

# EPIDEMIOLOGIA E SISTEMAS DE SAÚDE

(Eleonor Minho Conill)

## Fundamentos históricos e conceituais para uma discussão sobre o acompanhamento de direitos na prestação de serviços

Eleonor Minho Conill

Departamento de Saúde Pública

Núcleo de Apoio à Municipalização e Implementação do SUS

em Santa Catarina-NAM/SUS,

Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC

eleonor@repensul.ufsc.br

### ÍNDICE

1. Introdução. 2. Trajetória histórico-social dos saberes e das práticas em saúde. 3. Expansão, crise, mudanças no modelo explicativo do processo saúde/doença e na organização dos serviços de saúde: epidemiologia a serviço de quem? 4. A epidemiologia no acompanhamento e avaliação de sistemas de saúde. 5. Conclusão. 6. Bibliografia.

## 1. Introdução

Este trabalho discute as relações entre epidemiologia e o sistema de saúde mediada pelos modelos explicativos do processo saúde/doença e por modelos de organização de serviços. Pretende-se embasar com isso o entendimento das atuais propostas de mudanças, com ênfase no contexto brasileiro. Três indagações devem orientar a leitura do texto:

1. como e porque surgem as idéias de organizar uma prestação de serviços menos desigual e com práticas mais integrais?
2. os sistemas podem ser menos desiguais e mais abrangentes?
3. quais as contribuições da epidemiologia para esse processo?

Não há intenção de esgotar temática tão complexa sendo nosso objetivo fornecer um panorama geral, pontuando conceitos básicos e questões que suscitem curiosidade suficiente para seu aprofundamento. O argumento que o anima é de que as práticas de saúde são o resultado de uma longa acumulação de saberes, técnicas e lutas entre grupos de interesse. Os sistemas de saúde do mundo contemporâneo apresentam aspectos convergentes do ponto de vista de políticas sociais mais inclusivas, difusão de avanços tecnológicos e contradições geradas pela transformação da doença em mercadoria altamente geradora de valor, com a reemergência mais recente de discursos enfatizando a promoção e a prevenção.

Divergem no entanto esses sistemas, em seus formatos específicos e quanto ao acesso das populações aos benefícios oferecidos, diferenças estas que correspondem a particularidades das sociedades na qual se situam. São resultado de uma complexa interação de elementos históricos, econômicos, políticos e culturais que se expressam em movimentos sociais e em processos concretos na esfera jurídica, política e administrativa através dos quais reside a possibilidade de que esses sistemas possam ser modificados em direção a uma função social mais adequada.

Para Rouquayrol e Goldbaum (1999) uma definição precisa do termo epidemiologia não é fácil, uma vez que sua temática é dinâmica e seu objetivo complexo. A isso acrescentaríamos, o “peso” da herança histórica do termo que surge com estudos de epidemias<sup>117</sup>, predominando este entendimento até os dias de hoje. Assim, enquanto a clínica preocupa-se com a doença em indivíduos, tratando caso a caso, a epidemiologia trabalha problemas de grupos de pessoas, às vezes pequenos, mas em geral numerosos.

Esses autores conceituam-na como *“ciência que estuda o processo saúde-doença em coletividades humanas, analisando a distribuição e os fatores determinantes das enfermidades, danos à saúde e eventos associados à saúde coletiva, propondo medidas específicas de prevenção, controle, ou erradicação de doenças, e fornecendo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, administração e avaliação de saúde”* (Rouquayrol e Goldbaum 1999:15).

Está contido neste conceito, a concepção de um enfoque num conjunto de pessoas, com o estudo de doenças infecciosas, crônico- degenerativas e de agravos à integridade física (acidentes, homicídios, suicídios, etc), inseridos num conjunto de processos sociais interativos que definem sua dinâmica, o que é denominado de processo saúde/doença.

Embora seja a parte final do conceito a que mais nos interessa pois trata das relações da epidemiologia com os sistemas de saúde, a noção de processo saúde/doença precisa também ser destacada e compreendida. Segundo Laurell (1983 apud Rouquayrol e Goldbaum 1999), processo saúde/doença é o modo específico como se dá nos grupos sociais o desgaste biológico e de reprodução das condições concretas de existência, levando em determinados momentos a um funcionamento biológico diferente com prejuízo de atividades cotidianas, conhecido por doença. Faz referência a uma inserção social que determina e explica o modo específico da passagem de um estado de saúde para um estado de doença e vice-versa. Ou seja, a saúde ou a doença não ocorre ao acaso, de forma pontual e isolada e sua contextualização será sempre necessária, conforme veremos a seguir, também para a compreensão das respostas institucionais e sociais face a ela, ou seja, o tipo de política e o formato predominante do sistema e serviços de saúde de cada país.

É preciso ressaltar um dos grandes objetivos da epidemiologia sobre o qual não nos debruçaremos: a aplicação de metodologia específica para análise dos fatores determinantes da saúde/doença. Muitas causas têm sido explicadas pelo uso do método científico aplicado pela epidemiologia ao estudo de problemas de doença em nível coletivo, identificando-se associações entre um ou mais fatores suspeitos.<sup>118</sup>

Na primeira parte deste texto, discute-se a trajetória histórico-social dos saberes e das práticas em saúde com considerações sobre a conformação dos sistemas contemporâneos. Em seguida, são abordados aspectos da crise desses sistemas apontando-se os principais argumentos levantados, sócio-culturais, econômico-financeiros, mudanças demográficas e epidemiológicas e os novos modelos propostos para a organização de serviços. Finalizando, fornecemos um conjunto de elementos para

<sup>117</sup> É no contexto da epidemia da cólera, que surge a *London Epidemiological Society* em 1850, na Inglaterra. Mas, o termo epidemiologia já havia sido usado em trabalho sobre a peste escrito na Espanha no séc. XVI, onde reaparece em 1802 como título de uma obra compilando as epidemias conhecidas (Najer 1988 apud Rouquayrol e Goldbaum 1999).

<sup>118</sup> A relação do câncer de pulmão com o tabagismo feita por Doll e Hill (1950) é um exemplo clássico e mais recentemente, o reconhecimento da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida/SIDA/AIDS como doença.

reflexão que podem orientar a avaliação dos serviços e o acompanhamento de direitos em saúde, o que inclui o uso de indicadores epidemiológicos.

## 2. Trajetória histórico-social dos saberes e das práticas em saúde

A procura de respostas diante da dor e da incapacidade, se confunde com a própria origem do homem. Os meios empregados variaram em cada época, conforme o estágio do conhecimento acerca da doença, o grau da divisão do trabalho e da delegação, maior ou menor dessa tarefa a especialistas. No que diz respeito ao acesso a um conjunto de bens e serviços disponíveis, este depende das relações estabelecidas entre as classes sociais (Hortale, et alii, 1999).

Segundo o enfoque privilegiado, o estudo dessa trajetória das práticas em saúde pode ser dividido em quatro grupos: histórico, priorizando os principais fatos de cada momento; epistemológico, identificando os saberes predominantes e suas transformações (Luz, 1993); político, ao centrar-se nas intervenções do Estado (Foucault, 1979); e econômico, ao identificar as relações com o modo de produção (Breilh, 1978).

