

uma visão
marxista
sobre
atendimento
médico

h. waitzkin

uma visão marxista sobre atendimento médico

traduzido do original:

"A Marxist View of Medical Care"

Annals of Internal Medicine 89:264-273, 1978.

Tradução: Rubens Turkienicz

Revisão: Geraldo Lucchesi

Direitos reservados (reprodução e tradução)

EDITORA AVANTE LTDA.

Rua Itapeva, 23 — Bela Vista
01332 — São Paulo SP

Julho 1980

Impresso no Brasil
Printed in Brazil

Howard Waitzkin, M.D., Ph.D

Massachusetts General Hospital
Boston, Massachusetts, E.U.A.

UMA VISÃO MARXISTA SOBRE ATENDIMENTO MÉDICO

editora avante

são paulo
1980

"A doutrina de Marx suscita, no conjunto do mundo civilizado, a maior hostilidade e o ódio de toda a ciência burguesa (tanto oficial quanto liberal), que vê no marxismo qualquer coisa como uma "seita de malfeteiros". Não se podia esperar outra atitude, pois numa sociedade fundada na luta de classes, não será possível haver ciência social "imparcial". Toda a ciência oficial e liberal defende, de um modo ou de outro, a escravatura assalariada, enquanto que o marxismo declarou uma guerra implacável a essa escravatura. Pedir uma ciência imparcial numa sociedade fundada sobre a escravatura assalariada, é de uma ingenuidade tão pueril como pedir aos fabricantes para serem imparciais na questão de saber se convém diminuir os lucros do capital para aumentar o salário dos operários".

Lenin (1913)

(em "As três fontes e as três partes constitutivas do Marxismo")

sumário

Estudos marxistas sobre atendimento médico enfatizam os aspectos do poder político e da dominação econômica na sociedade capitalista. Apesar do paradigma marxista ter entrado historicamente em eclipse durante o início do século XX, este campo tem se desenvolvido rapidamente durante os últimos anos. O sistema de saúde espelha a estrutura de classes da sociedade através do controle que exerce sobre instituições de saúde, estratificação dos trabalhadores em saúde e mobilidade ocupacional limitada nas profissões de saúde. O capital monopolista manifesta-se através do crescimento dos centros médicos, penetração financeira de grandes corporações e do "complexo médico-industrial".

Recomendações para políticas de saúde refletem os objetivos econômicos e políticos de diversos grupos de interesse. A intervenção do estado no atendimento de saúde geralmente protege o sistema econômico capitalista e o setor privado. A ideologia médica ajuda a manter a estrutura de classes e os padrões de dominação existentes.

Pesquisas comparativas internacionais analisam os efeitos do imperialismo, transformações sob o socialismo e contradições da reforma da saúde nas sociedades capitalistas. A epidemiologia materialista-histórica tem como foco os ciclos econômicos, tensão social, condições de trabalho geradoras de doenças e sexismo.

A praxis de saúde; a união disciplinada entre estudos e ação, implica em defender as "reformas não-reformistas" e tipos concretos de luta política.

índice

o desenvolvimento histórico neste campo - 1

estrutura de classes - 4

surgimento do capital monopolista no setor saúde - 7

políticas dos grupos de interesse - 9

o estado e a intervenção estatal - 10

ideologia médica - 14

comparação internacional de sistemas de saúde - 17

epidemiologia materialista-histórica - 20

praxis de saúde - 22

referências bibliográficas - 27

Este trabalho de revisão faz um levantamento da literatura marxista sobre atendimento médico, que cresce rapidamente hoje em dia. O ponto de vista marxista questiona se os melhoramentos mais importantes no sistema de saúde podem ocorrer sem transformações profundas na ordem social mais ampla. Um avanço neste campo — um postulado que também é aceito por muitos não-marxistas — é que os problemas do sistema de saúde refletem os problemas da sociedade como um todo e não podem ser separados destes.

As análises marxistas sobre atendimento de saúde têm proliferado nos Estados Unidos na última década. Este, entretanto, não é um campo novo de investigação. Sua história inicial e as razões do seu lento crescimento até recentemente devem ser objeto de atenção.

o desenvolvimento histórico neste campo

O primeiro estudo marxista importante sobre atendimento de saúde foi o trabalho "As Condições da Classe Operária na Inglaterra" (1), de Engels, publicado originalmente em 1845, três anos antes de Engels ter sido o co-autor, com Marx, do "Manifesto Comunista" (2). Este livro descreve as perigosas condições de trabalho e moradia que criavam uma saúde precária. Engels atribuiu, em particular, doenças como tuberculose, febre tifóide e tifo à desnutrição, moradia inadequada, reservas de água contaminada e super-concentração de pessoas. A análise de Engels sobre atendimento de saúde era parte de um estudo mais amplo das condições da classe operária sob a industrialização capitalista. Seu enfoque sobre os problemas de saúde, entretanto, teria um efeito profundo sobre o surgimento da medicina social na Europa Oriental, especialmente sobre o trabalho de Rudolf Virchow.

Os estudos pioneiros de Virchow, sobre doenças infecciosas, epidemiologia e "medicina social" (um termo que foi popularizado por Virchow na Europa Ocidental) aparecem muito rapidamente após a publicação do livro de Engels sobre a classe operária inglesa. Virchow mesmo reconhece a influência de Engels sobre seu pensamento (3). Em 1847, por solicitação do governo da Prússia, Virchow investigou uma epidemia muito severa de tifo em uma área rural daquele país. Baseado neste estudo, Virchow recomendou uma série de profundas transformações econômicas, políticas e sociais que incluíam aumento de oferta de empregos, melhores salários, autonomia local de governo, criação de cooperativas agrícolas e uma estrutura progressiva de impostos. Virchow não pedia soluções estritamente médicas, como seriam mais clínicas ou hospitalares. Ao invés disso, ele via as origens de má saúde nos problemas sociais. O enfoque mais razoável sobre o problema das epidemias era, portanto, mudar as condições que permitiam que as mesmas ocorressem (4, 5).

Durante este período, Virchow estava comprometido em combinar seu trabalho médico com atividades políticas. Em 1848 ele participou da primeira revolta operária mais importante em Berlim. No mesmo ano, ele apoiou com vigor os es-

forças revolucionárias de curta vida da Comuna de Paris (6 - 8). Virchow expressou dois aspectos dominantes nas suas investigações científicas e em sua prática política. Primeiro, que a origem das doenças é multifatorial. Dentre os fatores causais mais importantes estão as condições materiais da vida quotidiana das pessoas. Em segundo lugar, que um sistema efetivo de atendimento de saúde não pode limitar-se a tratar os distúrbios patológicos de pacientes individuais. Em lugar disso, o sucesso nas melhorias do sistema de atendimento de saúde devem coincidir com profundas transformações econômicas, políticas e sociais. Estas últimas geralmente incidem sobre os privilégios de riqueza e poder exercido pela classe dominante da sociedade e, por isso, encontram resistências para ocorrer. Assim, segundo o ponto de vista de Virchow, as responsabilidades do cientista médico frequentemente estendem-se à ação política direta.

Depois que as lutas revolucionárias do final dos anos 40 do século XIX foram derrotadas, os governos da Europa Ocidental intensificaram suas políticas sociais conservadoras e muitas vezes repressivas. A análise marxista sobre atendimento de saúde entrou então em um longo período de descenso. Com o início da política reacionária, Virchow e seus colegas passam a ocupar-se com pesquisas laboratoriais relativamente inócuas e com a prática privada.

Durante o final do Século XIX, com o trabalho de Ehrlich, Koch, Pasteur e outros bacteriologistas proeminentes, a teoria do germe tornou-se prevalente e criou uma mudança profunda no diagnóstico médico e nos pressupostos terapêuticos. Surge assim um modelo unifatorial de doença. Cientistas médicos procuravam organismos que causassem infecções e lesões agudas em distúrbios não infecciosos. As descobertas deste período sem dúvida melhoraram a prática médica. Mesmo assim, como foi demonstrado por muitos pesquisadores, a importância histórica destas descobertas foi superada. Os decréscimos mais importantes em mortalidade e morbidade devido a doenças infecciosas, por exemplo, precederam — ao invés de serem uma consequência — o isolamento de agentes etiológicos específicos e o uso de terapias anti-microbianas. Na Europa Ocidental e nos Estados Unidos, melhorias crescentes no tratamento de infecções ocorreram após a introdução de melhores condições sanitárias, fontes regulares de nutrição e outras amplas mudanças ambientais. Na maioria dos casos, as melhorias nos padrões de ocorrência de doenças antecederam os avanços da bacteriologia moderna (9 - 17).

