrevivências dos grupos e indivíduos determina as relações do indivíduo com seu próprio corpo. As percepções das sensações corporais e as práticas corporais de alimentação, higiene, cuidados estéticos, desportivos e consumo médico, dão à medicina um *status* de disciplinadora da vida social, no momento em que usa de intervenção técnica e saberes que representam uma imposição da cultura de uma classe sobre a outra. *“Trata-se da inculcação de saberes eruditos ou especialização que se foram multiplicando no processo histórico da divisão de trabalho, no caso da medicina, pelos médicos”* (CORDEIRO, 1985, p. 90)

Isto é, mesmo não sendo prática científica, as práticas médicas se estabelecem em uso de intervenção técnica e saberes

[...] que em uma primeira aproximação pode ser encarada como técnica, isto é, como manipulação de um conjunto de instrumentos técnicos e científicos para produzir uma ação transformadora sobre determinados objetos – o corpo, o meio físico – responde, enquanto tal, a exigências que se definem a margem da própria técnica, no lado organizado das práticas sociais determinadas, econômicas, políticas e ideológicas entre as quais se inclui. (DONNANGELO e PEREIRA, 1976, p.15)

Pois bem, as práticas médicas são consideradas técnicas e transformadora de corpos (biológicos). Mas coube à medicina desenvolver um campo atuação que resolva não somente as curas, mas também que propicie um conhecimento do homem saudável. Essa prática adotou uma postura normativa que autoriza distribuir aconselhamentos de vida equilibrada e reger as relações físicas e morais, tanto do indivíduo quanto da sociedade em que vive. Isto articula a medicina com demais atitudes humanas.

Essa articulação da medicina com as demais práticas, como as sociais, é o ponto convergente para melhor entender o seu caráter histórico. *“O desenvolvimento da medicina como campo de saber científico, marcado por sucessivas transformações conseqüentes ao avanço das ciências biológicas”* (DONNANGELO e PEREIRA, 1976, p. 15) encaminha a um entendimento de como tem sido seu percurso histórico, mostrando que não poderia ser um desenvolvimento feito de

forma linear; mas “[...] a dimensão de cientificidade, de um lado, a concepção desse desenvolvimento histórico como processo cumulativo de descobertas e de suas superações, constituem assim o núcleo básico de tais estudos” (Idem). Seu desenvolvimento aponta a um campo estruturado de prática, nas quais a aplicação científica e tecnológica ocupa um lugar de destaque no campo das relações sociais. Alguns autores escrevem sobre essa generalização das práticas médicas.

Não é o cuidado médico que então se generaliza e sim o que se poderia considerar, de maneira aproximada, uma extensão do campo de normalidade da medicina através da definição de novos princípios referentes ao significado da saúde e da interferência médica na organização das populações e de suas condições gerais de vida. Essa medicalização e a especificidade de suas relações com a estrutura econômica e político-ideológica pode ser identificada através da emergência de novos conceitos referentes à saúde e a prática médica bem como novas formas de controle da medicina pela sociedade e de novos usos da medicina no controle e organização social (DONNANGELO e PEREIRA, 1976, p. 47).

O cuidado médico tem seu âmbito social considerado desde a história moderna. “A redefinição da medicina como prática social aparece já marcadamente no século XVIII, através de sua extensão institucionalizada para o âmbito de toda a sociedade, permeando o processo político e econômico de forma peculiar” (DONNANGELO e PEREIRA, 1976, p. 47).

No entanto, mesmo demonstrando a generalidade do cuidado médico, existe um ponto a ser observado que arrola o cuidado médico monopolizado, ou seja, todo o conhecimento que determina a ação das práticas médicas é do monopólio do indivíduo médico. O saber monopolizado determina, além da organização da vida de seus pacientes e (conseqüentemente) dos outros elos da sociedade, determina também o objeto natural do cuidado, que é orientado ao sofrimento e necessidades básicas em saúde.

Mas o que o paciente recebe, não é o conhecimento, e sim o cuidado, forma instrumental deste conhecimento monopolizado (AROUCA, 1975, p.153). Segundo Arouca, as leis que regulam a divisão do trabalho operam com a força irresistível das leis naturais, de tal forma que os médicos e pacientes encontram-se em relação de troca, em que um é portador de necessidades e o outro de conhecimentos. Assim, o cuidado médico representa uma dupla característica. A primeira, de ser um processo de trabalho que tem como objetivo a intervenção sobre os valores vitais (biológicos e psicológicos) e a segunda, de ser uma unidade de troca à qual é atribuído, social e

historicamente, um valor diante do sofrimento ao atender necessidades humanas. Assim, o médico é portador de um conhecimento científico monopolizado e, ainda passa a ser detentor do respaldo político-jurídico que a habilitação lhe confere, como veremos adiante.

Este autor enfatiza que o cuidado médico, centrado sobre seu objeto, o homem em suas dimensões biológicas e psicológicas, visa à recuperação e à prevenção da saúde. O cuidado médico, então, é o próprio processo de trabalho que no caso é o médico quem detém o monopólio do saber sobre a doença. Também, do seu ponto de vista, a unidade mais simples a ser considerada no interior da medicina é o ‘cuidado médico’, que envolve uma relação entre duas pessoas. Uma delas transforma um sofrer, uma insegurança, enfim, um sentir em necessidade que somente pode ser satisfeita por alguém externo a ela, socialmente determinado e legitimado. É uma relação que se dá em um espaço especializado para suprir, resolver ou atender a esse conjunto de necessidades denominado doença (AROUCA, 1975, p. 7). Isto é, médico e paciente são elementos ‘funcionais’ e variáveis de uma forma de troca que envolve o trabalho monopolizado de um dos componentes, além disso, essa troca envolve valores vitais.

2.1.1 Visões Funcionalistas na Compreensão das Práticas Médicas

De outra perspectiva de análise, Parsons faz uma análise da sociedade como um sistema de variáveis funcionalmente inter-relacionadas. Nas relações médico/paciente, ele estipula de que deve haver “certos limites” e oferece um subsistema. Sistemas sociais de ação é o ponto fundamental do esquema teórico desse pensador. Para ele, também a unidade mais significativa das estruturas sociais não é a pessoa, mas sim o papel (funcional). Papel compreende um grupo de expectativas típicas e complementares acerca das ações e funções dos atores sociais e daqueles com quem interagem.

Esse autor ²⁰ elaborou extensa obra teórica que, embora se distanciava do espírito empirista da sociologia norte-americana, fundamentalmente se contrapunha à análise de classes, própria do marxismo. Uma de suas idéias centrais: a saúde, quase por definição, está dentro das necessidades funcionais do membro individual da sociedade.

Resumindo, podemos dizer que a doença é um estado de perturbação no funcionamento 'normal' do indivíduo humano total, compreendendo o estado do organismo como sistema biológico e do estado de seus ajustamentos pessoais e sociais. A doença se define, pois, em parte biologicamente e em parte socialmente. A participação no sistema social é sempre potencialmente relevante para a existência da doença, para a sua etiologia e para as condições de uma boa terapia, assim como para outras coisas (PARSONS, 1967, p. 430 apud NUNES, 2007, p. 92)

Um dos aspectos mais divulgados do seu trabalho: as características do papel do médico. Segundo ele, o papel do médico pertence ao tipo geral de papéis profissionais, que são um subtipo do grupo mais amplo dos papéis ocupacionais

Este papel, que se torna 'funcionalmente especializado', e institucionaliza-se em torno do conteúdo técnico da função; daí derivando uma característica proeminente do papel do médico a ser por ele adquirida: a competência técnica. Além dos valores aquisitivos, o papel ocupacional é universalista, funcional específico e efetivamente neutro. Acrescente-se que, diferente do papel do homem de negócio, está coletivamente orientado e não auto-orientado (PARSONS, 1967, p. 434 apud NUNES, 2007, p. 93)

Em Stern ²¹ (1894-1956) se estuda a relação do médico na sociedade e revela que o seu papel na contemporaneidade é um produto sócio-histórico. Ele conduz sua reflexão sobre as relações entre as mudanças sociais e as mudanças na prática médica. Quando se publica uma coletânea de textos de sua lavra, observa-se a constante preocupação deste com a cultura, medicina, saúde, história do pensamento, família, hereditariedade, etc. Estudiosos apontam para o profundo respeito com o que ele lidava com a dignidade do indivíduo e da família e a fé permanente na habilidade do homem em moldar seu ambiente para o seu aperfeiçoamento social (NUNES, 2007, p. 76).

²⁰ Parsons foi professor e sociólogo voltado às questões que envolvem o pensamento humano, e nesta perspectiva, elabora em 1937 o texto: *The Structure of Social Action*, onde concebe uma teoria da ação social – em uma primeira etapa. Na segunda etapa sistematiza fundamentando-a e convertendo-a em uma teoria geral da ação humana. Na terceira etapa tenta explicar a teoria em diferentes campos do conhecimento das ciências humanas: economia, psicologia e ciência política. (NUNES. Opus cit., p.91)

²¹ Bernard Joseph Stern, doutor em Sociologia e Antropologia, desistiu da medicina por motivos de saúde, mas dentro da Sociologia da Medicina tornou-se uma referência, já que sempre se preocupou com os estudos referentes à área. Publicou vários textos em que a ênfase maior era a preocupação sobre a importância das influências ambientais para o avanço da humanidade. Nunes. 1974

O papel do médico na sociedade contemporânea é um produto sócio-histórico. A trama inteira de arranjos e atitudes científicas e sociais que regulam seu comportamento para com seus colegas, para com seus pacientes e para com a sociedade maior, da qual o médico é uma parte, não é um desenvolvimento espontâneo, nem invenção do próprio médico, mas está enraizado em tradições históricas, e está condicionada pelo seu ambiente socioeconômico (STERN, 1959, p. 395 apud NUNES, 2007, p. 76).

Após Stern relatar algumas descobertas do período (o estudo das células, da bactéria, os estudos de Pasteur e Koch), percebeu-se, dentro desse contexto, que os avanços das pesquisas sobre as enfermidades levaram a um fortalecimento do prestígio do médico. O autor volta-se para o papel que compete ao médico na sociedade, ao mesmo tempo em que situa as formas de práticas médicas. Diz que a responsabilidade dos médicos ultrapassa claramente o cuidado dispensado ao paciente individual que os procura para tratamento; estende-se aos problemas de saúde da comunidade maior. (NUNES, 2007, p. 79). Adepto da Sociologia da Medicina, ele infere aos novos cientistas sociais uma abrangência muito maior dentro das pesquisas nas respectivas áreas.

Além desses estudiosos, já se encontrava no início do século passado autores que se debruçaram sobre o tema da função, inclusive dos pacientes. Henri Ernest Sigerist ²² (1891-1957), em 1929 se preocupava em analisar a situação da pessoa doente no contexto da sociedade e trouxe um trabalho pioneiro ‘*The Special Position of the Sick*’, no qual enfatiza: “Na atualidade, a tarefa do médico consiste em restaurar a saúde do corpo de qualquer pessoa atormentada pela doença” (SIGERIST, 1974, p. 10). Acrescentava, ainda: “ser doente significa sofrer”. A dor, algumas vezes transforma-se em medo. A doença rompe o compasso da existência e coloca uma fronteira para a vivência humana. Fornece um exemplo: “Uma pessoa doente ocupa na sociedade uma posição reconhecidamente excepcional”. Sigerist considera que os patologistas distinguem entre uma doença e uma condição mórbida. E afirma que as doenças seriam “do interesse da prática médica em muitos casos, mas em muitos outros, não seria assunto de tratamento” e conclui:

²² Henri Ernest Sigerist (1891- 1957) nasceu em Paris. Foi médico professor na Suíça, Alemanha, Estados Unidos, e após correr o mundo como professor e autor, pesquisando e analisando a medicina e o cuidado médico, volta para a Suíça no final de sua vida. Manteve-se coerente com sua maneira inicial de ver nas necessidades humanas um componente social. NUNES. 2007; 45

[...] uma mancha na pele é uma condição mórbida no sentido patológico se a pele na área manchada estiver alterada em sua forma e função. Normalmente, esta condição não tem conseqüências para a pessoa. Entretanto, pode ser uma mancha grande no rosto de um ator. Neste caso ele pode assumir a posição excepcional que distingue ser ele um homem doente por causa dessa mancha e ir à busca da ajuda de um médico (SIGERIST, 1960 apud NUNES, 2007, p. 51)

Podemos indicar que alguns estudiosos das práticas médicas conhecidos como clássicos do século passado remetem à *função* como balizadora do relacionamento social entre os entes envolvidos no cuidado médico.

Acontece que existem críticas ao pensamento funcionalista. Hempel²³ tinha a idéia que função e causa se confundem na analogia da sociedade com os sistemas biológicos adotada pelo funcionalismo, pelo seu caráter estático e formalista. Cordeiro concorda quando diz que

[...] há uma relação circular tautológica entre eventos recorrentes que se pretende explicar. O papel do paciente, por exemplo, é aprendido por uma exaustiva descrição de suas características (normas, valores, expectativas) obtidas dos estudos empíricos (CORDEIRO, 1985, p. 53).

Isso serviria, de acordo com as teses de Cordeiro (1985:53), para validar algo que, em princípio, não se pode empiricamente comprovar, isto porque uma das questões é que a análise funcionalista da prática médica não escapa ao etnocentrismo²⁴, vinculado ao funcionalismo. Ao definir as normas e expectativas das condutas face aos serviços de saúde, o funcionalismo adota a ideologia da profissão médica norte-americana – no modelo liberal.

Vejamos. É importante reconhecer que, mesmo privilegiando o corte de classe, nas análises, o exame dos papéis, ou das funções, fornece elementos esclarecedores das relações sociais, especialmente, no campo das práticas médicas. Sua importância deriva do fato de que, como foi aqui considerado, o conhecimento envolvido nas técnicas do cuidado médico é monopolizado pelo

²³ Hempel, C. G. (1905-1997) alemão, lecionou em várias universidades americanas até o ano de 1985. Preocupou-se em tornar o pensamento filosófico em racional e lógico. Criou a teoria da “Testabilidade” – “Este princípio somente estará garantido se encontrarmos um critério exato de aplicabilidade, isto é, um modo de proceder que seja na verdade a aplicabilidade do mencionado princípio”. *Empiricist Criteria of Cognitive Significance: Problems and Changes in Aspects of Scientific Explanation and Other Essays in the Philosophy of Science*. NY The Free Press, 1970, p.101a122

²⁴ Etnocentrismo é um conceito antropológico. A visão ou avaliação que um indivíduo ou grupo de pessoas faz de um grupo social diferente do seu é apenas baseada nos valores, referências ou padrões adotados pelo grupo social ao qual o indivíduo faz parte. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Etnocentrismo>. Acesso em 18/01/2010.

médico. Este monopólio pode gerar regras de mercado, uma vez que também consideramos que existe valor de troca na relação médico-paciente. Desse modo, é importante não desvalorizar a análise funcional. Entretanto, a visão funcionalista, como observada por autores, é baseada em padrões adotados pelo grupo social de quem gera avaliação, portanto, etnocentrista. Isto corrobora com a lógica liberal norte-americana, como disse Cordeiro. Dessa forma, conhecer os papéis (esperados ou desempenhados) de alguma relação social é importante para se analisar as relações, mas não para determiná-las, pois não são estáticas e configuram as relações, portanto, consistem em elementos manifestados no cotidiano. Assim, não se deve confundir função e causa, ou melhor, não se devem desprezar as determinações sociais e históricas do processo social.

Mais adiante, nos deteremos nos determinantes que estreitam a lógica capitalista das práticas médicas, então voltaremos a falar sobre a lógica liberal e concepções afins. Por agora é importante que se pense nos conceitos que envolvem as práticas médicas.

Isto é, independente dos papéis dos médicos ou pacientes, aprendemos que cada um é um ator em um cenário do palco da saúde. O mais importante é definir os elementos e entender que existe um conceito variável em cada um, levando em consideração que os homens são objetivos e subjetivos, que são semelhantes no gênero e diferentes socialmente, pois vivem em sociedade dividida em classes sociais. Assim, se faz importante enfatizar que as práticas médicas estão plenamente conexas às relações sociais; no entanto, como os objetivos sociais são relativos, as execuções das práticas médicas podem sofrer desta relatividade.

A questão da relatividade da qual falamos é que, no que tange o bem-estar social, o sistema capitalista apresenta contradições sociais em última instância decorrente dos conflitos e contradições de classes. Se os objetivos sociais expressos estiverem, na prática médica, subordinados à lógica de extração de lucros, podemos asseverar que eles não se cumprirão, nem as metas biológicas, nem as sociais. Um modo de o capitalismo proporcionar isto é manter o foco nas doenças (no processo saúde doença). Pois se pode explorar esta relação sob sua lógica, como veremos mais adiante.

2.1.2 Saúde e Doença como Conceitos para as Práticas Médicas

Porém, por agora, é importante que conceituemos doença para posteriormente relacionar os enunciados com as idéias acima expostas.

Consideramos que as práticas médicas estão fortemente imbricadas nas práticas sociais. Consideramos também que as doenças estão relacionadas com uma forma de necessidade humana e que isto impulsiona, de certa forma, as práticas médicas. Chega-se a um ponto em que se precisa buscar o entendimento do caráter social deste conceito *doença*, já que sua importância junto ao tema pode ser explicada na “[...] *análise histórica que nos mostra como as necessidades das classes dominantes*” se expressam como se fossem as necessidades da sociedade como um conjunto, e assim, “[...] *condicionam um ou outro conceito de saúde e doença*” (LAURELL, 1982, p. 148). Por exemplo, se for apreendido que “[...] *o conceito de doença explícita está centrado na biologia individual*”, se conseguiria fazer com que seu caráter social lhe fosse retirado, apagando sua determinação social, advinda da lógica do capital. Para a classe dominante, o conceito doença, ou que está “subjacente” no discurso oficial, seria aquele que inviabiliza o indivíduo para o trabalho. Portanto, verifica-se o componente ideológico deste conceito (Idem, p. 149).²⁵

Independente disso, a questão das práticas médicas relacionadas às doenças é importante, pois alguns pensadores acreditam que o cuidado médico deve ser orientado a trazer um corpo enfermo (doente) à normalidade. Para Parsons ²⁶,

[...] a prática médica orienta-se para superar as alterações da saúde do indivíduo, vale dizer, a doença. Como a prática médica é considerada um ‘mecanismo’ do sistema social para medir forças com as doenças de seus membros, o ponto de partida para defini-la é, portanto, a análise da doença. A doença é definida como um estado de perturbação no funcionamento normal do indivíduo humano total, compreendendo-se o estado do

²⁵ O que se associa aqui à lógica capitalista é importante, mas, lembramos novamente que, por agora, o importante são os conceitos que relacionam doença com práticas médicas e, conseqüentemente, com as práticas sociais, e que as definições de doenças podem variar conforme o agente que a define, dependendo da lógica que envolva seu interesse.

²⁶ PARSONS, Talcott, *The social system*, Glencoe, III. The free Press, 1951. Apud GARCIA, Juan César. “Medicina e sociedade: as correntes de pensamento no campo da saúde in *Medicina social: aspectos históricos e teóricos*. organização Everton Duarte Nunes. tradução Maria Cecília Donnangelo - São Paulo, global Ed. 1983

organismo como sistema biológico e o estado de seus ajustamentos pessoal e social. A doença é definida, pois, em parte biologicamente e em parte socialmente. A doença não seria um perigo 'externo', mas uma parte integral do próprio equilíbrio social e é considerada como um modo de resposta às pressões sociais, entre outras coisas, como um modo de evitar responsabilidades. A doença tem que ser definida em um dos seus aspectos principais como uma forma de conduta desviada, sendo, o papel de doente, a forma como a sociedade institucionaliza este desvio. É assim que o papel da medicina articula-se com o papel do doente, ou seja, como um mecanismo de controle social. (GARCIA, 1982, p. 106)

Pela importância referida ao tema, se faz imperativo observar essa concepção de doença. Entretanto, pelo fato de termos encontrado outras, exporemos algumas indicando que, a depender do ponto adotado, as noções conceituais variam.

Em atuais ferramentas de busca simples da internet, encontramos como 'definição' de doença:

- a) Distúrbio das funções de um órgão, da psique ou do organismo como um todo que está associado a sintomas específicos.²⁷
- b) Disfunção em um organismo causada por agentes externos ou não; qualquer condição mórbida ou danosa²⁸
- c) Processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o indivíduo a tratamento médico²⁹
- d) Qualquer alteração da força vital. O que antecede a moléstia³⁰
- e) Incapacidade voluntária. Representa a soma de anormalidades observada em um grupo de indivíduos³¹

Observa-se componente ora funcionalista, ora normativo, ora individual, ora coletivo. Cordeiro nos faz crer que a definição de doença realmente depende do contexto a partir do qual se examina o fenômeno.

O conceito de doença usualmente é referido a algum desvio do funcionamento normal que produz consequências indesejáveis. A definição da doença, dependendo de um contexto social, representa, por um lado, o estudo das instituições sociais de saúde e da ciência da saúde, e de outro,

²⁷ Disponível em <http://pt.wikipedia.org/wiki/Doença>, acesso em 26 de Janeiro de 2011.

²⁸ Disponível em <http://pt.wiktionary.org/wiki/doen%C3%A7a>, acesso em 26 de janeiro de 2011

²⁹ Disponível em <http://www.caixavidaeprevidencia.com.br/portal/>, acesso em 26 de Janeiro de 2011

³⁰ Disponível em <http://www.homeopatiaveterinaria.com.br/homeglos.htm>, acesso em 26 de Janeiro de 2011

³¹ Disponível em http://www.captainconsciente.com.br/artigos_7.htm, acesso em 26 de Janeiro de 2011

*o contexto cultural e social nos quais os problemas humanos são definidos.
(CORDEIRO, 1985, p. 45)*

Definições à parte, aqui fica considerado, pelo exposto, que, independente do contexto, as doenças encontram-se vinculadas às práticas sociais e são necessidades humanas, relacionadas com sofrimento.

Assim, é importante que se parta do princípio que os sujeitos manifestam seu sofrimento, em maior ou menor grau, de acordo com sua inserção social e o uso que fazem do vocabulário disponível em sua época. As práticas lingüísticas produzem e reproduzem manifestações diversas do sofrimento. Existem várias maneiras de a dor e o sofrimento se manifestarem: através dos sonhos, fala, comportamentos, atitudes e trabalho. Uma vez expresso, o sofrimento recebe diferentes significações e destinos, que se diferenciam ao longo da história. De símbolo do pecado judaico-cristão à patologia da ciência moderna, passando pela bruxaria medieval, o sofrimento sempre exigiu do homem uma explicação lógica.

A saúde e o adoecer são formas pelas quais a vida se manifesta. Correspondem a experiências singulares e subjetivas, impossíveis de serem reconhecidas e significadas integralmente pela palavra. Contudo, é por intermédio da palavra que o doente expressa seu mal-estar, da mesma forma que o médico dá significação às queixas de seu paciente. É na relação entre a ocorrência do fenômeno concreto do adoecer, a palavra do paciente e a do profissional de saúde, que ocorre a tensão remetida à questão que se destaca aqui. Esta se situa entre a subjetividade da experiência da doença e a objetividade dos conceitos que lhe dão sentido e propõe intervenções para lidar com semelhante vivência (CZERESNIA, 1999, p. 702).

Nota-se que, além de a concepção de doença estar vinculada ao contexto de quem concebe, percebe-se que o modo de o paciente reclamar sua queixa também é, em grande parte, subjetivo. Desse modo, considerar esta ou aquela noção de doença poderia soar como incipiente, ainda mais que pretendemos identificar algumas relações das práticas médicas e demonstrar que podem ser determinadas pelo capitalismo. Ou seja, independente das flutuações conceituais, o importante é descobrir seus nexos, suas implicações, suas determinações.