Utilizando a metáfora da sociedade como um corpo sobre o qual a humanidade tem lançado olhares para interpretar a doença, Scliar (1987) identifica e descreve numa abordagem histórica abrangente, cinco olhares a partir dos quais trabalharemos: o olhar mágico, empírico, autoritário, científico (contábil, epidemiológico, armado); e um olhar social que estaria ocorrendo nos dias atuais.

Primeiramente, as sociedades primitivas interpretam a doença de uma forma mágica e sobrenatural. Embora haja empirismo com o uso terapêutico de plantas, calor, trepanações, a cura é em geral ritualística, mediada por feiticeiros, pajés, xamãs.

Depois, tem-se um olhar mais empírico, com o surgimento na Grécia, no Século V a.C., da escola de medicina de Hipócrates onde o fazer é registrado, sistematizando-se e difundindo-se conhecimentos. Nota-se pelos casos que deixou registrado, que Hipócrates desenvolveu em muito a observação empírica, já demonstrando uma visão epidemiológica:

“A apoplexia (acidente vascular cerebral) é mais comum entre as idades de quarenta e sessenta anos; a tísica (tuberculose) ocorre mais frequentemente entre os dezoito e os trinta e cinco anos...” (Colder 1958 apud Scliar, 1987: 17).

Suas observações não se limitavam aos pacientes, incluindo o ambiente. Um tratado clássico escrito por ele, intitulado “Ares, Águas, Lugares”, assinala a importância dos fatores ambientais, ou seja, um conceito ecológico e multicausal da doença. Estas resultavam dos maus ares (miasmas), do desequilíbrio de humores (líquidos) internos e entre os quatro elementos da natureza (ar, terra, fogo e água). Os romanos também empreenderam obras de saneamento e drenagem de pântanos com um esboço de administração sanitária e leis sobre inspeção de alimentos e de locais públicos. Mas não existia saúde pública no sentido que hoje damos a palavra.

Em seguida, a Idade Média pode ser referida como “uma grande cegueira” tendo o regime feudal profundas e desastrosas conseqüências na conjuntura de saúde: movimentos populacionais, miséria, promiscuidade e falta de higiene criam condições para surtos epidêmicos principalmente de peste. Predominam práticas supersticiosas sendo a ineficiência dos procedimentos mágicos ou religiosos

compensada com a caridade. É na Idade Média que surgem os primeiros hospitais ou melhor, hospícios, asilos ou morredouros.

Em torno do séc. XIII a situação começa a mudar, com o ressurgimento da medicina leiga com escolas médicas na Itália (Palermo, Bolonha), França (Sorbonne) e Inglaterra (Oxford). A prática da quarentena é introduzida em Veneza, em 1348, de forma empírica, sem que houvesse ainda uma noção exata de agentes infecciosos e formas de contágio.

No séc. XVI, a sífilis acrescenta-se a lista de doenças que aterrorizavam a Europa, tomando o lugar da lepra em importância. Corresponde a um novo período de transformações sociais com valorização da liberdade, relaxamento dos costumes e movimento de populações. Enquanto a peste era um mal coletivo ao qual se respondia com medidas dessa ordem (quarentena, flagelos, massacres), a sífilis corresponde ao espírito do renascimento: doença individual; punição do pecado pela cólera divina.

A renascença traz o início da modernidade e da era da razão na interpretação da saúde/doença. O paradigma cartesiano passa a definir como real o que pode ser explicado ou analisado mediante um conjunto de procedimentos que incluem a experimentação e a quantificação.

Tudo isso corresponde a um período de transição social com superação do mundo feudal em direção ao modo de produção capitalista inicialmente manufatureiro e comercial. O conceito de corpo social ganha força ao mesmo tempo em que o corpo individual é contado, medido e estudado. Há o desenvolvimento da anatomia pela liberação da dissecação de cadáveres, sendo o corpo comparado à uma máquina por Descartes, no qual a circulação do sangue ocorre graças à uma bomba, o coração.

Paralelamente à emergência do modo de produção capitalista e ao racionalismo científico, a conjuntura política é marcada pela aparição dos Estados modernos, com diferentes tipos de intervenção estatal sobre a questão da saúde das populações (Rosen, 1975).

Para Sciliar, o que predominará é o olhar autoritário, cujo berço é a Alemanha com o conceito de polícia ou política médica ou sanitária<sup>119</sup>, formulado em 1779. Baseava-se em medidas compulsórias de controle e vigilância de enfermidades, com funcionários médicos responsáveis por distritos, além de imposição de regras de higiene através de leis e regulamentos. As medidas diziam respeito à assistência médica, prevenção de doenças contagiosas, parto e pré-natal, qualidade dos alimentos e do ar, limpeza de ruas e combate ao charlatanismo.

Além desse modelo, denominado de medicina do Estado, Foucault (1979), identifica duas outras formas de intervenção no nascimento da medicina social: a medicina urbana na França e a medicina da força de trabalho na Inglaterra.

Na medida em que se desenvolve o tecido urbano no final do século XVIII, aumenta a inquietude político-sanitária com o crescimento de populações em cidades como Paris. As ações vão dirigir-se então para o saneamento, ventilação das ruas e construções públicas, afastando-se para a periferia áreas consideradas miasmáticas tais como matadouros e cemitérios. Além de ações urbanas o processo de consolidação da autoridade sanitária vê nascer a superposição entre poder revolucionário e poder médico na França de 1789. A autoridade médica é reforçada com jurisprudência sobre tratamentos e até sobre livros a serem lidos. É introduzida nos hospitais uma nova ordem, tal como nas fábricas, exércitos e escolas, novo jeito de viver que gere agora a sociedade como um todo.

---

<sup>119</sup> Advém da obra *System einer Vollständigen medicinischen Polizei* de Johan Peter Frank. Derivado do grego politeia, a palavra polizei tem um sentido ambíguo, uma mescla de política e polícia.

Pertence a essa etapa, o nascimento da clínica (do grego klinos, cama) inicialmente inspirada na botânica, buscando agrupar as manifestações mórbidas em famílias com a nosologia ou ciência da classificação das doenças.

Se em 1700 os pobres não eram vistos como perigo executando pequenos serviços nas grandes cidades, no séc. XIX representam uma ameaça, com lutas urbanas e novas epidemias. A revolução industrial traz o fenômeno concreto da força de trabalho e do desgaste da classe trabalhadora com deterioramento das condições de vida e de saúde. Isto gera um número crescente de posicionamentos denunciando tal situação entre os quais o célebre livro escrito por Engels intitulado “As condições da classe trabalhadora na Inglaterra em 1844”, considerado decisivo para a formulação da epidemiologia científica (Breilh, 1978 apud Almeida Filho 1999). Surgem o termo e projetos de medicina social para designar de forma genérica modos de tomar coletivamente a questão da saúde<sup>120</sup>.

Os sanitaristas britânicos que não haviam participado desses movimentos tentam integrar preocupações filantrópicas, técnicas e sociais, buscando transformações políticas pela via legislativa. É promulgada em 1875 um “*Public Health Act*”, garantindo assistência médica e serviços sanitários (registros, vacinas, educação em saúde), com a institucionalização de médicos sanitaristas.

A passagem do século XVIII para o século XIX é marcada então pela consolidação do poder político da burguesia emergente, com o Estado moderno impondo sua autoridade frente às populações por intermédio de ações sanitárias no espaço urbano e social.