Por que a perspectiva unifatorial da teoria do germe alcançou tamanha proeminência? E por que as técnicas investigatórias que presumem etiologias e terapias específicas tomaram características quase místicas nas ciências e na prática médica até hoje em dia? Um sério reexame histórico da ciência médica do início do Século XX, que tente responder estas questões, recém começou a ser realizado nos últimos anos. Algumas explicações preliminares surgiram; elas focalizam-se nos eventos que levaram e sucederam à publicação do Relatório Flexner (18).

O Relatório Flexner é altamente estimado como um documento que auxiliou a transformar a medicina moderna de um charlatanismo em uma prática responsável. Uma presunção subjacente daquele relatório era a medicina científica baseada em experiências de laboratório, orientada especialmente pelos conceitos e métodos da bacteriologia européia, que produziu uma qualidade superior e uma prática mais efetiva da medicina. Apesar da eficácia relativa das várias tradições médicas (incluindo a homeopatia, a cura popular tradicional, a quiroprática, etc.) jamais haver sido objeto de testes sistemáticos, o relatório argumentava que as escolas médicas não orientadas pela medicina científica não estavam equipadas para ensinar a medicina apoiada em laboratórios. As repercussões do relatório foram rápidas e dramáticas. A medicina científica baseada em laboratórios, tornou-se a norma para a educação, a prática, a pesquisa e a análise médicas.

Estudos históricos recentes não levantam quaisquer dúvidas sobre os princípios do Relatório Flexner, que compreende o dogma amplamente aceito nos últimos cinquenta anos. Estes estudos também documentam o apoio acrítico que as recomendações do Relatório receberam de parte da profissão médica e das grandes instituições filantrópicas privadas (19 - 27). Pelo menos em parte devido a eventos, a orientação marxista sobre atendimento médico permaneceu em eclipse.

Apesar de alguns dos trabalhos de Virchow terem recebido reconhecimento como clássicos, o modelo multifatorial e politicamente orientado que guiou os seus esforços ficou, em sua maior parte, enterrado. Não há dúvida sobre o fato que as perspectivas marxistas tiveram impactos importantes sobre o atendimento de saúde fora da Europa Ocidental e dos Estados Unidos. Por exemplo, Lenin aplicou esta perspectiva no início da construção do sistema de saúde Soviético (28). O tratado sobre a economia política do atendimento de saúde escrito por Salvador Allende quando ele trabalhava como médico sanitário, exerceu uma grande influência sobre os programas de saúde latino americanos (29). O cirurgião canadense Norman Bathurst contribuiu com análises da tuberculose e de outras doenças, assim como sobre o envolvimento político direto, que influenciaram o curso da medicina pós-revolucionária chinesa (30 - 32). A análise de Che Guevara sobre as relações entre política, economia e cuidados de saúde — surgidos parcialmente de sua experiência como médico — ajudaram a dar forma ao sistema médico cubano (33 - 34).

Refletindo talvez a fermentação política do final dos anos 60 e da ampla insatisfação existente com relação a vários aspectos dos sistemas modernos de saúde (35), o conhecimento marxista mais sério sobre atendimento de saúde começou a crescer rapidamente. Trabalhos mais recentes foram iniciados na Europa Ocidental (36 - 37) e espalharam-se pelos Estados Unidos com a publicação do artigo pioneiro de Kelman em 1971 (38). As seções seguintes desta revisão focalizam áreas atuais de pesquisa e análise neste sentido.

estrutura de classes

As definições de Marx sobre classe social enfatizam as relações sociais da produção econômica. Ele nota que um grupo de pessoas — a classe capitalista, a burguesia — é proprietária ou tem controle (ou ambos) dos meios de produção: as máquinas, fábricas, terras e matérias-primas necessárias para manufacturar-se produtos para o mercado. A classe trabalhadora, ou proletariado, que não é proprietária nem controla os meios de produção, é obrigada a vender seu trabalho por salários. Mas o valor do produto feito pelos trabalhadores é sempre maior do que o salário (39). Os trabalhadores são forçados a entregar os bens produzidos por eles ao capitalista; ao perder o controle do seu próprio processo produtivo, os trabalhadores tornam-se subjetivamente "alienados" do seu trabalho (40). A "mais-valia" — a diferença entre o salário pago aos trabalhadores e o valor do produto que eles criam — é a base objetiva do lucro do capitalista. A "mais-valia" é também a origem estrutural da "exploração"; ela motiva o capitalista a manter baixos os salários, a mudar o processo de produção (através da automatização e de novas técnicas, supervisão mais estrita, extensão da jornada de trabalho ou de horas-extras, aumento de velocidade na linha de montagem e condições perigosas de trabalho) e a resistir às tentativas organizadas dos trabalhadores para conquistar salários mais altos ou maior controle sobre os locais de trabalho (41).

Apesar de reconhecerem as mudanças históricas ocorridas desde o tempo de Marx (42 - 51), estudos marxistas recentes têm reafirmado a existência de estruturas de classe altamente estratificadas nas sociedades capitalizadas avançadas e nas nações do Terceiro Mundo (52 - 54). Outro tópico de grande interesse é a persistência ou o reaparecimento da estrutura de classes — geralmente baseada na especialização e no profissionalismo — em países onde houve revoluções socialistas (55 - 56); um capítulo posterior da presente revisão focaliza este problema. Estas análises teóricas empíricas mostram que as relações econômicas de produção continuam a ser a base primária da estrutura de classes e um foco razoável para estratégias de transformação (57 - 59).

TABELA n.º 1: Composição social de Classe da força de trabalho dos Estados Unidos e das instituições de saúde americanas.

	Classes*			
	Executivos de Corporações	Média Alta	Média Baixa	Operários
	%			
Força de Trabalho dos EUA	1	20	30	49
Executivos				
— Fundações	70	30	—	—
— Instituições privadas de ensino médico	45	55	—	—
— Instituições estatais de ensino médico	20	70	10	—
— Hospitais voluntários de Caridade	5	80	10	5

* Ver para definições o texto: NAVARRO, V.; *Social policy issues: an explication of the composition, nature and functions of the present health sector of the United States. Bull. NY Acad Med. 51: 129 - 234, 1975 (Referência 60).*

As definições de Miliband (59) sobre classes sociais fornecem um esqueleto para a pesquisa marxista sobre a estrutura de classes no sistema de saúde. Esta pesquisa mostra que o sistema de saúde é uma imagem virtual da estrutura social mais ampla (60 - 63).

A "classe de executivos de corporações" inclui os maiores proprietários e controladores das riquezas. Eles perfazem 1% da população e são proprietários de 80% de todas as ações de corporações privadas e de letras e valores dos governos estaduais e locais; a média dos seus rendimentos anuais (estimativas de 1975) é de US\$ 114 mil a US\$ 142 mil. A "classe operária", no outro oposto da escala, perfaz 49% da população; é composta de trabalhadores manuais, de serviços, e trabalhadores rurais e geralmente ganham uma média de US\$ 8.500,00 por ano, ou menos. Entre estas duas classes polares estão a "classe média alta" (profissionais como médicos, advogados e outros, compreendendo 14% da população e ganhando cerca de US\$ 25.600,00 anuais cada; e de executivos de nível médio, 6% da população, que ganham cerca de US\$ 22.700,00 por ano cada um); e a "classe média baixa" (donos

de lojas, autônomos, artesãos, técnicos, perfazendo 7% da população, ganhando cerca de US\$ 12.100 por ano cada um). Apesar destas definições fornecerem descrições resumidas de uma realidade social muito complexa, elas são úteis para a análise de manifestações da estruturação de classes no sistema de saúde.

controle sobre instituições de saúde

Navarro (60 - 62) documentou o penetrante controle que os membros das classes de executivos e classe média alta exercem dentro dos organismos decisórios das instituições de saúde americanas (Tabela n. 1). Estas classes predominam nos conselhos administrativos das fundações privadas do sistema de saúde, instituições privadas e estatais de ensino médico e hospitais de caridade locais. Somente nas administrações de instituições estatais de ensino e nos hospitais de caridade é que membros da classe média baixa ou da classe operária têm alguma representação considerável; mesmo aí, a participação destas classes é muito inferior à sua proporção na população geral. Pesquisas locais mostram que o controle das instituições de saúde em muitos lugares dos Estados Unidos (referências podem ser fornecidas a pedido) está nas mãos de corporações. Navarro argumenta, baseado parcialmente nestas observações, que o controle sobre as instituições de saúde reflete os mesmos padrões de dominação de classe que foram levantados em outras áreas da vida econômica e política dos Estados Unidos.

estratificação dentro das instituições de saúde

Como membros da classe média alta, os médicos ocupam o estrato mais alto entre os trabalhadores de instituições de saúde. Sendo 7% da força de trabalho de saúde, os médicos recebem um salário médio líquido (aproximadamente US\$ 53.000,00 cada um por ano) que os coloca nos 5% superiores da distribuição de renda nos Estados Unidos. Abaixo dos médicos e administradores profissionais estão os membros da classe média baixa: enfermeiras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e técnicos; estes últimos perfazem 20% da força de trabalho em saúde, são na sua maioria mulheres, e ganham em média US\$ 8.500,00 por ano cada um. Na base da hierarquia institucional estão os funcionários administrativos, auxiliares, atendentes e pessoal de cozinha e limpeza, que são a classe operária do sistema de saúde; estes ganham cerca de US\$ 5.700,00 por ano cada um, representam 54% da força de trabalho em saúde, sendo deles 84% mulheres e 30% negros (60 - 63).