Ainda mais que teorias diferentes explicitam que refletem sobre a explicação dos fenômenos (como a doença) no campo da saúde (GARCIA, 1982, p. 119). Um dos exemplos é o funcionalismo adotado por Parsons, que recebe críticas em relação a suas limitações em explicar os conflitos nas relações das práticas médicas. Outro exemplo é a corrente neokantiana (idealista) adotada por Husserl (1859-1938),

que sofre limitações por considerar a matéria e a natureza como secundárias. Além dessas, encontramos as escolas materialistas que enfatizam as relações de produção.

Então, pensemos apenas que as doenças, ou suas determinações, apesar de não necessárias para tal, geram práticas médicas, e que esse “tecido social” requer, pelo menos, a presença de três componentes: Paciente, médico e ambiente. De acordo com Garcia (1982, p. 106), podemos afirmar que o doente e o médico ajustam-se de uma forma aparentemente harmônica, graças a uma série de orientações valorativas, compartilhadas, que evitam a manifestação de conflitos.

Os aspectos históricos são importantes para conceituar o fenômeno da *doença*. Em cada tempo histórico, a humanidade concebeu o processo de adoecer diferentemente. Laurell exemplifica com a longevidade, mostrando que, de uma forma ou de outra, o homem morre de qualquer maneira, e que toda esta questão é relacionada “[...] com o domínio do homem pela natureza” (1982, p. 143). Antigamente, as doenças prevalentes eram infecciosas, hoje são crônico-degenerativas. Ou seja, fenômenos com intersecções conceituais e com componentes intrínsecos completamente diferentes. O que mudou, de fato: o homem tem vivido mais tempo, e isso é relacionado, como referido, ao domínio da natureza pelo homem.

O domínio da natureza pelo homem também pode ser considerado deletério, dependendo do ponto de vista a partir do qual se examina a questão. Atualmente, alguns pesquisadores, que adotam uma perspectiva crítica, ressaltam que muitos males à saúde vem das forças destrutivas do capital, quando exploram e destroem o recursos da natureza e a vida dos trabalhadores.

A saúde coletiva é também bastante atingida com a contaminação do ar e das águas, o desmatamento e, enfim, com a destruição ambiental. Não mais em longo prazo, mas observam-se já nos dias de hoje, que as condições de vida no planeta estão sendo banidas pelo avanço inexorável das forças capitalistas no domínio e na exploração dos recursos naturais e em especial da força de trabalho humana. (RAUTA RAMOS, 2009, p. 28)

Vemos que o capitalismo aparece novamente, agora como impulsionador da catástrofe ambiental.

A produção capitalista, sob a lógica da acumulação, afasta todo e qualquer obstáculo imposto a sua frente que possa impedi-la de explorar até a exaustão os recursos naturais, inclusive os não renováveis, e também

consegue ultrapassar (driblando) os mecanismos democráticos inspirados na defesa de um desenvolvimento sustentável (Idem, 2009, p. 17).

Crítica do capitalismo à parte, o importante é destacar que o domínio da natureza pelo homem resulta duplamente no campo da saúde: se por um lado, melhora as condições de algumas doenças aumentando a longevidade, por outro, aparecem novas doenças provindas da maneira moderna de se viver, incluindo os agravos ao meio ambiente.

Os conceitos de doenças também podem variar conforme os grupos sociais (como foi visto anteriormente). Aqui podemos mencionar que a distribuição desigual das moléstias nos diversos grupos sociais pode ser comprovada empiricamente *“[...] e que é possível detectar perfis patológicos específicos dos grupos sociais”* (LAURELL, 1982, p. 145). Além disso, observamos, nessa mesma obra, que os tipos e freqüências das doenças também estão relacionados com quesitos sociais.

“[...] o perfil muda para uma mesma população de acordo com o momento histórico. Ainda assim, as diferentes formações sociais apresentam perfis patológicos que, a nível geral, distinguem-se conforme o modo particular de combinar-se o desenvolvimento das forças produtivas e as relações sociais de produção [...] o processo patológico dos grupos sociais de uma mesma sociedade se apresenta diverso quanto ao tipo de doença e sua freqüência (LAURELL, 1982, p. 148)

Percebemos que, independente da definição, os conceitos que envolvem a doença são envoltos completamente por quesitos sociais. Laurell recomenda que *“[...] deve-se comprovar empiricamente o caráter doença enquanto fato social”* (idem). Para ela, *“a natureza social da doença não se verifica no caso clínico, mas no modo característico de adoecer e morrer nos grupos humanos”* (Idem). Sugere, ainda, que o caráter social da doença pode ser encontrado na análise das condições coletivas de saúde, em diferentes sociedades, possibilitando uma compreensão maior da suas determinações objetivas.

Para essa autora, desde os anos sessenta (do século passado) havia, no cenário acadêmico, a discussão *“[...] se a doença é essencialmente biológica ou, ao contrário, se é social”* (LAURELL, 1982, p. 135). Estes questionamentos decorrem do avanço da medicina e do contexto social em que as concepções se elaboram. “Não obstante as evidências mostrarem as limitações da concepção biológica da doença e da prática que a sustenta, é inegável que esta impulsionou a geração do conhecimento médico durante uma larga etapa” (LAURELL, 1982, p. 136). Por outro

lado, ela acrescenta que a doença pode ser analisada como resultante de um processo social, que deve comprovar sua tese na utilidade na prática.

Para isso, é preciso distinguir dois problemas que estão subjacentes a esta questão: por um lado, temos o conceito de saúde, que expressa como se conceitua e se define socialmente por determinado fenômeno. Por outro lado, esconde-se por trás da palavra 'doença' um processo biológico que ocorre na população, independente do que se pense a respeito dela. É necessário, então, comprovar o caráter social de ambas (LAURELL, 1982, p. 136)

Em seqüência ao nosso raciocínio, percebemos que a doença é um produto social, com componente biológico, e que acontece independente do juízo que se faça. No entanto, percebemos o foco conceitual tem implicações nas práticas médicas. Focalizar a doença, como elemento de referência única da prática médica, é uma perspectiva ultrapassada. A questão atual de se observar é centrar no tema saúde, já que se considera que saúde não concebe mais como exclusivamente a ausência de doença.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), organismo sanitário internacional integrante da Organização das Nações Unidas, fundado em 1948, define saúde como 'estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente ausência de enfermidade ou invalidez'.³²

Um conceito mais dinâmico de saúde foi apresentado por Perkins:

Saúde é um estado de relativo equilíbrio de forma e função do organismo, que resulta em seu ajustamento dinâmico e satisfatório às forças que tendem perturbá-lo. Não é um inter-relacionamento passivo entre matéria orgânica e as forças que agem sobre ela, mas uma resposta ativa do organismo no sentido do reajustamento (PERKINS, 1938 apud LEAVELL e CLARK, 1982, p. 11)

Desenvolvemos um raciocínio a respeito das práticas médicas relacionadas à doença; agora aparece um novo componente, a saúde, que, apesar de relacionado com a doença, sabe-se que uma não é a negação da outra, fazendo-se necessário discorrermos sobre o processo saúde-doença.

Laurell adverte que; “[...] dever-se-ia especificar o que se entende pelo processo saúde-doença de um grupo, como se relaciona com o processo saúde-doença do indivíduo” (LAURELL, 1982, p. 151). Também alerta que devemos

³² Luis Salvador de Miranda Sá Junior, Desconstruindo a definição de saúde, Jornal do Conselho Federal de Medicina, jul/ago/set de 2004, pg 15-16. Disponível em <http://www.dis.unifesp.br/pg/Def-Saude.pdf>, acesso em 27 de Janeiro de 2011.

procurar como se relaciona “[...] entre o biológico e o social, e ainda, analisar o alcance dessa conceituação relativamente ao problema da determinação.” (Idem)

Por processo de saúde-doença da coletividade entendemos o modo específico pelo qual ocorre no grupo o processo biológico de desgaste e reprodução, destacando-se como momentos particulares a presença de um funcionamento biológico diferente com consequência para o desenvolvimento regular das atividades cotidianas, isto é, o surgimento da doença. [...] O processo saúde-doença se expressa empiricamente de maneira diversa. Por um lado, se expressa em indicadores, tais como expectativa de vida, as condições nutricionais e a constituição somática e, por outro, nos modos específicos de adoecer e morrer, isto é, no perfil patológico do grupo, dado pela morbidade ou pela mortalidade. (LAURELL, 1982, p. 152)

Nota-se que, apesar de se tratar importante o refletir na questão do adoecimento, a saúde aparece como *um* conceito positivo, que melhor determina ou explica o processo saúde-doença. Ainda Mais que se pode raciocinar como um processo – a evolução de uma para a outra (saúde para doença), e o retorno (doença para saúde) que pode ser um dos objetivos das práticas médicas.

Acontece que saúde e doença, mesmo tendo conceitos diversos e dependentes do contexto, apesar de se relacionarem, não são estáticas ou estacionárias.

Na base de cada condição de saúde ou doença, está o fenômeno da alteração quase constante. Essas condições são processos contínuos: uma batalha por parte do homem para manter o saldo positivo contra as forças biológicas, físicas, mentais e sociais que tendem a alterar o equilíbrio de sua saúde. (LEAVELL e CLARK, 1978, p. 12)

Mas já que o objetivo é construir socialmente processos sociais adequados para o cumprimento das necessidades humanas, pensa-se em partir a discussão não do foco da doença. O fato de a saúde ser um conceito positivo facilita o desenvolvimento de técnicas preventivas, para evitar a doença. Como parte significativa da sociedade (os grupos sociais mais empobrecidos) não tem acesso aos recursos da promoção da saúde, as soluções encontradas são orientadas à satisfação de apenas uma parcela da sociedade. Daí a importância de discutirmos a questão da *saúde* agora em nossa exposição.

Perceba. Quando se associa o termo *saúde* na discussão faz parecer sensação maior de controle sobre o processo saúde-doença ou, sobre a manutenção da saúde. O modo de praticar a medicina determinado pelo conceito positivo da saúde parece superar (por conter em sua prática) a simples forma de

retornar o corpo de uma situação de enfermidade a algo prévio que estaria negligenciado pelo modo de foco na doença. Desse modo, focar na saúde parece ser mais eficaz para a satisfação das necessidades humanas.

Diversos autores encabeçam esta discussão. Acontece que há sempre considerações políticas ou críticas. A princípio, manteremos o modo conceitual e filosófico da discussão; isto em detrimento da necessidade de evoluirmos para demonstrar os modelos conceitualmente melhores para a aplicação de práticas médicas baseadas na eficácia do atendimento das necessidades humanas.

Ao fazer foco na saúde do processo saúde-doença, se observa a corrente acadêmica da Medicina Preventiva.

É possível que se observe as vantagens de um tipo de prática médica que objetive a saúde ao invés da doença. Iniciaremos isto fazendo críticas ao modelo curativo, que teria foco somente na doença.

A medicina curativa trata de uma adjetivação da medicina, cujo objetivo é demonstrar sua atomização. A crítica reside em definir que a medicina curativa “[...] se trata de uma prática médica que se esgota no diagnóstico e na terapêutica, onde a prevenção e a reabilitação são secundárias, sendo, finalmente, a medicina que privilegia a doença e a morte contra a saúde e a vida” (AROUCA, 1975, p. 12). A medicina preventiva, porém, contesta esta prática médica em vários níveis:

a) Da ineficiência desta prática, desde que se centralizou na intervenção terapêutica, descuidando-se da prevenção da ocorrência, o que levou inevitavelmente ao encarecimento da atenção médica e à redução do seu rendimento. A medicina curativa, portanto, caracteriza-se pela ausência de racionalidade.

b) Da especialização crescente da medicina, fazendo com que o homem fosse cada vez mais reduzido a órgãos e estruturas, perdendo-se completamente a noção de sua totalidade. Este fato levou desenvolvimento de uma prática basicamente instrumental e ao desaparecimento do humanismo médico.

c) Do conhecimento médico desenvolvido com um enfoque predominantemente biológico ³³.

d) Das relações da medicina com a comunidade, pois a medicina curativa, realizando-se dentro de um contexto de interesses puramente individualista, desvinculou-se dos reais problemas de saúde da população, elegendo o raro como prioritário e esquecendo-se do predominante.

e) Da educação médica que, dominada pela ideologia curativa, estava formando profissionais que não atendiam as necessidades de atenção médica das comunidades. Este problema se agravava para os países subdesenvolvidos, que estavam formando médicos segundo padrões dos países desenvolvidos e que, portanto, eram estranhos ao seu próprio meio social (AROUCA, 1975, p.13-4).

O médico, em sua prática quotidiana, necessita de um conceito para cada enfermidade, que lhe permita nomeá-la em um diagnóstico que orientará a sua forma de tratar a doença, com isso, vemos, que o espaço em que habitam os conceitos de saúde e doença, normal e patológico, não é o espaço da prática médica, mas sim o da ciência médica e de uma epistemologia da medicina. Assim sendo, aceitar o conceito ecológico de saúde e doença é, por um lado, aumentar o campo de responsabilidades do médico, ampliar o espaço das determinações, retirando a segurança da unicausalidade, mas pelo outro, é aumentar as probabilidades de êxito, é desenvolver, diante do mundo das doenças, uma atitude otimista. (AROUCA, 1975, p. 113)

Quando se indica êxito, se fala em resultado favorável, que é relacionado com a eficácia. Portanto, na visão deste autor, a medicina preventiva (isto é, com foco na saúde) oferece maior eficácia (ao restabelecimento da saúde) que a prática curativa (isto é, com foco na doença).

Além de propiciar a eficácia das ações médicas, podemos perceber outra característica favorável no relato deste autor, que é relacionado com a eficiência do processo de atendimento médico com foco na saúde. Outros autores concordam com isso, como no exemplo a seguir.

³³ Em 1946, quando a Comissão Técnica Preparatória reuniu-se em Paris para estudar a constituição da Organização Mundial de Saúde, os dezesseis membros presentes concordaram que saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença. Este conceito encontra-se na linha direta daqueles desenvolvidos durante o século passado por Chadwick na Inglaterra, Villerme e Guerrin França, e Virchow e Gretjam na Alemanha, em que reconheciam a relação dos problemas sociais com a saúde, acrescidos agora de uma nova dimensão, a do psicológico desenvolvida por Freud. Esta conceituação abriu um novo espaço de crítica à prática médica, quando se percebeu a dominação biológica em uma área do conhecimento que se afirmava tridimensional e, portanto, exigia uma abordagem multidisciplinar (biologia, ciências sociais e psicologia) (AROUCA, 1975, p. 28).

Os objetivos finais de toda atividade médica, odontológica e de saúde pública, seja ela exercida no consultório, na clínica, no laboratório ou na comunidade, são a promoção da saúde, a prevenção de doenças e o prolongamento da vida. Estes objetivos coincidem com a definição de medicina preventiva, qual seja 'a ciência e a arte de evitar doenças, prolongar a vida e desenvolver a saúde física e mental, e a eficiência'. São objetivos da medicina preventiva promover um estado de saúde positivo ou ótimo, evitar a perda da saúde e a invalidez depois que o homem foi atacado pela doença. (LEAVELL e CLARK, 1978, p. 11)

Observamos que as necessidades humanas estariam satisfeitas se fosse conseguido, na realidade, um modelo de saúde que favorecesse este tipo de prática em saúde. Com o processo de atendimento com foco na saúde se alcançaria a eficácia do cumprimento do resultado, além da eficiência referida na citação acima.

Apesar de esta citação ter sido retirada de um dos livros clássicos do tema, e já ter mais de trinta anos, os conceitos atuais das práticas focalizadas na saúde mantêm as características de eficácia e eficiência.

Eficiência difere da eficácia na definição. Eficácia é a capacidade em cumprir as metas e objetivos previamente fixados (isto é, resultados). Eficiência mede a capacidade em utilizar, com rendimento máximo todos os insumos necessários ao cumprimento dos objetivos e metas. A eficiência estaria voltada aos meios, com os métodos e procedimentos planejados e organizados a fim de assegurar otimização dos recursos disponíveis ³⁴.

Se um tipo de prática gera eficácia, podemos concluir que gera resultado favorável ao que se espera. Se o gerar com eficiência, o faz com racionalização dos recursos. Esses tipos de características ideais, se conseguidas, gerariam, conceitualmente, o melhor das práticas dentro de um sistema, pois as necessidades em saúde seriam satisfeitas pela característica eficaz, e se obteria isso com otimização de recursos, pela característica da eficiência.

A questão que se faz importante agora. É possível este tipo de prática médica? Estaria apenas no plano ideário? De qualquer modo, parece prudente que as entidades que tenham obrigações em oferecer saúde procurem uma fórmula de aproximar o que é ideal da realidade de suas sociedades.

³⁴ Disponível em <http://www.fazenda.gov.br/portugues/glossario/glossario-e.asp>, acesso em 27 de Janeiro de 2011.

No caso do Brasil, a atenção à saúde é reconhecida como dever do Estado. Todos têm o direito a atenção à saúde gratuita, de acesso universal e de qualidade. O Artigo 196 da Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, reza:

*A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visam a redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação*³⁵

Conforme a Lei Complementar nº 8080 de 19 de Setembro de 1990 no Artigo 2º - “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”³⁶.

A promoção da saúde, dever do Estado, é proposta de políticas públicas. As políticas públicas de saúde implantam sistemas referentes às práticas médicas, normatizando-as em face das necessidades sociais. Daí a importância do conhecimento das determinações sociais do processo saúde-doença e das práticas médicas.

Vimos que, no processo histórico, as práticas médicas surgiram como maneira de resolver necessidades humanas, integrando, no mínimo, três elementos, pacientes, médicos e ambiente. Os primeiros normalmente possuem algum tipo de sofrimento (consciente ou não), e que o expressam de modo orientado pelo contexto de sua vivência, e esta necessidade pode ser trabalhada por diversas abordagens. Os médicos são indivíduos socialmente determinados e que monopolizam o conhecimento técnico ou científico, oferecendo seu serviço, nas sociedades capitalistas, através de uma relação de troca mercantil. Isso tudo gerando um processo social importante.

Uma vez que as práticas médicas têm seu planejamento e execução orientados por um sistema de saúde, coloca-se na pauta política o desafio de se fazer a opção por um modelo que envolva características de eficácia e de eficiência para o atendimento das necessidades sociais do conjunto da população, expressa em metas sociais, que, no caso das práticas médicas, são complexas. Não estamos

³⁵ Disponível em

http://www.mp.ba.gov.br/atuacao/cidadania/gesau/legislacao/constituicoes/constituicao_federal.pdf, acesso em 17 de Fevereiro de 2011

³⁶ Disponível em <http://www.leidireto.com.br/lei-8080.html>, acesso em 17 de Fevereiro de 2011

propondo especificamente a medicina preventiva, mas modelos relacionados com o conceito que inicialmente evoluiu para a idéia de um sistema público.

2.2 História da Atenção da Saúde no Brasil

Tendo feito algumas considerações conceituais e básicas sobre modos de entender os sistema de saúde (ou práticas médicas), mostraremos como as práticas médicas evoluíram no decorrer dos anos e como se deu a criação de um modelo muito próximo ao ideal.

As políticas médicas do mundo ocidental e institucionalizadas surgiram a partir da organização dos Estados Absolutistas Europeus. É quando se cria algum tipo de caráter social da medicina e quando são implementadas medidas públicas de saneamento e instalados hospitais de atendimento universal; embora que, naquele momento histórico, estes hospitais eram voltados somente para o atendimento da população pobre, instituições asilares, mais semelhantes a instituições para o trabalho forçado (Leis do pobres, na Inglaterra, que se disseminou para toda a Europa).

“A reorganização social durante o mercantilismo constituiu o elemento imediato de uma reestruturação no campo médico” (DONNANGELO e PEREIRA, 1976, p. 49)

Ao desenvolvimento dos conceitos de “povo” e de “nação” corresponde a conceptualização progressiva de Estado como representante do “interesse geral”, nos ensaios de formulação das teorias do contrato social que encontrarão, posteriormente em Rousseau, sua forma decisiva para a fundamentação ideológica das relações Estado-Sociedade Civil no modo de produção capitalista. Como parte da nova estratégia político-econômica impõe-se pensar a população, registrá-la, formular princípios de sua relação com o poder do Estado: a quantidade de população é fundamental para que o Estado possa repousar sobre bases econômicas e políticas sólidas. Sua atividade produtora não é menos importante, em particular nos países que dependem da produção interna para estabelecer fluxos comerciais que possibilitem a acumulação da riqueza, a constituição de exércitos, o conseqüente aumento da força do Estado. Daí decorre primeiramente a necessidade de calcular a força ativa das populações, de definir as condições de seu crescimento, de implantar medidas capazes de favorecê-lo. A população era relativamente escassa e entre os fatores responsáveis

por tal escassez incluíam-se as condições sanitárias até então vigentes. (DONNANGELO e PEREIRA, 1976, p. 49)

Donnangelo acrescenta que encontrou em Sigerist relatos sobre a história da época:

A mortalidade, sobretudo entre crianças, era aterradora. A peste nunca se extinguia e a população era assolada por terríveis epidemias de difteria, tuberculose, sarampo, febre tifóide. As primeiras estatísticas vitais foram compiladas no século XVII e apesar de muito imperfeitas, chamaram a atenção pública para as aterrorizantes taxas de mortalidade. Todos tinham medo; sentia-se que a população estava ameaçada e que algo tinha que ser feito. Durante o século XVIII a higiene melhorou consideravelmente e estes progressos não foram devidos tanto aos esforços médicos quanto às condições políticas e filosóficas da época. Em um governo absolutista o monarca sente-se responsável pelos seus súditos; [...]. Ordena o que se deve fazer para permanecer sadio e proíbe o que é danoso. A saúde é cuidada ou imposta por meio da polícia (SIGERIST, 1974, p. 37)³⁷.

Não diferente a este quadro, o campo da saúde pública do Brasil da Era Colonial foi marcado por doenças infecciosas. “O Conselho Ultramarino Português – órgão responsável pela administração das colônias – criou os cargos de físico-mor e cirurgião-mor.” (BERTOLLI FILHO. 2003:6). Acontece que poucos médicos se instalaram na região por causa dos perigos e dos baixos salários. Em 1498, foi fundado o primeiro hospital Santa Casa de Misericórdia, em Lisboa, cumprindo a promessa cristã de socorrer os mais pobres e enfermos, a seqüência deste compromisso chegou ao Brasil.

A transposição desse ideal para os territórios colonizados por Portugal levou à criação de Santas Casas nos principais núcleos brasileiros. A primeira foi fundada na Vila de Santos, em 1543, seguida pela do Espírito Santo, da Bahia, do Rio de Janeiro e da Vila de São Paulo, ainda no século XVI. Todas elas foram financiadas por doações feitas pelas elites regionais e verbas públicas. (BERTOLLI FILHO, 2003, p. 11)

Ainda assim, a situação da saúde pública era precária. Os hospitais serviam para separar os sadios dos doentes que normalmente eram infectados por algo possivelmente contagioso. Além disso, em todo o mundo ocidental, a medicina era, de certa maneira, subordinada à prática religiosa. Isto acarretou uma estagnação da evolução das práticas da medicina.