No século XIX predominará um olhar científico, dividido em três momentos: o olhar contábil da estatística e das medidas; o olhar epidemiológico, com o desenvolvimento de estudos dessa ordem; e, finalmente, o olhar armado, que com o uso do microscópio<sup>121</sup> e a descoberta do germe inaugurará importante ruptura epistemológica no campo da saúde.

O conhecimento sobre doenças transmissíveis cresce rapidamente entre 1860 e 1900, monopolizando o avanço do conhecimento epidemiológico, dirigindo-o para os processos de transmissão a controle de epidemias de doenças infecto-contagiosas. O grande avanço da fisiologia, patologia e bacteriologia tornaram menos importante o conhecimento sobre a vertente social e política da saúde, instituindo a supremacia da explicação unicausal do processo saúde/doença. A descoberta dos microorganismos leva ao fortalecimento da medicina organicista e, uma vez que as doenças de maior prevalência na época eram de natureza infecto-contagiosa, esse modelo explicativo torna-se hegemônico.

O controle sobre a varíola, malária, febre amarela e outras doenças chamadas “tropicais” principalmente nos portos dos países colonizados e de ex-colônias como o Brasil legitima-o ainda mais.

Para Almeida Filho (1999) pode-se localizar a tensão entre medicina individual e medicina coletiva, desde os primórdios do pensamento ocidental, na Grécia Antiga, expresso no antagonismo entre as duas filhas do deus Asclépios: Panacéia e Higéia. Panacéia era a padroeira da medicina curativa, da prática de intervenção individual baseada em manobras físicas, encantamentos, preces e uso do pharmakon (medicamentos). Higéia, sua irmã, era adorada pelos que consideravam a saúde

<sup>120</sup> Na Alemanha um jovem sanitarista chamado Virchow destaca-se na liderança do movimento médico-social. Condenado a um exílio interno torna-se posteriormente o mais importante nome da patologia moderna (Almeida Filho, 1999).

<sup>121</sup> Interessante assinalar que a descoberta do microscópio data do séc. XVII, tendo sido necessário um acúmulo no desenvolvimento histórico dos conhecimentos para que pudesse se tornar útil.

resultado da harmonia e do ambiente, promovendo-a através da prevenção e do equilíbrio entre os elementos fundamentais da natureza (terra, fogo, ar, água).

Esse modelo organicista unicausal, pela ênfase na biologia e na intervenção médica individual tornar-se-á conhecido como modelo bio-médico persistindo sua hegemonia até os dias atuais. Na gênese de sua construção, “*a abordagem curativa individual, nova “panacéia” agora cientifizada teria suplantado o enfoque coletivo “higiênico” no tratamento da questão saúde e seus determinantes*” (Almeida Filho, 1999:5). O quadro 1 apresenta uma síntese da trajetória descrita, segundo os enfoques dos principais autores citados.

Será possível que andem de mãos dadas Higéia e Panacéia? Discutiremos essa questão no próximo tópico, no contexto do que para Scliar (1987) representa o olhar social do mundo contemporâneo sobre seu corpo, marcado pela expansão dos sistemas de proteção social e dos sistemas de saúde. Antes, no entanto, é útil apontar, ainda que de forma breve, a influência da trajetória descrita sobre o contexto da saúde brasileira e algumas de suas particularidades.

Nas populações indígenas e durante quase todo período colonial, predomina uma visão mágica e empirista. Do contato com o branco surge uma gama importante de novas doenças: varíola, sarampo, tuberculose, escarlatina, lepra, doenças venéreas, parasitoses como a sarna (Pires, 1989). Mas a intervenção do Estado na saúde é mínima sendo a assistência prestada por um conjunto diversificado de exercentes (físicos, cirurgiões-barbeiros, barbeiros, boticários, etc.) e nas Santas Casas de Misericórdias.

As políticas de saúde ocorrerão, na virada do século XIX para o século XX com as mudanças no modo de produção, aliando autoritarismo ao nascente cientificismo europeu. Oswaldo Cruz, oriundo do Instituto Pasteur, irá enfrentar as epidemias da época (febre amarela e varíola) que ameaçam a “saúde dos portos” e a agro-exportação por meio de campanhas com vacinações e inspeções sanitárias. Com a industrialização e a urbanização, os anos vinte verão surgir novas formas de proteção da força de trabalho com as Caixas de Aposentadorias e Pensões. Passemos então a examinar esse percurso no século XX.

### **3. Expansão, crise, mudanças no modelo explicativo do processo saúde/doença e na organização dos serviços de saúde: a epidemiologia a serviço de quem?**

Ao longo da primeira metade do século XX expande-se a oferta de serviços de saúde e políticas de proteção social. O modelo de sistema previdenciário concebido na Alemanha por Bismarck influenciará outros países, inclusive o Brasil nos anos 30-40, baseando-se em três fontes de contribuição: empresários, trabalhadores e Estado. Mas, será no contexto do pós-guerra, dos anos 50 até meados de 1970 que esses sistemas se expandirão de forma definitiva com o grande uso de tecnologia e a importância dos cuidados hospitalares.

A criação, na Inglaterra, em 1948, de um Serviço Nacional de Saúde (*o National Health Service/NHS*) garantindo acesso universal por meio de financiamento público oriundo de fontes orçamentárias (impostos) representa um novo marco. O direito à equidade em saúde dissociado do nível de renda passa gradativamente a ser reivindicado: o acesso aos serviços e a assistência médica deixam de ser vistos como

questão individual ou de filantropia passando a serem enfrentados de modo coletivo por intermédio de formas de financiamento mais ou menos solidárias.

Fleury (1994) nos fornece um bom resumo dos principais aspectos constitutivos dos modelos de proteção social contemporâneos, que influenciam o tipo de sistema de saúde e o acesso aos serviços: a assistência; o seguro; e a seguridade, apresentados no quadro 2.

Essa fase de expansão do acesso vem ao encontro das pressões e anseios populares, mas corresponde também a um novo momento de interação dos Estados, particularmente dos países centrais, com o desenvolvimento das forças produtivas. Por meio de políticas de proteção social (o “*welfare state*”) garante-se estabilidade de rendas e de consumo. São subvencionados investimentos para construção ou reformas de hospitais e a indústria farmacêutica e de equipamentos médicos floresce.

Até a primeira metade do século XX, a descoberta do germe e a teoria unicausal da doença dominam a cena. Avanços importantes na área de equipamentos de apoio diagnóstico e de medicamentos ocorrem somente após a segunda guerra configurando-se então uma forte industrialização no setor, por intermédio de financiamentos sob regulação estatal.

Rapidamente crescem os custos com o surgimento de um novo discurso visando enfrentar a crise determinada, parcialmente, por um modelo que, centrado no cuidado hospitalar e na crescente especialização do trabalho médico, além de caro mostra-se pouco humanizado e gera insatisfação.

Luz (1993), ao analisar as mutações na racionalidade médica ocidental, considera que a expansão ocorrida após 1950, configura um momento de crise pois a interposição tecnológica das “máquinas” leva à ruptura da relação médico-paciente. Completam-se assim as crises que já haviam ocorrido ao longo do desenvolvimento epistemológico da medicina: primeiro o conhecimento sobre a doença torna-se mais importante do que curar; depois, com o nascimento da clínica, há a supremacia do diagnóstico; agora, definitivamente selada em favor de um agir mecânico.

