

Bases Conceituais da Reforma Sanitária Brasileira

INTRODUÇÃO

O movimento pela democratização da saúde que tomou corpo no Brasil durante a segunda metade da década de setenta possibilitou a formulação do projeto da Reforma Sanitária Brasileira, sustentado por uma base conceitual e por uma produção teórico-crítica. Diversos estudos e artigos publicados nos últimos vinte anos, especialmente através do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), atestam a vitalidade desse movimento e, contemplam, com distintas ênfases, os aspectos político-ideológicos, organizativos e técnico-operacionais da Reforma Sanitária. Mesmo que o debate desenvolvido não chegue a configurar um novo paradigma (Fleury, 1992), teve a importância de questionar a concepção de saúde restrita à dimensão biológica e individual, além de apontar diversas relações entre as organizações dos serviços de saúde e a estrutura social.

No presente texto, procurar-se-á discutir certos elementos da base conceitual desse projeto que permitiram o questionamento do paradigma biomédico dominante nas políticas públicas e nas instituições sanitárias bem como a busca de paradigmas alternativos.

O termo paradigma é originado do grego com o sentido de mostrar, manifestar (Garcia, 1971). Utilizado na análise do desenvolvimento científico (KUHN, 1975), trazia a idéia de um conjunto de pressupostos, conceitos e valores aceitos e compartilhados por uma comunidade científica em uma determinada disciplina. Nas palavras do referido autor paradigmas seriam *“as realizações científicas universalmente reconhecidas que, durante algum tempo, fornecem problemas e soluções modelares para uma comunidade de praticantes de uma ciência”* (Kuhn, 1975:13). Em determinados momentos de crise, entretanto, ocorreria uma ruptura em relação ao conjunto vigente com a emergência de teorias científicas estabelecendo-se novos enfoques para uma disciplina em questão. É nessa acepção mais precisa que a noção de paradigma tem sido empregada em epistemologia. Contudo, não será a privilegiada neste texto.

Outra conotação do termo paradigma aproxima-o à idéia de modelo. Representaria uma forma simplificada e esquemática de expressar a realidade, isto é, a apresentação de um fenômeno atendendo somente às suas características mais significativas (Garcia, 1971). Trata-se, portanto, de um objeto artificial ou abstrato-formal concebido para reproduzir nas suas leis e seus efeitos os fenômenos relacionados com os objetos reais ou empíricos (Almeida Filho & Paim, 1982). No caso da saúde, a clássica tríade do agente-hospedeiro-ambiente empregada para ilustrar a multicausalidade seria um exemplo. Do mesmo modo, o modelo da história natural da doença (Arouca, 1976) ao

indicar os diferentes estágios do processo saúde/doença, incluindo os períodos pré-patogênico e patogênico, seria um outro exemplo. No que diz respeito à organização de serviços de assistência à saúde, o enfoque sistêmico representou um paradigma predominante nos estudos e propostas referentes ao setor saúde, especialmente nas décadas de setenta e oitenta.

Há ainda um uso frequente da expressão paradigma que corresponde a um conjunto de noções, representações e crenças, relativamente compartilhadas por um determinado segmento de sujeitos sociais tornando-se um referencial para a ação. Essa idéia de paradigma, ainda que se aproxime a do senso comum, tem sido utilizada frequentemente em diversos campos e, em particular, no âmbito da saúde.

Como a concepção que orientou a elaboração deste livro teve como perspectivas o resgate e a crítica da ideologia do movimento sanitário, além do balanço das suas práticas e bases conceituais, tomaremos emprestada a noção de “paradigma sanitário”, associada às duas últimas acepções em vez daquela mais rigorosa concernente a abordagem kuhniana.

AS CONCEPÇÕES DE SAÚDE DO MOVIMENTO SANITÁRIO

Para apreender as concepções de saúde que constituíram o “paradigma sanitário” faz-se necessário examinar, preliminarmente, o movimento reformista através do seu braço acadêmico: os departamentos de medicina preventiva e social e as escolas de saúde pública ou seus equivalentes. Nesse particular, caberia recuperar parte do marco conceitual do movimento preventivista, especialmente no que se refere à proposta da Medicina Integral (*Comprehensive Medicine*) como disciplina do currículo médico (Silva, 1973) e a sua estratégia de operacionalização nos serviços de saúde, ou seja, a Medicina Comunitária (Paim, 1976; Donnângelo, 1976).

No caso da Medicina Integral, o modelo da história natural das doenças (HND) assumia na fase pré-patogênica a concepção ecológica do processo saúde/doença, representada por uma balança em que um dos pratos era constituído pelo agente e o outro pelo hospedeiro (o indivíduo) e o ponto de apoio ou fulcro era representado pelo ambiente (físico, biológico e sócio-cultural). Na etapa patogênica, o modelo recorria à fisiopatologia para indicar a evolução das lesões ou alterações físico-químicas no corpo anátomo-fisiológico. Para cada um desses estágios era possível acoplar ao modelo os distintos níveis de prevenção - promoção, proteção, diagnóstico precoce, limitação do dano (recuperação) e reabilitação. Assim, as medidas de promoção e proteção à saúde aplicadas aos indivíduos na fase pré-patogênica corresponderiam a chamada “prevenção da ocorrência”. Já as ações realizadas no período patogênico visando o diagnóstico precoce, a recuperação e a reabilitação da saúde corresponderiam à “prevenção da evolução”. Conseqüentemente, no marco conceitual erigido pelo movimento preventivista encontravam-se o modelo HND e as noções de multicausalidade, normal, patológico e processo saúde/doença. Incorporava-se, portanto, uma visão ontológica e uma visão dinâmica acerca do desenvolvimento da doença, sugerindo um modo duplamente otimista de enfrentar os agravos à saúde, seja eliminando o agente, seja restaurando o equilíbrio (Arouca, 1976).