O movimento por uma abordagem realística dos problemas da medicina que reconheça o papel inter-relacionado e conjunto da teoria e da prática não foi constante e regular. Períodos como o Renascimento e durante o século XVII

³⁷ SIGERIST, H. *Historia y Sociologia de la Medicina*, editada por Gustavo Molina, Bogotá, 1974, p.37. Apud DONNANGELO, p. 49

na Inglaterra, nos quais ocorreu uma revolta na ciência experimental, foram seguidas por tempos nos quais prevaleceu a esquematização estéril. Essas mudanças refletem a condição prevalecente da vida intelectual, a qual estava relacionada, em última análise, aos desenvolvimentos sociais e econômicos no interior de uma sociedade. (NUNES, 2007, p. 77)

Com as descobertas de Galileu e Newton, um revigoramento atinge as ciências em geral, promovendo novos avanços. Com isso houve também um despertar dentro da sociedade burguesa, que começa a se inteirar de um progresso tecnológico que possibilita uma nova maneira de viver. A melhoria da vida do homem relacionado ao avanço da ciência fez com que se criasse uma revolta contra a escolástica – causa maior do atraso – assim, aparece uma série de experimentos e registros quantitativos de suas descobertas. O interesse contemporâneo pela tecnologia, em especial pela mecânica das bombas para trabalho com a água e drenagem de minas, parece ter levado Harvey ³⁸ a pensar no coração como tal, e explicar a circulação do sangue. Estes descobrimentos levaram os homens da ciência daquele tempo a conceber a ciência livre da religião, e isso possibilitou um avanço sem precedentes, em todas as áreas do conhecimento humano. (NUNES, 2007, p. 77)

A medicina científica desde Harvey não teve caminho fácil para percorrer, e seu futuro de maneira alguma está resolvido. Está muito mais seguramente fortificada do que em 1864, quando a profissão médica americana ainda podia ser caracterizada como uma confusão de: alopatas em todas as espécies de alopáticas; homeopatas de diluições altas e baixas; hidropatas moderados e heróicos; cromotermolistas; thomsonianos; mesmeristas; herboristas; curandeiros indianos; videntes; espiritualistas com dons de cura, e não sei mais o quê (STERN, 1959, p. 397-7 apud NUNES, 2007, p. 77-8).

A melhoria, de fato ocorre também em vigência do que fora chamado de ‘polícia médica’. Os estudos de Rosen permitem rastrear o desenvolvimento na Alemanha das idéias e práticas que revelam a importância da medicina para a política de Estado, na segunda metade do século XVIII (DONNANGELO e PEREIRA, 1976, p. 50).

Com isso se obtém os seguintes princípios: “o Estado deve zelar pela saúde da população; os médicos são responsáveis não apenas pelo tratamento dos doentes, mas também pelo controle e manutenção da saúde da população, esse

³⁸ William Harvey (1578-1657), médico e professor britânico. Foi o primeiro a descrever a circulação sanguínea. O sistema circulatório do sangue ao ser bombardeado por todo o corpo e para o coração.

controle deve atingir todos os aspectos da vida dos indivíduos”. É nesse momento histórico que a educação médica passa a ser desenvolvida com rigor e as práticas médicas restringidas à pessoal competente; assim passa a haver uma supervisão maior a hospitais e promoção de ‘campanhas educativas’, dirigidas a população, no tocante à saúde. (DONNANGELO e PEREIRA, 1976, p. 50)

Tais princípios marcaram acentuadamente a prática médica na Alemanha e implicaram, em fins do século XVIII e princípio do XIX, na implantação de um sistema complexo de observação e registro de nascimentos, de mortes, da morbilidade, da ocorrência de endemias e epidemias, bem como na instauração de uma série de mecanismos de controle, pelo poder político, da formação do médico, do exercício da prática médica, dos efeitos dessa prática sobre o estado de saúde das populações. (DONNANGELO e PEREIRA, 1976, p. 51)

Foucault chama de medicina de Estado esta redefinição que iniciou, na prática médica alemã dessa época.

O que se encontra antes da grande medicina clínica do século XIX é uma medicina estatizada ao máximo [...]. Com a organização de um saber médico estatal, a normatização da profissão médica, a subordinação dos médicos a uma Administração Central e, finalmente, a integração de vários médicos em uma organização médica estatal, tem-se uma série de fenômenos inteiramente novos que caracterizam o que pode ser chamada medicina de Estado [...]. Não é o corpo que trabalha, o corpo do operário que é assumido por essa administração estatal de saúde, mas o próprio corpo dos indivíduos enquanto constituem globalmente o Estado: é a força, não o trabalho, mas estatal, a força do Estado em seus conflitos, econômicos certamente, mas igualmente políticos, com seus vizinhos [...] é essa força estatal que a medicina deve aperfeiçoar e desenvolver. (FOUCAULT, 1974, p. 51)

Ainda na análise foucaultiana, se vê que a medicina percorreu um caminho até “[...] uma medicina privada, liberal, submetida aos mecanismos da iniciativa individual e às leis do mercado; uma política médica que se apóia em uma estrutura de poder e que visa à saúde de uma sociedade” (FOUCAULT, 2004, p. 193). A medicina, para este autor, teria se socializado lentamente, “tornando-a responsável pela coletividade” (Idem) Para ele, o surgimento progressivo da medicina do século XIX não poderia ser dissociado da organização de uma política de saúde e da consideração que as doenças são um problema político-econômico. Neste sentido, não é somente o Estado quem organiza a política de saúde, mas também as instituições religiosas e as sociedades científicas.

Mesmo não sendo apenas resultante da ação do Estado ³⁹, ressalta-se nos objetivos dos serviços de saúde pública a busca da manutenção da ordem social capitalista e a mediação entre as classes sociais. Então, com a preocupação de organizar a sociedade, o Estado passa a ser (também) mediador das reivindicações da classe trabalhadora, que reivindicam seus direitos sociais (BRAVO, 2008, p. 89).

Por outro lado, a “[...] preocupação com a saúde das populações e a adoção de medidas governamentais, visando o controle sanitário, existe desde a Antiguidade (PAIM, 1999, p. 587). O aparecimento da Medicina Social no século XX está relacionado ao fato de que, a saúde do povo passou a representar um objeto de inequívoca responsabilidade social; e que as medidas para promover a saúde e combater as doenças deveriam ser tanto sociais quanto médicas e, inclusive competência do Estado.

No Brasil, o Estado começou a intervir na saúde nesse momento. Assim diz Bravo: “No século XVIII, a assistência médica era pautada pela filantropia e na prática liberal”, e que já no século XIX,

[...] em decorrência das transformações econômicas e políticas, algumas iniciativas surgiram no campo da saúde pública, como a vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas limitadas. O movimento operário dá início as suas reivindicações no final deste século. (BRAVO, 2008, p. 89).

Vemos que a história das práticas médicas, no mundo ocidental, derivou da prática religiosa, evoluindo com o contexto as descobertas da ciência, e tornou-se função do Estado, em certo momento na Europa, com o advento da industrialização. Desse modo, como se pode perceber, a saúde, ou o atendimento médico, percorreu um longo caminho até desembocar na modernidade.

A fase chamada de assistencialista caracterizou a política de saúde até o século XIX. Sua tônica era basicamente a de atender doentes das populações mais pobres. Foi praticada pelas instituições religiosas ou leigas que se dispunha a prestar assistencialismos, distribuição de alimentos e medidas protecionistas. (MÉDICI, 1992, p. 57).

³⁹ A assistência à saúde nasce com a industrialização e o surgimento da medicina social na Alemanha, França e Inglaterra. Este assunto pode ser melhor visto em BRAVO 2008, p. 89 – opus cit.

O mercado de trabalho médico liberal, no Brasil, demora para se consolidar, até porque no final do XIX, os processos de urbanização e de industrialização ainda incipientes, criaram um fraco mercado interno de bens de consumo, “[...] *condição indispensável para a forma liberal*” (SCHRAIBER, 2008, p. 62). Por outro lado, não havia possibilidade de compra direta de serviços, até porque, havia um número reduzido de médicos, e a oferta de serviços era reduzida e mal distribuída (Idem).

A criação da Medicina Previdenciária, que surgiu na absorção pelo Estado das reivindicações de diferentes categorias ocupacionais, encontra-se imbricada no nascimento da classe trabalhadora, com o advento do capitalismo. Paralelamente à rede da Previdência Social, persistiam outras instituições responsáveis por parcela da prestação de assistência médica no país, como os serviços filantrópicos, atividades pré-capitalistas. Uma característica no Brasil era a multiplicidade de órgãos e agentes que prestavam serviços de saúde.

Dentro dessa multiplicidade, o previdencialismo se estendeu da metade do XIX até o meio do século XX. Mas, não se eliminou totalmente o assistencialismo, apenas houve sua redução com o deslocamento de funções, dado o surgimento do sistema de saúde pública, e das práticas médicas mercantis. A medicina previdenciária foi um dos principais elementos que marcaram o fortalecimento de uma sociedade de trabalho (MÉDICI, 1992, p. 50), pois trabalhadores e suas famílias usufruíam de atendimento médico nessa rede, os estratos sociais superiores usufruíam dos tradicionais médicos de família.

Na época da velha República (1889-1930), verifica-se que

[...] a ocorrência de epidemias e de doenças pestilências ameaçava os interesses do modelo econômico agro-exportador, assim o Estado fornece uma resposta mediante a organização de serviços de saúde pública e a realiza campanhas sanitárias (PAIM, 1999, p. 589).

Os trabalhadores, tanto os rurais, quanto os urbanos e suas famílias, não tinham acesso a serviços de saúde. Quando necessitavam, recorriam à caridade ou pagavam por atendimentos médicos. Na superestrutura político-ideológica tinha-se um Estado liberal-oligárquico, que somente deveria atuar naquilo que o indivíduo sozinho ou a iniciativa privada não pudesse fazê-lo. Com o aparecimento das indústrias, a precariedade da saúde propicia a ‘emergência’ de movimentos operários com várias reivindicações. “*A despeito da ideologia liberal o Estado foi*

reagindo às condições de saúde da população mediante políticas de saúde” (Idem). Mas, a atenção do Estado se referenciava às questões pertinentes à economia.

As condições de vida e de trabalho insatisfatórias, porém, propiciaram o aparecimento de movimentos sociais urbanos enfrentados pelo Estado como “caso de polícia” e, posteriormente como “questão social”. Estas, vistas, sob o ângulo da previdência e da saúde pública, teve como resposta: a Lei Eloi Chaves, organizando as CAP (Caixa de Aposentadorias e pensões), e a Reforma Carlos Chagas, implantando o novo regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública com três diretorias (Serviços Sanitários Terrestres, Defesa Sanitária Marítima e Fluvial, Saneamento e Profilaxia Rural) e ampliando as suas atribuições (atenção á infância e controle da tuberculose, hanseníase e doença sexualmente transmissível (PAIM, 1999, p. 589-91)

Na época do Estado Oligárquico,

[...] o Serviço Sanitário se constitui como parte da aparelhagem do Estado Oligárquico, que, como produto-produtor de relações sociais específicas, responde a uma dinâmica social contraditória, na qual o jogo dos interesses econômicos e político-ideológicos dos grupos sociais dominantes e hegemônicos com os dos outros grupos sociais (subalternos e/ou dominados) é que imprime o sentido da organização e a forma de efetivação do conjunto das práticas sociais, dentre as quais se destacam as práticas sanitaristas. (MERHY, 1985, p. 104)

A Constituição Republicana, de 1891, teve papel importante nas conquistas sociais dos trabalhadores. Determinava como seriam as práticas sanitaristas no Brasil; na década de 1920, o Estado Oligárquico é obrigado a ceder aos trabalhadores alguns direitos previdenciários e trabalhistas. A questão social recebia destaque nas esferas públicas. Os congressistas se manifestavam sobre a urgência em votar uma lei referente ao trabalho. Essa referida década sofre um conjunto de crises políticas que levam ao rompimento do Estado Oligárquico. Estes conflitos gestados no “[...] interior da sociedade oligárquica paulista, que de agroexportadora urbano-comercial passa a agroexportadora urbano-industrial, propiciam as transformações das práticas sanitárias”. (MERHY, 1985, p. 69)

Em 1930, foram criados os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) (BERTOLLI FILHO, 2003, p. 31). Dessa forma, a organização do setor da saúde anunciava o compromisso do Estado de zelar pelo bem-estar sanitário da população. A área sanitária passou a compartilhar com o setor educacional, sendo incluída no conjunto das reformas realizadas por Vargas, desde outubro de 1930,

[...] o modelo oferecido pela Lei Elói Chaves foi parcialmente adotado por Getúlio Vargas, que na década de 1930, aplicou a várias categorias profissionais. Organizaram-se então as Caixas de Aposentadorias e Pensões e os Institutos de Previdência, sob a tutela do Estado [...], no

entanto, as caixas apresentavam serviço irregular, oferecendo pouca cobertura aos doentes mais graves [...]. Foi criada uma lei para atendimento de doentes com tuberculose [...] mais grave ainda, era a situação para o operário que não tivesse carteira de trabalho. Teria que apelar para a caridade pública (BERTOLLI FILHO, 2003, p. 33)

Bravo enfatiza esta questão, inclusive que o processo de industrialização redefine papel da saúde, com o surgimento de políticas sociais como respostas às reivindicações do operariado. (2008, p.90)

A política de saúde formulada nesse período era de caráter nacional, organizada em dois sub-setores; o da saúde pública e o da saúde previdenciária [...] as principais alternativas adotadas para a saúde pública, no período de 1930 a 1940, foram: • 1- ênfase nas campanhas sanitárias; •2-coordenação dos serviços estaduais de saúde dos Estados de fraco poder econômico, em 1937, pelo Departamento Nacional de Saúde; •3-interiorizações das ações para as áreas de endemias rurais, a partir de 1937, em decorrência dos fluxos migratórios de mão-de-obra para as cidades; •4-criação de combate as endemias (Serviço Nacional de Febre Amarela, 1937; Serviço de Malária no Nordeste, 1939; Serviço de Malária da Baixada Fluminense, 1940, financiados os dois primeiros pela Fundação Rockefeller, de origem norte-americana); •5- reorganização do Departamento Nacional de Saúde , em 1941, que incorporou vários serviços de combate às endemias e assumiu o controle da formação de técnicos em saúde pública (BRAVO, 2008, p. 91).

Vemos que na era Vargas a saúde pública passou a ter sua institucionalização na esfera federal com a criação do Ministério da Educação e Saúde.

A educação sanitária passou a ser valorizada e as campanhas de controle de doenças de forma institucionalizadas transformando-se em órgãos do departamento Nacional de Saúde do Ministério de Educação e, depois de 1953, da estrutura do Ministério da Saúde (PAIM, 1999, p. 590).

A Constituição de 1934 foi o instrumento público que garantiu que fossem incorporadas algumas garantias ao operariado, tais como, assistência médica, licença remunerada à gestante trabalhadora e a jornada de oito horas. Em 1943 criou-se a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), a obrigatoriedade de pagar o salário mínimo, a indenização aos acidentados, o tratamento médico aos doentes, o pagamento de horas extras, as férias remuneradas e etc. Tudo isso a quem tivesse carteira assinada. Ainda assim, apesar da expansão da assistência médico-hospitalar aos trabalhadores urbanos, e das novas técnicas de controle das endemias rurais (através de um convenio firmado entre a fundação Rokefeller, norte-americana), o Brasil permanecia como o país mais doente do continente. (BERTOLLI FILHO, 2003, p. 34). Para um controle maior da sociedade, foram criadas campanhas publicitárias, sobre o uso de alcoolismo, muitos conselhos

sanitários levados à população apoiavam-se ainda nos princípios ‘eugênicos’, difundidos desde a República Velha, conclamando a população a mudar seus hábitos higiênicos. Era, na verdade, uma tentativa de transferência de responsabilidades (BERTOLLI FILHO, 2003, p. 37).

O contexto mundial também interferiu na saúde pública brasileira, como a

[...] vitória dos Estados Unidos e dos aliados na segunda Guerra Mundial [que] teve repercussões no Brasil de grandes manifestações popular contra a ditadura que acabaram resultando, em outubro de 1945, na deposição de Getúlio Vargas, e no ano seguinte, na elaboração de uma constituição democrática de inspiração liberal. A partir de então, e até 1964, o Brasil viveu a fase conhecida como período de redemocratização, marcado pelas eleições diretas para os principais cargos políticos, pelo pluripartidarismo e pela liberdade de atuação da imprensa, das agremiações políticas e dos sindicatos (BERTOLLI FILHO, 2003, p. 39)

Neste contexto, houve manifestações que tentavam consolidar o Brasil como suficiente, sem necessidade de apoio internacional, em especial, do Imperialismo⁴⁰ norte-americano. Na saúde foi criado o plano Salte (elaborado em 1948) que não chegou a ser posto em prática. Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde, mas o financiamento da saúde ainda era pequeno para as necessidades. Em 1960 é criada a Lei Orgânica da Previdência Social em resposta as diferentes cobranças percentuais das contribuições dos trabalhadores à saúde. (BERTOLLI FILHO, 2003, p. 40-4)

Correspondentes a este contexto histórico, pesquisadores procuravam encontrar solução ao problema saúde. Arouca descobre em Hilleboe e Larimore (1965) o seu tema de análise que viria a constituir como o “*Dilema Preventista*”, tese de doutorado que marca o início da reforma sanitária brasileira⁴¹:

(os dois autores) partem da idéia que a demanda crescente da assistência médica não se manifesta somente no sentido de mais e melhor, mas também exige uma nova orientação. Para eles, esta mudança qualitativa como a exigência por algo é além da simples cura das enfermidades, como é a preservação da saúde. Decorrente do desenvolvimento científico e de

⁴⁰ Imperialismo é a expressão usada para caracterizar as políticas de dominação das grandes potências econômicas sobre os países menos desenvolvidos (BERTOLLI FILHO, 2003, p. 39)

⁴¹ Sonia Fleury Teixeira, pesquisadora das temáticas políticas e sociais em Saúde Coletiva [...] comenta a importância de ter considerado “o cuidado médico” como valor e como categoria básica para entender a articulação médica e sociedade. Além disso, assinala a centralidade desse conceito na formulação e desenvolvimento das idéias da referência sanitária no Brasil. AROUCA, Pedro Tambelini, “Apresentação” em *O Dilema Preventivista: contribuição a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo, editora Unesp - Rio de Janeiro. Editora Fiocruz - 2003

uma demanda socialmente determinada, a Medicina Preventiva ⁴² evolui constantemente para manter-se em dia com a sociedade, tornando-se impossível conceituá-la sem que este conceito se torne quase que, automaticamente, ultrapassado. Dentro deste contexto, Medicina Preventiva é uma expressão simbólica, associada a dois conceitos, prevenção da ocorrência e prevenção da evolução, colocada para os clínicos como uma nova maneira da prática profissional. Esta perspectiva exige que a formação do clínico deva se dar tanto no campo da medicina preventiva como no da curativa e que neste encontro abra o limiar de uma nova era da medicina: a era da Medicina Preventiva (AROUCA, 1975, p. 10).

Os departamentos de Medicina Preventiva, fundados nos anos 1960, com o incentivo das idéias em defesa às medidas preventivas, difundidas pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), também participaram dos estudos que propunham modelos alternativos de atenção à saúde. Os programas de Medicina Comunitária ligados a estes departamentos foram reproduzidos na esfera local, constituindo-se em projetos pilotos, espaços que deram suporte ao Movimento da Reforma Sanitária do que se constituiu posteriormente. Adiante veremos que a soma destas experiências ficou assim conhecida, que desembocou no surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

No período da Ditadura Militar, para obter alguma legitimidade em meio a uma modernização econômica excludente e a uma ação repressiva brutal, seus governos implantaram algumas medidas direcionadas à população trabalhadora, notando-se essas iniciativas, desde meados dos anos 1960. No tocante ao sistema previdenciário, seus institutos se centralizaram no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Estabeleceram-se convênios entre empresas e o INPS para atendimento ao trabalhador nos locais de trabalho, e a previdência foi estendida a várias categorias rurais, até então ainda não incorporadas, embora tenha sido mantidas restrições para vários segmentos.

A centralização do sistema prosseguiria ao longo da década de 1970, com a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social, do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas), do Instituto Nacional de Assistência

⁴² A Medicina Preventiva como formação discursiva emerge em um campo formado por três vertentes, a primeira a Higiene, que faz o seu aparecimento no século passado, intimamente ligada com o desenvolvimento do capitalismo e com a ideologia liberal; a segunda, a discussão dos custos da atenção médica, nas décadas de 30 e 40 nos Estados Unidos, já sob uma nova divisão de poder internacional e na própria dinâmica da Grande Depressão, que vai configurar o aparecimento do Estado interventor; e a terceira o aparecimento de uma redefinição das responsabilidades médicas surgida no interior da educação médica.

Médica da Previdência Social (Inamps) e do – Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (Iapas).

Do mesmo modo, o setor privado de prestação dos serviços médico-assistenciais estagnou em meados dos anos 1970, passando a pleitear apoio governamental. Em resposta às corporações privadas, o Estado começou a privilegiar a prática médica assistencialista, individual e curativa, em sua política de saúde, em detrimento das ações coletivas de saúde.

Paim coloca que “[...] a crise no setor saúde foi caracterizada pela insuficiência, descoordenação, má distribuição, inadequação e ineficiência aos serviços durante a V Conferência Nacional de Saúde (V CNS), realizada em 1975” (PAIM, 1999, p. 591-2). Ele também informa que “[...] nessa oportunidade, o governo apresentou a proposta de criação do Sistema Nacional de Saúde através da Lei 6229/75 que definia as atribuições dos diversos ministérios envolvidos com a questão da saúde” (Idem). Também ficou acertada a proposição do envolvimento da União, dos Estados, e dos municípios.

A política de saúde na ditadura militar significou a firmação de uma tendência de desenvolvimento econômico-social, aberto ao capital internacional e bastante concentrador de renda, modelando quase definitivamente as regras sobre as quais iriam se plasmar o futuro da sociedade brasileira (BRAVO, 2008, p. 93).

Ainda relacionado a esta época, segundo Paim, “[...] o desenvolvimento econômico baseado na substituição de importação, passou a enfrentar dificuldades no período de maior mobilização das massas urbanas que passaram a pressionar por reformas” (PAIM, 1999, p. 592). Com a ditadura, houve uma estagnação nos projetos sociais: “[...] a ditadura proporcionou um desenvolvimento mediante a internacionalização da economia assentada em um tripé: capital nacional, Estado e capital multinacional” (Idem).

Verifica-se (no período) a consolidação do capitalismo monopolista de Estado (CME) com a contenção de salários dos trabalhadores e repressão dos opositores ao regime (sindicalistas, intelectuais, estudantes, artistas, etc). O modelo econômico adotado concentrou a renda, reforçou a migração do campo para a cidade e acelerou a urbanização, sem garantir os investimentos necessários à infra-estrutura urbana como saneamento básico, transporte, habitação saúde, etc. (PAIM, 1999, p. 591).

O processo de modernização da sociedade, desencadeado pela Ditadura Militar, instaurada em 1964, representou uma exacerbação das relações assimétricas de poder do Estado. Sustentava-se em pesados mecanismos repressivos contra opositores, silenciando as contestações, suspendendo o Estado de Direito e de órgãos de representatividade, com o fechamento do Congresso (através do AI5), e a instalação de um sistema bipartidário (Arena e MDB), onde convivía o regime de “terror do Estado” (FALEIROS, 1986, p. 27 apud BRASIL, 2006).

Dessa maneira, puderam ser assegurados os interesses do capital internacionalizado, que aliado ao bloco no poder, impôs uma política de arrocho salarial sobre os trabalhadores, resultando em queda do poder aquisitivo dos assalariados, aumento da concentração de renda nos estratos sociais mais ricos e ampliação das desigualdades socioeconômicas⁴³. Parte da sociedade brasileira apoiou o golpe militar (camadas médias, burguesia e representantes da Igreja Católica).

Mas logo a sociedade civil organizada conseguiu demonstrar o que estava subjacente a esse Estado opositor e classista e, assim, o povo, mediante a participação popular, começa a fazer resistência, ganhando espaço no final da década de 1970 e início dos anos 1980, os movimentos de contestação social e política. Cria-se uma série de movimentos sociais (do operariado urbano, e de lutas urbanas), evidenciando o desgaste da ditadura militar.