Além de argumentos financeiros ou da insatisfação de usuários, apontam-se mudanças no contexto demográfico e epidemiológico, com queda da natalidade, aumento da expectativa de vida, envelhecimento das populações e substituição de doenças infecto-contagiosas pelas crônico-degenerativas<sup>122</sup>. Isto vem fortalecer outro modelo explicativo do processo saúde-doença determinando novas formas de intervenção.

No modelo epidemiológico vigente oriundo de um contexto onde predominavam doenças infecciosas, a hipótese é “causa única/efeito único”, chegando-se ao germe e sua erradicação sendo considerada a intervenção adequada. No caso de doenças crônico-degenerativas (cardiovasculares, neoplasias), não há uma única causa e a importância de fatores comportamentais e ambientais torna-se mais evidente.

O documento intitulado “*A New Perspective on the Health of Canadians*” (Lalonde, 1974 apud Dever, 1984), que servirá de base para as ações governamentais nesse país a partir desta data, torna-se um marco dessa perspectiva multicausal no campo das políticas de saúde. Nele, a saúde é determinada por um conjunto de fatores agrupados em quatro grandes categorias: estilo de vida, ambiente, organização dos cuidados e biologia humana.

O estilo de vida ou, mais exatamente, os riscos auto-criados, comportam as atividades de lazer, os padrões de consumo e as atividades ocupacionais e de participação na produção. Envolvem o conjunto de decisões tomadas pelos indivíduos

<sup>122</sup> Este é o chamado modelo clássico ocidental de transição epidemiológica (Omran 1971 apud Minayo, 2000).

que afetam sua própria saúde. O ambiente é definido como evento externo ao corpo, compreendendo as dimensões física, social e psicológica. Na biologia humana, influem além da herança genética, situações tais como a maturidade e envelhecimento. Por último, o sistema de organização dos serviços é dividido em serviços preventivos, curativos e de recuperação.

Argumenta-se que o acesso aos serviços embora importante não tem o maior peso na situação de saúde. Higéia e Panacéia são então convidadas a andar juntas: as políticas e os serviços devem buscar a integralidade e a intersetorialidade aliando promoção, prevenção e cura. Propõe-se uma racionalização da atenção que partindo de comunidades geograficamente definidas permitiria um melhor conhecimento da situação epidemiológica. Os cuidados devem ser organizados em níveis de complexidade crescente de atenção mas a ênfase deve mudar do cuidado hospitalar de nível terciário para a atenção primária e comunitária fornecida por equipes multidisciplinares. A comunidade e os usuários são incentivados a controlarem e a participarem dos serviços.

Este novo discurso, formulado em parte em Universidades norte-americanas no final da década de 60, marcará os anos 70 influenciando reformas com esse conteúdo democrático racionalizador no Canadá (Québec), Inglaterra, Espanha e Itália, entre outros.

Também para países periféricos, “sub-desenvolvidos ou em desenvolvimento”, enfatiza-se através da Organização Mundial de Saúde/OMS a importância de obter-se “Saúde para todos até o ano 2000,” famosa meta transformada em consenso internacional em reunião realizada em Alma-Ata, na Rússia, em 1978 (OMS, 1978).

Nos anos 80, no entanto, o discurso mudará adquirindo uma conotação neo-liberal, com uma tendência a criação de mercados na assistência e uma ação supletiva e focalizadora do Estado.

Em função da crise fiscal e desequilíbrios de contas públicas, as palavras de ordem são “menos Estado”, privatização, flexibilidade e desregulação. Além disso, há o argumento de que é preciso diminuir e controlar custos sociais em função da competitividade de mercados no contexto da globalização. O objetivo de universalismo da oferta é substituído pelo conceito de “*tratar desigualmente aos que são desiguais*” pois a oferta homogênea favoreceria aos informados e organizados. Há estímulo ao co-financiamento (“*o que não custa, não vale*” e “*quem pode deve pagar*”) e incentivo à competição entre prestadores na distribuição dos recursos (Almeida, 1996).

Embora diversos países centrais tenham realizado reformas nessa direção, sob a égide do controle de custos, é importante salientar que em nenhum deles, houve um recuo importante nas diretrizes de universalização e de financiamento público da saúde (Almeida, 1995, Giovanella, 1997, Conill, 1999). Ainda que numa nova conjuntura, continua-se a enfatizar a importância da atenção primária e da promoção da saúde.

A OMS perde seu papel de criadora de consensos internacionais em favor do Banco Mundial, cujas propostas expressas em relatório divulgado em 1993 marcam as orientações para países periféricos sendo alvo de debates e controvérsias ao longo da década de 90 (Banco Mundial, 1993). Neste documento, reconhece-se terem ocorrido avanços mundiais na situação de saúde, mas estaria ocorrendo uma explosão de custos e o uso ineficiente e desigual de recursos com mortalidade e deficiências prematuras. Propõe-se uma ação focalizada do Estado em populações pobres, compensatória frente ao mercado de seguros privados financiados sem subsídios por aqueles que possam garanti-los.

A prioridade deve ser dada às intervenções com bons resultados em termos de um indicador denominado de ANOS DE VIDA AJUSTADOS POR INCAPACIDADE/AVAI, mais conhecido por sua sigla em inglês “*DALY/Disability Adjusted Life Years*”. Assim, imunizações, saúde escolar, planejamento familiar e nutrição, campanhas para suspensão do álcool e tabagismo e prevenção da AIDS, teriam custo baixo em relação à esse indicador (oscilando entre US\$ 50 e 150 por AVAI), devendo ser priorizadas.

Em relação aos serviços clínicos, sugere-se a garantia por parte dos governos, de um pacote mínimo de cuidados essenciais que, variando segundo necessidades e recursos de cada país, devem priorizar cinco tipos de serviços: atendimento à gestantes; planejamento familiar; tuberculose; doenças sexualmente transmissíveis/DST; e doenças graves da infância (desnutrição aguda, infecções respiratórias, diarreia).

A prestação de outros tipos de atendimentos, serviços de emergência ou hospitalares estaria condicionada à existência de recursos e, nesse caso, incluiriam fraturas, apendicectomias, métodos baratos de tratar cardiopatias, câncer do colo uterino, tratamento medicamentoso de psicoses e remoção de cataratas.

Para países de renda média, no qual inclui-se o Brasil, o custo estimado do pacote de saúde pública e de serviços clínicos essenciais é da ordem de US\$21,5.

Coerente sob muitos aspectos (eficiência na alocação de recursos, ênfase na educação, promoção e atenção primária) o documento encerra contradições que tornam questionáveis suas propostas. É correta a explosão de custos no setor apontada no início do documento, correspondendo hoje a 8% do produto mundial total. Mas destes custos, 90% ocorrem nos países de alta renda sendo 41% nos Estados Unidos. A média é de US\$1.500 nos países desenvolvidos versus US\$ 41 nos considerados em desenvolvimento. Existem certamente importantes re-direcionamentos a serem feitos, mas estimular o mínimo para quem já tem tão pouco é questionável do ponto de vista técnico e ético.

A reforma sanitária brasileira pode ser considerada uma reforma tardia, preconizando princípios democráticos racionalizadores com a formulação e implementação do Sistema Único de Saúde/SUS numa conjuntura neoliberal. Apesar de avanços no plano político-administrativo, reconhecem-se dificuldades no plano operativo e no modelo assistencial.