No que se refere à Medicina Comunitária, constata-se uma busca de racionalidade para os serviços de saúde enfatizando-se noções outras como regionalização e hierarquização de serviços, participação comunitária, multiprofissionalidade, etc (Cordoni, s/d). Através de projetos de demonstração (momento focal) e de programas de extensão de cobertura (momento ampliado) novos aportes conceituais, metodológicos e operativos surgiram a partir das disciplinas de planejamento e administração tais como análises de custo-benefício e custo-efetividade, programação, planejamento participativo, sistema de informação, etc (Paim, 1986).

Na medida em que a compreensão e crítica das propostas de Medicina Preventiva e de Medicina Comunitária eram desenvolvidas no Brasil e em alguns países latino-americanos, com estímulo de certos setores da Organização Panamericana de Saúde (OPS), verificou-se um renascimento da Medicina Social inspirada nos princípios que fundamentaram a sua emergência na Europa em meados do século XIX. Nessas tentativas de delimitação do campo disciplinar eram explicitados os conteúdos do novo paradigma:

“Considera-se saúde e doença como um único processo que resulta da interação do homem consigo mesmo, com outros homens na sociedade e com elementos bióticos e abióticos do meio. Esta interação se desenvolve nos espaços sociais, psicológico e ecológico, e como processo tem dimensão histórica (...). A saúde é entendida como o estado dinâmico de adaptação a mais perfeita possível às condições de vida em dada comunidade humana, num certo momento da escala histórica (...). A doença é considerada, então, como manifestação de distúrbios de função e estrutura decorrentes da falência dos mecanismos de adaptação, que se traduz em respostas inadequadas aos estímulos e pressões aos quais os indivíduos e grupos humanos estão continuamente submetidos nos espaços social, psicológico e ecológico” (Silva, 1973:31-32).

Nesse sentido, a produção teórica desenvolvida nas décadas de setenta e de oitenta permitia apontar a emergência de um paradigma alternativo em Saúde Coletiva centrado em dois conceitos fundamentais: *determinação social das doenças* e *processo de trabalho em saúde*. O entendimento de que a saúde e a doença na coletividade não podem ser explicadas exclusivamente nas suas dimensões biológica e ecológica, porquanto tais fenômenos são determinados social e historicamente, enquanto componentes dos processos de reprodução social, permitia alargar os horizontes de análise e de intervenção sobre a realidade. Não cabe no momento revisar a significativa produção científica dessa corrente teórica mas assinalar que este paradigma orientava muitas das proposições do movimento de democratização da saúde, não apenas no que se referia à saúde do trabalhador e às políticas de saúde, mas naquilo que dizia respeito a uma totalidade de mudanças que passava pelo setor saúde e implicava alterações mais profundas em outros setores, no Estado, na sociedade e nas instituições (Paim, 1992).

Entendendo o movimento sanitário como *“um conjunto organizado de pessoas e grupos partidários ou não, articulados ao redor de um projeto”* (Escorel, 1988:5), três tipos de práticas foram identificadas pela autora para a sua caracterização: a prática teórica (a construção do saber), a prática ideológica (a transformação da consciência) e a prática política (a transformação das relações sociais). Ainda que o estudo dessas diferentes práticas seja fundamental para a compreensão do movimento, parece insuficiente para responder certas questões presentemente postas no processo da Reforma, particularmente no que se refere ao momento tático-operacional.

Essas práticas identificadas no âmbito do movimento representam distintas dimensões da prática social mas não a esgotam. Entendendo prática social como *“conjunto das práticas que se inter-determinam dentro de um todo social dado”* (Herbert, 1976:200),

caberia destacar a questão das *práticas de saúde* que integram esse conjunto complexo de práticas presentes em um processo social. As práticas de saúde constituem, também, uma prática social mas retêm suas especificidades. Tais práticas se articulam e dispõem, concomitantemente, de elementos técnicos e sociais (econômicos, políticos e ideológicos). São, enfim, práticas estruturadas de classe (Donnangelo, 1976; Mendes-Gonçalves, 1979).

Procedendo uma analogia com o movimento preventivista - *“um dos principais fundamentos teóricos do movimento sanitário que deu origem ao processo hoje denominado Reforma Sanitária”* (Fleury, 1988:195), esta autora sugeria um novo paradigma para tal projeto:

“Partindo da análise dos processos de trabalho e do conceito-chave de organização social da prática médica, tal movimento opera uma leitura socializante da problemática evidenciada pela crise da medicina mercantilizada bem como de sua ineficiência, enquanto possibilidade de organização de um sistema de saúde capaz de responder as demandas prevalentes, organizado de forma democrática em sua gestão e administrado com base na racionalidade do planejamento” (Fleury, 1988:196).

Nessa perspectiva, o conceito ampliado de saúde e dos seus determinantes assumido pela 8ª Conferência Nacional de Saúde e posteriormente incorporado pela Constituição da República e pela legislação infra-constitucional fundamenta-se em parte da produção teórico-crítica da Saúde Coletiva no Brasil. Do mesmo modo, os princípios e diretrizes relativos ao direito à saúde, à cidadania, à universalização, à equidade, a democracia e a descentralização conferem uma atualidade dessa produção, sobretudo pela contribuição das ciências sociais ao campo da Saúde Coletiva. Já as propostas de sistema único de saúde, de rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, de atendimento integral, de participação da comunidade, e de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, presentes naquele arcabouço jurídico, tiveram como matriz conceitual o paradigma originário do movimento preventivista e da saúde comunitária.