As demandas por políticas públicas, no caso, de saúde, vão ganhando força, sob a liderança do movimento sindical médico, hegemônico pelo Partido Comunista Brasileiro, então na clandestinidade. A emergência da participação popular, de talhe oposicionista, vincula-se especialmente ao movimento operário,

⁴³ As políticas de saúde executadas pelos governos militares privilegiaram o setor privado, mediante compra de serviços de assistência médica, apoio aos investimentos e empréstimos com subsídios. Nesse sentido promoveu a unificação dos IAP, em 1966, criando o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), responsável tanto pelas aposentadorias como das pensões (benefícios) quanto pela assistência médica dos segurados da previdência e seus familiares. Em 1973, o governo propiciou a extensão da medicina previdenciária aos trabalhadores rurais, por intermédio do Funrural, ainda que de forma diferenciada. No ano seguinte foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) que implantou o Plano de Pronta Ação (PPA), possibilitando às clínicas e hospitais particulares contratados pela Previdência Social a atenderem casos de urgências de qualquer indivíduo, segurado ou não. (PAIM. Opus cit p. 591)

com a greve geral, criação do Partido dos Trabalhadores e Movimento da Anistia. Na questão da saúde, o complexo assistencial-industrial-tecnológico não demonstrou sinais de mudança de suas bases:

[...] anteriores de sustentação e nem se articulou como um projeto de cidadania universal. Era a continuidade de um modelo fragmentado e desigual de incorporação social em estratos de acesso, privilegiando interesses econômico-corporativos do empresariado atuante na área. Os serviços médicos consolidaram uma desigualdade em três níveis: o setor privado para os ricos, os planos de saúde para grupo seletivo de assalariados e classes médias, os serviços públicos para pagantes da previdência (FALEIROS, 1995, p.16 apud BRASIL, 2006)

As desigualdades sociais se tornaram flagrantes com a elevação da concentração de renda e o arrocho salarial da classe trabalhadora. Em consequência, inclusive dessa desigualdade, a proposta da Medicina Comunitária vem para América Latina por meio da Organização Mundial de Saúde (OMS), Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Fundação Kellogg e Milbank nos anos 1970. Difundiu-se em forma de projetos experimentais de prestação de serviços que se propunham ao desenvolvimento de modelos assistenciais passíveis de garantir a extensão do cuidado à saúde a populações pobres, urbanas e rurais (DONNANGELO e PEREIRA, 1976, p. 85).

Na América Latina, estes projetos foram estratégias de racionalização da assistência médica, desenvolvidas pelo Estado capitalista dependente que, neste modelo (no caso da saúde), é promotor de mecanismo de consumo de serviços médicos prestados no âmbito privado, numa relação de mercado. Com isso se pretendia impedir a extensão da assistência médica no modelo dominante, de alto custo, a populações excluídas do cuidado médico e com as necessidades de “consumo de serviços médicos” gerados de acordo com o padrão dominante da assistência médica na estrutura social.

Como projeto de reforma, a Medicina Comunitária retorna e reorienta as questões já postas no campo de problemas e tentativas de solução que cercam a prática médica [...]. Postula, na seqüência da medicina integral e da medicina preventiva, a subordinação da prática à dimensão social do processo saúde-doença, impondo a superação do corte entres aspectos orgânicos e psico-sociais, entre condutas preventivas e curativas, entra prática individual e efeitos coletivos da atenção à saúde. (Apresenta-se igualmente) como uma resposta à inadequação da prática médica para atender às necessidades de saúde das populações, (mas) [...] localiza os elementos responsáveis pela inadequação não apenas nos aspectos internos ao ato médico individual, mas, sobretudo, em aspectos organizacionais da estrutura de atenção médica, superáveis através de novos modelos de organização que tomam como base o cuidado dos

grupos sociais, antes que dos indivíduos (DONNANGELO e PEREIRA, 1976, p.85-6).

A Medicina Comunitária, com base teórica análoga ao da Medicina Preventiva, uma das resultantes do Movimento de Reforma Sanitária, propõe a focalização no social. Seu referencial se materializava em programas de extensão da cobertura de ações básicas, direcionados para a população excluída do sistema previdenciário. Embora houvesse sido implantada uma experiência como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), em 1976, as práticas se revelaram difíceis, limitando-se a uma atenção primária seletiva para as populações marginalizadas de regiões marginalizadas, tolhida de maior amplitude pela falta de recursos, pessoal qualificado e tecnologias mais sofisticadas (Mendes apud Carvalho, 1995). A participação comunitária presente na retórica governamental para a legitimação do Estado, contudo, não efetuara a mudança no modelo assistencial nem eficácia sanitária (Carvalho, 1995 apud Brasil, 2009)

Conquanto esse princípio de participação e os demais que configuravam a medicina comunitária – hierarquização, regionalização, integralidade – não se disseminassem no interior de um modelo assistencial-privatista, como o brasileiro, a sua adoção por organismos internacionais, como a Organização Pan-Americana da Saúde, abriu brechas para a inserção de uma inteligência técnica por dentro do Estado, no Ministério da Saúde, e em algumas instituições representadas por vários grupos que “faziam e pensavam saúde”. Esses grupos passam a “operar política e tecnicamente no sentido de aprofundar a crítica ao modelo hegemônico de assistência médica previdenciária, procurando superar o caráter dos programas de extensão da cobertura e desenvolvendo-os como alternativas ao modelo dominante⁴⁴” (idem ibidem, p. 36)

Percebemos que este modelo tinha foco social e bases teóricas com atenção na saúde, a partir da discussão do processo saúde-doença, que, como vimos, é eficaz e eficiente, e dirige sua atenção para os setores empobrecidos da sociedade. A motivação, inclusive internacional, de fomentar inteligências técnicas presentes em

⁴⁴ Várias iniciativas vão evidenciando a atuação desses grupos e de outros grupos da sociedade civil, no redirecionamento das políticas de saúde: • na esfera do Estado: a formulação, no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Previdência, do Prev-saúde (1980), como um plano nacional alternativo de saúde, baseado em recomendações da Organização Mundial da Saúde; e o II Plano Nacional de Desenvolvimento, em que é apresentada a necessidade de políticas sociais mais contundentes; • na esfera da sociedade civil: o surgimento de movimentos sociais de periferias urbanas, reivindicando acesso aos serviços de saúde concretiza o já referido deslocamento do princípio de participação comunitária para outro princípio de participação – o popular; e, também, a criação de instituições como o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde – Cebes (1976) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Abrasco (1979); que vão canalizar o debate político-ideológico sobre as políticas de saúde, naquele momento, mais acentuado em torno do Prev-Saúde. A proposta do Prev-Saúde conflitava com o modelo médico-assistencial vigente.

órgãos da saúde, resulta de lutas sociais, nas quais, no Brasil, setores importantes das camadas médias se engajaram, especialmente, os sindicatos dos médicos. A implantação de suas teses representa a mudança para o cumprimento das necessidades de saúde dos brasileiros.

Com todo este contexto que envolve os grupos sociais, inteligências internacionais, pressões de órgãos diversos, o Brasil inicia uma fase novamente democrática. Nesta época, que alguns se referem como Nova República 1985-1988 houve uma redução da mortalidade infantil e das doenças imunopreveníveis, a manutenção das doenças do aparelho circulatório, o crescimento dos casos de AIDS, epidemias de dengue, etc.

Com a interrupção da recessão econômica do início da década de 80 e a conquista da democracia, a demanda pelo resgate da dívida social acumulada no período autoritário colocou a saúde na agenda pública da chamada 'Nova República'. Os movimentos sociais de então que defendiam a democratização da saúde difundiram a proposta da Reforma Sanitária [...] • conceito ampliado de saúde; • reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado; • criação do Sistema Único de Saúde – SUS; • participação popular (controle social); • constituição e ampliação do orçamento social (CNS, 1987). Nessa conjuntura a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) foi assumida como uma proposta abrangente de mudança social (PAIM, 1999, p. 593).

Mas, mesmo com a queda da ditadura militar do poder, resquícios autoritários permaneceram, cujos efeitos ainda se sentia na administração pública. O Presidente da República Sarney, que assumiu o governo federal numa situação bastante tensa, com a morte não esperada de Tancredo, e após o insucesso do Movimento das Diretas Já, busca um maior apoio na elaboração de uma nova constituinte. O fato de Sarney compor a chapa que a oposição encaminhou ao Colégio eleitoral demonstra a aliança estabelecida com os partidos da ala mais conservadora e fisiologistas – PFL e PMDB, já com o pluripartidarismo implantado. O MDB, ainda sob a Ditadura, torna-se o centro da oposição organizada, defendendo a democracia; quando assume o poder em 1985. Com o fortalecimento da ala conservadora, se agravam as contradições internas, e o PMDB, herdeiro direto do MDB, perde sua identidade. Isto, somado aos resíduos das crises econômicas dos governos anteriores, leva o governo Sarney a um engessamento ⁴⁵.

⁴⁵ Esta situação agravada pela severa crise econômica herdada dos governos militares, crise esta fruto do resultado do esgotamento do projeto do Estado Nacional Desenvolvimentista, da crise do petróleo de 1979, da

Para conseguir voltar aos ideais “pactuados”, pela coalizão formada em torno de Tancredino, Sarney defende, na Assembléia Nacional Constituinte ⁴⁶, a transição entre os dois modos de governo – o modo autoritário da ditadura militar e a necessidade de restabelecer a democracia. Isso leva a procura de novos paradigmas políticos ⁴⁷, até porque os grupos sociais de oposição se movimentam em manifestações coletivas.

Simultaneamente, sobrevivia ainda um forte movimento que reagia à centralização política e que mobilizava partidos políticos, parlamentares, lideranças sindicais, agremiações da sociedade civil e, sobretudo, chefes dos executivos estaduais e municipais. Muitos deles enfatizavam, tanto nos discursos quanto nos projetos, a necessária descentralização tomada pelos governadores, prefeitos, vereadores e grande parte dos deputados, como fundamental para o processo de democratização da sociedade brasileira. Para isso, apostavam no processo constituinte como importante espaço político, que, uma vez ocupado, traria benefícios no que diz respeito à garantia de mecanismos legais e institucionais que pudessem conferir uma autonomia aos demais poderes constituídos da Federação, desde que acompanhados de meios para a desconcentração dos recursos financeiros em favor dos Estados, regiões e Municípios (NASCIMENTO, 2007, p. 91).

A descentralização, como vimos, compunha o ideal dos governadores, secretários de saúde e pelos prefeitos que com isso se fazia a reforma no setor saúde. Assim em 1986 foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde, no mesmo momento em que se organizava a nova Constituinte. Dessa maneira a saúde entrou na pauta das discussões sobre o setor os setores vinculados à tecnocracia dos órgãos estatais e municipais de saúde se articulam, pois, estavam em curso as Ações Integradas de Saúde, AIS e, posteriormente o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, o SUDs.

O problema do SUDs era que ele padecia dos mesmos pecados da transição conciliadora. Era um sistema que tinha idéias até interessantes, como começar com uma descentralização da gestão de recursos, mas

moratória mexicana de 1982 e dos fracassados planos de estabilização da moeda, acentua o desgaste do chefe do Executivo, Sarney. Isto leva “a impossibilidade do governo de construir uma base política coerente capaz de elaborar um projeto nacional para conter a insatisfação da população em face dos problemas sociais que se aprofundam. (Nascimento, 2007, p. 89)

⁴⁶ ANC - Assembléia Nacional Constituinte. A convocação para a Assembléia Nacional Constituinte (ANC), em 1987, foi uma solicitação do próprio presidente Sarney, uma vez que estava em crise o próprio poder democrático. Era prática comum, então, dos executivos da esfera nacional no país, os quais, em face de inúmeras dificuldades, sobretudo ingovernáveis, adotarem como estratégia a transferência das questões de interesse político nacional para temáticas que impõem uma revisão da ordem constitucional. Nascimento. Opus cit.p. 88

⁴⁷ Com soberania limitada, sujeita a interferências do Executivo e da cúpula dos militares e pressionada por lobbies e corporações, a Constituinte também apresentou certas limitações à realização de seus trabalhos, o que a tornou politicamente frágil para o encaminhamento de conflitos e permeável a diversos interesses setoriais e corporativos. Nascimento, opus cit.p 91

parou tudo nas mãos dos governadores. [...] Os secretários da saúde se transformaram em verdadeiros imperadores da saúde [...]. Então, o SUDs foi uma idéia interessante que continha o princípio da descentralização [...] mas afundou no conto da transição conciliadora.(NASCIMENTO, 2007, p. 83)

O SUDs também passou a receber críticas dos militantes do movimento da reforma sanitária, que queriam um sistema único e não unificado de saúde que consistiria no verdadeiro modelo descentralizador.

Por fim, no desfecho dos trabalhos da Constituinte e com expressiva maioria de votos, o setor saúde conseguiu abrigar a saúde como direito e dever do Estado, assegurando o acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação, que passaram a ser de relevância pública. Criou-se, ainda, o Sistema Único de Saúde, SUS, descentralizado com direção única em cada esfera de governo e com participação da comunidade; foi dada prioridade às ações preventivas sem prejuízo das atividades assistenciais; determinou-se que as instituições privadas participantes do sistema de forma complementar seguissem as diretrizes traçadas pelo próprio sistema mediante contrato de direito público; foi vedada a destinação de recursos do Estado para auxílios ou subvenções a instituições privadas com fins lucrativos; inovou-se em relação à concepção de orçamento da seguridade social para financiar as ações da previdência, assistência social e saúde, o que permitiu que o financiamento do Sistema Único de Saúde fosse estabelecido como proveniente dos recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos territórios e dos municípios, além de outras fontes. (NASCIMENTO, 2007, p. 100)

Vemos que o SUS nasce do Movimento de Reforma Sanitária, que envolveu técnicos, políticos, inteligência internacional, e que tinha preceitos de ações preventivas sem prejuízo a atividades assistenciais de cura. Este modelo era basicamente técnico e baseado em fundamentos políticos que garantiria o atendimento integral a saúde. (NASCIMENTO, 2007, p. 101).

Este padrão também favoreceria a construção ou recuperação de ‘capacidades administrativas e institucionais’⁴⁸. Isto seria uma estratégia válida para países em desenvolvimento, como o Brasil, pois “[...] os objetivos estariam voltados para o binômio eficiência-efetividade da gestão dos serviços públicos, e descentralização para as esferas subnacionais dos programas sociais” (CARVALHO, 1999, p. 188).

⁴⁸ As autoras Souza e Carvalho entendem por capacidade administrativa a busca de instrumentos voltados para aumentar o desempenho dos organismos públicos com vistas à obtenção de resultados e à satisfação do cidadão que utiliza os serviços públicos; e por capacidade institucional, a busca de incentivos que aumentam os estímulos para a cooperação e a formulação e implementação sustentada das decisões governamentais. (SOUZA e CARVALHO, 1999, p. 188 apud NASCIMENTO, 2007, p. 105)

Façamos nova retrospectiva. A saúde é essencial ao homem objetivo. Este, pela sua característica subjetiva, manifesta suas necessidades (no caso, de saúde) em algum ambiente de práticas de restabelecimento da saúde. As práticas médicas conceitualmente ideais, mais eficazes e eficientes, são teoricamente reais, pois os princípios da formulação do SUS, que é o sistema público atual brasileiro, compartilham desta teoria, como veremos no próximo item.

Lembremos que as práticas médicas instrumentalizam a saúde e que estas são um conjunto de técnicas e saberes. Têm finalidades sociais e biológicas. Com todas essas vertentes, se faz necessário que esteja dentro de um sistema, pois, as lógicas do sistema orientarão os planejamentos, execuções e avaliações das práticas médicas.

O SUS é o sistema de saúde público brasileiro e foi criado como resultado de uma grande história. Esta história apresentou erros e acertos. A serventia dos erros pode ser considerada quando se pensa na prevenção de certos fracassos para um novo modelo.

As políticas de saúde no Brasil estruturaram um sistema de saúde inicialmente mediante a um sanitarismo campanhista (Reforma Oswaldo Cruz- 1904) e a implantação da Previdência Social (Lei Elói Chaves-192349) que estabeleceram a separação da saúde pública, medicina previdenciária e medicina liberal (décadas de 20 a 50). Na segunda metade do século XX instalou-se o modelo médico-assistencial-privatista com a privatização, crise da saúde e a procura de alternativas (décadas de 60 e 70). Buscou-se a estruturação do sistema de saúde mediante certas estratégias (AIS-SUDS) e, após a Constituição de 1988, seguiu a construção social do Sistema Único de Saúde (SUS), ao tempo em que o mercado montava o sistema de assistência médica supletiva (décadas de 80 e 90) (PAIM, 1999, p. 599).

Para que se chegasse a isso, tivemos um longo caminho. Paim fornece as características resumidas, das políticas de saúde no Brasil da maior parte do século XX:

⁴⁹ A implantação do seguro social no Brasil está associada à Lei Elói Chaves (Decreto Legislativo nº 4.682, de 24/01/1923) que determinou a organização de Caixas e de Pensões e aposentadorias para os empregados em empresa ferroviária. Embora tenha sido criado um numero considerável de Caixas, antes de 1930, elas abrangiam parcela pouco significativa dos assalariados e caracterizavam-se, predominantemente, pelo vínculo direto entre o trabalhador e o seu empregador. Uma vez que se organizavam no âmbito da empresa individual. O que vincula, estritamente, à Revolução, o sistema de seguro social e a alteração, verificada a partir de 1933, de seus aspectos quantitativos e qualificativos, consiste na sua extensão a todos os assalariados urbanos e na organização dos segurados por setores de produção e não mais por empresas (DONNANGELO, 1975, p. 7).

- incorporação lenta e gradual da população brasileira aos sistemas de saúde; •participação ambivalente do Estado no financiamento, distribuição, prestação e regulação dos serviços de saúde; •fragmentação institucional entre a assistência médico-hospitalar, a saúde pública e a saúde ocupacional; •centralização de gestão; •restrições à participação do cidadão e das organizações da sociedade civil no controle público do Estado, dos seus aparelhos e da sua burocracia; •segmentação do sistema com a conformação contraditória de dois “subs-sistemas” – o sistema público (SUS) e o privado (SAMS e outros); •formas diferenciadas de financiamento e de remuneração dos serviços; universal e “excludente”; “Hospitalocentrico” e curativo. (PAIM, 1999, p. 599)

A Constituição operou uma ruptura com este padrão anterior de política social, marcado pela exclusão de milhões de brasileiros do usufruto público de bens de consumo coletivo. Vasconcelos e Pasche afirmam que:

No campo da saúde isso significou a possibilidade de superação da oferta de serviços, que diferenciava os indivíduos em indigentes e segurados da Previdência Social, e trouxe a oportunidade para reduzir a diferença de atendimento aos moradores do campo e da cidade, e entre as diferentes regiões do país. Estas situações caracterizavam iniquidade no acesso às ações e serviços de saúde decorrentes de desigual distribuição de recursos físicos, financeiros e humanos (VASCONCELOS e PASCHE, 2007, p. 533)

O SUS passa a garantir o direito a saúde de todos os brasileiros, sem distinção de trabalho, classe social, ou qualquer outro tipo de classificação.

[...] antes da Constituição de 1988, a assistência médico-hospitalar era privilégio dos que podiam pagar, benefícios dos trabalhadores segurados pela Previdência, e caridade para os pobres que só podiam apelar para os hospitais de indigentes. Com o SUS, não obstante as suas mazelas e a força de seus detratores e oponentes – a saúde passou a ser direito social de todos, vinculado à condição de cidadania (PAIM, 1999, p. 599).

Podemos certificar que a saúde se torna um direito de todos. Além da legislação da constituinte e da Lei complementar 8080, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi formulado com o objetivo de garantir a todos os brasileiros esta qualidade no serviço, baseado em três princípios básicos: 1- Universalidade; 2- Integralidade e 3- Equidade.

A criação do SUS foi um avanço decisivo na consolidação deste direito fundamental do cidadão. Sobre o Sistema Único de Saúde, a mesma Lei 8080 no Artigo 4º diz: “O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgão e instituições públicas federais, estaduais e municipais, de Administração Direta e Indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS)”. Ainda no Artigo 4º,

“§ 1º - Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais, de controle de qualidade, pesquisa e

*produção de insumos, medicamentos, inclusive do sangue e hemoderivados, e de equipamentos para a saúde”. § 2º - A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde, em caráter complementar.*⁵⁰

Assim, o Estado adota uma política de ampliação do acesso ao sistema de atenção à saúde, o que promoveria maior número de pessoas atendidas em um leque mais diversificado de ações e serviços de saúde. Esta universalização do acesso à atenção vem sendo implementada ao longo das duas últimas décadas, por uma série de mecanismos legais, institucionais e organizacionais, objetivando unificar e descentralizar a atenção à saúde (OIKAWA, 2001 apud CRUZ, 2004).

Nesse bojo, surge como uma das estratégias de implantação do SUS, em 1993, o Programa de Saúde da Família (PSF). Este projeto passa a ser a principal bandeira do Ministério da Saúde durante a gestão do presidente Fernando Henrique Cardoso. O PSF reunia em sua formulação, tanto a crítica elaborada pelo Movimento de Reforma Sanitária sobre a atenção a saúde centrado na doença, hospitalocêntrico e com inserção fragmentada e especializada do médico, quanto às teses que propunham a “cesta básica de saúde”, formulada pelo Banco Mundial e sugerida como a política de saúde possível para os países do terceiro mundo (MERHY e BUENO, 1998).

Recentemente foi publicado no editorial do British Medical Journal um texto que mostra que o PSF pode ser considerado uma das mais importantes experiências que tiveram impacto nas condições de saúde da população, principalmente por sua relação custo-efetividade (GUARDIOLA-RIVERA, 2011).

Resultado desta intensa luta política, o SUS apresenta dentre seus princípios a participação e o controle da sociedade sobre a política de saúde (BRASIL, 2009, p. 11). A saúde como questão inerente à democracia – base política e ideológica da Reforma Sanitária Brasileira e participação social como estratégia para a consolidação do direito à saúde, são afirmadas na Constituição Federal de 1988, nos princípios do SUS e ganham vida nos Conselhos e nas Conferências de Saúde, institucionalizadas como espaço de participação e controle social da doença. (BRASIL, 2009, p. 11).

⁵⁰ Disponível em <http://www.leidireto.com.br/lei-8080.html>, acesso em 17 de Fevereiro de 2011.

Dentre os princípios e diretrizes, encontramos a universalidade, que “[...] assegura o direito a todos os cidadãos o acesso sem discriminação ao conjunto de ações e serviços de saúde ofertados pelo sistema” (VASCONCELOS e PASCHE, 2007, p. 535); a integridade, que

[...] pressupõe considerar as várias dimensões do processo saúde-doença que afetam os indivíduos e as coletividades e pressupõe a prestação continuada no conjunto de ações e serviços, visando garantir a proteção, a cura e a reabilitação dos indivíduos e dos coletivos (Idem)

Propõe também a equidade, que

[...] no acesso às ações e aos serviços de saúde, traduz o debate atual relativo à igualdade, prevista no texto legal, e justifica a prioridade na oferta de ações e serviços aos seguimentos populacionais que enfrentam maiores riscos de adoecer e morrer em decorrência da desigualdade na distribuição de renda, bens e serviços (VASCONCELOS e PASCHE, 2007, p. 535)

Como se pode raciocinar, sobre as leis apresentadas, as ações de implantação e as diretrizes, o SUS, mesmo que pesem todas as dificuldades, é uma das mais importantes conquistas da sociedade brasileira, fruto de um longo processo de acúmulo e lutas sociais que, desde os anos 1970, envolve movimentos populares, trabalhadores da Saúde, usuários, gestores, intelectuais, sindicalistas e militantes dos mais diversos movimentos sociais (BRASIL, 2006b, p. 7).