Nas últimas décadas, a problemática das políticas sociais e econômicas no Brasil tem fortalecido a crise estrutural do setor público, ampliando a lacuna existente entre os direitos sociais garantidos em lei e a capacidades efetiva de oferta dos serviços públicos respectivos. O SUS está incluído nesta condição e, não obstante avanços ocorridos, a sua consolidação continua em trânsito.

A reforma caracterizou-se também por um caráter particular, com um reordenamento de fatias do mercado de assistência e um importante crescimento do subsistema de atenção médica supletiva – os planos de saúde. (Conill, 1993, Mendes 1993, Bus 1995).

Do ponto de vista macrossocial, as políticas de ajuste macroeconômico e as dificuldades de financiamento estão nas raízes da explicação dessa tendência, entre outros. É necessário considerar também as particularidades das políticas públicas do país que se caracteriza por ser, segundo Fleury (1994) um “Estado, sem cidadãos”. Segundo esta autora, as mudanças do modelo de seguridade social ocorrido a partir da Constituição de 1988 levaram a uma reforma universal com inclusão segmentada, ou seja, de diversos “cidadãos”, todos agora cobertos mas por diversos benefícios sociais, com a convivência íntima e contraditória de sistemas públicos e privados.

Embora relacionadas, as questões, no âmbito microssocial, são de outra ordem. Referem-se a organização das formas de trabalho, da educação médica e dos demais profissionais de saúde, subjetividades de usuários e profissionais, numa complexa interação entre as dimensões econômicas, políticas e culturais.

Atualmente, as duas principais propostas para garantir a continuidade do SUS, são a descentralização, com a municipalização e a consolidação de Sistemas Locais de Saúde por intermédio da estratégia da saúde da família (Ministério da Saúde, 1993, 1994, 1996, 1998, 2001).

A avaliação do SUS, tem evidentemente leituras diferenciadas conforme o agente social que a faz e segundo a região geográfica do país. O objeto do próximo item trata justamente sobre o papel que pode ter a epidemiologia na avaliação e no acompanhamento dos serviços. Conforme apontou Breilh (1998), no V Congresso Brasileiro de Epidemiologia, para além de uma função no “*cálculo do mínimo necessário*”, é possível pensar que estudos e indicadores sobre a situação de saúde e dos serviços podem contribuir para a construção de sociedades mais saudáveis e com maior equidade.

#### **4. A epidemiologia no acompanhamento e avaliação de sistemas de saúde**

Há um número grande de conceitos e metodologias no campo da avaliação em saúde (Donabedian, 1984, Silva & Formigli, 1994, Hartz, 1997, Novaes, 2000). Uma definição adaptada de Silva *et alii* (1996:24) considera avaliação como:

“um processo destinado a determinar a qualidade e a pertinência dos serviços prestados, comparando desempenho e resultados com parâmetros definidos em função de metas. Compara o que está sendo feito ou foi feito com o que deveria ter sido, ou seja, pode ser realizada desde as decisões e/ou ações a tomar até aquelas já tomadas”.

Outros autores consideram que

“avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa). (Contandriopoulos et alii, 1997:31).

Um agrupamento interessante é sugerido por Silva & Formigli (1994:81), no qual os estudos avaliativos são divididos da seguinte forma: relacionados com a *disponibilidade e distribuição social dos recursos (cobertura, acesso, equidade)*; relacionados com o *efeito das ações (eficácia, efetividade, impacto)*; relacionados com os *custos (eficiência)*; relacionados com a *adequação das ações ao conhecimento técnico e científico vigente (qualidade técnico-científica)*; relacionados à *percepção dos usuários sobre as práticas (satisfação, aceitabilidade)*.

Do ponto de vista metodológico, o modelo de avaliação inspirado na teoria sistêmica, proposto por Donabedian (1984), é um dos mais conhecidos na área,

composto pela análise da estrutura (recursos), dos processos (atividades) e dos resultados, de um programa ou sistema de saúde, relacionando-os também entre si.

A estrutura diz respeito às características relativamente estáveis dos serviços, incluindo os recursos disponíveis e o contexto físico e organizacional. Refere-se ao tipo e número de trabalhadores de saúde, planta física, equipamentos, gama de serviços, enfim, às características que determinam o acesso e a continuidade da assistência. A estrutura determina o potencial do sistema. Já a avaliação do processo mostra como o sistema realmente funciona, através da interação entre os prestadores e os usuários (Silver, 1992).

Conforme assinalado na definição apresentada no início deste texto, uma das funções da epidemiologia é a de fornecer indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, administração e avaliação, o que inclui o acompanhamento das ações. Este campo tem sido às vezes denominado de “epidemiologia de serviços” e inclui também estudos que possam relacionar ações com resultados.

De um modo genérico, indicador é uma qualidade numérica ou não que permite apreciar características de um fenômeno de interesse. Em epidemiologia, os indicadores são medidas quantitativas sendo expressos em geral, numa relação entre um numerador (número de eventos) e um denominador (população exposta), multiplicado por uma constante (1000, 10000 ou 100000) a fim de permitir comparações entre populações de tamanhos diferentes.

São bastante difundidos os coeficientes de mortalidade, obtidos pela divisão entre o número de óbitos e o número de expostos ao risco de morrer. Podem ser categorizados segundo os critérios de interesse tais como, sexo, faixa etária, estado civil e, classificados segundo causa ou lugar. Assim, o coeficiente de mortalidade infantil é calculado dividindo-se o número de óbitos de crianças menores de um ano pelos nascidos vivos naquele ano, em uma determinada área, multiplicando-se por 1000 o valor encontrado.

Vejamos alguns exemplos de indicadores usados em avaliação de sistemas de saúde. Podemos ter indicadores da estrutura ou dos recursos que dão idéia da oferta potencial: profissionais/habitantes (em geral, usa-se o número de médicos ou enfermeiros/10000), número de leitos/habitante, gasto per capita. Os indicadores de processos mostram a produção, permitindo avaliar a utilização dos serviços (oferta real), a integralidade e continuidade da atenção. Fazem parte desse grupo, as consultas e internações/habitante, a distribuição das consultas por tipo ou grau de complexidade (atenção básica versus especialidades, cuidados curativos versus preventivos), % de encaminhamentos, de atendimentos de emergências, exames especializados, etc.

Para o acompanhamento de objetivos de equidade seria útil avaliar barreiras no acesso, verificando-se por exemplo, o tempo de espera para obtenção de um serviço considerado tecnicamente necessário. Este tipo de informação não faz parte da rotina dos sistemas de informações, necessitando de estudos especiais.

Os indicadores de resultados medem efeitos no estado de saúde ou na resolução de problemas e incluem incidências (casos novos) ou prevalência (casos existentes) de doenças, coeficientes de mortalidade ou mesmo medidas de mudanças de comportamentos de risco (tabagismo, por exemplo).

Um grande desafio no acompanhamento e avaliação de sistemas de saúde é estabelecer julgamentos acerca de resultados, tendo em vista as características multifatoriais do processo saúde/doença. A isto se agrega a ampliação do modelo explicativo ao qual já nos referimos, que relativizou a importância dos serviços na melhoria do estado de saúde das populações.

A fim de superar essa problemática, Contandriopoulos (1990) propõe um modelo ampliado, em que interagem dois circuitos: o que determina o estado de saúde e o circuito de cuidados. É possível, com esse modelo, identificar os componentes do sistema com maior precisão, estabelecendo-se relações entre eles conforme apresentado na figura 1.