Estudos recentes analisam as forças do profissionalismo, elitismo e especialização que dividem os trabalhadores em saúde uns dos outros e que os impedem de realizar interesses comuns. Estes padrões afetam os médicos (64), enfermeiras (65 - 66), e trabalhadores técnicos e de serviços, sendo que estes últimos são o setor

de crescimento mais rápido da força de trabalho em saúde (62 - 72). Burocratização, sindicalização, intervenção estatal e a "proletarização" potencial dos trabalhadores profissionais de saúde poderão alterar os futuros padrões de estratificação (73).

mobilidade ocupacional

A mobilidade de classes é bastante temida nas posições profissionais de saúde. Pesquisas sobre a origem de classe de médicos nos Estados Unidos e na Inglaterra mostram uma representação consistentemente pequena das classes média baixa e operária entre estudantes de medicina e médicos praticantes (23, 24, 74 e 75): nos Estados Unidos há documentação histórica disponível para acompanhar as mudanças de mobilidade de classes durante o Século XX. Como foi descoberto por Ziem (23 - 24), apesar de alguns melhoramentos recentes com relação a outros grupos prejudicados, como os negros e as mulheres, o recrutamento de estudantes de medicina vindos da classe operária tem sido muito limitado desde logo após a publicação do relatório Flexner. Em 1920, 12% dos estudantes de medicina advinham de famílias operárias; esta percentagem permanece quase a mesma até hoje.

surgimento do capital monopolista no setor saúde

Nos últimos cem anos, o capital econômico tem se concentrado cada vez mais em um pequeno número de companhias - os monopólios. O capital monopolista surge praticamente em todas as nações capitalistas avançadas, onde o processo de monopolização reforçou o lucro das corporações privadas (70, 76 - 78). (De uma maneira muito diferente, a monopolização também ocorreu nos países socialistas, onde o Estado é proprietário dos maiores ativos de capital e limita muito o lucro privado). O capital monopolista tornou-se uma característica proeminente da maioria dos sistemas de saúde e manifesta-se de diversas maneiras.

centros médicos

Desde cerca de 1910, vem ocorrendo um crescimento contínuo dos centros médicos, geralmente em associação com universidades. Há uma grande concentração de capital nestes centros médicos, que tem uma forte orientação para o uso de tecnologia avançada. Médicos praticantes recebem treinamento onde há tecnologia disponível e nos lugares onde a especialização é altamente valorizada. Como resultado parcial disto, os trabalhadores de saúde muitas vezes relutam em exercer suas profissões em áreas que não oferecem fácil acesso a centros médicos. O crescimento praticamente irrestrito dos centros médicos, associado com seu importante papel na educação médica e o "imperativo tecnológico" que os mesmos estimulam, contribuem para a má distribuição de trabalhadores e instalações de saúde nos Esta-

dos Unidos como um todo e também dentro de regiões do país (38, 64).

capital financeiro

O capital monopolista também se faz presente em bancos, fundos financeiros e companhias de seguro, que são as corporações mais lucrativas sob o capitalismo. Por exemplo: em 1973, o fluxo de dinheiro aplicado em seguros de saúde através de companhias de seguro privadas foi de US\$ 29 bilhões, perfazendo cerca da metade de todos os tipos de seguros vendidos naquele ano nos Estados Unidos. O Capital é altamente concentrado nas companhias de seguro comerciais; cerca de 60% da indústria de seguros de saúde é controlado pelas 10 maiores companhias seguradoras. A "Metropolitan Life" e a "Prudential" (grandes companhias privadas de seguro americanas) controlam, cada uma, mais de US\$ 30 milhões em valores, mais do que a "General Motors", a "Standard Oil of New Jersey" ou a "International Telephone and Telegraph" (60).

O capital financeiro desempenha um papel proeminente nas atuais propostas de reforma na saúde. A maioria dos planos destinados a um seguro nacional de saúde (tipo INAMPS) permitiriam às companhias de seguro continuarem a desempenhar seu papel atual (79 - 80). Mais do que isso, o investimento das corporações para a manutenção de instituições de saúde está aumentando, sob o pressuposto de que o sistema nacional de seguro de saúde, quando ativado, assegurará o lucro destas empresas (81).

o "complexo médico-industrial"

O "complexo militar-industrial" forneceu um modelo de penetração industrial para o sistema de saúde e popularizou o termo "complexo médico-industrial". Investigações realizadas pelo "Health Policy Advisory Center" (Centro de Assessoramento de Política de Saúde) (82, 83) e outros enfatizam que a exploração da doença para a produção de lucro privado é uma característica fundamental dos sistemas de saúde em sociedades capitalistas avançadas (64). Relatórios recentes têm criticado as indústrias farmacêuticas e de equipamentos médicos por suas práticas de propaganda e comercialização (82, 80), seus preços e suas tramarias com patentes (87), pela comercialização de drogas no Terceiro Mundo antes de ter sua segurança testada (88, 89) e pela promoção de diagnósticos caros e inovações terapêuticas cuja eficácia não foi demonstrada através de testes controlados (13, 90 - 93).

Neste sentido, a análise "custo-eficácia" tem resultado em avaliações úteis sobre diversas práticas médicas e tomadas de decisões clínicas, baseadas parcialmente em uma análise do custo com relação a sua eficácia (94 - 100). Apesar de reconhecerem sua contribuição, os pesquisadores marxistas têm criticado o enfoque cus-

to-eficácia devido a que o mesmo levanta algumas questões a um nível errado de análise. Este enfoque geralmente não ajuda a esclarecer a dinâmica global dos sistemas de saúde que estimulam a adoção de inovações tecnológicas caras e ineficazes. As práticas avaliadas pela pesquisa do tipo custo-eficácia geralmente surgem juntamente com o crescimento do capital monopolista no sistema de saúde. Inovações caras muitas vezes estão ligadas à expansão dos centros médicos, à penetração do capital financeiro no sistema de saúde e à promoção de novas drogas e equipamentos por parte das indústrias médicas. A pesquisa custo-eficácia e a análise de tomada de decisões clínicas permanecem incompletas se não consideram as tendências políticas e econômicas mais abrangentes que provocam a ocorrência das aparentes irracionalidades do atual sistema de saúde (90).

política dos grupos de interesse

Marx argumentava que a posição de classe e os recursos econômicos geralmente determinam o poder político. Ele salientou que a classe economicamente dominante é composta por vários grupos que têm, às vezes, interesses diferentes. Apesar destes grupos unirem-se quando enfrentam ameaças básicas vindas da classe operária, os seus interesses variados geram contradições que podem fornecer um foco para uma estratégia política (101 - 105). Em estudos sobre atendimento de saúde, a análise da política de grupos de interesse tem sido centralizada principalmente nos Estados Unidos e na Grã-Bretanha (106 - 110). Este enfoque desmistifica as recomendações políticas de muitos grupos que defendem reformas na saúde. Dentro desta perspectiva, os pontos de vista e propostas destes grupos refletem, na sua maioria, os seus próprios interesses econômicos e políticos, ao invés da simples preocupação em melhorar o sistema de saúde.

A pesquisa de Alford (106, 107) define os três maiores grupos de interesse que concorrem entre si para conseguir poder e riquezas. Os monopolistas profissionais incluem médicos, especialistas e trabalhadores em pesquisa de saúde de escolas médicas, universidades ou da prática particular. A maior consequência da atividade destes é uma "contínua proliferação de programas e projetos" que "fornece uma fachada simbólica de legitimidade, enquanto mantém as relações de poder" no sistema de saúde. Os racionalizadores de corporações são pessoas que se encontram nos principais postos das organizações de saúde: administradores de hospitais, decanos de escolas médicas e autoridades de saúde pública. O efeito mais abrangente da atividade dos racionalizadores de corporações, segundo Alford, é o de complicar e tornar mais complexas as estruturas burocráticas do sistema de saúde. Um terceiro grupo de interesse é a variada população comunitária que na verdade precisa dos serviços de saúde e é afetada pela falta dos mesmos. Alford observa, no geral, que os esforços deste último grupo de interesse significa que seus líderes podem assumir postos simbólicos em conselhos consultivos ou em agências de planejamento, sem realmente mudar as estruturas de poder.