Esta importante conquista não se resume a um sistema de prestação de serviços assistenciais, e sim, significa a adoção de um sistema complexo que tem a responsabilidade de articular e coordenar ações promocionais e de prevenção, com as de cura e reabilitação (VASCONCELOS e PASCHE, 2007, p. 532).

Mas seu processo de implantação e implementação das ações decorrentes do SUS não é simples, ao contrário, sua realização plena constitui ainda hoje um desafio. A questão é realizar todos estes preceitos em um País com proporção territorial continental ⁵¹. Com 8,5 milhões de quilômetros quadrados, o Brasil

⁵¹ O Relatório Nacional Brasileiro para o Desenvolvimento Social, organizado pela ONU em 1995 esclarece: “a distribuição populacional pelo território é altamente diferenciada, como se pode depreender dos dados relativos às cinco macrorregiões - Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste -, definidas em 1970 e em vigor para fins de sistematização de dados. Enquanto na Região Norte (45,26% do território nacional e 5,90% da população) a densidade demográfica é de 2,39 habitantes por Km²; na Região Sudeste (10,85% do território e 43,5% da população) é de 73,61 habitantes por Km². Na Região Nordeste (18,27% da área total e 28,5 da população), a densidade demográfica é de 29,07 habitantes por Km², e na Região Centro-Oeste (18,86% da área total e 6,80% da população), bastante inferior de 6,62 habitantes por Km². Por fim, a Região Sul, a menor em termos de extensão (6,76% do território nacional) abarca 15,2% da população, o que determina uma densidade demográfica de 41,28 habitantes por Km² [...] Soma-se a isso o fato de que, apesar de a população ser de caráter

apresenta significativa diversidade e complexidade em sua estrutura social e político administrativa (NASCIMENTO, 2007, p. 33), além dos grupos sociais contrários a suas teses, vinculados às grandes corporações da medicina privada e internalizada. Isso é importante ponderar quando se pensa no financiamento deste sistema, como indica Lacaz:

[...] um sério obstáculo a ser enfrentado é a questão de financiamento para a saúde, já que sob a alegação de controle do déficit público, vem ocorrendo uma queda real de verba para o setor. Assim em 1989 foram gastos 2% do PIB com a saúde, cerca de US\$ 12 bilhões, e US\$ 7 bilhões em 1993 (LACAZ, 1994).

O financiamento do SUS é de responsabilidade das três esferas do governo e está normatizado pela Emenda Constitucional nº 29, que estabeleceu destinação específica mínima das receitas municipais (15%) e de estaduais (12%), estipulando as despesas da União com bases nos recursos utilizados em 2000, acrescidos da avaliação nominal, anual, do PIB (VASCONCELOS e PASCHE, 2007, p. 544).

Desse modo, registra-se que as ações e serviços de Saúde, implementados pelos estados, municípios e Distrito Federal são mantidos com recursos próprios da União, estados e municípios, além de outras fontes suplementares de financiamento, todos devidamente contemplados no orçamento da seguridade social.

Cada esfera governamental deve assegurar o aporte regular de recursos ao respectivo fundo de saúde, de acordo com a Emenda Constitucional nº 29, de 2000. As transferências (regulares ou eventuais) da União para estados, municípios e Distrito Federal estão condicionadas à contrapartida destes níveis de governo, em conformidade com as normas legais vigentes (Lei de Diretrizes Orçamentárias e outras). Esses repasses ocorrem por meio de transferências "fundo a fundo", realizadas pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS), diretamente para os estados, Distrito Federal e municípios; ou pelo Fundo Estadual de Saúde aos municípios de forma regular e automática, o que propicia que gestores estaduais e municipais contêm com recursos previamente pactuados, no devido tempo, para o cumprimento de sua programação de ações e serviços de Saúde.

As transferências regulares e automáticas constituem a principal modalidade de transferência de recursos federais para os estados, municípios e Distrito Federal,

eminentemente urbano, 45,7% são de pequeno porte (até 10 mil habitantes) - certamente um fator a ser levado em conta no enfrentamento da pobreza mediante políticas públicas descentralizadas. (BRASIL, 1995, p. 7-8 apud Nascimento, 2007, p. 133)

para financiamento das ações e serviços de saúde, contemplando as transferências "fundo a fundo" e os pagamentos diretos à prestadores de serviços e beneficiários cadastrados de acordo com os valores e condições estabelecidas em portarias do Ministério da Saúde. As transferências voluntárias são, por sua vez, entregas de recursos correntes ou de capital a outra esfera da federação para cooperação, auxílio ou assistência financeira, não decorrente de determinação constitucional, legal, ou que se destine ao SUS. (BRASIL, 2004) ⁵².

Percebe-se que nos referimos a um sistema conceitualmente eficaz e eficiente e que tem um método complexo e lógico de financiamento. Além da questão do financiamento, outro ponto que poderia gerar dúvidas quanto ao funcionamento, relativo à dimensão continental do Brasil, seria a questão da consolidação deste sistema em todo o território. Na perspectiva de superar tais dificuldades e qualificar os avanços organizativos obtidos com o processo de descentralização, os gestores das três esferas do sistema assumiram o compromisso público da construção do Pacto pela Saúde de 2006, expresso nas Portarias nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, e nº 699, de 30 de março de 2006. Com os gestores municipais envolvidos, se acredita que atinja a todo o Brasil.

O Pacto apresenta três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão (BRASIL, 2006a)

O Pacto pela Vida contém seis prioridades pactuadas:

1. Saúde do idoso.
2. Controle do câncer do colo do útero e da mama.
3. Redução da mortalidade infantil e materna.
4. Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza.
5. Promoção da saúde.
6. Fortalecimento da atenção básica

⁵² BRASIL- CONASEMS- Ministério da Saúde, disponível em http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/tópicos/tópico_det.php?co_topico=380&letra=f acesso em 11/10/10

Para cada prioridade, foram estabelecidos objetivos e metas nacionais. Como existem situações muito diferentes no País, há espaço para a definição de metas locais. É importante referir que cada Estado ou município, baseado na realidade local, pode definir prioridades adicionais.

Ações do Pacto em Defesa do SUS:

1. Articulação e apoio à mobilização social pela promoção e desenvolvimento da cidadania, tendo a questão da saúde como um direito.
2. Elaboração e publicação da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde.
3. Ampliação e fortalecimento das relações com os movimentos sociais, especialmente os que lutam pelos direitos da saúde e pela cidadania.
4. Estabelecimento de diálogo com a sociedade além dos limites institucionais do SUS.
5. Regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, pela melhoria do financiamento da Saúde.
6. Aprovação de um orçamento geral do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas em ações e serviços de saúde, de acordo com a Constituição Federal.

O pacto sobre a gestão diz: As atribuições e responsabilidades sanitárias de cada esfera de gestão compõem o seu Termo de Compromisso de Gestão (TCG), elaborado de forma pactuada e aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde. As atribuições e responsabilidades são definidas mediante o preenchimento de quadros correspondentes a cada um dos seguintes eixos:

1. Responsabilidades gerais da gestão do SUS.
2. Regionalização.
3. Planejamento e programação.
4. Regulação, controle, avaliação e auditoria.
5. Gestão do trabalho.
6. Educação na Saúde.

7. Participação e controle social.

Além das diretrizes e preceitos, uma leitura atenta ao pacto pode traduzir que, ao menos na sua formulação, o sistema é algo próximo aquele que defendemos, na medida em que procura garantir o cumprimento dos seus princípios.

O sistema parece ir além da atenção à saúde, pois atua também na promoção da pesquisa, na produção de novas tecnologias e conhecimentos, na intervenção crítica da formação profissional, na participação na produção de insumos, medicamentos e imunobiológicos e no desenvolvimento de tecnologias de ponta. O SUS deve oferecer suporte e atendimento desde as emergências à alta complexidade, das vacinas à diálise, dos tratamentos contra o câncer aos transplantes.

Há ainda uma atuação quase invisível que participa do cotidiano de todos, não apenas prevenindo doenças e epidemias, mas garantindo a qualidade da água, dos alimentos e medicamentos, das condições de trabalho, de inúmeros aspectos da qualidade de vida. O SUS constitui, hoje, a mais importante e avançada política social em curso no País. Seu caráter público, universal, igualitário e participativo serve como exemplo para as demais áreas sociais. Sua proposta de reforma do Estado, democrática e popular, aponta para a construção de uma sociedade fundada nos princípios da justiça social (BRASIL, 2006a).

Considerando as Práticas Médicas os instrumentos de atenção a saúde de um sistema, e considerando que estas têm suas atuações inscritas no tecido social, parece haver uma unidade entre Práticas Médicas que instrumentalizem a saúde dos homens e um sistema que favoreça o pleno desenvolvimento das potencialidades humanas, focalizando o lado social e biológico de toda a nação.

Ainda mais que todos os brasileiros usam o SUS, seja pelos motivos sociais e regulamentadores explicados anteriormente, seja nas próprias bases da criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar, que partilha dos mesmos conceitos do sistema público de garantia de atendimento e que também regulamenta todas as operadoras de saúde privadas do Brasil.

Vejamos. Existe no Brasil um sistema de saúde pública que atinge todos os brasileiros e que possui preceitos ideais. As práticas médicas, ao executarem suas

funções dentro da amplitude deste sistema, provavelmente proverão as necessidades em saúde do homem brasileiro. Mas esse ideal não se realiza num passe de mágica, como vimos historicamente acompanhar o processo de transformação da sociedade brasileira, pautado num projeto político que preceitua a igualdade social no acesso à riqueza produzida socialmente.

3 TERCEIRA PARTE: O CAPITALISMO E AS PRÁTICAS MÉDICAS

3.1 O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

3.1.1 Dados coletados em jornais das regiões brasileiras

Superlotação nos Serviços de Saúde e Falta de Profissionais

Em jornal do ES foi publicada uma matéria em 11 de Dezembro de 2010⁵³ que relatava a falta de médicos e filas de espera nos Pronto-Atendimentos

Falta de médicos, filas e muita espera em PA's da Grande Vitória, A Gazeta, da Redação

Quem é pai ou mãe sabe como é difícil ter um filho doente em casa. Mas o sofrimento se transforma em revolta quando ele procura o hospital e, em vez de atendimento, encontra demora, filas e um aviso de que falta médico. Tudo isso está acontecendo no PA infantil de Cariacica. Neste sábado (11), uma criança de 10 anos chorava de dor enquanto aguardava atendimento médico e uma mãe já esperava há cinco horas com o filho no colo, sem previsão de quando ele seria atendido. Já em Vitória, uma filha estava revoltada com a saúde pública. A mãe dela, dona Norma Neitzl, de 78 anos, tem enfisema pulmonar e foi internada na Policlínica de São Pedro na quarta-feira (08) com pneumonia. O estado de saúde só piorou e os médicos disseram que ela precisa ser transferida para uma UTI. Já são quatro dias de espera.

Nesta matéria checamos a dificuldade de oferta também de médicos nesse Estado, o que gera gargalos no atendimento. Além disso, percebemos a dificuldade de internar pacientes em Unidades Intensivas.

Em jornal de Goiás foi publicada em 21 de Dezembro de 2010⁵⁴ matéria que mostra a falta de médicos no interior.

⁵³ Disponível em http://gazetaonline.globo.com/_conteudo/2010/12/720111-falta+de+medicos+filas+e+muita+espera+em+pa+s+da+grande+vitória.html, acesso em 08 de Janeiro de 2011

⁵⁴ Disponível em <http://www.dm.com.br/>, acesso em 08 de Janeiro de 2011

Carreira do SUS tenta levar médicos ao interior, *Diário da Manhã*, por Agência Estado

O Ministério da Saúde vai apresentar nesta semana ao Ministério do Planejamento a proposta de criação da carreira do Sistema Único de Saúde (SUS). O projeto, preparado desde setembro, pretende oferecer médicos a cidades com dificuldade no recrutamento de profissionais. Estima-se que 500 municípios do País não tenham médicos que residam na cidade. Ele observa que médicos temem ficar desatualizados quando trabalham em locais distantes e não encontrar condições adequadas para exercer a profissão. A rotatividade ajudaria a convencê-los. 'A proposta prevê educação continuada. Cidades dispostas a participar teriam o compromisso de oferecer condições mínimas de trabalho', afirmou (Aloísio) Tibiriçá (do Conselho Federal de Medicina). Segundo ele, secretarias estaduais podem ajudar na infraestrutura dos serviços.

É uma matéria que mostra um projeto para a consolidação e efetivação do SUS em todo território brasileiro. Destaca um dado de uma grave situação: em 500 municípios do país não existem médicos que residam na cidade. O projeto ainda está em análise pelo governo.

Em Goiás, no *Diário da Manhã*, em 29 de Agosto de 2009 ⁵⁵, encontramos a seguinte notícia:

A saúde agoniza, *Diário da Manhã*, por Humberto Aidar

Como deputado e radialista, recebo diariamente, no meu gabinete ou na Rádio Difusora, reclamações de usuários do Sistema Único de Saúde, o SUS. É sem dúvida alguma o maior volume de reclamações que tenho recebido ultimamente. E é cada caso absurdo que a gente fica imaginando que infelizmente o SUS caminha rapidamente para o fim, se é que já não acabou. Lembro-me de duas situações que evidenciam a falência da saúde pública na Grande Goiânia. Uma senhora me reclamou que ficou 12 horas e 17 minutos esperando atendimento no Hospital Geral de Goiânia, o HGG. E olha que esta unidade de saúde não é uma das mais procuradas pela população. Mas mesmo assim esta usuária perdeu mais de meio dia à espera de pelo menos uma satisfação que não chegou. Ela foi embora frustrada, sem receber atendimento. O mais grave é que ela teve até sorte. As mais de 12 horas de espera são uma fração de segundo diante da demora no atendimento de um motorista que trabalha com um amigo. Depois de muito insistir, ele finalmente conseguiu marcar uma cirurgia para tirar pedras da vesícula. Mas seria necessário esperar longos 10 meses. A cirurgia foi adiada, já passaram 3 anos e as pedras continuam lá, comprometendo a saúde do rapaz. Nada de cirurgia. Se fosse um caso de vida ou morte, certamente o motorista já estaria sob sete palmos de terra.

Temos um relato pessoal de alguém eleito para representar a sociedade do local (Goiás), que no caso, é um Deputado, quando este coloca a questão da saúde

⁵⁵ Disponível em <http://www.dm.com.br/> acesso em 08 de Janeiro de 2011

como o maior demandador de reclamação supostamente encaminhada ao seu programa. Refere, com postura extrema, que “a saúde agoniza” em sua cidade, e que “o SUS caminha rapidamente para o fim”. Cita duas situações para embasar o diagnóstico de “falência na saúde”. Ambos os casos estão relacionados com demora no atendimento, o primeiro, 12 horas, e o segundo que implicava em cirurgia que há 3 anos o paciente ainda aguarda a operação.

Em jornal do Mato Grosso foi publicada matéria que relata greve de médicos na região. Em 05 de Janeiro de 2011 ⁵⁶.

Médicos rechaçam proposta e mantêm greve, Diário de Cuiabá, por Dhiego Maia

A agricultora Evanilde Maria Nemes, 73 anos, repete mês a mês uma peregrinação pelo Centro de Especialidades Médicas de Várzea Grande. Ela não enxerga com o olho esquerdo e precisa passar por uma cirurgia de catarata. Com seis meses de espera, o problema da idosa se agravou com a greve dos médicos da cidade. O intervalo entre consultas e exames se estendeu devido à paralisação. Quando terminou todos os exames necessários para a cirurgia, dona Evanilde se frustrou. “Vou ter que fazer todos os exames, porque todos eles estão vencidos, não valem mais”, entristece. De braços cruzados há 21 dias, os médicos da rede básica de saúde de Várzea Grande não aceitaram a proposta salarial encaminhada pela prefeitura da cidade e decidiram, em assembléia realizada ontem à noite, manter a paralisação. Eles mantêm efetivo de 30% e só estão atendendo casos de emergência. Cirurgias eletivas e exames não estão sendo feitos. [...] Os médicos reivindicam o cumprimento do reajuste salarial firmado na primeira greve deflagrada no início do ano passado. Na ocasião, o salário dos profissionais seria reajustado e sairia dos R\$ 1,3 mil para R\$ 1,6 mil já a partir de setembro de 2010, passando por outro aumento de mais R\$ 300 em abril deste ano, chegando à marca de R\$ 1,9 mil. O problema é que nada disso aconteceu. Eles agora vão ingressar na Justiça para que todas as reivindicações sejam cumpridas.

Trata-se de uma greve dos servidores médicos de Várzea Grande, trabalhadores da rede básica de saúde, mostra associação entre greve de médicos causada por baixos salários (considerados por eles) e demora na oferta de serviços.

No jornal *A Gazeta do Acre*, ficou registrado a falta de médicos, em 26 de Abril de 2010 ⁵⁷.

⁵⁶ Disponível em <http://www.diariodecuiaba.com.br/>, acesso em 08 de Janeiro de 2011.

Falta de médicos causa dor e sofrimento à população de Sena Madureira, A Gazeta do Acre, da Redação.

Apenas um médico se reversa para fazer as visitas nos leitos, ambulatório e atender as emergências. Crianças chorando pelos corredores, pessoas se contorcendo de dores pelo chão e muita reclamação no Hospital João Cândio Fernandes, em Sena Madureira. Um quadro deprimente e de revolta para quem chega ao local, que só dispõe de um médico de plantão para atender também os moradores de Manoel Urbano, Santa Rosa do Purus e do município de Boca do Acre. Somente em Sena Madureira moram cerca de 40 mil pessoas, que não têm nem mesmo como procurar assistência em outras entidades públicas ou particulares, já que o João Cândio Fernandes é o único hospital do município. O médico de plantão tem que fazer as visitas aos leitos, ambulatório e atender as emergências. “Apesar de gostar demais de Sena Madureira, que tenho como minha terra, estou para pedir demissão e ir embora. Estou cansado de promessas. Nesse concurso tão propalado, só foram contratados dois médicos para um município que é o maior terceiro do Acre. O Ministério Público bem que podia interferir”, disse um conceituado médico do hospital.

No relato, observa-se que a falta de médicos, em face da elevada demanda por procedimentos de saúde, gera um quadro de exaustão junto àqueles poucos que clinicam no Hospital Sena Madureira, agravado com *“Crianças chorando pelos corredores, pessoas se contorcendo de dores pelo chão e muita reclamação”*.

Em jornal do Acre foi publicada esta notícia, em 04 de Janeiro de 2011⁵⁸.

O povo está sofrendo, A Gazeta do Acre, Editorial

Não deve haver prioridade maior para um governante senão a de analisar com atenção e minorar o sofrimento de seu povo. A população do Acre, sobretudo a da Capital e alguns municípios, está sofrendo com uma grave epidemia de dengue e não há, pois, outra prioridade a ser enfrentada, no momento. O povo está sofrendo nas filas dos saguões de atendimento nas unidades de saúde públicas e privadas. Ou mesmo nos leitos. Consta que já há falta de médicos e até de alguns medicamentos básicos para o tratamento da doença. E pelo que se está divulgando, todas as semanas cresce o número de casos. Diante desse quadro, é preciso ampliar as medidas preventivas, aumentar o número de médicos e auxiliares e isso só se faz com planejamento, trabalho e perseverança.

⁵⁷ Disponível em http://www.agazetadoacre.com/index.php?option=com_content&view=article&id=5088:falta-de-medicos-causa-dor-e-sofrimento-a-populacao-de-sena-madureira-&catid=59:geral&Itemid=99, acesso em 08 de Janeiro de 2011.

⁵⁸ Disponível em http://www.agazetadoacre.com/index.php?option=com_content&view=article&id=13348:o-povo-esta-sofrendo&catid=62:editorial&Itemid=98, acesso em 08 de Janeiro de 2011.

O editorial do jornal coloca a saúde como principal prioridade para um governante e associa o sofrimento do povo à necessidade de ampliação das medidas preventivas e do aumento de funcionários.

No *Bahia Notícias*, de 21 de Janeiro de 2009 ⁵⁹, localizamos o relato da falta de médicos em uma cidade do interior.

Amargosa sofre com falta de médicos, *Bahia Notícias*, Redação

A prefeitura de Amargosa (a 235 km de Salvador), mesmo pagando entre R\$ 7 mil a R\$ 10 mil aos profissionais que prestam serviço à população nos Postos de Saúde da Família (PSFs) e no hospital municipal, não consegue manter o quadro mínimo necessário de 26 médicos trabalhando no município e nem suprir eventuais defasagens nas especialidades, como pediatria e anestesiologia. Hoje existem 18 médicos trabalhando em Amargosa, deixando quatro dos oito PSFs sem médicos e sobrecarregando o hospital, que também sofre com a falta de profissionais. Por conta dessa situação, o prefeito Valmir Sampaio (PT), decretou estado de emergência no Hospital Municipal Laudelino Pinheiro Filho, por três meses.

O “*estado de emergência*” foi decretado pelo prefeito em um hospital municipal da cidade de Amargosa, na Bahia. Isso em decorrência da falta de médicos na localidade, especialmente nos Postos de Saúde da Família. De um quadro necessário de 28 profissionais, existem apenas 18 trabalhando, mesmo com remuneração relativamente adequada (entre 7 e 10 mil reais). A quantidade insuficiente de médicos sobrecarrega o serviço hospitalar, que também se encontra deficitário.

Em jornal do Estado do Ceará, *Diário do Nordeste*, uma matéria relata os problemas do sistema de saúde local, publicada em 31 de dezembro de 2007 ⁶⁰.

Saúde agoniza e população amarga caos, *Diário do Nordeste*, da Redação

Greves, superlotação nas emergências e cortes de verbas foram alguns dos ingredientes que tornaram o caldeirão da crise da saúde no Ceará, ainda mais efervescente. [...] Ao mesmo tempo, a crise na saúde, a qual Temporão insistia em não reconhecer, continuava se agravando. Em setembro, o ministro volta a Fortaleza. Desta vez, para anunciar o repasse

⁵⁹ Disponível <http://www.bahianoticias.com.br/noticias/busca.html>, acesso em 08 de Janeiro de 2011.

⁶⁰ Disponível em <http://diariodonordeste.globo.com/materia.asp?codigo=500013>, acesso em 08 de Janeiro de 2011.

de R\$ 214 milhões para o Estado com a finalidade de amenizar a situação crítica da saúde no Estado. O dinheiro foi remanejado da pasta de Economia para Saúde pelo Palácio do Planalto, em ato inédito nas administrações públicas federais, diante da gravidade do problema da saúde em vários Estados da região Nordeste. [...] Fortaleza foi escolhida como a primeira capital do Nordeste para o anúncio do reajuste da tabela de procedimentos do Sistema Único de Saúde (SUS) e do teto financeiro dos Estados e Municípios. A idéia era amenizar a onda de greve dos médicos, em toda a região, que não aceitam os honorários aviltantes pagos pelo programa do Governo Federal. A crise, que ainda não dá sinais de que vai terminar, atingiu sobretudo os hospitais conveniados, contribuindo para piorar ainda mais o atendimento à população. Especialidades médicas também cruzaram os braços. Cirurgias foram canceladas, profissionais pediram descrescimento, enquanto outros, ameaçaram paralisar os serviços.

É uma matéria retrospectiva do ano de 2007, referindo-se a um quadro de saúde agonizante e a uma população que “*amarga o caos*”. A crise gerada no sistema público de saúde se deveu especialmente por “*superlotação nas emergências e cortes de verbas*”, levando os médicos a declarar greve, tendo como causa principal a não aceitação dos “*honorários aviltantes pagos pelo programa do Governo Federal*”. Ou seja, a defasagem da tabela de pagamento de honorários do SUS. A crise gerada no setor saúde do Estado demandou a atenção do Ministro da Saúde.