Tem-se procurado estabelecer indicadores de resultados mais diretamente relacionados com efeitos dos serviços, tais como, mortes infantis por causas preveníveis por imunizações. O Programa de Saúde da Família tem uma lista de indicadores desse tipo considerados marcadores da qualidade da assistência, tais como: acidentes vasculares cerebrais; gravidez em menores de 20 anos; recém-nascidos com peso inferior a 2.500g; hospitalizações por pneumonias; desidratação em menores de 5 anos; hospitalizações por complicações de diabetes; fraturas de colo de fêmur em maiores de 50 anos; hanseníase com grau de incapacidade II e III.

Outra questão importante é que, para um julgamento sobre qualidade, é preciso comparar resultados com parâmetros. Esses parâmetros advêm de normas internacionais ou nacionais devendo, no entanto, serem relativizados nos contextos locais.

Atualmente, dados sobre a estrutura (recursos), processos (consultas, internações, outras atividades) e resultados (morbidade, mortalidade, condições dos nascimentos) dos sistemas municipais (e também estaduais) não têm em geral um acompanhamento integrado, estando dispersos em pelo menos, três setores.

Com o processo de implementação do SUS, vem se desenvolvendo um conjunto de tentativas para um melhor acompanhamento do sistema público, principalmente nos municípios.

Para repasse de recursos financeiros federais foram estabelecidas Normas Operacionais Básicas (MS, 1993, 1996) conhecidas como NOB's, cuja última versão, publicada em 26 de janeiro de 2001, foi denominada Norma Operacional da Assistência à Saúde/NOAS (MS, 2001). Essas normas definiram uma série de condições regulando a municipalização: modalidades de gestão; existência de Fundos Municipais; plano e Conselho de Saúde; relatório de gestão; e comprovação de contrapartida municipal (MS, 1993). Nas versões mais recentes (MS, 1996, 2001) foram acrescentados requisitos justamente no que se refere aos sistemas de informação sobre a situação de saúde e a criação de estruturas municipais nas áreas de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e de controle e avaliação.

Pela última regulamentação, os municípios podem habilitar-se a duas modalidades de gestão para recebimento dos recursos federais: gestão plena da atenção básica ampliada e gestão plena do sistema municipal. No primeiro caso, devem garantir a existência de cadastro, auditoria, controle e avaliação dos serviços de atenção básica<sup>123</sup>, no segundo, essas ações dizem respeito ao conjunto de prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares.

Herdeira de uma cultura institucional do antigo INAMPS, a área de controle e avaliação se ocupa então, de manter o cadastro de prestadores, verificar os boletins de produção, enviando dados para níveis de gerência central e autorizando pagamentos. O foco principal são as contas médicas, mas é também a área responsável pela realização de auditorias e averiguação de denúncias. Gerenciam dois grandes sistemas de informações: Sistema de Informação Ambulatorial/Sia-SUS e o Sistema de

---

<sup>123</sup> Compreendem as seguintes ações: controle da tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes, saúde bucal (0-14 anos, gestantes), urgências odontológicas, saúde da criança (nutrição, imunização, doenças mais prevalentes), pré-natal, planejamento familiar e cortes cérvico uterino (MS, 2001, anexo 1).

Informação Hospitalar/SIH-SUS organizado a partir das Autorizações de Internações Hospitalares/AIH's, contendo dados sobre causas de internações, entre outros.

No setor de epidemiologia, além do monitoramento dos casos de doenças, que podem assumir proporções epidêmicas, está sediada (num processo ainda incompleto de descentralização), a gestão dos seguintes sistemas de informações sobre a situação de saúde:

- **SIM** – Sistema de Informação de Mortalidade;
- **SINASC** – Sistema de Informação de Nascidos Vivos – fornece dados sobre o acompanhamento pré-natal e condições dos nascimentos;
- **SINAN** – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – fornece dados sobre doenças de notificação compulsória como, por exemplo, cólera, coqueluche, dengue, doença meningocócica, hepatite B, malária, AIDS, tétano, tuberculose.

Esses sistemas podem ser acessados no site <http://www.datasus.gov.br>.

Além destes, existem outros sistemas de implantação mais recente, tais como, o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional/SISVAN e o Sistema de Informação de Atenção Básica/SIAB. Apesar de estarem em franco processo de aprimoramento, todos estes bancos, incluindo os mais antigos, têm problemas de subregistro (Carvalho, 1997).

Finalmente, o setor de planejamento é o local onde estes dados podem (ou deveriam) ser encontrados consolidados e melhor integrados em programações anuais com metas pactuadas que os municípios assumem o compromisso de cumprir e, nos Planos Municipais.

## Conclusão

A prestação de serviços no mundo ocidental contemporâneo é resultado de uma longa trajetória histórica. Apesar de pressões no sentido de um recuo na intervenção estatal, tende-se hoje a um olhar mais social, buscando-se, pelo menos no discurso e no plano legal, um consenso em torno da solidariedade e da integralidade como ideais regulatórios dos sistemas de saúde. Mas, os demais olhares, mágico, empírico e o biologicista (ainda hegemônico), estarão também presentes, como parte da construção dessa trajetória.

O modelo proposto por Contandriopoulos (1990) incorpora uma concepção ampliada dos determinantes da saúde influenciada pelo modelo de Lalonde (1974), chamando atenção para o papel limitado do subsistema de atenção. As diferentes modalidades organizacionais nos diferentes países (responsabilidades dos cidadãos e do Estado, regulamentação profissional, tipos de financiamento e pagamento pelos serviços) podem explicar parte das principais diferenças entre os sistemas de saúde, na medida em que influenciam os papéis dos diferentes atores repercutindo na capacidade de gerir os gastos e na eficiência técnica e social dos serviços.

Aliás, é importante atentar para o fato de que a lógica que rege as particularidades funcionais do sistema de saúde pode não necessariamente estar voltada para o bem-estar da população, visto que o comportamento dos diversos (e muitas vezes antagônicos) atores sociais dentro de tal sistema pode direcionar sua dinâmica para outros fins.

No âmbito do que denomina uma *democracia inconclusa*, Gershman (1995) considera que a reforma brasileira mostra-se ainda incompleta, campo de permanente interação de atores sociais. Utiliza o conceito de regimes democráticos, que se refere à capacidade que governo e sociedade possam ter para gerar comportamentos democráticos para além do campo estritamente político. Significa o estabelecimento de novas dimensões nas relações Estado-Sociedade, incluindo direitos e políticas sociais. Considera possível expandir a reprodução da democracia por aproximações sucessivas.

A avaliação de resultados das políticas de saúde, que visam consolidar a reforma, tem demonstrado avanços com maior oferta de serviços de atenção básica e preventiva (MS, 1999, Vianna e Dal Poz, Conill, Freitas & Bacilieri, 2000, 2001), entre outros. A construção de uma esfera pública democrática no setor através da implementação e do fortalecimento de Conselhos de Saúde tem sido importante para assegurar, ainda que num quadro de fortes restrições financeiras, direitos na cobertura com serviços mais abrangentes, além de inovações na gestão (Fleury & Carvalho, 1997).