OS OBSTÁCULOS DA PRÁTICA DA REFORMA SANITÁRIA

Os impasses relativos à realização dos princípios e diretrizes da Reforma Sanitária nas relações entre os serviços de saúde, trabalhadores do setor e os usuários/cidadãos não podem ser explicados, obviamente, pelos limites dos seus paradigmas. Existem situações muito concretas e objetivas que têm sido apontadas como responsáveis pelas distorções verificadas nas tentativas de implantação do projeto da Reforma Sanitária (Paim, 1989), ao se distanciar do que fora concebido originalmente, tal como se pode verificar no trecho:

“A análise da conjuntura não indica, portanto, um tempo próximo favorável à concretização de todas as proposições formuladas na VIII CNS. Evidentemente que certos avanços poderão ocorrer a partir dos resultados da implantação do SUDS, nos textos das constituintes estaduais e das leis orgânicas dos municípios e da saúde, entre outros. Mas a crise fiscal do Estado não parece ter solução próxima. A dívida externa constrange a economia e o financiamento dos serviços públicos fica comprometido. Se o SUDS era uma possibilidade da passagem de políticas racionalizadoras para políticas democratizantes do setor saúde, a Reforma Sanitária, enquanto expressão dessas últimas, é impensável sem os investimentos necessários à ampliação da rede pública de serviços” (Paim, 1991:114).

Desse modo, distintas perspectivas de análise e de posições político-ideológicas apontaram para muitas das ambiguidades do projeto reformista (Gallo, 1995). O debate verificado ao final dos oitenta sobre a natureza e o estágio da Reforma Sanitária Brasileira ilustra parcialmente seus impasses. Muitos questionamentos foram feitos por companheiros que defendiam a Reforma Sanitária movidos, certamente, pelo intuito de fazê-la avançar o mais rapidamente possível, sem comprometer os seus traços fundamentais. É compreensível que muitos centrassem a sua atenção não apenas naquilo que consideravam mais importante para o avanço mas, também, em função de posições político-ideológicas e de inserções político-institucionais diversas. O trecho a seguir ilustra parte daquelas ambiguidades:

“As Ações Integradas de Saúde (AIS) eram consideradas como estratégicas para a implantação da Reforma Sanitária mas a sua defesa não deveria representar nenhum empecilho para seu início (da Reforma). Os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) são considerados como um passo fundamental para a Reforma, assim como a criação de um Sistema Único de Saúde. Ambos, porém, não devem ser confundidos com a própria Reforma” (Arouca, 1988:2).

Se a Reforma Sanitária não eram as AIS, não eram os SUDS nem o SUS, o que seria, afinal, a Reforma Sanitária? Talvez essa fosse uma das perguntas que mais atormentava as cabeças dos seus militantes. Tratar-se-ia de um ideal a ser perseguido que, apesar dos passos dados, jamais seria alcançado? Ou seriam apenas manifestações parciais de uma totalidade na dependência do ângulo pelo qual se dirigisse o olhar?

Ainda que não se questionasse o projeto da Reforma Sanitária nem a busca de uma teoria para o mesmo, foi criticada a “via prussiana” de operar modificações reformistas no modelo assistencial e aqueles que estavam adotando uma concepção restrita da Reforma Sanitária “*escudados em um pensamento de fundo conservador, o da dialética do possível*” (Campos, 1988:189).

Se a Reforma Sanitária é um processo que passou pelas AIS e SUDS, ainda que não se confundisse com os mesmos, sofreu a implantação distorcida do SUS (conduzida por muitos dos seus oponentes), e não se restringe a uma reforma administrativa, caberia resgatar nesse tortuoso percurso, até mesmo para reforçar o moral dos militantes e combatentes, as vitórias conquistadas e os elementos eventualmente concretizados. Os esforços para a unificação e descentralização (Cordeiro, 1991; Brasil, 1993), bem como as tentativas, de mudança do modelo assistencial hegemônico (Teixeira & Paim, 1990; Merhy et alii, 1991; Campos, 1992; Mendes, 1993; Cecílio, 1994; Ayres, 1994; Teixeira & Melo, 1995; Schraiber et alii, 1996) nos últimos anos, inscrevem-se nesse resgate.

Contudo, compõe a radicalidade do projeto a consciência de que o mesmo integra uma totalidade de mudanças, inclusive de ordem ética e cultural. Nesse sentido deve fazer parte dessa radicalidade uma certa distância entre realidade e projeto na medida em que novos propósitos sejam historicamente estabelecidos. Não fora assim o risco seria o conformismo e o conservadorismo. Mas a referência a uma Reforma que nunca se reconhece na realidade, enquanto *processo*, e uma reiteração obsessiva *do que não é* Reforma Sanitária tem também o risco do fatalismo e do imobilismo.

Se a leitura da crise do setor saúde efetuada pelo projeto da Reforma implicava a reorganização dos sistema de saúde, a gestão democrática e o planejamento participativo, como não considerar, seriamente, os resultados alcançados nesses componentes técnico-institucionais? Se a unidade dialética entre a construção de um saber, a ideologia e as

práticas tem uma história que precisa ser contada e ensinada, a unidade dialética da teoria da Reforma Sanitária com a práxis no sistema de serviços de saúde tem que ser, progressivamente, posta em prova gerando acumulações de fatos político-sociais.

Não parece convincente, portanto, aguardar o “Grande Dia” em que seria declarada, finalmente, a implantação da Reforma Sanitária. Muito menos esperar que todos os objetivos perseguidos resultem ações concretas a partir das práticas teórica, política e ideológica do movimento sanitário. Se o triângulo da Saúde Coletiva é o conhecimento, a consciência sanitária e a organização do movimento e as três faces da luta contra-hegemônica são o saber, a ideologia e a prática política (Fleury, 1988), cabe discutir, concretamente, onde realizá-los. Tratar-se-iam de elementos exclusivos dos movimentos sociais que operam na sociedade civil e têm horror do Estado e dos seus aparelhos ou, enquanto componentes da contra-hegemonia deveriam ser acionados na arena de luta que a realidade apresentasse, seja no Estado ampliado, seja nas instituições, seja na sociedade civil no sentido estrito.