A notícia a seguir foi publicada no jornal Zero Hora, de Porto Alegre, em 24 de Agosto de 2010 ⁶¹.

Hospitais de Porto Alegre têm déficit de 600 leitos, diz promotora

No final da manhã, Ministério Público se reúne com representantes da saúde para discutir superlotação das unidades de saúde. A superlotação registrada nos últimos dias nas emergências dos hospitais que atendem pelo Sistema Único de Saúde em Porto Alegre é causada, entre outros motivos, pela falta de leitos. A opinião é da promotora de Justiça Ângela Rotundo, que comanda no final da manhã uma reunião com representantes da área da saúde para tentar buscar solução ao assunto. Segundo ela, a Capital tem um déficit de 600 leitos na saúde pública. Além da carência de leitos, a promotora acredita que a atuação insatisfatória dos postos agrava o caos nas unidades de saúde. Em 2007, o Ministério Público entrou com uma ação civil pública contra o município postulando aumento de leitos na Capital. O processo ainda aguarda decisão judicial. Ângela concedeu entrevista ao programa Atualidade, da Rádio Gaúcha.

⁶¹ Disponível em

<http://zerohora.clicrbs.com.br/zerohora/jsp/default.jsp?uf=1&local=1§ion=Geral&newsID=a3016188.xml>, acesso em 08 de Janeiro de 2011.

Novamente a questão da superlotação que gera demanda reprimida por leitos hospitalares. Além da aparente e costumeira falta de leitos, uma promotora pensa que o caos que se encontra a saúde nessa cidade é agravado pela “*atuação insatisfatória dos postos*”, isto é, os locais que conceitualmente devem atender os problemas menos graves e trabalhar preventivamente, potencializam ainda mais o problema. Deduzimos como isso acontece, pois, por não ofertar adequadamente os serviços básicos de saúde, os pacientes não são prevenidos de agravos que demandam serviços hospitalares, além do mais, os casos mais simples, que poderiam ser tratados naquelas unidades, são referenciados aos hospitais, dado a precariedade referida.

No Espírito Santo (ES), Jornal *A Gazeta*, foi publicada em 09 de Novembro de 2010 ⁶² uma notícia que tentava mostrar o caos da saúde que a Secretaria de Saúde estava realizando para resolver naquele estado.

Ações para salvar a Saúde, *A Gazeta*, por Elda Bussinguer.

Um acompanhamento sistemático do noticiário deixa evidente que a saúde no Estado encontra-se um verdadeiro caos. A imprensa noticia todos os dias que pessoas continuam morrendo sem atendimento. Os pronto-atendimentos municipais passaram a receber emergências sem ter as condições adequadas para tal e o fazem extrapolando seu âmbito de atuação e colocando em risco, por inadequação de função, a vida daqueles que batem à suas portas.

Onde estão os prontos-socorros da Grande Vitória? Para onde devem se dirigir aqueles que necessitam de atendimento emergencial? Onde estão os leitos de retaguarda para receber os pacientes que ficam dias internados, indevidamente, nos pronto-atendimentos, ocupando vaga dos pacientes que chegam?

Percebemos nesta publicação que o sistema de saúde hospitalar não consegue ofertar o quantitativo de serviços necessários, o que causa superlotação nos ambientes de atendimentos primários, que não são adequados para receber pacientes com condições clínicas graves.

⁶² Disponível em http://gazetaonline.globo.com/_conteudo/2010/11/693462-acoes+para+salvar+a+saude.html, acesso em 08 de Janeiro de 2011.

O Insuficiente Financiamento da Saúde e Gestão Pública

Do jornal *Folha do Amapá* de 26 de Julho de 2007 ⁶³ extraímos uma fala do Ministro da Saúde diante da gravidade do quadro da saúde pública nesse Estado.

Ministro diz que situação da saúde no Amapá é “muito grave”, Diário do Amapá, da Redação

“O relato que a senhora faz é grave, muito grave”. A afirmação é do ministro da saúde José Gomes Temporão à deputada federal Janete Capiberibe (PSB/AP). A socialista entregou ao ministro um cronograma relatando os fatos mais graves ocorridos no setor. O ministro disse que tratará o assunto com muita atenção e acionará o Departamento Nacional de Auditoria do SUS – DENASUS – para confirmar o quadro levado ao Governo Federal pela deputada Janete Capiberibe. A deputada Janete Capiberibe pediu ação urgente do Ministério da Saúde para garantir a integridade das pessoas que precisam da saúde pública. Surpreso, o ministro Temporão afirmou que não sabia que a situação era tão crítica. “O governador e o prefeito de Macapá devem ter mostrado um cenário que não existe, omitindo a situação que já provocou muitas mortes. Por isso não quisera minha presença na reunião da semana passada. Eu quero que vá recursos para o estado, por que a população precisa, mas quero que o Ministério fiscalize de perto os investimentos”, afirma a deputada Janete. A parlamentar afirmou que continuará cobrando ações do Governo Federal para melhorar o atendimento da saúde pública à população do estado.

A matéria demonstra uma posição importante de denúncia adotada por uma deputada socialista, da gravidade da saúde “*que já provocou muitas mortes*”. Esta “representante do povo” demanda a ação urgente do Ministério da Saúde, “*para garantir a integridade das pessoas que precisam da saúde pública*”. O Ministro da Saúde mostrou-se surpreso com a situação crítica objeto de denúncia, uma vez que, o governo local e o prefeito da cidade de Macapá, mostraram outro cenário, omitindo dados da realidade. A divergência de relatos sobre a situação da saúde do Amapá, por parte dos poderes executivos locais e da Deputada Federal referida no texto, teria gerado o acionamento do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS), para averiguação.

⁶³ Disponível em http://www.folhadoamapa.com.br/index.php/site/comments/ministro_diz_que_situao_da_sade_no_amap_muito_grave/, acesso em 08 de Janeiro de 2011.

Em jornal catalogado como de Porto Alegre, publicou em 25 de Janeiro de 2010 ⁶⁴, matéria sobre falta de recursos para a Saúde.

Dilma terá desafio de fortalecer o SUS e suprir a falta de recursos na saúde, do R7

O acesso à saúde é um direito de todo cidadão, é uma obrigação do Estado e está previsto na Constituição. Desde 1990, a criação do SUS (Sistema Único de Saúde) deu início ao processo de universalização do acesso à saúde no país e, após duas décadas, apesar dos avanços, a situação ainda está longe do ideal. A presidente eleita Dilma Rousseff (PT) tem pela frente a tarefa de consolidar o SUS, aprimorar as estruturas já criadas e fazer com que elas funcionem efetivamente. Especialistas ouvidos pelo R7 avaliam que um dos principais desafios da presidente será coordenar a administração do sistema público para que ele funcione como uma unidade e, ao mesmo tempo, como rede em todo país. O professor de Medicina da Unifesp (Universidade Federal de São Paulo) e diretor de Economia Médica da AMB (Associação Médica Brasileira), Marcos Bosi Ferraz, diz que um dos principais desafios do sistema é o uso eficiente das estruturas que já existem. “A base está pronta. O que precisa é fazer o SUS acontecer de fato. Esse é um dos nossos principais desafios. É fundamental sair da cilada que a gente vive hoje, que é fundamentada por uma visão para o sistema de absoluto curto prazo”

O que chama atenção nesta matéria é o relato de um especialista no assunto que retoma o previsto na Constituição de 1988, de o acesso à saúde, como direito de todo e qualquer cidadão, e o princípio da universalização do acesso à saúde, fazendo-nos refletir sobre o uso eficiente de estruturas que já existem para enfrentar o desafio da necessária consolidação do SUS.

Em jornal de Santa Catarina foi publicada em 23 de Dezembro de 2007 ⁶⁵ uma matéria que associam os problemas da saúde pública com o arrecadamento por impostos.

R\$ 102 bilhões arrecadados pela CPMF em 10 anos mudaram pouco a saúde – Atualmente, 13 milhões de hipertensos e 4,5 milhões de diabéticos não têm acesso ao SUS, Diário Catarinense.

⁶⁴ Disponível em <http://noticias.r7.com/brasil/noticias/dilma-tera-desafio-de-fortalecer-a-coordenacao-do-sus-nos-proximos-quatro-anos-20101212.html>, acesso em 08 de Janeiro de 2011.

⁶⁵ Disponível em http://www.clicrbs.com.br/diariocatarinense/jsp/default.jsp?uf=2&local=18§ion=capa_online, acesso em 08 de janeiro de 2011.

Em seus 10 anos de existência, a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) injetou R\$ 102 bilhões no Orçamento da União especificamente para a saúde. O valor, equivalente a 38% das fontes de recursos da pasta, pouco ajudou para a melhoria do atendimento. Ainda hoje, 13 milhões de hipertensos e 4,5 milhões de diabéticos não têm acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS). Outro problema é o valor defasado pago para consultas médicas. Para fazer um parto, por exemplo, o SUS repassa para serviços R\$ 354. Na rede particular, o mesmo procedimento tem remuneração de R\$ 748. A defasagem na tabela foi um dos estopins da grave crise dos serviços registrada há poucos meses no Nordeste. Por todo o País, dramas do caos na saúde se repetem diariamente.

Aqui nós temos um jornal do Sul noticiando matéria nacional, que relaciona o subfinanciamento da saúde com o caos vivido no setor.

Nesse relato, encontram-se duas questões: a primeira nos leva ao uso indevido dos recursos públicos, porque embora grandes somas tenham sido arrecadas, os “*dramas do caos na saúde se repetem diariamente*”; a segunda refere-se à contradição manifesta na prestação de serviços de saúde, entre a prática médica em instituição pública e a prática médica na rede privada (na primeira, o SUS paga apenas pelos serviços R\$ 353 e na segunda pelo mesmo procedimento a remuneração é quase o dobro, R\$ 748). Ora, a medicina privada oferece maior estímulo financeiro. Há que se pensar uma isonomia, ou quase isso, na remuneração de serviços similares oferecidos pelo SUS e pela rede privada.

Em 04 de Janeiro de 2011 ⁶⁶ foi publicada matéria, assinada pelo atual Presidente do Conselho Federal de Medicina, Roberto Luiz D’Ávila, em jornal do Cuiabá.

A saúde espera por respostas, Diário de Cuiabá. Governo novo, velhos problemas. A expectativa de solução para as dificuldades enfrentadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) é tão grande quanto a responsabilidade dos gestores e suas equipes em atender aos inúmeros pleitos que transitam pela área. Um dos mais importantes, sem dúvida, é o fim do subfinanciamento da saúde, o que impede investimentos no setor de uma forma geral e, por fim, mostra sua fatura nas emergências dos hospitais e pronto-socorros. [...] Ao contrário do que pensam, não há falta de médicos no país e o fim da desassistência não depende da abertura de cursos de medicina em escala industrial e nem da revalidação irresponsável de diplomas obtidos no estrangeiro. Ressalte-se que ambas as medidas jogam a qualidade da prática médica no país ladeira abaixo.

⁶⁶ Disponível em <http://www.diariodecuiaba.com.br/>, acesso em 08 de Janeiro de 2011.

Este é um relato atual de uma autoridade que aborda o subfinanciamento da saúde como um dos principais pleitos a se resolver na nova gestão pública. No fim da matéria, posiciona sua opinião de que não faltam médicos no país, e que possivelmente o problema está na sua distribuição por todo o território nacional, precisando para isso de remuneração compatível, ou seja, o poder público precisa repensar a questão do financiamento da saúde, exigido pelos necessários investimentos no setor. Sua fatura maior se expressa “*nas emergências dos hospitais e pronto-socorros*”. Denuncia também o fato de “*revalidação irresponsável de diplomas obtidos no estrangeiro*”, ressaltando que tais medidas concorrem para levar “*a qualidade da prática média no país ladeira abaixo*”

Precariedade Geral dos Serviços de Saúde

Na tribuna Catarinense, de Santa Catarina, foi publicada notícia que mostra a crise da saúde pública. A Matéria é de 03 de Maio de 2008 ⁶⁷.

Saúde pública à beira do caos – Postos de saúde de Balneário Camburiú trabalham em condições precárias

A saúde pública em Balneário Camburiú está à beira do caos. Esta semana chegaram à nossa redação denúncias de um empregado do Posto de Saúde Central, que prefere se manter no anonimato. Ele revelou detalhes da má administração atual do posto, que está trabalhando em condições precárias. [...] A aposentada M. F., de 60 anos, aguarda há um ano por um exame de eletrocardiograma. Ela disse que o pedido do exame foi realizado no posto de saúde do Bairro das Nações e está havendo descaso por parte dos responsáveis. "Eles sabem que eu sofro do coração, esse eletro é indispensável para a minha vida, porém parece não haver respeito pelo cidadão", enfatizou a paciente. A balconista C.R., de 33 anos, precisou fazer um exame de laparoscopia no mês de dezembro. De acordo com o atendimento do posto de saúde, este exame seria realizado somente quatro meses após a consulta. "Eu não tinha condições de esperar tantos meses, pois estava muito doente e não poderia suportar. Tive que fazer o exame particular", revelou a balconista. Os casos de denúncias contra o serviço público de saúde parecem não ter fim. [...] Na semana passada a Justiça de Blumenau abriu uma sindicância para apurar denúncias de não cumprimento de horário dos médicos peritos do INSS. Segundo a Procuradoria da República, 16 médicos serão investigados para descobrir quais estavam descumprindo o horário previsto para o trabalho. Caso a denúncia seja comprovada, o funcionário vai ser afastado do cargo e poderá

⁶⁷ Disponível em <http://www.jornaltribuna.com.br/>, acesso em 08 de Janeiro de 2011.

responder processo por falsidade ideológica. O procurador Ricardo Kling Donini propôs mudanças na gerência do INSS da cidade.

Neste relato encontramos queixas de várias naturezas, mas todas relacionadas à precariedade do atendimento em saúde na região de Camburiú, identificando mais uma vez a situação de saúde com “a beira do caos”, considerando a “*má administração atual do posto*” e as “*condições precárias*” em que se encontra. Duas queixas dizem respeito ao tempo elevado de espera para a realização de exames complementares, um dos casos, que apresentava menor carência financeira pode obter êxito, ingressando no mercado das práticas médicas, recorrendo à medicina privada; há também uma denúncia de não cumprimento de horários médicos contratados pelo Sistema de Saúde Pública Brasileiro, e que se exigiu abertura de sindicância pela Justiça de Blumenau para averiguar a veracidade da denúncia e a atribuição de punição, a depender da avaliação emitida.

Em São Paulo (SP), Jornal *Folha.com*, foi publicado em 14 de Dezembro de 2010 ⁶⁸ uma notícia sobre a precariedade dos ambientes em que são realizados os cuidados médicos de determinado hospital, considerado por nós, bem localizado.

Hospital atende paciente até no chão em São Paulo, *Folha.com*, Redação

Cheio, abafado e sujo, pronto-socorro do Hospital do Servidor Municipal, em São Paulo, coloca doentes em macas no corredor. [...] A unidade funciona na Aclimação desde 1950, e o pronto-socorro atende, além dos servidores da prefeitura de São Paulo, o público em geral – muitos deles, moradores de rua da região central. Ontem, nove macas se enfileiravam no estreito corredor do hospital. Por todo o corredor, havia lixeiras, uma delas suja de sangue. Outra, aberta. A reportagem mostra que não havia controle de acesso na área onde ficam os pacientes. Por volta das 15h30, 20 pessoas estavam em pé no meio dos doentes deitados. A *Folha* também esteve na unidade na última quinta-feira, quando presenciou um paciente deitado em uma maca no chão. A Secretaria do Planejamento da prefeitura informou, em nota, que o pronto-socorro é referência na região e o segundo na cidade que mais recebe pacientes do Samu (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência). A pasta admite, no entanto, que “nem sempre a quantidade de leitos supre a necessidade, devido ao excesso da demanda” no local.

⁶⁸ Disponível em

https://acesso.uol.com.br/login.html?dest=CONTENT&url=http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff1412201013.htm&COD_PRODUTO=7, acesso em 08 de Janeiro de 2011.

Mais um exemplo, agora em local central desta mega cidade brasileira (São Paulo). As ofertas de leitos hospitalares mostram-se ser inferiores a demanda da população.

Em jornal de São Paulo encontramos matéria fornecida por organizações da sociedade civil, vinculadas a especialidades médicas, denunciam a precariedade do sistema de saúde. Foi publicada em 04 de Fevereiro de 2009 ⁶⁹.

Sociedade Brasileira de Urologia denuncia precariedade no atendimento pelo SUS, Folha.com, da Agencia Brasil

O presidente da Sociedade Brasileira de Urologia (SBU), José Carlos de Almeida, apresentou nesta quarta-feira um dossiê ao ministro da Saúde, José Gomes Temporão, denunciando diversos problemas nos atendimentos urológicos feitos pelo SUS (Sistema Único de Saúde). [...] Segundo dados da SBU, existem mais de 2.500 pacientes utilizando sonda, que precisam retornar ao hospital de 30 em 30 dias, enquanto aguardam a cirurgia de próstata que demora cerca de cinco meses para ser realizada. [...] "O médico tem quase que pagar para fazer a cirurgia, agora até o material para fazer a esterilização precisamos comprar. Além disso, muitos médicos são contratados para fazer consultas e não recebem pelas cirurgias", denuncia o urologista. "A espera por cirurgias urológicas chega a até cinco e às vezes é tarde. Em 2008 foram realizadas trezentas cirurgias, muitas aguardavam há vários anos", disse. Roque Dias Santana, de 60 anos, é um dos que esperam na fila do Hospital Regional de Campo Grande para fazer uma cirurgia de próstata. "Eu nem lembro direito o tempo que eu estou esperando, mas faz mais de seis meses. A doutora disse que no momento não estão fazendo cirurgia de graça, mas eu não tenho dinheiro pra pagar".

Notamos aqui a dificuldade em fazer cirurgia específica por falta de materiais cirúrgicos e de médicos, que parecem não aceitar os valores propostos para o pagamento da cirurgia. Vemos, no final da reportagem, o relato de um senhor que se encontra inferiorizado (homem subjetivo), em virtude das profundas desigualdades sociais do Brasil, encontrando-se em situação de carência econômica (homem objetivo), que o impede de ingressar no mercado das práticas médicas, e adquirir a mercadoria "cirurgia de próstata", para suprir sua necessidade de saúde.

Em jornal da Bahia de 18 de Janeiro de 2011 ⁷⁰, nota informa sobre o caos na saúde local.

⁶⁹ Disponível em <http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u499063.shtml>, acesso em 08 de Janeiro de 2011.

Gilberto José tenta solucionar caos na Saúde, Bahia Notícias, da Redação

Como tentativa de solucionar a crise que culminou na greve de servidores que atuam nos Postos de Saúde da Família (PSF), o ex-vereador Gilberto José (PDT), que recém assumiu como secretário municipal de Saúde, convocou uma reunião nesta segunda-feira (17) com as coordenações dos Distritos Sanitários, de Atenção Básica e administrativa da secretaria. Ele se disse surpreendido pelo movimento após uma reunião feita na semana passada quando foram colocados em pauta os problemas enfrentados pelas equipes de PSF, como o atraso do pagamento dos salários, precarização dos vínculos trabalhistas e a falta de manutenção de equipamentos e de materiais de trabalho. Na ocasião, Gilberto José assumiu o compromisso e pediu paciência uma vez que estava no cargo a menos de uma semana. De acordo com ele, o primeiro passo foi dado com o pagamento dos salários dos profissionais que já foram depositados. "Não conseguirei atender em uma semana as demandas dos mais de 150 postos, por isso estou trabalhando com prioridades. Aquelas unidades que apresentarem necessidades mais urgentes serão beneficiadas neste primeiro momento", explicou.

A precária situação de saúde enfrentada pelos funcionários da Atenção Básica a Saúde, na cidade de Salvador, levou-os a declarar greve, tendo como pauta: *"o pagamento dos salários atrasados, precarização dos vínculos trabalhistas e a falta de manutenção dos equipamentos e de materiais de trabalho"*. Como vimos acima, são situações similares registradas em outros Estados da Federação, ou seja, precariedade salarial e péssimas condições de trabalho.

Em jornal do Ceará de 10 de Dezembro de 2010 ⁷¹, uma matéria relata déficits na saúde do estado do Ceará, seja de médicos e enfermeiros, como de leitos, além da precariedade nas condições de trabalho e ineficiência do pessoal.

Hospitais desrespeitam a dignidade humana, Diário do Nordeste, da Redação

O relatório da OAB-CE, MPE e entidades médicas servirá de base para a Carta-Saúde a ser entregue ao Governo. A falta de médicos e enfermeiros; falta de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para adultos e neonatal; programas de Saúde da Família (PSF) incompletos; ineficiência de pessoal e de estrutura nos Frotinhas e Gonzaguinhas; precariedade e superlotação nas urgências e emergências. São alguns dos problemas apontados pelo relatório final da Ordem dos Advogados do Brasil, Seção Ceará (OAB-CE), feito em parceria com o Ministério Público Estadual (MPE)

⁷⁰ Disponível em <http://www.bahianoticias.com.br/noticias/noticia/2011/01/18/83948,gilberto-jose-tenta-solucionar-caos-na-saude.html>, acesso em 20 de Janeiro de 2011.

⁷¹ Disponível em <http://diariodonordeste.globo.com/materia.asp?codigo=899546>, acesso em 08 de Janeiro de 2011.

e entidade médicas, resultado de visita a 21 hospitais públicos secundários e terciários do Estado.

Mais uma vez um relato sobre a falta de profissionais, a falta de ambientes de tratamentos intensivos, a superlotação dos pronto-socorros e PSF incompletos. Isso exigiu a intervenção da OAB local e do Ministério Público Estadual, além de organizações médicas, que elaboraram um relatório, após visita a 21 hospitais do Estado.

Em jornal do Amapá foi publicado um relato sobre cenário de penúria da pediatria no Amapá, em 16 de Abril de 2007 ⁷², demandando a visita ao Hospital especializado, das Comissões de Direitos Humanos e de Saúde da Assembléia Legislativa.

Deputados visitam Pediatria e constataam a precariedade da saúde no Amapá.

Na quinta-feira (12), uma comitiva de parlamentares formada pela Comissão de Direitos Humanos e Comissão de Saúde da Assembléia Legislativa, visitou as dependências do Hospital de Pediatria de Macapá, face à denúncia de matéria veiculada pela TV Amapá de que os acompanhantes das crianças internadas estavam comprando a própria alimentação. A visita também permitiu que os deputados estaduais Camilo Capiberibe (PSB), Moisés Souza (PSC), Paulo José (PR), Ruy Smith (PSB) e Jorge Salomão (DEM), observassem a precariedade no atendimento prestado à população. [...] Dona Meriam Magave, que acompanhava a neta internada, fez denúncias graves com relação à prestação de serviço do Hospital de Pediatria, corroborando o que disse a mãe que não quis se identificar. “Olha, é muito estranho o que aconteceu antes dos deputados chegarem. Deram alta de muita gente que estava jogada por aqui no corredor”. A dona de casa falou da condição desumana a que as crianças são submetidas. “Isso aqui não parece nem hospital de tão bagunçado que é. As crianças ficam passando mal, e só tem um médico pra atender, além do que algumas ficam dormindo no chão à noite, protegidas apenas por um colchonete bem fino. Todas as mães reclamam do atendimento. Mas é engraçado que depois que os deputados foram embora, tudo aqui melhorou, inclusive a refeição que até purê de batata tinha”, finalizou.