A análise dos grupos de interesse político demonstrou-se útil para a compreensão de controvérsias locais tais como tentativas de exercer controle comunitário sobre instituições de saúde (111); em conflitos entre diretorias executivas, administradores e equipes profissionais de hospitais (112); em falhas no planejamento e regulamentação de programas abrangentes de saúde (113 - 116); e na expansão de instituições médicas em áreas residenciais urbanas (117 - 120). Uma perspectiva similar levou a ter-se um quadro mais claro das decisões de política nacional de saúde como, por exemplo, aquelas concernentes à pesquisa sobre o câncer (121, 122) e à legislação de saúde ocupacional (83, 123).

As implicações destes estudos com relação a reformas dentro do atual sistema tendem a ser pessimistas. Devido ao fato que "a estrutura institucional e de classe cria e mantém o poder dos profissionais monopolistas e dos racionalizadores de corporações", diz Alford, "não há possibilidades de mudanças sem a presença de um movimento social político que rejeite a legitimidade da base econômica e social da política pluralista" (106).

o estado e a intervenção estatal

Dado que o Estado compreende as maiores instituições de poder político, sua importância é óbvia. O Estado geralmente age para reprimir mudanças sociais ou ações políticas revolucionárias que ameacem o atual sistema em qualquer de seus fundamentos. Depois das revoluções socialistas, o aparato estatal deve continuar existindo por um longo período, porém com funções muito modificadas. Antes de focalizarmos o atendimento de saúde, faz-se necessário uma breve descrição e definição do Estado.

Marx e Engels enfatizaram o papel crucial do governo na proteção do sistema econômico capitalista e dos interesses da classe capitalista. A famosa homília do "Manifesto Comunista" era que "O Estado é o comitê executivo da burguesia" (2). Lenin (124) concluiu que a classe capitalista forçosamente interviria no sentido de bloquear qualquer vitória eleitoral que ameacasse seriamente o sistema da propriedade privada. Analistas mais recentes estudaram os padrões estruturais que preservam a dominação da classe capitalista sobre as decisões do Estado (53, 59); os mecanismos através dos quais o Estado facilita saídas para as crises recorrentes do sistema capitalista (125 - 127); e as técnicas ideológicas através das quais o Estado reforça o conformismo popular (128, 129).

Neste sentido, a seguinte definição — ainda que limitada pela complexidade do assunto — faz-se adequada: o Estado abrange as instituições públicas interligadas que agem para preservar o sistema econômico capitalista e os interesses da classe capitalista. Esta definição inclui os ramos executivos, legislativos e judiciários de governo; inclui as forças armadas e o sistema de justiça criminal — todos os quais

detêm graus diversos de poder coercitivo. Também inclui instituições relativamente não-coercitivas nos sistemas de educação, assistência social e atendimento de saúde. Através destas instituições não-coercitivas, o Estado oferece serviços e transmite mensagens ideológicas que legitimam o sistema capitalista. Principalmente em períodos de crises econômicas, o Estado pode usar estas mesmas instituições para fornecer subsídios públicos à empresa privada.

a contradição privado-público

Dentro do sistema de saúde, o "setor público" — como parte do Estado — opera através dos orçamentos públicos e emprega trabalhadores de saúde nas instituições públicas. O "setor privado" baseia-se na prática clínica e nas companhias que manufacturam os produtos médicos e que controlam o capital financeiro. Nações diversas variam muito dentro da dualidade privado-público. Nos Estados Unidos, um setor privado dominante co-existe com um setor público que cresce em grandes proporções. O setor público é até maior na Grã-Bretanha e nos países escandinavos. Em Cuba e na China, o setor privado foi virtualmente eliminado (64).

Um tema geral da análise marxista é que o setor público absorve os recursos públicos e o tempo de trabalho dos trabalhadores de saúde em benefício do lucro privado e em detrimento dos pacientes que usam o setor público. Esta estrutura ajuda a explicar alguns dos problemas que surgiram em países como a Grã-Bretanha (75) e Chile (130, 131), onde os setores privados continuaram a existir depois da efetivação de serviços nacionalizados de saúde. Naqueles países, profissionais praticantes receberam incentivos para aumentarem o âmbito da prática privada, que eles muito comumente exerciam dentro de hospitais e clínicas estatais. Nos Estados Unidos, a expansão dos programas de pagamento público tais como "Medicare" e "Medicaid" resultaram no aumento dos subsídios públicos, bem como nos abusos destes programas por parte de práticas individuais (64).

Problemas similares minaram outros programas públicos de saúde. Estes programas freqüentemente obtinham recursos através de taxação regressiva, colocando contribuintes de baixa renda em desvantagem relativamente (79) aos mais ricos. Da mesma maneira, as deficiências dos planos de seguros-saúde da "Blue Cross" e "Blue Shield", advêm na sua maior parte do fracasso das agências regulamentadoras estatais em controlar os pagamentos a praticos e hospitais do setor privado (132). Quando efetivados, os seguros nacionais de saúde também usam recursos públicos para reforçar e fortalecer o setor privado, ao assegurarem pagamentos para hospitais e médicos individuais e, possivelmente, ao permitirem a continuação do papel das companhias de seguro comercial (64, 89).

Nos Estados Unidos, os problemas da contradição privado-público estão tornando-se mais agudos. Na maioria das grandes cidades, os hospitais públicos so-

frem com cortes de verbas, fechamentos ou transformação em propriedade e controle privado. Esta tendência aumenta as dificuldades dos pacientes de baixa renda em encontrarem atendimento de saúde adequado (133). Isto também reforça a tendência dos hospitais privados em "jogar" pacientes de baixa renda para instituições públicas (134).

funções gerais do estado no sistema de saúde

As funções do Estado no sistema de saúde têm aumentado em âmbito e complexidade. Em primeiro lugar, através do sistema de saúde, o Estado age no sentido de legitimar o sistema econômico capitalista baseado na propriedade privada (135, 136). A história dos programas de saúde pública e assistência social mostra que as despesas estatais geralmente aumentam durante períodos de protesto social e diminuem à medida que o descontentamento diminui (137, 138). Recentemente, um comitê do Congresso Americano resumiu os resultados de pesquisas de opinião pública que revelaram um profundo nível de descontentamento com relação ao governo e especialmente com relação ao papel dos interesses comerciais na política governamental: "cidadãos que pensavam que algo estava "profundamente errado" com seu país tornaram-se uma maioria nacional . . . E, pela primeira vez nos últimos dez anos de amostragem de opinião pública feita pela Harris Survey, a tendência crescente de desilusão da opinião pública com relação ao governo incluiu mais da metade dos americanos" (139). Sob tais circunstâncias a reação previsível do Estado é a de expandir os seus programas de saúde e assistência social. Estas reformas incrementais reduzem, pelo menos parcialmente, a crise de legitimidade do sistema capitalista ao restaurar a confiança de que o sistema pode atender às necessidades básicas do povo. Os ciclos de atenção política devotada ao programa de seguro nacional de saúde nos Estados Unidos parecem corresponder aos ciclos de descontentamento popular (135). Cortes recentes nas verbas destinadas aos serviços públicos de saúde para pacientes de baixa renda seguem o declínio do protesto social feito por grupos de baixa renda desde os anos 60.

A segunda função principal do Estado no sistema de saúde é a de proteger e reforçar mais diretamente o setor privado. Como foi salientado anteriormente, a maioria dos planos de seguro nacional de saúde permitiriam um papel proeminente e lucros continuados para a indústria privada de seguros, especialmente na administração de pagamentos, contabilidade e coleta de dados (64, 80, 140). A participação das corporações nas novas iniciativas de saúde patrocinadas pelo Estado — incluindo-se aí a manutenção de organizações de saúde, programas de triagem preventiva, componentes computarizados para organizações de revisão de padrões profissionais, desenvolvimento de programas e protocolos para treinamento de profissional e recursos audiovisuais para programas de educação de paciente — está resultando em grandes fontes de crescentes lucros (81, 141).

Uma terceira (e mais sutil) função do Estado é o reforço das estruturas dominantes na medicina clínica e científica, que são coerentes com o sistema econômico capitalista e com a supressão de estruturas alternativas que possam ameaçar o sistema. O governo dos Estados Unidos têm dado recursos generosos para a pesquisa de fisiopatologia e tratamento de agentes específicos de doenças. Até os críticos do próprio governo reconhecem que o enfoque centrado em doenças reduziu o nível de análise ao organismo individual e, muitas vezes de forma não apropriada, tem estimulado a busca de origens unifatoriais de doenças, ao invés da investigação multifatorial (142). Pesquisas mais recentes, cuja análise enfatiza a importância do "modo de vida" individual como origem de doenças (14, 143, 144), têm recebido atenção especial das agências governamentais dos Estados Unidos e do Canadá (145, 146). Diferenças individuais de hábitos pessoais, é claro, afetam a saúde em todas as sociedades. Por outro lado, o argumento sobre o modo de vida, talvez mais do que a ênfase anterior em causas específicas, obscurece importantes fontes de doenças e mutilações encontradas no processo de produção capitalista e no ambiente industrial; ele também coloca o fardo da saúde diretamente em cima do indivíduo, ao invés de buscar soluções coletivas para os problemas de saúde (147, 148).