Mesmo no início do processo da Reforma Sanitária esta era vista como um projeto social que enfrenta impasses na construção e na condução - aspectos do denominado “dilema reformista” (Fleury, 1988) e já se questionava se o paradigma adotado seria capaz de dar conta da complexidade e da abrangência do projeto. Reconhecia-se, ainda, “*que a atuação governamental tende a tornar absolutos os aspectos racionalizantes da Reforma Sanitária, minando, dessa forma, sua base política, imprescindível para que esse processo transcenda os limites administrativos*” (Fleury, 1988:204). Isto faz supor que a insistência de distinguir a Reforma Sanitária enquanto *projeto* relativamente “puro” do seu *processo* em que apareceriam seus elementos contraditórios de concretização, sejam racionalizadores, sejam democratizantes, corresponderia a cautela de não reforçar seus componentes técnico-administrativos e técnico-operacionais às custas do sacrifício “*de uma base social, uma coalizão de forças, cuja unidade é construída em torno do desejo, da utopia*” (Fleury, 1988:205).

Para além da polêmica entre a “dialética do possível” e a “dialética do desejo” havia uma ameaça mais grave pairando sobre todos:

“Este quadro fortalece a tese de que a Reforma Sanitária não tem saída se confinada aos limites de uma reforma administrativa setorial na qual a lei, simplesmente, estabeleça a organização do Sistema Único de Saúde. Permanecendo estreitas as suas bases financeira e política corre o risco de se desmoralizar perante a população. Contra esses riscos novos esforços devem ser enviados nos campos cultural e político. A reconceitualização das necessidades de saúde e a crítica das práticas sanitárias apresentam-se como pertinentes deslocando-se a ênfase da questão dos serviços para as condições de saúde e seus determinantes. Tais alternativas precisam ser exploradas para facilitar a repolitização da saúde numa conjuntura que tende a banalizar o projeto da Reforma Sanitária” (Paim, 1991:115).

DESAFIOS TEÓRICOS E PRÁTICOS PARA A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

Não obstante certas perplexidades que acompanharam o processo reformista, ao lado da crise de financiamento e dos retrocessos político-institucionais, significativos esforços teórico-conceituais e técnico-operativos foram realizados na primeira metade da década de noventa buscando superar as lacunas teóricas e as ausências de práticas solidárias ao processo da Reforma Sanitária.

No que diz respeito à *reconceitualização das necessidades de saúde*, procura-se recuperar os aspectos culturais envolvidos na sua definição e, especialmente, seus componentes psicológicos e subjetivos:

“Saúde e doença, bem-estar e mal-estar são fenômenos não apenas físicos que se manifestam pelo bom ou mal funcionamento de um órgão, mas ao mesmo tempo possuem uma dimensão psicológica que passa pelo vivenciar e pela emoção de cada indivíduo. São fenômenos que possuem uma dimensão sócio-cultural, coletiva, e outra psicobiológica, individual, que não deveriam ser dicotomizadas. Devem então ser compreendidos enquanto parte do modo de organização da vida cotidiana e da história pessoal de cada um” (Vaitsman, 1992:157-158).

Ao questionar a noção economicista das necessidades humanas, a autora critica o chamado “conceito ampliado de saúde” por restringir-se à concepção de saúde como resultado das formas de organização da produção. Mesmo admitindo que as relações de classe geradas no processo social da produção determinem desigualdades nas condições de vida e de saúde, ressalta que existem outros fatores também relevantes como gênero, cor, idade, entre outros, que contribuem para acentuar tais desigualdades. Lembrando a existência de um conjunto mais amplo de necessidades humanas - subsistência, proteção, afeto, compreensão, participação, lazer, criação, identidade e liberdade - a autora apresenta a seguinte reconceitualização de saúde:

“A existência de saúde, que é física e mental - está ligada a uma série de condições irreduzíveis umas às outras (...) É produzida dentro de sociedades que, além da produção, possuem formas de organização da vida cotidiana, da sociabilidade, da afetividade, da sensualidade, da subjetividade, da cultura e do lazer, das relações com o meio ambiente. É antes resultante do conjunto da experiência social, individualizada em cada sentir e vivenciada num corpo que é também, não esqueçamos, biológico. Uma concepção de saúde não-reducionista deveria recuperar o significado do indivíduo em sua singularidade e subjetividade na relação com os outros e com o mundo. Pensar a saúde hoje passa então por pensar o indivíduo em sua organização da vida cotidiana, tal como esta se expressa não só através do trabalho mas também do lazer - ou da sua ausência, por exemplo - do afeto, da sexualidade, das relações com o meio ambiente. Uma concepção ampliada da saúde passaria então por pensar a recriação da vida sobre novas bases (...)” (Vaitsman, 1992:171).

No que se refere à *crítica às práticas sanitárias*, poderia também ser entendida como contribuição à luta contra o risco da banalização da Reforma Sanitária a reflexão teórica sobre práticas de saúde e tecnologias (materiais e não materiais), particularmente a elaboração do conceito de *modelo de organização tecnológica do trabalho* (Mendes-Gonçalves, 1991). O privilegiamento do conceito de *práticas de saúde* poderia até não ser considerado na análise política do movimento sanitário ou no estudo da formulação de macropolíticas governamentais, mas seria imprescindível para balizar a implementação de um projeto com a amplitude e a ousadia que marcaram a Reforma Sanitária. Tratar teoricamente a especificidade dessas práticas e induzir experiências críticas e inovadoras fazia-se necessário não apenas para reformar o “final da linha” ou o “colóquio singular” (Fleury, 1988) mas também para superar certos equívocos presentes na trincheira técnico-institucional da luta pela construção da Reforma Sanitária Brasileira.