Na visita realizada, os representantes de órgão de defesa dos direitos humanos e parlamentares tiveram indicações de que “as *crianças internadas estavam comprando a própria alimentação*”; havia “*precariedade no atendimento prestado à população*”; e sobre a “*condição desumana a que as crianças são*

⁷² Disponível em

http://www.folhadoamapa.com.br/index.php/site/comments/deputados_visitam_pediatria_e_constatam_a_saude_precaria_no_amapa/, acesso em 08 de Janeiro de 2011.

submetidas”, onde “*algumas ficam dormindo no chão à noite, protegidas apenas por um colchonete bem fino*”. A mãe de uma das pacientes, que relata a situação, acrescenta que, num passo de magia, “*tudo aqui melhorou, inclusive a refeição*”. Isso mostra a força do controle social para a melhoria da qualidade da prestação dos serviços de saúde.

3.1.2 Uma reflexão sobre os dados coletados

Nos trechos dos jornais, e de acordo com nossos comentários, observamos diversos motivos para que a saúde esteja considerada em crise (ou caos), e que geram o não atendimento das necessidades em saúde no território brasileiro, como ilustra, pelo menos, os casos relatados.

Os motivos encontrados para a situação de “caos” na saúde seguem ordenados, dentro de uma classificação, de forma decrescente de frequência (com base nos artigos de jornais levantados nesta pesquisa):

- 1) superlotação da rede hospitalar
- 2) falta de médicos (frequência igual à anterior)
- 3) baixos salários ou baixa remuneração dos procedimentos médicos
- 4) precariedade do serviço de atenção básica
- 5) insuficiente financiamento da saúde
- 6) falta de materiais, medicamentos ou insumos de apoio
- 7) gestão pública deficiente
- 8) superlotação da rede de atenção básica
- 9) precariedade da rede hospitalar

Importa dizer que essa classificação não é mutuamente exclusiva, sendo algumas delas, inclusive, relacionadas umas às outras; ou seja, numa mesma unidade coexistem diversos motivos, gerando algumas situações de calamidade pública, como foi exposto.

Desse modo, a seqüência classificatória dos motivos é o que menos importa, pois provavelmente um motivo, pouco citado, pode ser a causa determinante de outro mais freqüente, o que poderia gerar um viés na análise. Por exemplo, a falta de financiamento (de baixa freqüência) interfere na oferta de serviços hospitalares, nos baixos salários, nas condições materiais precárias das unidades de saúde, e na falta de verbas para a construção de novas unidades.

Outras questões, de menor importância, relacionam-se com o fato de os documentos terem sido produzidos com o objetivo de, na melhor das hipóteses, divulgarem a informação; na pior, alcançar maior audiência (a extração de lucros maiores na mercadoria “imprensa escrita”). Talvez por isso, os jornais dificilmente publicam notícias quando a oferta de serviços públicos atende às necessidades sociais, como o controle por vacinação de certas doenças pelo SUS, a diminuição da mortalidade materna-infantil e o acesso aos medicamentos adjuvantes no tratamento de pacientes com AIDS. Sabemos que a tragédia atrai mais a atenção dos leitores.

Essas questões, embora mereçam ser ressaltadas, não prejudicam nossa exposição, pois pela observação do homem comum, como a nossa na qualidade de profissional da área médica, sabemos que os motivos apresentados são os que de fato encontram-se associados aos problemas de saúde dos segmentos sociais mais fragilizados economicamente de nossa sociedade. Se imaginarmos um sistema de saúde sem os problemas apresentados, teríamos um sistema eficaz do ponto de vista do cumprimento das necessidades em saúde.

O que importa é que estes motivos são suficientes para chegarmos à conclusão que, na realidade, o sistema de saúde pública do Brasil não está em funcionamento eficaz, apesar de possuir uma base filosófica pautada nos princípios da universalidade, integralidade e equidade social.

Um ponto que discutiremos é a relatividade do critério da eficácia (ou seja, o cumprimento de objetivos, de resultados). Certamente se examinarmos o grau de

atendimento das necessidades humanas, o sistema de saúde brasileiro não se mostra eficaz. No entanto, precisamos examinar a luta travada entre duas lógicas.

De um lado, temos a lógica do mercado. Os serviços são oferecidos com valor de troca (visando a extração de lucros máximos para os grandes corporações) e estes, de acordo com seu valor, são dirigidos a faixas de população diferenciadas segundo seu poder aquisitivo – ou seja, há serviços, de qualidade distinta, para cada fração de classe. De outro lado, temos aquela que rege as relações sociais de serviços não mercantis, na qual se inserem os movimentos sociais, e no caso da saúde, os formuladores do SUS, que marcaram a história do desenvolvimento da Saúde Pública no Brasil. Se observarmos essa luta, inclusive que os proponentes da saúde pública vêm hoje enfrentando na disputa de recursos financeiros dentro do processo orçamentário do Estado, podemos dizer, olhando o percurso histórico em face das conquistas obtidas, que o sistema público de saúde alcançou algum grau de eficácia social, ainda que insuficiente, mas nos alenta para a continuidade do caminho.

Sobre essa questão da disputa entre a perspectiva da lógica de extração de lucros (nas práticas médicas) e aquela vinculada a defesa dos direitos de cidadania, a fala Dina Czeresnia, ao constatar-la, abre mais polêmica do que resolve esse dilema. No entanto, transcrevemo-la por abrir linhas de estudo.

[...] a configuração do discurso da “nova saúde pública” ocorreu no contexto de sociedades capitalistas neoliberais. Um dos eixos básicos do discurso da promoção da saúde é fortalecer a idéia de autonomia dos sujeitos e dos grupos sociais. Uma questão que se apresenta é qual concepção de autonomia é efetivamente proposta e construída. A análise de alguns, autores evidencia como a configuração dos conhecimentos e das práticas, nestas sociedades, estaria construindo representações científicas e culturais, conformando os sujeitos para exercerem uma autonomia regulada, estimulando a livre escolha segundo uma lógica de mercado. A perspectiva conservadora da promoção da saúde reforça a tendência de diminuição das responsabilidades do Estado, delegando, progressivamente, aos sujeitos, a tarefa de tomarem conta de si mesmos (Lupton, 1995; Petersen, 1997- apud Czeresina). Ao mesmo tempo, afirmam-se perspectivas progressistas que enfatizam uma outra dimensão do discurso da promoção da saúde, ressaltando a elaboração de políticas públicas intersetoriais, voltadas à melhoria da qualidade de vida das populações. Promover a saúde alcança, dessa maneira, uma abrangência muito maior do que a que circunscreve o campo específico da saúde, incluindo o ambiente em sentido amplo, atravessando a perspectiva local e global, além de incorporar elementos físicos, psicológicos e sociais. Independente das diferentes perspectivas filosóficas, teóricas e políticas envolvidas, surgem dificuldades na operacionalização dos projetos em promoção da saúde. Essas dificuldades aparecem como inconsistências, contradições e pontos obscuros e, na

maioria das vezes, não se distinguem claramente das estratégias de promoção das práticas preventivas tradicionais (CZERESNIA, 1999, p. 701).

Alguns pesquisadores concordam com o ponto de vista que defendemos acima, quando afirmam, por exemplo, que

[...] a percepção que o ato médico tem produzido uma intervenção ineficaz e ineficiente em relação à produção de saúde, na verdade são excelentes para produzirem mais valia em cima do trabalho dos profissionais e dos serviços, o que atende aos interesses de setores econômicos mais lucrativos que operam no campo médico, indústria de medicamentos e equipamentos médicos hospitalares, que são os reais beneficiados pelo modelo de formação. (CINAEM, 1991, p. 97)

Ou seja, os motivos retirados dos trechos dos jornais que demonstram a ineficácia do setor saúde, na verdade, indicam resultados da luta travada com segmentos sociais defensores da saúde privada, incluindo não apenas profissionais de saúde, mas especialmente grupos oligopolísticos, prestadoras de serviços de saúde: redes de grandes hospitais, empresas de planos de saúde, grupos da indústria farmacêutica etc. Fazendo um balanço das conquistas, podemos afirmar que a consolidação do SUS, hoje em estágio bem desenvolvido, se dará na medida em que as condições materiais da sociedade brasileira passarem por um grande processo de transformação, o que abriria a possibilidade de acesso a todos, acesso à terra, à educação, à cultura, ao trabalho, à saúde. É disso que estamos tratando, da conquista de condições iguais de saúde para todos os segmentos sociais, vinculada a um processo histórico de lutas sociais, que vem se desenrolando no Brasil e no mundo, e que depende da vontade política, socialmente organizada, na construção de uma sociedade igualitária, livre e soberana.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Trabalhar com as práticas médicas com foco na doença parece não ser o mais eficaz para o tratamento da saúde da população. Quando se espera adoecer, já se sai do estado de equilíbrio orgânico da saúde; trabalhar este retorno é mais complexo que trabalhar na manutenção do estado prévio de saúde. Além do mais, os conceitos e a distribuição de doenças podem variar conforme grupos sociais – seja na frequência ou no tipo.

Os significados e as formas de enfrentamento das doenças variam conforme as classes sociais e, as classes dominantes orientam os conceitos de doença conforme suas necessidades. Esta mistura invariavelmente produz um desequilíbrio no atendimento do processo saúde-doença que, portanto, gera prejuízo à saúde das classes não dominantes, se o foco do atendimento estiver na doença.

Além disso, a prática médica curativa objetiva o diagnóstico e o tratamento. Se raciocinarmos com o que discutimos nesse texto, podemos refletir que ambos os objetivos estabelecidos na prática curativa (diagnóstico ou tratamento) são determinados pelas relações de produção capitalista.

Os diagnósticos e tratamentos estão cada vez mais instrumentalizados por tecnologias duras. É passível, para este tipo de tecnologia, a influência da lógica capitalista pela sua característica de ser entendida como mercadoria. Além do mais, a gestão das práticas médicas que focam tecnologias duras normalmente favorece a diminuição dos cuidados médicos reflexivos e individualizados.

Se considerarmos os homens diferentes uns dos outros, se faz necessário esse modo reflexivo e individualizado para prover a saúde geral, e não apenas aos capazes de adquirir as mercadorias em questão, que além de tudo, promovem o entendimento das doenças a serem tratadas conforme o poder aquisitivo e em face das necessidades de cada classe.

Os diagnósticos e tratamentos também podem estar relacionados com a questão do consumo. São geradas novas demandas de acordo com as necessidades do produtor de insumos para a saúde baseadas na coerência capitalista. E vimos que o produtor é o elemento principal a ser analisado na relação de consumo.

As demandas geradas e não necessárias também parecem gerar desequilíbrio ao sistema com prejuízo às camadas mais empobrecidas da classe trabalhadora, pois estas podem não ter acesso aos insumos necessários para o cumprimento das necessidades em saúde (provindos deste paradigma de atendimento do processo saúde-doença com foco na doença). Isto é, uma demanda aceita pelo paradigma focado na doença pode representar uma necessidade, e pelo fato de ser uma mercadoria regida pela lógica do capital, vários segmentos sociais podem não ter acesso a ela.

Além do mais, as demandas não necessárias, mas aceitas como tal pelo paradigma foco na doença podem desequilibrar todo o sistema de financiamento das políticas públicas em saúde, pois, ao prover recursos para o atendimento de tal demanda (não necessária, mas aceita como tal) acarreta a falta de recursos para outras demandas, que podem ser necessárias.

Desse modo, o paradigma das práticas médicas focadas na doença parece eficaz para a lógica capitalista, e não para as necessidades humanas.

Do mesmo modo, a comunidade científica envolvida com assuntos da saúde pública defende que o foco na saúde é mais eficaz e eficiente para o cumprimento das necessidades humanas. Evoluiu-se com esta idéia no Brasil desde meados do século XX e, com o ressurgimento da democracia, a então chamada Nova República, e o nascimento do SUS, através da luta social se concebeu um sistema focado na saúde, com visão integral do corpo individual e visão integral da saúde da sociedade.

Entretanto, com mais de duas décadas de SUS, verificamos que ainda é um sistema hospitalocêntrico e que não atende às necessidades de saúde de grandes contingentes populacionais de modo adequado.

Concorda-se com esta conclusão, ao se examinar os resultados das pesquisas de jornais feitas para este texto, apesar dos trechos não terem sido produzidos com interesses científicos, e também por não se ler habitualmente notícias que elogiem um sistema que funcione adequadamente, o que poderia gerar viés na análise.

Sabemos que todos os segmentos da classe trabalhadora têm direito ao atendimento pleno das suas necessidades de saúde. Sabemos também que, se os motivos apresentados (para que se possa considerar o sistema de saúde como ineficaz ao atendimento das necessidades em saúde) forem sanados, teríamos um sistema adequado, pelo menos diferente da visão publicada nos jornais.

Apresentamos dados de literatura e raciocínios dedutivos que nos conduzem a pensar que a lógica capitalista vem incidindo sobre as práticas médicas. Pensando de uma perspectiva idealista, dizemos que estas, por serem os elementos necessários para instrumentalizar a saúde, deveriam estar imunes a este tipo de influência, para que então as políticas públicas em saúde voltadas para a comunidade (para o atendimento do homem comum, concreto, subjetivo) estejam aptas a satisfazer suas carências. Mas como as práticas médicas não advêm do céu, e nem são meros frutos de nosso pensamento (para que pudéssemos simplesmente, com recursos da razão, normatizá-las), são elas produtos históricos, como analisamos nesta exposição, elas são socialmente constituídas, e sofrem a determinação da estruturação das relações de produção, hoje no Brasil, regidas pela consolidação do capitalismo mundializado.

Vimos que as práticas médicas servem como instrumento do capital com relação à manutenção e reprodução da saúde da força de trabalho a ser expropriada; que o Estado (no Ocidente), considerado uma superestrutura político-ideológica, própria à dominação do capitalismo, favoreceu as práticas médicas voltadas a reprodução ampliada do capital. Vimos também que a evolução da cientificidade das práticas médicas aconteceu no contexto liberal, e agora, no contexto mundializado, sob a ação dos grandes monopólios organizados em sistema de rede, a ideologia neoliberal com a crise vem oferecendo espaços de fissura, mas usa das tecnologias duras e o consumo desenfreado de itens relacionados com a saúde e são elementos a serem considerados, além de serem objetos futuro de estudo.

Esses pontos, somados a outros menos relevantes encontrados no texto, nos corroboram a idéia que o capitalismo de fato exerce uma determinação sobre as práticas médicas e, em consequência, se observam os prejuízos no sistema de saúde, gerando, em parte, sua ineficácia.

Podemos considerar diversos destes prejuízos que podem ser observados no sistema de saúde público brasileiro, mas vamos nos ater aos encontrados nos jornais, até porque, pelo critério da repetição e esgotamento das idéias encontradas, nos mostra que os motivos apresentados nos jornais serão, em maioria, esses mesmos: falta de médicos, superlotação da rede de atenção básica, superlotação da rede hospitalar, falta de materiais, medicamentos ou insumos de apoio, precariedade do serviço de atenção básica, precariedade da rede hospitalar, baixos salários ou insuficientes remuneração dos procedimentos médicos, insuficiente financiamento da saúde e deficiência na gestão pública.

O problema da falta de médicos parece transcender nosso conjunto de argumentos. Sem médicos, é impossível que se apresente prática médica eficaz para a sociedade. Independente dos preceitos ideais ou do cuidado estar determinado pela lógica capitalista, se faltarem os principais atores, não se poderá prover saúde de modo adequado.

Dessa forma, é imperativo que quantifiquemos os médicos do Brasil, e também que se compare ou que se classifique esse número, recorrendo a instituição mais representativa para esse fim.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) é um órgão internacional e ligado à Organização das Nações Unidas (ONU). É considerada uma entidade orientada ao bem-estar das sociedades em geral.

*A OMS preconiza como parâmetro ideal de atenção à saúde a relação de 1 médico para cada 1.000 habitantes. Para centros com uma rede de serviços bem estruturada, os técnicos defendem a ampliação deste parâmetro. De qualquer forma, a definição desta relação torna-se um importante recurso de mapeamento da distribuição de médicos no país. No Brasil, a relação média observada de 1/622 habitantes.*⁷³

Percebemos que no Brasil não faltam médicos pela estimativa da OMS. Mas, porque nos jornais é apontada a falta de médicos como um importante motivo para a crise na saúde?

⁷³ Disponível em http://www.portalmédico.org.br/include/biblioteca_virtual/abertura_escolas_medicina/007.htm, acesso em 13 de Fevereiro de 2011.

Se a lógica do sistema de saúde estiver orientada para o atendimento das necessidades do capitalismo, teremos alguns motivos para que isso ocorra. Em primeiro lugar, podem ser criadas demandas não necessárias que causam desequilíbrio na relação oferta-procura por serviços médicos. Em segundo lugar, os médicos estão cada vez mais dependentes de tecnologias para suas funções, isso faz com que o número de médicos não importe, e sim, a oferta de serviços tecnológicos. Em terceiro lugar, os médicos podem estar mais concentrados em regiões das capitais, isso provavelmente porque nesses centros urbanos se obtém um tipo de vida mais adequado aos preceitos capitalistas vinculados ao consumo, assim, em outras regiões realmente podem faltar profissionais. Em quarto lugar, os médicos podem preferir trabalhar com especialidades, seja porque com o advento das tecnologias se obtém maior status em áreas que dominem esta nova realidade ou, seja porque com as especialidades se podem obter maiores ganhos financeiros pessoais. Com os médicos cada vez mais especializados, provavelmente teremos prejuízo para a saúde básica e preventiva, que é mais eficaz e que a população mais necessita. Isso pode dar a impressão de falta de médicos, o que na verdade, faltam médicos que atendam as necessidades básicas, gerais.

Desse modo, a percepção da falta de médicos pode ser explicada pelos moldes capitalistas de se praticar a medicina.

A superlotação das redes básicas e hospitalares pode estar vinculada a cultura do povo que prefere o atendimento hospitalar. Apesar do sistema de saúde orientar o atendimento preventivo, fora das estruturas hospitalares (utilizando critérios da promoção da saúde), a população demanda por atendimento hospitalar. Isto pode ser explicado também pela coerência capitalista, pois a mesma trabalha influenciando o sistema de saúde ao modelo hospitalocêntrico, pois assim se consegue maiores circulações de dinheiro nesse modo, ao se utilizar maiores tecnologias e se consumir mais produtos. Com a sociedade orientada ao entendimento da instrumentalização do processo saúde-doença na doença, a procura por hospitais será maior que a oferta de serviços hospitalares e, os casos que deveriam estar nos hospitais permanecerão na rede básica, por falta de oferta de hospitais, dessa maneira, superlotando ambos.

Podemos também pensar que, independente da cultura consumista, o que superlotam as estruturas de atendimento à saúde, ainda faltem estruturas para o atendimento. Isto é, mesmo se houvesse o uso correto das estruturas, ainda faltariam hospitais ou postos de saúde. Desse modo, acabamos por acreditar que o problema seja dependente de outros motivos colocados na lista, como financiamento ou gestão, que serão relacionados adiante.

Em relação à falta de materiais, medicamentos ou outros insumos de apoio, se deve refletir na imposição do sistema capitalista ao consumo de itens. Quanto maior o consumo, maior os resultados financeiros dos produtores, que normalmente detém poderes no sistema. Desse modo, provavelmente a lógica capitalista orientará maior procura por itens, provavelmente com a criação de novas demandas.

Mesmo se pensarmos no uso adequado de insumos, devemos pensar que a questão que determina sua falta estaria ligada ao financiamento do sistema ou à gestão, que estarão adiante.

A precariedade dos sistemas primários de atendimento ou de hospitais também pode ser explicada pelo desequilíbrio oferta-procura por serviços provenientes da maior procura por itens submetidos à circulação de dinheiro orientada pela lógica capitalista. Também devem estar relacionadas com a gestão ou financiamento, mesmo no caso de alguém acreditar que não haja tal desequilíbrio.

O quesito relacionado com a baixa remuneração para médicos provavelmente pode ser explicado pelo interesse desta classe em estar presente na lista da classe hegemônica da sociedade. Com a evolução das tecnologias e consumo de itens médicos, naturalmente a circulação de dinheiro ficou mais centrada para produtores e fomentadores de tecnologias. Isto é, o médico diminuiu sua capacidade de recebimento, pois o dinheiro envolvido no setor foi gradativamente sendo de posse das empresas vinculadas ao atendimento médico, e não de posse do profissional.

Com a sensação de menores salários, se observam os relatos dos baixos salários vistos em alguns trechos de jornais. Além disso, com o elevar do status da especialização e sua participação direta na lógica capitalista, os valores profissionais ficaram mais concentrados nas mãos de especialistas, o que gera insatisfação para

os que atendem a principal necessidade da população. Por isso, talvez a questão esteja mais relacionada com a distribuição dos valores do que com o dinheiro absoluto que gira para o setor como um todo.

Entretanto, mesmo quem considere que os salários são baixos para toda a categoria de profissionais da saúde, e que isso deve ser revertido para o atendimento adequado das práticas médicas, devemos também pensar na questão do financiamento e gestão do setor saúde.

O insuficiente financiamento do setor poderia explicar a maioria dos motivos relacionados acima, isto é, independente dos argumentos relacionados com a maioria dos itens acima, sem financiamento adequado, não se pode obter adequação dos espaços hospitalares ou primários, não se pode pagar decentemente os médicos, não se pode prover adequadamente os materiais e tecnologias possivelmente necessárias para o pleno atendimento à saúde.

A questão é que o financiamento para a gestão pública do Brasil parece suficiente, quando pensamos no montante arrecadado por impostos. Os países que arrecadam impostos na mesma faixa percentual que o Brasil apresentam serviços públicos de qualidade, como Suécia, Itália, Dinamarca e Bélgica ⁷⁴.

Desse modo, pensamos que a gestão pública deve responder pela ineficácia relacionada ao cumprimento das necessidades em saúde da população.

Importante lembrar que *gestão* não é apenas a figura do gestor, do governante. É um conjunto que envolve, desde a correlação de forças existente no quadro político (ou seja, o contexto político-ideológico) do país, as expectativas dos diferentes segmentos sociais, os instrumentos de execução do poder público, enfim, é um conjunto complexo e contraditório, contendo muitos elementos.

Se refletirmos que o Estado proporciona, ao longo do termo, proteção aos interesses capitalistas, e que de alguma maneira todos os segmentos sociais sofrem a influência das relações mercantis, chegamos à conclusão que, o que se alcança é o cumprimento das necessidades provindas da lógica capitalista, e não o

⁷⁴ Disponível em <http://economia.uol.com.br/ultimas-noticias/infomoney/2010/12/17/brasil-sobe-quatro-posicoes-em-ranking-de-paises-com-maior-carga-tributaria.jhtm>, acesso em 02 de Fevereiro de 2011.

cumprimento das necessidades humanas, ou carências do homem concreto, nas suas dimensões objetivas e subjetivas.

Na prática social, predominam as forças políticas que servem ao cumprimento de sustentação da lógica do sistema, não estando comprometidas com a salvaguarda da saúde dos segmentos sociais mais empobrecidos, que constitui uma grande massa populacional, que não têm acesso aos recursos atuais da saúde.

Desse modo, fica improvável que se consiga obter na prática (realidade) o que se preconiza com os fundamentos filosóficos do SUS, um sistema adequado: universal, integral com equidade social, cujo foco está centrado na promoção da saúde e prevenção de doenças.

O Sistema capitalista perpetua sua lógica, usando para isso todas as forças materiais e sociais disponíveis, inclusive as práticas médicas, e isso não vem em direção ao atendimento das necessidades humanas. Os serviços de saúde, quando dominados pela lógica mercantil, servem à acumulação do grande capital, portanto seu objetivo não é produzir bem de uso, mas um valor de troca, que possa se agregar ao capital acumulado.