São vários os mecanismos de regulação existentes e as informações já relativamente abundantes estão ainda dispersas. Há um papel importante da epidemiologia no sentido de integrá-las numa perspectiva abrangente em direção à proposta atual de vigilância da saúde. Esta é uma nova perspectiva de redefinição das práticas, que faz a distinção e assume a importância do controle de determinantes, riscos e danos, com a incorporação de um conjunto ampliado de sujeitos sociais (Teixeira *et alii*, 1998). Um esforço multidisciplinar e interinstitucional de controle e avaliação podem então contribuir para que recuos sejam limitados e avanços mantidos e ampliados.

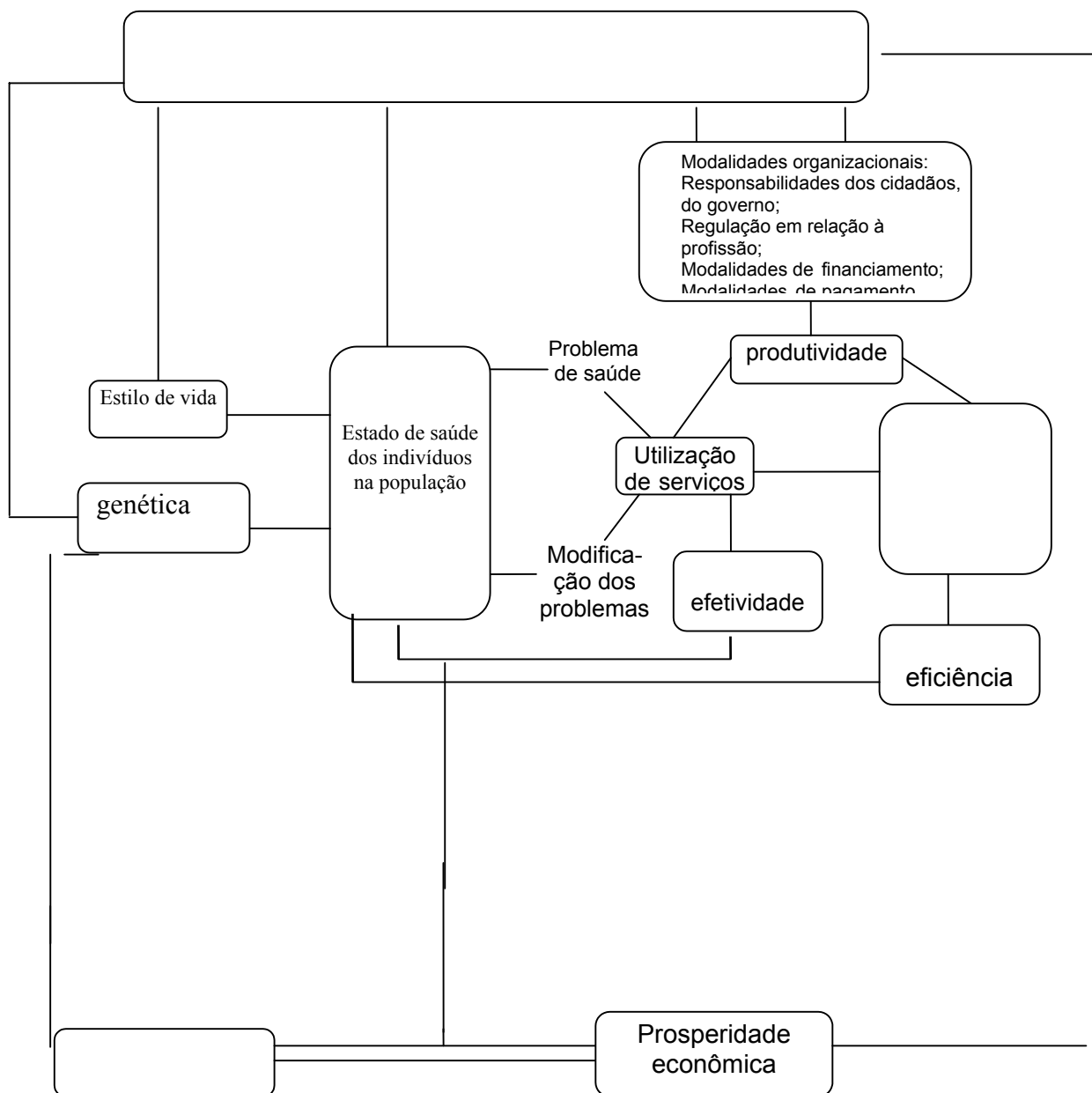
## Bibliografia

- ALMEIDA, C.M.. **As reformas sanitárias dos anos 80: crise ou transição**. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1995.
- ALMEIDA FILHO, N.. *Uma breve história da epidemiologia*. In: **Epidemiologia e Saúde** (Rouquayrol, M.Z. & Almeida Filho, N.), Rio de Janeiro: MEDSI, 1999, p. 1-13.
- BANCO MUNDIAL. **Relatório sobre o desenvolvimento mundial 1993: Investindo em saúde**. Banco Mundial. Washington D.C, 1993.
- BREILH, J.. **Os impasses da modernidade e a nova epidemiologia**. Conferência, IV Rio de Janeiro: Congresso Brasileiro de Epidemiologia, 1998.
- BREILH, J. *Community medicine under imperialism: a new medical police?*. In: **International Journal of Health Services**, 1978, 9: 5-24.
- BUSS, P. M. *Saúde e desigualdade: o caso do Brasil*. In: **Sistemas de saúde, continuidades e mudanças** (Buss, P., M. Labra, M.E., org.), Rio de Janeiro, 1995, p. 60-101.
- CARVALHO, D. M. *Grandes Sistemas Nacionais de Informação em Saúde: Revisão e Discussão da Situação Atual*. In: **Informe Epidemiológico do SUS**, V:7-46. 1997.
- CONILL, E M. **Modelo Assistencial brasileiro: Sistema Único ou Sistema múltiplo de Saúde. Considerações sobre a emergência e a evolução do seguro saúde**

- privado no Brasil.** Relatório de Pesquisa, Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- CONILL, E. M., SOARES G. B. , FREITAS F. L. **Análise da implantação e perfil das práticas do Programa de Saúde da Família no município de Florianópolis – 1994/2000.** Relatório de Pesquisa, Florianópolis: Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, 2000.
- CONILL, E. M., SOARES G. B. , FREITAS F. L. **Análise da implantação e perfil das práticas do Programa de Saúde da Família no município de Florianópolis – 1994/2001: o perfil das práticas.** Relatório de Pesquisa, Florianópolis: Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, 2001.
- CONILL, E. M. *A recente reforma dos serviços de saúde na província do Québec, Canadá : as fronteiras da preservação de um sistema público.* In: **Cadernos de Saúde Pública**, 16:963-971, 2000.
- CONTANDRIOPOULOS, A P., CHAMPAGNE, F., DENIS, J. L., PINEAULT, R. *A avaliação na área da saúde : conceitos e métodos.* In: **Avaliação em Saúde. Dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas** (Hartz, Z.M.A., org.), Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997, p. 29-45.
- CONTANDRIOPOULOS, A.P. *Recherche sur les fondements d'un modèle théorique du système de santé.* Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé, Université de Montréal, 90 (13), 1990.
- CHAMPAGNE, F., CONTANDRIOPOULOS, A.P., DENIS, J.C., LEMAY, A., PINEAULT, R. *Options for health system regulation: the case of the Québec health care reform.* Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé, Université de Montréal, Document 93(04), 1992.
- DEVER, A. *Epidemiologia: enfocando a prevenção.* In: **A Epidemiologia na Administração dos Serviços de Saúde.** (Dever, A.), São Paulo: Prohasa/Livraria Pioneira e Editora, 1988, p. 1-24.
- DONABEDIAN, A. *La calidad de la atención médica. definición y método de evaluación. enfoque básicos para la evaluación.* México: La Prensa Médica Mexicana, 1984.
- DOLL, R., HILL, A.B. *El hábito de fumar y el carcinoma de pulmón: informe preliminar.* In: *El desafío de la epidemiología, problemas y lecturas seleccionadas* (Buck, C., Llopis, A., Najer E. Terris, M.), Washington : OPS, 1988, p.511-529.
- FLEURY, S. **Estado sem cidadãos - seguridade social na América Latina.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.
- FLEURY, S., CARVALHO, A.I. *Municipalização da Saúde e o Poder Local no Brasil.* In: **Jornal do CONASEMS**, 1997, 34:10-12.
- GERSCHMAN, S. **A democracia inconclusa. Um estudo da reforma sanitária brasileira.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.
- GIOVANELLA, L. **Entre a solidariedade e a subsidiariedade, Políticas de contenção no seguro social de doença alemão: “terceira etapa da reforma da saúde”.** Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1998.
- GIOVANELLA, L., LOBATO, L.V. C., CARVALHO, A.I., CONILL, E.M., CUNHA, E.M. **Integralidade da atenção em sistemas municipais de saúde. Metodologia de avaliação e intervenção.** Relatório de pesquisa. Rio de Janeiro: NUPES, Escola nacional de saúde pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2000.
- HARTZ, Z.M. (org). **Avaliação em saúde, dos métodos conceituais à prática na análise da implantação de programas.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