Assim, as práticas de saúde constituem uma prática social e apresentam, simultaneamente, uma dimensão técnica e uma dimensão social (econômica, política e ideológica). A tecnologia presente nas práticas de saúde, por conseguinte, não é uma questão externa da prática social devendo ser considerada nuclear para a sua redefinição. Aceitando-se a tese de que a Reforma Sanitária é construída por um movimento que

articula as práticas teórica, política e ideológica numa luta contra-hegemônica, deve-se considerar, também, a hipótese de que parte significativa da Reforma Sanitária *se realiza* no plano técnico-institucional no encontro de indivíduos ou cidadãos com a burocracia e com os agentes das práticas de saúde. Comporia a “vida concreta dos homens” ou a “prática empírica”, isto é, a “*relação concreta entre a a prática técnica e a prática política em uma sociedade dada*” (Herbert, 1976:200-201). Faz sentido, no entanto, a advertência embutida na reflexão exposta a seguir:

“Como a reprodução social não se orienta, entretanto, basicamente, nem pela falta de lógica das ideologias, nem pela consistência teórica de suas críticas (...), impõe-se aproveitar essa experiência histórica (a Saúde Pública em São Paulo nos anos 70 e a Reforma Sanitária no Brasil dos anos 80) como lição para as ações futuras que pretendam transformar as práticas de saúde (...). Nenhuma perspectiva tecnocrática terá doravante como justificar-se diante de seus fracassos, quaisquer que sejam seus méritos lógicos ou científicos, o que quer dizer que haverá sempre que buscar sólidas e profundas bases de apoio à ação transformadora no tecido social, para que ela possa viabilizar-se, e mesmo que deva então seguir o ritmo lento dos atalhos transversais e das retiradas” (Mendes-Gonçalves, 1991:101-102).

A BUSCA DE OUTROS PARADIGMAS

Ainda como parte dos esforços acima mencionados, cabe registrar o desenvolvimento de uma linha de pesquisa sobre práticas de saúde em distintos centros acadêmicos e a experimentação de modelos assistenciais, de planejamento e de gestão. A valorização da dimensão subjetiva dessas práticas, das vivências dos usuários e dos trabalhadores do setor, além de uma preocupação com a constituição dos sujeitos sociais, tem proporcionado espaços de comunicação e diálogo com outros saberes e práticas abrindo outras perspectivas de reflexão e de ação. Do mesmo modo, a revisão crítica mais recente de alguns paradigmas, elaborados em outros contextos e reatualizados no Brasil, tais como o “campo de saúde” (Lalonde, 1974), a promoção da saúde (Ottawa), a vigilância à saúde (Mendes, 1993), confere novos sentidos para as perguntas formuladas pelo movimento sanitário na década de oitenta.

Assim, entre os paradigmas que contemplam o processo saúde/doença destaca-se o chamado “campo da saúde” (Lalonde, 1974), composto por quatro polos:

- biologia humana: maturidade e envelhecimento, sistemas internos complexos e herança genética;
- sistema de organização dos serviços: recuperação, curativo e preventivo;
- ambiente: social, psicológico e físico;
- estilo de vida: participação no emprego e riscos ocupacionais, padrões de consumo e riscos da atividade de lazer.

Apesar do simplismo que lhe caracteriza, esse modelo teria influenciado, a reforma do sistema de saúde canadense (Terris, 1984). Tendo conseguido maior difusão na última década, representa uma versão ampliada do preventivismo ao propiciar as noções de prevenção primordial, intervenção individual e intervenção populacional. Noutra perspectiva, a revalorização contemporânea da promoção da saúde (OPS,1989; OPS, 1990) e a revisão crítica da “Teoria e Prática da Saúde Pública” (PAHO, 1993) e a renovação da proposta “Saúde para Todos”, baseada nas noções de equidade,

solidariedade, sustentabilidade e integralidade (WHO, 1995; WHO, 1996), poderão, também, influenciar a formulação de políticas de saúde.

No que se refere ao paradigma assistencial da “Promoção da Saúde”, ressalta-se na Carta de Otawa, durante a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1986, que “a paz, a educação, a habitação, a alimentação, a renda, um ecossistema estável, a conservação dos recursos, a justiça social e a equidade são requisitos fundamentais para a saúde” (Mendes, 1993:11). Esta concepção encontra-se presente entre os secretários municipais de saúde que subscreveram a Carta de Fortaleza e tende a ser difundida pela ação do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Carta, 1995).

O fenômeno saúde tem sido também pensado na América Latina como expressão das condições ou do modo de vida, especialmente nas suas articulações com quatro dimensões da reprodução social: a reprodução biológica onde se manifesta a capacidade imunológica e a herança genética; a reprodução das relações ecológicas, que envolve a interação dos indivíduos e grupos com o ambiente residencial e do trabalho; a reprodução das formas de consciência e comportamento, que expressam a cultura; e a reprodução das relações econômicas, onde se realizam a produção, distribuição e o consumo (Castellanos, 1987a). A partir desse modelo, são identificados diferentes espaços e estratégias de intervenção sanitária. Assim, para o *espaço singular* (indivíduo) teríamos as *estratégias de alto risco*. Para o *espaço particular* (grupos sociais) haveria as *estratégias populacionais* (Finalmente, para o *espaço geral* (modelos econômicos) dispriamos das *políticas de saúde* (Castellanos, 1987b).