Apesar de não ser o objetivo dessa dissertação, indicar um modo de solucionar a questão da determinação do capitalismo sobre as práticas médicas, em nossa exposição, enunciamos alguns elementos que podem contribuir para a melhoria da saúde e para construção de uma “boa sociedade”, que destacamos aqui no término desse texto.

A questão parece estar na relatividade do conceito eficácia. Algo pode ser eficaz para um determinado objetivo e ineficaz para outro.

No caso da saúde, a determinação da lógica do capital promove eficácia do sistema para o cumprimento das suas necessidades, relativas à acumulação; desse modo, prejudica proporcionalmente os objetivos da eficácia relacionada ao atendimento das necessidades sociais do grande contingente empobrecido da classe trabalhadora.

Desse modo, recorreremos à discussão sobre o critério eficácia. Lembramos que objetivar a eficácia na saúde é entender que os objetivos do capitalismo estão em mão contrária a este preceito.

Lojkin diz que caberia a todos os trabalhadores, em geral, promover uma ruptura do sistema imposto,

[...] fundada no debate, na comunicação, na troca de informações, na conquista democrática da opinião. (...) [isso] passa pela construção de novas cooperações transversais que delineiam uma cultura de rede descentralizada, oposta ao centralismo piramidal e à delegação de poder. Finalmente, a ‘contracultura’ desencarnada da contestação puramente negativa começa a ceder lugar a uma cultura da transformação alternativa, que tenta ultrapassar o idealismo da pura recusa e o realismo da pura aceitação da gestão capitalista. (LOJKINE, 1999, p. 29)

Com esta idéia, Lojkin nos mostra que um modo alternativo de pensar em eficácia deve ser proposto. Um modo factível, não idealizado de pura recusa ou consideração do modelo vigente.

Esse encaminhamento parece levar ao que Iara Guazzelli sugere sobre a construção de “uma nova cidadania planetária” ⁷⁵, que embasada por uma nova ética moral, passe a imbricar, junto a outros sentimentos, a subjetividade humana, mostrando assim, que outro modo produzir a sociedade é possível.

Lojkin, embora se debruce principalmente sobre a temática do sindicalismo Francês e suas estratégias de luta, deixa claro o exemplo vivenciado dentro de empresas francesas de nosso tempo em que se procurou desenvolver mecanismos para estabelecer a eficácia societal ⁷⁶ - que, ao ilustrar sua hipótese em serviços públicos, como hospitais, servem a nossa discussão sobre o SUS.

Isto porque os critérios da eficácia societal levam em consideração a performance econômica, sem deixar de atender, com prioridade, as necessidades

⁷⁵ A construção de uma nova cidadania planetária, segundo ela, exige o esforço para desenvolver novas formas de habitar o planeta, forjando novas relações pessoais e intersubjetivas que potencialmente se estendam a todos os seres humanos de um lado, e de outro, desenvolvam o próprio eu, o sujeito individual em suas relações consigo mesmo, no seu universo ou no seu cosmo interior GUZZELLI, Iara. *Construindo novas formas de subjetividade e de cidadania*. Tese de doutorado. PUC/SP 1999. Mimeo

⁷⁶ Segundo o autor: raciocinamos como se eficácia econômica pudesse ser medida apenas pela produtividade, parcial (produtividade aparente do trabalho) ou global (do trabalho e do capital). Ora, os critérios de produtividade, quaisquer que sejam, não podem medir a eficácia de uma relação social de serviço, tanto na administração como na indústria. Não somente um banco, um hospital ou uma universidade não gera, propriamente falando, “produtos” quantificáveis ou valor acrescido, mas sobretudo sua utilidade social, ou antes, societal (para a sociedade, para tal população local, nacional, etc.), não pode absolutamente reduzir à sua contribuição indireta para valor agregado social. Não podemos nos contentar em opor uma racionalidade “social” (fundada sobre a satisfação das necessidades e dos direitos dos usuários) e uma racionalidade “econômica”, fundada unicamente sobre a “performance”, ou seja, sobre a economia dos meios. (Opus cit., p. 215-6)

sociais ⁷⁷, dos segmentos sociais usuários de algum serviço. Assim, se preconizam ambos a atenção às variáveis econômicas e sociais. Desse modo é mais factível pensar a reforma.

Lojkine acredita que a reforma que embasaria esta mudança estaria relacionada com o trabalhador, o principal elemento da sociedade, aquele sujeito coletivo que tem capacidade política para transformar a sociedade. É o homem genérico (classe social), mas ao mesmo tempo, concreto, objetivo e subjetivo, portador de necessidades sociais que precisam ser atendidas. Deveria ser o centro do cumprimento das necessidades humanas.

O escopo de um sindicalismo de terceiro tipo é finalmente a construção de uma nova cultura de eficácia, não somente para a empresa, mas para toda a sociedade, o que chamamos uma nova eficácia societal; o obstáculo mais sério que freia esta mutação cultural reside mais na alienação cultural mundial (que, muitas vezes inconscientemente, faz da gestão um domínio estranho ao mundo do trabalho) do que da desigualdade dos meios institucionais e das competências gentionárias (LOJKINE, 1999, p. 14).

Lojkine mostra exemplos de eficácia societal quando expressa que em hospitais não se deveriam pensar em ‘lógica capitalista’, até porque “as demandas econômicas, a gestão, está sob a tutela ministerial aos grilhões da moldura orçamentária” que dependem para seus recursos, do financiamento do Estado. Ele comenta que ao contrário do que se pensa:

Não é a nova tecnologia que suprime o emprego, são as escolhas políticas, econômicas e sociais; e, particularmente, as escolhas de economia drásticas que são feitas nos hospitais hoje. Se quisermos tornar melhor os meios para responder a uma dimensão das ações de atenção à saúde e de qualidade em todas as suas dimensões, é evidente que isso não deverá gerar supressões de empregos, mas o inverso (LOJKINE, 1999, p. 229)

Lojkine nos mostra que a reforma deve ser iniciada com foco no trabalhador, e que suas necessidades devem ser prioritárias dentro do sistema. Isto seria um modelo que adequariam necessidades sociais e econômicas, subordinando as últimas às primeiras.

Encontramos, portanto, aqui, de maneira latente, uma crítica radical da racionalização capitalista tradicional: em lugar de procurar primeiramente recuperar o custo do investimento material, amortizando-os no salário, por

⁷⁷ Certamente a referência às “necessidades” não é em si mercantil, pois que toda a mercadoria reenvia, ao mesmo tempo, a valores de troca e a valores de uso, portanto há necessidades a satisfazer; por um lado, a tendência a desconectar radicalmente a satisfação das necessidades de cálculos de seus custos mercantis remete, muito freqüentemente, no discurso sindicalista, a normas não mercantis utópicas. (Opus cit., p.127)

que não, ao contrário, estender a oferta de serviços e criar novas funções, particularmente funções centradas na relação de serviço, na comunicação?(...) à margem de uma intervenção nos próprios critérios da eficácia, na medida em que existe uma forte relação entre a qualidade do atendimento, do qual depende a credibilidade das informações colhidas e a eficácia do tratamento dos casos (...) a eficácia societal (...) não se esgota somente no domínio dos serviços, na indústria a relação social de serviço se torna um critério determinante para avaliar a eficácia econômica (LOJKINE, 1999, p. 232-3)

Percebemos que a negação do que existe não produz um caminho, e que a aceitação do modelo mantém a inércia que beneficia a lógica capitalista relacionada com a interferência das práticas médicas.

Este autor sugere que reformemos o modelo, lutando pela substituição da eficácia produtivista, própria das relações mercantis, pela racionalidade da eficácia societal, incorporando critérios da eficácia econômica (que mantém financeiramente os setores gerais da sociedade), mas privilegiando a defesa do meio ambiente, o pleno emprego e o atendimento das necessidades sociais.

O conjunto adequado de cumprimento de critérios sociais e econômicos fica subjacente às reformas pelas quais lutamos, em direção à construção de um novo projeto de sociedade baseada na igualdade de condições materiais e sociais. As necessidades podem ser satisfeitas com a proporção adequada do cumprimento de ambos os critérios.

(...) verificamos que o sistema de saúde juntos à população serve, não só para identificar precoce e eficazmente necessidades, como também para permitir a conscientização do corpo social e político a respeito das necessidades não sentidas, transformando-se em necessidades consentidas e, se possível, em necessidades sentidas. Somente esta conscientização poderá gerar satisfação e apoio por parte do corpo social aos investimentos financeiros, materiais e em recursos humanos no atendimento de necessidades primariamente não sentidas. (BRASIL, 1977, p. 15)⁷⁸

Não nos aprofundaremos na questão da eficácia societal. Apenas indicamos o caminho que a tese desse autor nos mostra⁷⁹, o cumprimento dos critérios da eficácia societal, uma vez que os critérios produtivistas, que move o capitalismo são deletérios para a sociedade, devendo ser buscado a sua superação.

⁷⁸ Ministério da Saúde, VI Conferência Nacional de Saúde, Brasília, 1977,p.17- apud Cordeiro. Opus cit. p. 13

⁷⁹ Este assunto pode ser mais bem estudado em LOJKINE, Jean. *O Tabu da Gestão; a cultura sindical entre contestações e proposições*. Editora DP&A, Rio de Janeiro. 1999

O homem real tem carecimentos (conjunto de necessidades humanas). Ao sentir suas necessidades, o homem orienta suas práticas sob sua formação histórica, objetiva e subjetiva. A saúde é uma dessas necessidades.

Estudamos aqui o homem concreto, objetivo e subjetivo, que historicamente se direcionou ao trabalho para saciar suas carências. Mas, o trabalho que trouxe atendimentos para as necessidades humanas foi o mesmo trabalho que, com o surgimento da propriedade privada, e a acumulação primitiva do capital, dividiu a sociedade em classes sociais antagônicas, que com o capitalismo mundializado vem elevando a concentração e centralização do capital, nas mãos de grandes monopólios, constituídos em redes.

Independente de definições de saúde, as necessidades em saúde são um conjunto de elementos biológicos e sociais que devem ser atendidos no todo. Apesar de a saúde ser essencial para a vida de todos os homens, as necessidades em saúde de alguns se tornou secundária em relação às necessidades impostas pelo capital de expropriação do trabalho para sua acumulação, beneficiando apenas alguns grupos sociais dominantes.

Isto porque no mundo atual ocidental, a lógica do sistema econômico é tornar os elementos gerais da vida como mercadorias. Isso ocorre também com a saúde, apesar de sua característica essencial e apesar de o capitalismo já ter demonstrado sinais de insucessos.

O sistema capitalista torna as práticas médicas um instrumento sistemático para a manutenção e recuperação da força de trabalho (a ser expropriado), essencial para seu funcionamento. Além do mais, se percebe que a medicina e seus cuidados estão orientados a trabalhar no processo saúde-doença com o foco na doença, que é o modo que gera mais ganhos financeiros para investidores de insumos e de tecnologias; e que não é o modelo preferencialmente aceito pelos estudiosos de saúde pública. Além de tudo, o Estado parece manter a estrutura dessa forma, apesar de teoricamente propor o inverso.

A proposta do inverso é baseada no histórico da saúde pública do Brasil, quando cientistas e integrantes da comunidade geral chegaram à conclusão que o modelo preventivo e social promovia maior eficácia ao atendimento das

necessidades humanas e uma luta social e política se travou nessa direção, sendo o SUS uma de suas conquistas.

Mesmo após mais de duas décadas da criação do modelo que seria ideal (por contemplar tais preceitos), verificamos que o sistema ainda não está consolidado e parece não ter atingido ainda seus objetivos.

O capitalismo busca manter seu domínio sobre as práticas médicas e, desse modo, provoca a ineficácia do sistema de saúde como um todo. Ineficácia para o atendimento das necessidades humanas, porém eficácia para a acumulação do capital.

Esta situação não se reverte espontaneamente. Cabe ao trabalhador promover sua “emancipação”, usando a sua força política na superação desse sistema, com a introdução de reformas voltadas para o pleno atendimento das necessidades em saúde de todos os segmentos sociais. Sua força, que é inclusive política, podendo a continuidade da luta ser mais um passo dado nesse caminho para a atenção ao atendimento das carências sociais.

Este pode ser uma estratégia, engajando todos os homens e mulheres dispostos a fazer o caminho na busca de uma sociedade igualitária, democrática e livre.

BIBLIOGRAFIA

AROUCA, A. S. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva**. Campinas, 1975. (Tese – Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 1975.

_____. **O Dilema Preventivista: contribuição a compreensão e critica da medicina preventiva**. São Paulo: Unesp, 2003.

AROUCA, P. T “Apresentação” em **O Dilema Preventivista: contribuição a compreensão e critica da medicina preventiva**. São Paulo: Ed. Unesp, 2003.

BERTOLLI FILHO, C. **História da Saúde Pública no Brasil**. São Paulo, Ed. Higitec, 2003.

BRASIL. Conselho Federal de Educação. **Currículo mínimo dos cursos de graduação em medicina: adendo do parecer 506/69**. s.n.t.

BRASIL. SUS - conquista social. **Painel de indicadores do SUS**, ano 1, nº 1. Ministério da Saúde. Secretaria da Gestão e Estratégica Participativa, 2006 a.

BRASIL Sistema Único de Saúde. **Painel Indicadores do SUS**, ano 1, nº1. 2006 b.

BRASIL- CONASEMS- Ministério da Saúde. Disponível em

http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/tópicos/tópico_det.php?co_topico=380&letra=f

BRASIL – Ministério da saúde. **Temático Promoção da Saúde IV** - Brasília : Org. Pan-americana de Saúde, 2009.

BRAVO, M. I. S. “Políticas de saúde no Brasil” in **Serviço social e Saúde**. (org.) Ana Elizabete Mota. São Paulo. Editora Cortez. 2008.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 4. ed. Tradução de Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1996.

CARVALHO, R. R.; MONTELEONE, P. P. R. **Para a medicina o “provão” não é a solução!** Jornal do CREMESP. São Paulo, fev. 1999, ano XVIII, n. 138. Educação. p. 5.

CHAUÍ, M. **O que é Ideologia**. Revisor José E Andrade, Publicação Original 1980.

CINAEM (Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico). **Jornal da CINAEM**, Brasília, abr. 2000, ano II, n. 3. Repercussão. p.5.

CORDEIRO, H. **A indústria da saúde no Brasil**, Rio de Janeiro. Edições Graal, 2ª edição; v.n.11. 1985.

CORDEIRO, H. **Empresas médicas: bases teóricas para o estudo das transformações capitalistas da prática médica**. Saúde em Debate, 14: 22-31, 1982.

CRUZ, K. T. **A Formação Médica no Discurso da CINAEM**. (Dissertação de mestrado) Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. 2004.

CZERESNIA, Dina **O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção**. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro. out/dez 1999 p 701 a 709.

DAHLBERG, I. Teoria do conceito. **Ciência da informação**. Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 101-107, jul./dez. 1978b.

DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA L. **Saúde e sociedade**. 2. ed. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

_____. **Medicina e Sociedade: o médico e seu mercado de trabalho**. São Paulo, Livraria pioneira Editora, 1975.

FALEIROS,V.P.; SILVA,J.F.S. ; VASCONCELLOS, L. C. F.; SILVEIRA, R. M. G. **A Construção do SUS- histórias da reforma sanitária e do processo participativo**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégia e Participativa- Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

FERNANDES, Florestan. “A consciência revolucionária da história” **in** K. Marx, F. Engels - **história**. São Paulo. Editora Ática, 2003.

FERRY, Luc. **Aprender a viver: Filosofia para os Novos Tempos**. Trad. Vera Lucia dos reis- Rio de Janeiro: Objetiva, 2007.

FLEURY TEIXEIRA, P. T. A Individualidade humana na obra marxiana de 1843 a 1848. In. **Ensaio Ad Hominem** - N.1. Tomo I - Marxismo. São Paulo: Estudos e Edições *Ad Hominem*, 1999.

FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica** 6ª edição. Trad. Roberto Machado editora Forense. Rio de Janeiro, 2008.

_____. **Microfísica do Poder**. Org e trad. Roberto Machado. Rio de Janeiro. Ed. Graal, 20ª edição, 2004.

_____. **Arqueologia do saber**. Tradução de Luiz Felipe Baeta Neves. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

_____. **Conferência**. Instituto de Medicina Social, Faculdade de Medicina da Universidade do Estado da Guanabara, outubro, 1974.

FREYRE, G. **Médicos, doentes e contextos sociais: uma abordagem sociológica**. Rio de Janeiro: Globo, 1983.

GARCIA, J. C. **La educación médica en la América Latina**. Washington: OPAS/OMS, 1972. Publicação científica, 255.

_____. **Medicina e sociedade: As correntes de pensamento no campo da saúde**. São Paulo, 1982.

GORENDER, J. **Marxismo sem utopia**. São Paulo. Editora Ática; 1999.

GUARDIOLA-RIVERA, O. What if Latin America ruled the world? How the south will take the north into the 22nd century. British Medical Journal. Bloomsbury Press, 2011.

GUAZZELLI, I. R. B. **Construindo novas Formas de Subjetividade e de Cidadania**. (Tese de Doutorado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. 1999

HARVEY, D. **O neoliberalismo: história e implicação**. Trad. Adail Sobar e Maria Stela Gonçalves. São Paulo, Ed. Loyola, 2008.

IANNE O. Karl Marx: Sociologia. Trad. Maria Elisa Mascarenhas, Ione de Andrade e Fausto N. Pelegrine - 3ª edição São Paulo; Editora Ática. 1982.

LACAZ, F. A. C. Reforma sanitária e saúde do trabalhador. **Revista Saúde e Sociedade**, vol 3 nº 1. São Paulo, 1994- disponível em [HTTP://scielo.br/scielo.php?pid=s0104-12901994000100005&script=sciarttext](http://scielo.br/scielo.php?pid=s0104-12901994000100005&script=sciarttext) acesso em 10/10/10.

LAURELL, A. C. **A Saúde–Doença Como Processo Social** “La Salud-enfermedad como processo social”. Revista Latinoamericana de La salud, México. 2, 1982, p.7 a 25. Trad. E. D. Nunes.

LEAVELL, H. R.; CLARK, E. G. **Medicina Preventiva**. Trad. Maria Cecília Donnangelo, Moises Goldbaum e Uraci Simões Ramos. São Paulo McGraw-Hill do Brasil; Rio de Janeiro, FENAME. 1976.

LOJKINE, J. **O Tabu da Gestão; a cultura sindical entre contestação e proposições**. Tradução: Maria Helena Rauta Ramos e Jean Robert Weisshaupt. Rio de Janeiro: DP&A, 1999.

MANDEL, E. **O Capitalismo Tardio**. Trad. Carlos Eduardo Silveira matos; Regis de castro Andrade; Dinah de Abreu Azevedo- 2ª edição. São Paulo. Nova cultural, 1985.

MARCUSE, H. **Razão e Revolução: Hegel e o advento da teoria social**; tradução de Marília Barroso. 2ª. Ed – Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.

MARX, K. *Contribuição para a crítica da economia política*, Lisboa, Estampa, 1973.

_____. **O Capital: critica da economia política**. Trad. Regis Barbosa e Flavio R. Kothe- 2ª edição, São Paulo; Nova Cultural, 1985.

_____. **Contribuição à Critica da economia política**. São Paulo, Martins Fontes, 2003.

_____. “Prefacio” in **Contribuição à Critica da Economia Política**. Trad. Florestan Fernandes. São Paulo, Ed. Flama, 1946.

_____. **sociologia** [org Octavio IANNi]. trad. Maria Elisa Mascarenhas; Ione de Andrade; Fausto N. Pelegrine - 3ª edição- São Paulo; Ática; 1982.

_____.; Engels, F. **História**. [org. Florestan Fernandes] trad. Florestan Fernandes; Victor Von Ehrenreich; Flavio René Kothe; Regis Barbosa e Mario Curvelo. 3ª edição, São Paulo, Ática, 2003.

MÉDICI, André Cezar. **SAÚDE E CRISE DA MODERNIDADE**. Revista Saúde e Sociedade. Vol 1 n°2. São Paulo 1992- Disponível em; [HTTP://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104.12901992000200004_&script=sci_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104.12901992000200004_&script=sci_arttext), acesso em 18/10/10.

MERHY, E. E. **O capitalismo e a Saúde Pública**. São Paulo, Papirus. 1985.

_____. **Crise no modo de se produzir saúde: uma discussão do modelo assistencial e o trabalho médico no Brasil**. Campinas, agosto de 1997.

_____. **Saúde: A cartografia do trabalho vivo em ato**. 3ª Ed. São Paulo: Hicitec, 2007.

_____.; BUENO, W. S. Organizações sociais: autonomia de quem e para que? (on line) In: **Conferência Nacional de Saúde On-Line**. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/Osreflex2.htm>>.

NASCIMENTO, V. B. **SUS: pacto federativo e gestão pública**. São Paulo. Editora Hucitec. 2007 .

NUNES. E. D. **Sobre a Sociologia da saúde**. 2ª edição. São Paulo. Editora Hucitec. 2007.

_____. **A medicina social no Brasil: um estudo de sua trajetória**. São Paulo: Hucitec, 1989. p. 113-134.

PAIM, J. S. Política de Saúde no Brasil **in Epistemologia e Saúde**. Rouquayrol,M.Z. e Almeida Filho. (org.) 5ª edição, Rio de Janeiro, MEDSI, 1999.

_____. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro; Fiocruz. 2008.

_____. (Org.). Juan César Garcia: pensamento social em saúde na América Latina. São Paulo: Cortez, 1989.

PARSONS, T. *The social system*, Glencoe,III. The free Press, 1951. in NUNES, Everardo Duarte. **Sobre a Sociologia da saúde**. 2ª ed. São paulo editora Hucitec. 2007.

_____. *The social system*, Glencoe,III. The free Press, 1951. In GARCIA, J. C. “Medicina e sociedade: as correntes de pensamento no campo da saúde in **Medicina social: aspectos históricos e teóricos**.(org.) Everton Duarte Nunes. tradução Maria Cecília Donnangelo - São Paulo, Global Ed. 1983.

POULANTZAS, N. **Clases Sociales y Poder Político em el Estado Capitalista**, Siglp XXI, México,1969,p 197/202.

RAUTA RAMOS, M. H. Desenvolvimento Sustentável numa Perspectiva Crítica. In: Rauta Ramos, M. H.; Silva, A. I.; Ataíde, S. G. (org.) **Desenvolvimento Local, Saúde e Meio Ambiente**.1ª. Ed. Vitória: EMESCAM, 2009.

SCHRAIBER, L. B. **O Médico e suas Interações: a crise dos vínculos de confiança**. São Paulo: Editora Hucitec, 2008.

SIGERIST, H. ***Historia y Sociologia de la Medicina***, editada por Gustavo Molina, Bogotá, 1974.

SINGER, P. “Apresentação” in ***O Capitalismo Tardio***. MANDEL, E. Trad. Carlos Eduardo Silveira Matos, Regis de Castro Andrade e Dinah de Abreu Azevedo - 2ª Ed. São Paulo: Nova Cultural, 1985.

_____. A economia solidária e a dimensão social da saúde in ***Invenções democráticas- a dimensão da saúde***. volume II - org. Marcelo Gomes Justo, Belo Horizonte: Autêntica Editora. 2010.

VASCOCELOS, A. M. “Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde” in ***Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional***. 3ª edição. Ana Elizabete Mota (et al) São Paulo; Editora Cortez; Brasília, DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008.

VASCONCELOS e PASCHE. O Sistema Único de Saúde in ***Tratado de Saúde Coletiva***. Gastão de Sousa Campos [et al] (org.) São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro; FIOCRUZ, 2007.

VOLPATO, G. L. ***Ciência: da filosofia à publicação***. São Paulo: Cultura Acadêmica. Vinhedo: Scripta, 2007.