- HORTALE,V. , CONILL, E. M. , PEDROZA, M. *Desafios na construção de um método para análise comparada da organização de serviços de saúde*. In: **Cadernos de Saúde Pública**, 1999, 15:79-88.
- LUZ, M.T. **Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas** (Série Estudos em Saúde Coletiva), nº.62, Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 1993.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da Família: Uma Estratégia para a Reorientação do Modelo Assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa de Saúde da Família - Saúde Dentro de Casa**. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 1998.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria MS/545 de 20/05/93. Norma Operacional Básica SUS 01/1993**. Brasília: Diário Oficial da União, 1993.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria MS/1742 de 30/08/96. Norma Operacional Básica do SUS 01/1996**. Brasília: Diário Oficial da União, 1996.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria MS/95 de 26/01/2001. Norma Operacional de Assistência à Saúde SUS 01/2001**. Brasília: Diário Oficial da União, 2001.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Avaliação da Implantação e Funcionamento do Programa de Saúde da Família**. Brasília: Coordenação da Atenção Básica Secretaria de Assistência à Saúde, 2000.
- NOVAES M. H. *Avaliação de Programas, Serviços e Tecnologias em Saúde*. In: **Revista de Saúde Pública**, 34:547-59.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, (FISE) FONDS DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE. Les soins de santé primaires*. OMS: Genève, *Rapport de la Conférence Internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata(URSS), 6-12 septembre 1978*.
- PIRES, D. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem**. São Paulo: Cortez Editora, 1989.
- ROSEN, G. **Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.
- ROUQUAYROL, M.Z., GOLDBAUM, M. *Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças*. In: **Epidemiologia e Saúde** (Rouquayrol, M.Z. & Almeida Filho, N.), Rio de Janeiro: MEDSI, p. 15-30.
- SILVER, L. *Aspectos metodológicos em avaliação dos serviços de saúde*. In: **Planejamento criativo, novos desafios em políticas de saúde** (Gallo, E., Machado, M.H., Rivera, J.U., org.), Rio de Janeiro: Dumará, 1992, p. 195-209.
- SCLIAR, M. **Do Mágico ao Social**. Porto Alegre: Ed. LPM, 1987.
- SILVA, L. M. V. & FORMIGLI, V. L. *A Avaliação em Saúde : limites e perspectivas*. In: **Cadernos de Saúde Pública**, 1994, 10: 80-89.
- SILVA,N. M., BORINI,O., PIEPER,S. **Manual de controle e avaliação e auditoria em saúde**. Florianópolis: Editora da UFSC, 1996.
- TEIXEIRA,C.,F., PAIM,J.S., VILASBOAS, A L. *SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde*. In: **Informe epidemiológico do SUS**, 1996, 2:7-28.
- VIANNA,A. L.D. DAL POZ, M. R. *A reforma sanitária do sistema de saúde no Brasil e Programa de Saúde da Família*. In: **Physis-Revista de Saúde Coletiva**, 1998, 8:12-48.

**Figura 1: Modelo de Sistema de Saúde**



Fonte: Contandriopoulos, A.P., 1990.

**Quadro1 – Comparação dos enfoques no estudo da trajetória histórico-social dos serviços de saúde**

<b>Enfoques</b>				
<b>Período</b>	<b>Olhar sobre o corpo social (Scliar, 1987)</b>	<b>Desenvolvimento das forças produtivas (Breilh, 1998)</b>	<b>Intervenções do Estado no tecido social (Foucault, 1979)</b>	<b>Racionalidade médica ocidental (Luz, 1993)</b>
<b>Comunidades primitivas</b>	mágico			
<b>Antigüidade clássica (400-200 a.C.)</b>	empírico Escola Hipocrática			1º momento: sistematização do saber / corporação médica
<b>Fim do renascimento e início do classicismo (1500-1600) Manufaturas</b>	primórdios do olhar científico	polícia médica	polícia médica alemã	2º momento: curar menos importante do que produzir conhecimentos sobre doenças
<b>Indústrias (1700-1800)</b>	olhar contábil epidemiológico e armado	polícia médica	normatização institucional, medicina social, medicina urbana	3º momento: clínica, anatomia-patológica, separação entre medicina e arte de curar
<b>Monopolização do capital Período formativo (final de 1800-1900)</b>	olhar armado	início do modelo biomédico, hospitalo-cêntrico intracampo		
<b>Imperialismo (1920-1950)</b>	intensificação do olhar social			4º momento: incorporação da tecnologia, completam-se as cisões: conhecimento x arte de curar; diagnose x terapêutica; agir clínico x relação
<b>Crise e novo momento de internacionalização</b>	recuo do olhar social?	atenção primária: nova polícia médica? epidemiologia do cálculo do mínimo necessário?	medicina comunitária	

## Quadro 2 – Modelos de proteção social

<b>Modalidades</b>	<b>Assistência</b>	<b>Seguro</b>	<b>Seguridade</b>
Denominações	Residual	Meritocrático	Institucional
Ideologia	Liberal	Corporativa	Social-democracia
Princípio	Caridade	Solidariedade	Justiça
Efeito	Discriminação	Manutenção	Redistribuição
Status	Desqualificação	Privilégio	Direito
Finanças	Doações	% Salário	Orçamento Público
Atuária	Fundo	Acumulação	Repartição
Cobertura	Alvos	Ocupacional	Universal
Benefícios	Bens/Serviços	Proporc. Salarial	Mínimo Vital
Acesso	Teste/ Meios	Filiação	Necessidade
Administração	Filantrópico	Corporativo	Público
Organização	Local	Fragmentada	Central
Referência	<i>Poor Laws inglesas</i>	Bismarck	Beveridge
Cidadania	Invertida	Regulada	Universal

Fonte: Fleury, 1994:108