Os aspectos cuja importância o Estado reduziu nos seus programas de pesquisa e desenvolvimento merecem ser mencionados. Por exemplo, baseado em dados disponíveis, estima-se que nas sociedades industrializadas do Ocidente os fatores ambientais estão incluídos na etiologia de aproximadamente 80% de todos os cânceres (149). Na sua sessão sobre "Saúde e Trabalho nos Estados Unidos", a Associação Americana de Saúde Pública produziu em 1975 uma exaustiva documentação sobre carcinógenos ocupacionais comuns (150). Um grupo de trabalho do Departamento de Saúde, Educação e Assistência Social sobre "Trabalho nos Estados Unidos", publicado por uma editora não-governamental em 1973, relata: "Em um impressionante estudo de 15 anos de duração sobre o envelhecimento, o indicador mais forte de longevidade encontrado foi a satisfação no trabalho. O segundo melhor indicador foi a "felicidade" geral . . . Outros fatores são indubitavelmente importantes — tipo de alimentação, exercício, cuidados médicos, e heranças genéticas. Mas os resultados da pesquisa sugerem que estes últimos fatores podem responder somente por 25% dos fatores de risco das doenças cardíacas, que é a maior causa mortis individual . . ." (151). Estas descobertas são ameaçadoras para a atual organização da produção capitalista. Elas receberam pouca atenção ou apoio das agências estatais. Uma estrutura para investigação clínica que ligue a doença diretamente à estrutura capitalista tende a receber a indiferença e o desincentivo ativo do Estado.

limites e mecanismos da intervenção estatal

A intervenção estatal enfrenta certas restrições estruturais. Resumindo muito simplesmente, estes limites restringem a intervenção do Estado à políticas e programas que não conflituem com os fundamentos do processo econômico capita-

lista, baseado no lucro privado, ou com os interesses concretos da classe capitalista durante períodos históricos específicos.

"Mecanismos de seleção negativa" são formas de intervenção estatal que excluem inovações ou atividades que desafiam o sistema capitalista (125, 126). Por exemplo, as agências estatais podem decretar uma legislação para a saúde ocupacional e regulamentos para cumprimento da mesma. No entanto, estas reformas nunca alcançarão um nível suficientemente estrito para interferir na lucratividade de indústrias específicas. Também não ocorrerá a propriedade estatal de indústrias responsáveis por doenças ocupacionais ou ambientais, pelo menos em grau importante (135).

A seleção negativa também é aplicada à potencial estatização do sistema de saúde como um todo. Na maioria das sociedades capitalistas, o Estado geralmente se opõe à mudanças estruturais que prejudiquem a prática médica privada, o controle privado da maioria dos hospitais e a lucratividade das indústrias farmacêuticas, de equipamentos médicos, de seguro e outras que operam no sistema de saúde. Ao mesmo tempo que exclui a possibilidade de estatização através da seleção negativa, o Estado patrocina reformas significativas que controlam os excessos ocorridos em cada uma destas esferas, mantendo assim a legitimidade do todo. Um exemplo de seleção negativa são as deliberações do Congresso americano, que excluem sistematicamente quaisquer considerações sérias sobre um serviço nacional de saúde (ao invés de um plano nacional de seguro de saúde) que possa questionar a adequação da prática médica privada ou propor a estatização dos hospitais (152). Outro exemplo são as regras governamentais para indústrias de drogas e seguros: afora seus efeitos errantes, as regras estatais eliminam a possibilidade de instituir-se a propriedade pública destas indústrias.

O Estado também pode usar "mecanismos de seleção positiva" que promovam e patrocinem políticas de fortalecimento do sistema de empresa privada e os interesses do capital (125, 126). A seleção positiva de reformas financeiras tais como o seguro saúde, por exemplo, contrastam agudamente com a exclusão de reformas organizativas que possam transformar as estruturas políticas e econômicas mais amplas do atual sistema (135).

ideologia médica

Ideologia é um conjunto intrincado de ideais e doutrinas que forma a perspectiva distintiva de um grupo social. Marx introduziu a noção de distinção entre dois níveis da estrutura social. A "infraestrutura", ou "base econômica" compreende as relações concretas da produção econômica; a classe social, determinada pela propriedade ou controle dos meios de produção (ou ambos) é a característica fundamental da infraestrutura. Por outro lado, a "super-estrutura" inclui instituições governamentais e legais, bem como as ideologias dominantes em um determi-

nado período (39) histórico, segundo a perspectiva de Marx, surgem principalmente das forças econômicas; este "determinismo econômico" dá importância causal à esfera da produção e da luta de classes. Assim, a infra-estrutura econômica determina as características específicas da super-estrutura. A ideologia e outras partes da super-estrutura, entretanto, servem para sustentar e reproduzir as relações sociais de produção e, especialmente os padrões de dominação (153, 154). Os analistas marxistas enfatizam a sutil "hegemonia ideológica" através da qual as instituições da sociedade civil (escola, igreja, família etc.) divulgam idéias e crenças que apoiam a ordem estabelecida (129, 155); enfatizam os "aparatos ideológicos" que a classe capitalista usa para preservar seu poder de Estado (128) e as características ideológicas da ciência moderna que legitimam as decisões de política social feitas por "especialistas" a serviço dos interesses da classe dominante (156).

Juntamente com outras instituições como o sistema educacional, a família, os meios de comunicação e as religiões organizadas, a medicina divulga uma ideologia que ajuda a manter e reproduzir a estrutura de classes e os padrões de dominação. As características ideológicas da medicina não diminuem o valor dos esforços de indivíduos que usam os métodos aceitos atualmente no seu trabalho clínico e de pesquisa. A ideologia médica, entretanto, quando analisada como parte da super-estrutura social mais ampla, tem ramificações sociais importantes, que vão além da própria medicina (157). Estudos recentes identificam alguns componentes da ideologia médica moderna.

os distúrbios da homeostase biológica são iguais à quebra de máquinas

A ciência médica moderna tem uma visão mecanicista do organismo humano. O treinamento avançado dos profissionais da saúde permite o reconhecimento de causas e tratamentos específicos para os distúrbios físicos. A visão mecanicista do corpo humano desvia a atenção da origem multifatorial, especialmente nas doenças que advêm do ambiente, do processo de trabalho ou da tensão social. Ela também reforça a ideologia generalizável, que atribui valores positivos à tecnologia industrial usada sob controle especializado (5, 135, 158, 159).

a doença é um problema do indivíduo

O modelo unifatorial de doença contém pressupostos reducionistas, pois centra-se no indivíduo ao invés das condições geradoras de doença da sociedade. Mais recentemente, um enfoque reducionista parecido descobriu fontes de doença no modo de vida individual. Em ambos casos, a responsabilidade pela doença e pela cura fica a nível individual, ao invés do coletivo. Neste sentido, a ciência médica não oferece nenhuma apreciação crítica básica da estrutura de classes nem das relações

de produção, nem mesmo das suas implicações sobre saúde e doença (135, 159).

a ciência permite o controle racional dos seres humanos

As ciências naturais conduziram-nos a um maior controle sobre a natureza. Da mesma forma, é muitas vezes presumido que a medicina moderna, através da correção dos defeitos dos indivíduos, pode aumentar o controle sobre os mesmos. A busca de uma força de trabalho confiável tem sido uma motivação para a sustentação da medicina moderna pelos interesses econômicos capitalistas (19, 26). A emissão de atestados médicos de doenças têm, historicamente, sido expandida ou contraída a fim de atender às necessidades de força de trabalho da indústria (160, 161). Assim, a medicina é vista como contribuinte para o governo racional da sociedade; os princípios de administração são cada vez mais aplicados à organização do sistema de saúde (113, 115).

muitos aspectos da vida são adequados à administração médica

Este pressuposto ideológico conduziu à uma expansão da função de controle social da medicina. Muitos comportamentos que não aderem às normas sociais têm se tornado apropriados para uma administração feita pelos profissionais de saúde. A "medicalização dos desvios" e o papel dos profissionais de saúde enquanto agentes de controle social tem merecido atenção crítica (14, 64, 162, 166). A administração médica sobre dificuldades de comportamentos tais como hiper-atividade e agressão muitas vezes coincide com tentativas de encontrar lesões biológicas específicas associadas a estes comportamentos (167, 171). Do ponto de vista histórico, a função de controle social da medicina tem sido expandida em períodos de intenso protesto social ou de mudanças sociais rápidas (172).