No que diz respeito às respostas sociais ao fenômeno saúde/doença, o modelo de “vigilância à saúde” constitui-se numa “prática sanitária que organiza os processos de trabalho em saúde, sob a forma de operações, para confrontar problemas de enfrentamento contínuo, num território determinado” (Mendes, 1993), especialmente através de intervenções setoriais organizadas. Ao utilizar o modelo de vigilância em saúde que considera esquematicamente o processo saúde/doença na coletividade e as intervenções centradas sobre danos, riscos e determinantes sócio-ambientais (PAIM, 1993) esse paradigma estimula uma reatualização da reflexão sobre as noções de promoção da saúde e qualidade de vida (Souza & Kalichman, 1993; Schraiber & Mendes-Gonçalves, 1996).

Algumas possibilidades de adoção desses paradigmas e modelos assistenciais alternativos têm sido criadas pela municipalização, pela distritalização e por certas iniciativas de articulação entre a universidade, os serviços e a comunidade. Nesse particular, modelos tecno-assistenciais de base epidemiológica, tais como oferta organizada, as ações programáticas em saúde, a vigilância em saúde, políticas públicas saudáveis, etc, já resultam da reatualização e crítica dos paradigmas sanitários. Certas experiências desenvolvidas no Brasil em municípios como Santos, Campinas, São Paulo (área do Butantã) e Curitiba permitem considerar a pertinência desses esforços, além de por em discussão propostas como as políticas públicas saudáveis (PAHO, 1993) ou as cidades saudáveis (Carta, 1995).

Considerando a reflexão em curso sobre modelos de atenção em saúde e as iniciativas inovadoras de alguns municípios e distritos sanitários no Brasil pode-se afirmar que a Reforma Sanitária, enquanto *processo*, mantém-se viva apesar dos obstáculos econômicos, políticos e ideológicos que historicamente enfrenta. A intensa participação social verificada nas etapas municipal, estadual e nacional das conferências de saúde no Brasil (CEBES & ABRASCO, 1992) reitera a vitalidade do *projeto*. A própria

temática da X Conferência Nacional de Saúde e os debates nela realizados estimulam a ousadia de construir um modelo de atenção voltado para a qualidade de vida.

Portanto, a discussão entre as finalidades das práticas de saúde e o seu objeto, meios de trabalho e atividades bem como a análise das relações técnicas e sociais do trabalho em saúde como via de aproximação entre os modelos assistenciais e de gestão, constituem desafios teóricos e práticos para a Reforma Sanitária Brasileira nos anos que hão de vir. Do mesmo modo, as interações entre propósitos, métodos e organização tal como concebido pelo postulado de coerência, ao estabelecer as vinculações com o papel do Estado, com a Teoria e com a História (Testa, 1995), poderão representar alguns caminhos investigativos que respaldem novos passos para a Reforma Sanitária no Brasil.

COMENTÁRIOS FINAIS

Nos tópicos anteriores constata-se que a Reforma Sanitária tem sido tratada como movimento, proposta, projeto e processo. Seriam conceitos distintos em estado prático?

Houve textos consultados em que todos esses termos foram empregados. Ao mesmo tempo afirmava-se que “*a reforma sanitária é simultaneamente bandeira específica e parte de uma totalidade de mudanças*” (Arouca, 1988:3). Assim, poder-se-ia concluir que a Reforma Sanitária é uma *proposta* que encerra um conjunto de princípios e proposições tal como disposto no Relatório Final da 8a. CNS. É também um *projeto* pois consubstancia um conjunto de políticas articuladas que requerem uma dada consciência sanitária, uma participação da cidadania e uma vinculação com as lutas políticas e sociais mais amplas. É ainda um *processo* porquanto a proposta formulada não se conteve nos arquivos nem nas bibliotecas mas transformou-se em bandeira de luta, articulou um conjunto de práticas, e teceu um projeto político-cultural consistente enquanto prática social, tornando-se História. Trata-se, conseqüentemente, de um conjunto complexo de práticas (inclusive práticas de saúde) que integram a prática social.

Enquanto totalidade de mudanças a contemplar questões como estrutura do SUS, ciência e tecnologia, produção, modernidade, e controle social (Arouca, 1988), a Reforma Sanitária demanda por paradigmas que não se esgotem nas práticas teórica, política e ideológica. O conceito de totalidade empregado para se referir à situação de saúde reabre o espaço para a discussão da prática social que dá conta dessa realidade. As práticas de saúde, têm, como já foi assinalado, uma natureza técnica porém são, ao mesmo tempo, práticas sociais com dimensões econômicas, ideológicas e políticas.

Questões referentes à ciência e tecnologia ou a certos aspectos da modernidade não são externas à situação de saúde mas uma das suas dimensões. A tecnologia, enquanto meio de trabalho acionado nas práticas de saúde, faz parte da situação sanitária a ser modificada pela Reforma. Assim, tanto as tecnologias materiais quanto as não materiais precisam ser recriadas tendo em conta as reconceitualizações acerca do objeto das práticas de saúde e da instauração de novas relações sociais nas diferentes modalidades de prestação de serviços de saúde (Paim, 1993a). Nesse particular, cabe ressaltar não só as tecnologias utilizadas no cuidado a saúde de caráter individual e coletivo mas também o conjunto de técnicas referentes ao planejamento, gestão, informação, comunicação, etc.

A abertura para a filosofia e para a arte, representa outra via progressivamente explorada pelas reflexões e propostas atuais no campo da Saúde Coletiva:

“Além das condições específicas do trabalho em saúde, entre outros, para propiciar avanços no sentido da constituição objetiva dos espaços da ação comunicativa, nos sentidos já apontados, há um outro, ainda relativamente mais inexplorado, mas cujas promessas teóricas são mais decisivas: trata-se evidentemente da presença essencial dos consumidores de serviços de saúde, dos educandos, dos receptores de mensagens, dos fruidores das objetivações estéticas, dos necessitados de filosofias” (Mendes-Gonçalves, 1995;23).