a ciência médica é ao mesmo tempo esotérica e "excelente"

Segundo este princípio ideológico, a ciência médica envolve um corpo de conhecimentos avançados e de padrões de excelência tanto em pesquisa quanto na prática clínica. Devido ao fato do conhecimento científico ser esotérico, um grupo de profissionais tende a ter posições de elite. Sem este conhecimento, pessoas comuns tornam-se dependentes dos profissionais para a interpretação dos dados médicos. O sistema de saúde, conseqüentemente, reproduz os padrões de dominação das decisões tomadas por "especialistas" nos locais de trabalho, no governo e em outras áreas da vida social (173, 174). A ideologia da excelência ajuda a justificar estes pa-

drões. Apesar da qualidade de muitas pesquisas e práticas médicas estarem longe de serem excelentes, esta contradição foi recentemente caracterizada como "a decepção da excelência" na medicina (175). Ironicamente, uma ideologia de excelência parecida com esta foi usada como justificativa para o surgimento de novas hierarquias de classes baseadas em especialização em alguns países, como a União Soviética, que passaram por revoluções socialistas. Outros países como a República Popular da China tentaram superar estes pressupostos ideológicos e desenvolveram uma "medicina popular" menos esotérica (176).

Estudos sobre ideologia médica centram-se em declarações de líderes da profissão (feitas em publicações profissionais ou através dos meios de comunicação), bem como de autoridades estatais de corporações cujas organizações regulam ou patrocinam atividades médicas (177). Os profissionais da saúde, no entanto, também expressam mensagens ideológicas na sua interação cara-a-cara com os pacientes (160 - 163). A transmissão de mensagens ideológicas na interação médico-paciente é objeto de pesquisas empíricas que estão sendo feitas atualmente (178 - 180).

comparação internacional dos sistemas de saúde

Os estudos marxistas tem sido centrados em três tópicos desta área: o imperialismo, a transição para o socialismo e as contradições das reformas capitalistas.

atendimento de saúde e imperialismo

O imperialismo pode ser definido como a expansão do capital além das fronteiras nacionais, bem como os efeitos sociais, políticos e econômicos desta expansão. O imperialismo assegurou muitas vantagens para as nações economicamente dominantes. As críticas marxistas versam sobre as iniciativas imperialistas tanto de países capitalistas avançados quanto de super-potências socialistas (especialmente o "social-imperialismo" da URSS) (28, 181, 182). O atendimento de saúde tem um importante papel em diversas fases do imperialismo.

Uma característica básica do imperialismo é a extração de matérias-primas e de capital humano que são transferidos de nações do Terceiro Mundo para países economicamente dominantes. Navarro (183) analisou como o "sub-desenvolvimento da saúde" no Terceiro Mundo se dá inevitavelmente devido a este esgotamento de recursos humanos e naturais. A extração da riqueza limita a capacidade dos países sub-desenvolvidos em constituir sistemas efetivos de saúde. Muitos países do Terceiro Mundo enfrentam uma perda líquida de trabalhadores de saúde que emigram para nações economicamente dominantes depois de passarem por caros treinamentos no país de origem. Os trabalhadores empregados por corporações multinacionais em países estrangeiros também enfrentam altos riscos de doenças ocupacionais (184).

As corporações buscam, através do imperialismo, encontrar uma força de trabalho barata. A eficácia dos trabalhadores é um dos objetivos importantes dos programas de saúde pública patrocinados em países estrangeiros, especialmente na América Latina e Ásia, por entidades filantrópicas muito ligadas a indústrias americanas em expansão (26, 27). Além disso, os programas de controle populacional iniciados pelos Estados Unidos e outros países dominantes buscam uma participação mais confiável das mulheres na força de trabalho (185, 186).

Uma investida do imperialismo é a criação de novos mercados para produtos manufaturados em países dominantes e vendidos no Terceiro Mundo. Este processo, ao aumentar a acumulação de capital por parte das corporações multinacionais, torna-se mais claro do que nunca na indústria farmacêutica e de equipamentos médicos (88, 89). As características monopolistas destas indústrias, bem como o efeito inutilizador que as tecnologias importadas têm sobre as pesquisas e desenvolvimentos locais, resultam na defesa da nacionalização de drogas e equipamentos em diversos países (187, 188).

O imperialismo reforça as atuais relações internacionais de classes e a medicina contribui para este fenômeno (54, 189). Assim como nos Estados Unidos, os profissionais da medicina no Terceiro Mundo freqüentemente vêm de famílias de alta renda. Mesmo quando não o fazem diretamente, eles vêem a medicina como um caminho para uma mobilidade social ascendente. Como resultado disso, os profissionais médicos tendem a aliar-se com a classe capitalista — a "burguesia nacional" — dos países do Terceiro Mundo. Eles também apoiam freqüentemente laços cooperativos entre a classe capitalista local e os interesses de negócios dos países economicamente dominantes. A posição de classe dos profissionais de saúde os tem levado a resistir à mudanças sociais que poderiam ameaçar a atual estrutura de classes, nacional e internacionalmente. Padrões parecidos surgiram em algumas sociedades pós-revolucionárias. Na URSS, a nova posição de classe dos profissionais — baseada na especialização — resulta em sua ação como grupos relativamente conservadores em períodos de transformação social (28). Tendências elitistas nas profissões pós-revolucionárias em Cuba também mereceram recentes críticas de analistas marxistas (190, 191). Estudos de diversos países analisam as relações entre classe, imperialismo e resistência profissional à transformações (130, 131, 190, 195).

O imperialismo freqüentemente inclui conquistas militares diretas; recentemente, trabalhadoras de saúde assumiram postos militares ou para-militares na Indochina e Norte da África (196 - 193). Instituições de saúde também tomaram parte com bases para operações de contra-insurgência e de inteligência na América Latina e na Ásia (199).

atendimento de saúde e a transição para o socialismo

O número de nações que passam por revoluções socialistas aumentou dramaticamente nos últimos anos, especialmente na Ásia e na África, mas também em partes da América Latina, do Caribe e do Sul da Europa. O Socialismo não é nenhuma panacéia. Muitos problemas surgiram em países que passaram pela experiência de revoluções socialistas. As contradições que surgiram na maioria dos países pós-revolucionários problematizam profundamente os marxistas; estas contradições têm sido objeto de análises e de debates intensos.

Por outro lado, o socialismo pode produzir modificações fundamentais na organização do sistema de saúde, da nutrição, das condições sanitárias, da habitação e de outros serviços. Estas transformações podem levar — algumas vezes através de complexas cadeias de eventos — à melhoras incríveis na saúde. Os índices reduzidos de morbidade e mortalidade que resultaram de revoluções socialistas em países como Cuba e China são agora bem conhecidos (190, 191, 200 - 207). A transição ao socialismo em todos estes casos resultou na reorganização do sistema de saúde que passou a enfatizar mais uma melhor distribuição de instalações e pessoal para atendimento de saúde. Os grupos políticos locais de comunas, bairros ou locais de trabalho assumiram a responsabilidade pelos programas de educação de saúde e programas de medicina preventiva. A luta de classes continua durante a transição para o socialismo. Durante o breve período de governo socialista do Chile, muitos profissionais resistiram à democratização das instituições de saúde e apoiaram a classe capitalista que dominou o país antes e depois desta experiência (130, 131, 192, 195). Países como China e Cuba eliminaram as maiores bases das classes sociais: a propriedade privada dos meios de produção. No entanto, como foi mencionado previamente novas relações de classe começaram a surgir, baseadas em especializações diferenciadas. Profissionais de saúde receberam salários maiores e mantiveram níveis mais altos de prestígio social e autoridade. Um foco da Revolução Cultural na China foi a luta contra a nova classe de especialistas que conquistaram poder no sistema de saúde e em outras partes da sociedade (56, 202). Outros países, incluindo-se Cuba, não confrontaram tão explicitamente estas novas relações de classe (191).

Melhoramentos no atendimento da saúde continuam ligados ao nível geral de desenvolvimento econômico. Em algumas nações africanas, por exemplo, a pobreza aguda dificulta a realização de mudanças organizacionais e programáticas. Países como a Tanzânia e Moçambique adotaram planos de saúde que associam o desenvolvimento econômico geral com inovações nos cuidados de saúde (208-211).

contradições das reformas capitalistas

Apesar de haverem mantido as características essenciais dos seus sistemas capitalis-

tas, diversas nações da Europa e da América do Norte instituíram importantes reformas nos seus sistemas de saúde. Algumas reformas produziram efeitos benéficos que os fazedores de política vêem como possíveis modelos para os Estados Unidos. Estudos marxistas recentes — mesmo reconhecendo muitos melhoramentos — revelam contradições problemáticas que parecem inerentes às reformas tentadas dentro do sistema capitalista. As conclusões destes estudos não são otimistas com relação ao sucesso das reformas propostas nos Estados Unidos.