Assim, a discussão de valores que informam as práticas e, especialmente, os que orientam as escolhas, seja nas consultas individuais, seja nas intervenções de caráter coletivo, está possibilitando, presentemente, repensar a autonomia dos agentes, ao lado das questões mais estruturais remetidas à análise do processo de trabalho em saúde (Schraiber, 1995). Do mesmo modo, o diálogo iniciado com diferentes manifestações artísticas, recusando o dirigismo (Capinan, 1995) mas convidando para outras leituras da realidade, especialmente no que se refere ao “mundo subjetivo”, permite cogitar modelos de atenção para a qualidade de vida fundamentados num “agir comunicativo” que leve em conta as dimensões psicológicas e culturais dos problemas de saúde (Paim, 1995a), particularmente os vinculados ao modo de vida (doenças cardio-vasculares, AIDS, violência, transtornos mentais, etc). Se a arte é amiga da vida pode ser da saúde, também (Paim, 1995b).

Apesar de todas essas iniciativas, não é ocioso lembrar que o chamado paradigma flexneriano continua orientando a organização dos serviços de saúde no sentido de reforçar o modelo médico hegemônico (Paim, 1994). Dirigentes, empresários, trabalhadores de saúde, população e mídia continuam reproduzindo tal paradigma ao reduzir o sistema de saúde a um conjunto de estabelecimentos de assistência médico-hospitalar, centrados no diagnóstico e na terapêutica alopática.

Evidentemente que o modo de vida prevelescente na sociedade brasileira, prenhe de desigualdades e gerador de doenças e agravos, produz incessantemente uma população necessitada de serviços médicos que não pode ser ignorada. Não há, portanto, como conter essa demanda “espontânea”, seja produzida pelo sofrimento, pela miséria, ou mesmo pela oferta de serviços médicos. Mas a reorientação do *sistema de atenção a doença* vigente para a construção de um *sistema de saúde* que, além de controlar danos e riscos preocupe-se com os determinantes sócio-ambientais da saúde (PAIM, 1993b), impõe novos desafios. Enfatizar a promoção da saúde, a qualidade de vida e do ambiente, a prevenção das doenças reorganizando a assistência médico-hospitalar – eletiva e emergencial – em função de modelos assistenciais centrados na oferta organizada e na vigilância em saúde, pode ser um dos caminhos. Nessa perspectiva, modelos de atenção voltados para a qualidade de vida, requerem paradigmas alternativos tais como os que se tem tentado, ultimamente, no Brasil.

O repensar dos paradigmas, pressupostos e fundamentos teóricos da Reforma Sanitária não pode, desse modo, aprisionar-se na conexão com as práticas estritamente políticas. Para que a Reforma Sanitária não crie falsos dilemas faz-se necessário que tal conexão seja acompanhada por um conjunto de iniciativas no âmbito das instituições, serviços de saúde e grupos sociais, tal como se observa nos processos de municipalização e distritalização voltados para a adoção de modelos assistenciais, de planejamento e gestão alternativos. E para que o “otimismo da prática” não caia no idealismo ou no voluntarismo cabe lembrar que a Reforma Sanitária ainda dispõe de um referencial

teórico fundamental: a filosofia da praxis - dialógica, plural, comunicativa (Gramsci, 1966; Habermas,1990).

A vigilância crítica contra os desvios tecnocráticos do processo da Reforma Sanitária não deve conduzir ao equívoco oposto de desqualificar as bases técnico-científicas para a sua implementação nem ignorar os obstáculos ainda presentes na burocracia e na administração pública brasileira, bem como nas questões políticas e econômicas mais gerais. Do mesmo modo, a prática necessária à geração de novos paradigmas e a mudança do conteúdo das práticas de saúde requer a elaboração de tecnologias nas áreas da atenção, do planejamento, da epidemiologia, da comunicação, entre outras, progressivamente orgânicas ao projeto da Reforma Sanitária Brasileira.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA FILHO, N.; PAIM, J.S. Contribuição à crítica da abordagem sistêmica em saúde. In: PAIM, J.S. & ALMEIDA FILHO, N. *Introdução à Crítica do Planejamento de Saúde. Textos Didáticos*. Universidade Federal da Bahia, Salvador-Bahia, 1982 p.24-36.
- AROUCA, A.S. da S. A história natural das doenças. *Saúde em Debate*, 1:15-19, 1976.
- AROUCA, A. Reforma sanitária brasileira, *Tema/Radis*, 11: 2-4, 1988.
- AYRES, J.R. de C.M. Ação programática e renovação das práticas médico-sanitárias: saúde e emancipação na adolescência. *Saúde em Debate*, 42:54-58, 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Descentralização das ações e serviços de saúde. A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei*. Brasília, 1993a.67p.
- CAPINAN, J.C. Aleatória janela. In: OPS/OMS *Informação e Comunicação Social em Saúde*. Brasília, 1995, p. 43-49 (Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde, 15).
- CAMPOS, G.W. de S. A Reforma Sanitária Necessária. In: BERLINGUER, G.; FLEURY, S.; CAMPOS, G.W.de S. *Reforma Sanitária - Itália e Brasil*. HUCITEC-CEBES, São Paulo, 1988, p.179-194.
- CAMPOS, G.W. de S. Modelos de atenção em saúde pública: um modo mutante de fazer saúde. *Saúde em Debate*, 37:16-19, 1992.
- CARTA de Fortaleza. *Saúde em Debate*, 48:77-78, 1995.
- CASTELLANOS, P.L. *Sobre el concepto de salud-enfermedad. Un punto de vista epidemiológico*. Colombia, 1987, 15p. presentado en Congreso Latino Americano, 4 y Congreso Mundial de Medicina Social, 5, Medellín, Colombia, Julio 1987a.
- CASTELLANOS, P.L. *Epidemiología y organización de los servicios*. Mexico, 1987b. (Série Desarrollo de Recursos Humanos, 88).
- CEBES-ABRASCO Saúde é Qualidade de Vida. *Saúde em Debate*, 36:7-18, 1992.
- CECILIO, L.C. de (org.) *Inventando a mudança na saúde*. HUCITEC, São Paulo, 1994, 334p.
- CORDEIRO, H. *Sistema Único de Saúde*. Ayuri Editorial/ABRASCO, Rio de Janeiro,1991. 184p.
- CORDONI Jr. L. Medicina Comunitária: O conceito se materializa... Espaço para a Saúde/NESCO. Curitiba, Ano 1, No. 0:11-12, s/d,
- DONNÂNGELO, M.C.F. *Saúde e sociedade*. São Paulo, Duas Cidades, 1976, 124p.
- SCOREL, S. Revirada na saúde *Tema/Radis*, 11:5-7, 1988.
- FLEURY, S. O dilema da Reforma Sanitária Brasileira. In: BERLINGUER, G.; FLEURY, S.; CAMPOS, G.W.de S. *Reforma Sanitária - Itália e Brasil*. HUCITEC-CEBES, São Paulo, 1988, p.195-207.
- FLEURY, S. Democracia e saúde. In: FLEURY, S. (org.) *Saúde: Coletiva? Questionando a onipotência do social*. Rio de Janeiro: Relumê-Dumará, 1992, p.9-12.

- GALLO, E. (org). *Razão e Planejamento. Reflexões sobre Política, Estratégia e Liberdade*. HUCITEC/ ABRASCO. São Paulo-Rio de Janeiro, 1995, 154p.
- GARCIA, J.C. Paradigmas para la enseñanza de las ciencias sociales en las escuelas de medicina. *Educ. Med. y Salud*, 5(2):130-164, 1971.
- GRAMSCI, A. *Concepção Dialética da História*. Ed. Civilização Brasileira, Rio de Janeiro, 1966, p.91-139.
- HABERMAS, J. *Teoria y praxis. Estudios de filosofia social*. 2a. ed. Madrid, Ed Tecnos, 1990, 439p.
- HERBERT, T. La práctica teórica y las ciencias sociales. In: VERON, E. *El proceso ideológico*. Editorial Tiempo Contemporaneo. 3a. ed., Buenos Aires, 1976, p.197-223.
- KUHN, T.S. *A estrutura das revoluções científicas*. Ed. Perspectiva, São Paulo, 1975, 257p
- LALONDE, M. *A new perspective on the health of Canadians: a work document*. Ottawa, 1978.
- MENDES, E.V. A construção social da vigilância à saúde no Distrito Sanitário. In: OPS *A vigilância à saúde no distrito sanitário*. Representação do Brasil, Brasília, 1993, p.7-19. (Série de Desenvolvimento de Serviços de Saúde, 10)
- MENDES GONÇALVES, R.B. *Medicina e história. Raízes sociais do trabalho médico*. Dissertação de mestrado, área de Medicina Preventiva do Curso de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1979, 209p.
- MENDES GONÇALVES, R.B. O processo tecnológico do trabalho em saúde. *Divulgação em Saúde Para Debate*, 4:97-102, 1991.
- MENDES GONÇALVES, R.B. Seres humanos e práticas de saúde: comentários sobre “razão e planejamento”. In: GALLO, E. (org). *Razão e Planejamento. Reflexões sobre Política, Estratégia e Liberdade*. HUCITEC/ ABRASCO. São Paulo-Rio de Janeiro, 1995, p.13-31.
- MERHY, E.E.; CECILIO, L.C. de O.; NOGUEIRA FILHO, R.C. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. *Saúde em Debate*, 33:83-89, 1991.
- OPS *El Modelo de Prestación de Servicios de Salud. 1 - La recuperación de la salud. Promoción de liderazgo y formación avanzada en salud pública*. Taller de análisis del Modelo de Prestación de Servicios de Salud. 1 - Recuperación de la Salud. Lima, 20-24 noviembre, 1989, OPS: Washington, D.C; 1989 (Documento de discusión; tercer borrador).
- OPS *El Modelo de Prestación de Servicios de Salud. 2 - Estrategia de prevención. Promoción de liderazgo y formación avanzada en salud pública*. Taller de análisis del Modelo de Prestación de Servicios de Salud. 2 Estrategia de prevención. São Paulo, 30 de abril - 4 de mayo 1990. OPS: Washington, D.C; 1989 (Documento de discusión; segundo borrador).
- PAIM, J.S. Medicina comunitária: introdução a uma análise crítica. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, (1):9-12, out./dez. 1976.
- PAIM, J.S. *Saúde, Crises, Reformas*. Salvador: Centro Editorial e Didático da UFBA, 1986, 250 p.
- PAIM, J.S. Nascimento e Paixão de uma Política de Saúde. *Saúde em Debate* 27: 5-11, 1989.
- PAIM, J.S. A Universidade e a Reforma Sanitária. *Divulgação em Saúde Para Debate*, 4:108-116, 1991.
- PAIM, J.S. Collective Health and the challenges of practice. In: PAHO, *The Crisis of Public Health: Reflections for the Debate*. Washington, D.C.: PAHO, 1992, p.136-150
- PAIM, J. S. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In: MENDES, E. V. (org.) *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. HUCITEC - ABRASCO, São Paulo - Rio de Janeiro, 1993a p. 187 - 220.
- PAIM, J. S. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z. (org.) *Epidemiologia e Saúde*. MEDSI, Rio de Janeiro, 1993b p. 455 - 466.
- PAIM, J.S *Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos*. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994, p.9-51.
- PAIM, J.S Informação e comunicação social em saúde: janelas abertas para a arte e para a vida. In: OPS/OMS *Informação e Comunicação Social em Saúde*. Brasília, 1995a, p. 55-58 (Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde, 15).