O sistema nacional de saúde da Grã-Bretanha tem atraído muito interesse. Sérios problemas contrabalançam os muitos benefícios indiscutíveis conseguidos pelo serviço de saúde britânico. Principal dentre estes problemas é a dominação profissional e corporativa que persistiu desde a concepção deste serviço. Os corpos decisórios têm grandes proporções de especialistas profissionais, banqueiros e executivos de corporações, muitos dos quais têm ligações diretas ou indiretas com indústrias farmacêuticas e de equipamentos médicos (75, 110).

A contradição privado-público, discutida anteriormente aqui, permanece como uma fonte de conflito em muitos países capitalistas que estabeleceram serviços nacionais de saúde ou programas de seguro de saúde. O uso de instalações públicas para a prática privada tem gerado críticas quanto aos subsídios públicos dados ao setor privado. Na Grã-Bretanha, por exemplo, esta preocupação (juntamente com os problemas organizacionais mais gerais, que impedem a realização de um atendimento completo) foi a motivação básica para a recente reorganização do serviço nacional de saúde (110). No Chile, a tentativa de reduzir o uso de instalações públicas para a prática privada resultou na violenta oposição da profissão médica organizada (130, 131, 194). A contradição privado público continuará a criar conflito e limitar o progresso enquanto os países instituírem sistemas nacionais de saúde que ao mesmo tempo preservam um poderoso setor privado.

Os limites da intervenção estatal também tornam-se mais claros nos exemplos de Quebec e da Suécia. Ambos tentaram estabelecer programas extensivos de seguro de saúde, ao mesmo tempo em que preservaram a prática privada e os negócios das corporações com drogas e equipamentos médicos. Estudos recentes mostram os limites inevitáveis de tais reformas. A má distribuição de instalações e pessoal continuaram a existir e os custos continuaram altos. As melhorias conseguidas com as reformas de Quebec e da Suécia não conseguem ir além da responsabilidade do Estado em proteger a empresa privada (136, 212). Esta observação leva a um ceticismo com relação às reformas de saúde para os Estados Unidos que dependam dos mecanismos privados de mercado e que não desafiem as estruturas mais amplas dentro das quais o sistema de saúde está situado (64, 213).

epidemiologia materialista histórica

Este é um campo de rápido crescimento nos estudos marxistas sobre atendimento

de saúde. Seus antecedentes derivam da pesquisa clássica de Engels (1), Virchow (3, 4) e da escola de medicina social europeia do século XIX. Definido de maneira simples, a epidemiologia materialista-histórica relaciona os padrões de morte e de doença de cada sociedade às suas estruturas políticas, econômicas e sociais (214, 216). Este campo de investigação enfatiza os padrões de transformação histórica da doença e as circunstâncias materiais específicas nas quais as pessoas vivem e trabalham. Estes estudos tentam transcender o nível individual de análise para encontrar a forma pela qual as forças sociais históricas determinam, pelo menos em parte, a saúde ou a doença.

classe social e ciclos econômicos

Há consideráveis evidências que mostram que a incidência e prevalência de doenças mentais seguem de perto os períodos de crescimento econômico ou de recessão. Estas relações são complexas e diferem de acordo com a classe social (217). Estudos recentes também têm relacionado os ciclos econômicos — especialmente aqueles que envolvem a expansão ou contração dos empregos — aos índices de mortalidade e morbidade de várias classes sociais e grupos étnicos (218, 219).

tensão e organização social

O interesse anterior sobre tensão geralmente estava centrado no ciclo de vida do indivíduo ou da unidade familiar. A epidemiologia materialista-histórica muda o nível de análise para as formas geradoras de tensão da organização social, ligada à produção e industrialização capitalistas (220). Os índices de hipertensão, por exemplo, têm aumentado consistentemente com o desmembramento de comunidades sociais estáveis e a organização do trabalho controlado hierarquicamente e pressionado por tempo. Estas observações aplicam-se a países que seguiram as linhas de desenvolvimento capitalista e a países socialistas que industrializaram-se rapidamente (221 - 222). Investigações similares sobre doenças cardíacas (223, 224), câncer (225), suicídio (226) e ansiedade (227) estão presentemente sendo realizadas.

trabalho e lucro

Os estudos marxistas de saúde ocupacional enfatizam as contradições entre lucratividade e melhorias de condições de saúde em indústrias capitalistas (184, 228). Pesquisas específicas esclarecem as condições geradoras de doença dos lugares de trabalho e do sistema de lucro em referência a agentes de doenças como asbesto e mesotelioma (83), complicações do cloreto de vinil (123), abusos de drogas (229, 230) e acidentes (231). Por outro lado, observações sobre a prática de saúde ocupacional em países socialistas têm evidenciado o fato que rápidas melhorias podem

ocorrer quando o lucro privado é extinguido enquanto obstáculo à transformação (176, 232).

sexismo

Os estudos nesta área centralizam-se nas relações entre sexo, estrutura de classes e os processos de trabalho. As experiências diferenciadas de trabalho de mulheres e homens relacionam-se com os seus respectivos índices de mortalidade e expectativa de vida (233, 234). Historicamente, o uso das instalações de saúde por mulheres e as atitudes dos médicos praticantes com relação aos problemas de saúde das mulheres, dependem muito das posições de classe destas mulheres (161). Esta conclusão é especialmente evidente na história do movimento pelo controle da natalidade (235), dos diagnósticos psiquiátricos (236) e de cirurgias ginecológicas (237). Os perigos e dificuldades específicas de saúde que as mulheres enfrentam como donas de casa (238) ou trabalhadoras assalariadas (239, 240) atraem cada vez maior atenção para investigação.

As limitações da medicina moderna constituem um tema unificador deste campo (15). A epidemiologia tradicional tentou encontrar causas de morbidade e mortalidade que adaptam-se à intervenção médica. Ainda que reconhecendo a importância das técnicas tradicionais, a epidemiologia materialista-histórica descobriu causas de doenças e morte que advêm das estruturas sociais mais amplas e que estão além do alcance do simples atendimento de saúde.

praxis de saúde

A pesquisa marxista traz outra mensagem fundamental: pesquisa não é suficiente. A "praxis", como tem sido proposta através da história do conhecimento marxista, é a unidade disciplinada entre pensamento e prática, entre estudo e ação (123). É importante considerar-se a estratégia política, principalmente no relativo ao sistema de saúde dos Estados Unidos.

contradições da recauchutagem

Os trabalhadores da saúde preocupados com a conquista de transformações sociais progressistas enfrentam difíceis dilemas no seu trabalho cotidiano. Os problemas dos seus clientes muitas vezes têm raízes no sistema social. Os exemplos abundam: viciados em drogas e álcool que preferem o entorpecimento à dor do desemprego e habitação inadequada; pessoas com doenças ocupacionais que requerem tratamento, mas que piorarão ao regressar às condições de trabalho geradoras de doenças; pessoas com doenças cardio-vasculares devidas à tensão; pessoas mais velhas ou inválidas que necessitam de atestados médicos periódicos a fim de receberem be-

nefícios de assistência social que são bastante inadequados; prisioneiros que desenvolvem doenças devido às condições carcerárias (64, 241). Os trabalhadores de saúde geralmente sentem-se obrigados a atender às necessidades expressas destes e de muitos casos similares.

Ao fazê-lo, no entanto, os trabalhadores da saúde engajam-se na "recauchutagem". Ao nível individual, a recauchutagem geralmente permite ao cliente continuar funcionando dentro de um sistema social que é muitas vezes a origem do seu problema. Ao nível social, o efeito cumulativo destas trocas é a recauchutagem de um sistema social cujos padrões de opressão freqüentemente causam doenças e infelicidade pessoal. O modelo médico usado para treinar os trabalhadores de saúde a atender pacientes individuais desvia a atenção deste difícil e assustador dilema (64).

As contradições da "recauchutagem" não têm soluções simples. É claro que os trabalhadores de saúde não podem negar-se a prestar serviços aos clientes, mesmo quando estes serviços permitem a participação continuada destes clientes nas estruturas sociais geradoras de doenças. Por outro lado, é importante fazer-se a conexão entre as questões sociais e os problemas pessoais (242). A Praxis de saúde deve unir as atividades clínicas aos esforços que objetivam diretamente a conquista de transformações sócio-políticas básicas. A análise marxista põe à claro algumas orientações úteis para uma estratégia política.

reformas reformistas versus reformas não-reformistas

Quando existem condições sociais opressivas, as reformas para seu melhoramento não parecem realizáveis. No entanto, a história da reforma em países capitalistas mostra que as reformas muito freqüentemente sucedem-se aos protestos sociais, produzem melhorias consideráveis que não mudam os padrões gerais de opressão e enfrentam cortes quando o protesto retrocede. A praxis de saúde inclui um cuidadoso estudo das propostas reformistas e a defesa de reformas que tenham impacto progressista.

Uma distinção desenvolvida por Gorz (243) esclarece este problema. "Reformas reformistas" resultam em poucos melhoramentos materiais, enquanto deixam intactas as atuais estruturas políticas e econômicas. Estas reformas podem reduzir o descontentamento por algum tempo, enquanto ajudam a preservar o sistema na sua forma presente: "Uma reforma reformista é aquela que subordina seus objetivos aos critérios de racionalidade e praticabilidade de um dado sistema e de uma política... Ela rejeita os objetivos e exigências incompatíveis com a preservação do sistema, por mais reais que sejam estas mesmas exigências".

"Reformas não-reformistas" asseguram mudanças verdadeiras e duradouras nas estruturas de poder e finanças do sistema atual. Ao invés de ocultar as fontes de exploração através de pequenas melhorias, as reformas não-reformistas expõem e salientam as injustiças estruturais. Estas reformas aumentam, em última instância, a frustração e a tensão política de uma sociedade; elas não objetivam a redução destas fontes de energia política. Como diz Gorz (243): "... ainda que não devamos rejeitar reformas intermediárias . . . , elas devem ser consideradas com a condição estrita de serem meios e não fins, como fases dinâmicas de uma luta progressiva, não como lugares de parada". Desde este ponto de vista, os trabalhadores de saúde podem tentar discernir quais são as atuais propostas de reformas de saúde que são reformistas e quais as não-reformistas. Eles também podem assumir tarefas ativas de defesa e apoio a estas últimas e de oposição às primeiras. Apesar desta diferenciação ser muitas vezes difícil, ela tem merecido análises detalhadas com referência à propostas específicas (64, 83, 107, 213, 244).

Reformas reformistas não mudariam a estrutura global do sistema de saúde em qualquer de seus aspectos fundamentais. Por exemplo, um seguro nacional de saúde criaria mudanças principalmente no financiamento, e não na organização do sistema de saúde. Esta reforma poderá reduzir as crises financeiras de alguns pacientes; ela ajudaria a assegurar pagamentos para profissionais de saúde e hospitais. Por outro lado, o seguro nacional de saúde fará muito pouco para controlar o lucro das indústrias médicas ou para corrigir problemas de má distribuição de instalações e pessoal de saúde. Seu enfoque melhorativo e sua dependência dos processos de mercado privado protegeriam os mesmos interesses econômicos e profissionais que dominam atualmente o sistema de saúde (64, 83, 213).

Outros exemplos de reformas reformistas são as organizações de manutenção de renda, práticas de grupo pagas antecipadamente, fundações médicas e organizações de revisão de padrões profissionais (64, 213). Com raras exceções, estas inovações, que são organizadas em cooperativas de consumidores, preservam a dominação profissional sobre o atendimento de saúde (245). Têm ocorrido algumas iniciativas que visam melhorar o padrão existente de má distribuição de serviços. Mais do que isso, grandes corporações privadas têm entrado rapidamente neste campo, patrocinando organizações lucrativas de manutenção da saúde e comercializando o auxílio tecnológico para revisões de seus pares (81).

Até muito recentemente, a idéia de um serviço nacional de saúde encontrava muito pouco apoio nos Estados Unidos. Os analistas marxistas, no entanto, há muitos anos trabalham com membros do Congresso na confecção de propostas preliminares para um sistema nacional de saúde (152). Estas propostas, se efetivadas, seriam progressistas em diversos aspectos. Elas prometem colocar rigorosas limitações sobre o lucro privado no setor saúde. A maioria das instituições de saúde passariam gradualmente à propriedade estatal. O planejamento centralizado de saúde combinar-se-ia com dados políticos vindos de conselhos locais, estimulando sua ca-

pacidade de resposta e limitando a dominação profissional. O financiamento através de taxação progressiva destina-se explicitamente ao benefício dos pacientes de baixa renda. Períodos de prática obrigatória em áreas com serviço deficiente tentariam responder aos problemas de má distribuição. O eventual desenvolvimento de drogas e padrões de equipamento médico estatais prometeria restringir a ação do capital monopolista no setor saúde.

Apesar destas propostas enfrentarem poucas chances políticas, o apoio à elas está crescendo. Por exemplo, o Conselho Deliberativo da Associação Americana de Saúde Pública aprovou duas resoluções que apoiam o conceito de um serviço nacional de saúde que seja controlado pelas comunidades locais e financiado por taxação progressiva (246, 247). Esta reforma contém contradições que provavelmente gerariam frustração e pressão para mudança. Estas propostas permitiriam, em particular, a continuidade da prática privada, e portanto, das injustiças geradas pela dicotomia privado-público. Mesmo assim, devido ao fato do sistema nacional de saúde fornecer um modelo para um sistema mais organizado de resposta, a defesa desta reforma parece ser uma parte fundamental da praxis de saúde (207).

atendimento de saúde e luta política

Transformações sociais, no entanto, não vêm de legislação, mas sim de ação política direta. Atualmente, há coalizações entre moradores de comunidades e trabalhadores de saúde tentando conquistar o controle dos organismos decisórios das instituições de saúde que os afetam (111, 117 - 120). Atividades de sindicalização e de organização de grupos de minorias nas instituições de saúde estão exercendo pressões no sentido de modificar os padrões anteriores de estratificação (248 - 252).

A conquista do controle do Estado através de um partido revolucionário continua sendo o problema estratégico central para ativistas que lutam pelo advento do socialismo (124). A construção partidária está acontecendo agora nos Estados Unidos. Defensores de um "partido de vanguarda" acreditam que, historicamente, todas as revoluções que tiveram sucesso resultaram dos esforços de uma pequena vanguarda que mantém uma coerência ideológica e que atrai o apoio das massas durante períodos de insurgência política e econômica. Ativistas que adotam o enfoque vanguardista freqüentemente empregam-se como trabalhadores de saúde de baixo escalão; eles recrutam membros durante os esforços de sindicalização e se opõem aos cortes de empregos e serviços de saúde. Aqueles que apoiam um "partido de massas" argumentam que a organização das massas deve preceder o desenvolvimento de uma ideologia coerente, ao invés de ser uma consequência da mesma; por isso, as energias políticas devem ser canalizadas no sentido da construção de alianças que incluam um espectro de pontos de vista anti-capitalistas. Organizadores de partidos de massa trabalham no sentido de conquistar um controle comunitário e dos traba-

lhadores sobre os programas locais de saúde, saúde ocupacional e de segurança no trabalho, questões de saúde de mulheres, recrutamento de minorias para a medicina e campanhas eleitorais para a melhoria dos serviços de saúde (254).

O reconhecimento do impacto da ideologia médica tem motivado tentativas de desmistificar os padrões ideológicos atuais e o desenvolvimento de alternativas. Este trabalho "contra-hegemônico" muitas vezes envolve a oposição à função de controle social da medicina em áreas como vícios em drogas, triagem genética, controle de natalidade e abuso de esterilização, psicocirurgia e atendimento de saúde para mulheres. Uma rede de programas alternativos de saúde surgiu, tentando desenvolver o auto-atendimento e formas não-hierárquicas e anti-capitalistas de prática; estas iniciativas forneceriam assim modelos progressistas de trabalho em saúde para quando as transformações políticas futuras permitam sua maior aceitação (225, 259).

Diversos grupos engajados em trabalhos de organização anti-imperialista têm dado assistência a trabalhadores de saúde perseguidos por motivos políticos e têm se pronunciado contra a cumplicidade médica na tortura (130, 131, 260). Os trabalhadores de saúde e científicos também têm usado a epidemiologia materialista-histórica em projetos de saúde ocupacional e em lutas pela sindicalização.

Uma crítica comum feita à perspectiva marxista é que ela apresenta muitos problemas e poucas soluções. Avanços recentes neste campo, entretanto, tem esclarecido alguns direcionamentos úteis para a estratégia política. Esta será uma longa luta que envolverá ações em muitas frentes. O presente oferece pouco espaço para a complacência ou para o otimismo mal direcionado. Nosso futuro sistema de saúde, bem como a ordem social da qual o mesmo fará parte, depende principalmente da praxis pela qual optemos agora.

referencias bibliográficas

1. ENGELS, F: *The Condition of the Working Class in England in 1844*. Stanford, Stanford University Press, 1963 (1845).
2. MARX, K e ENGELES, F: *The Communist Manifesto*. New York, International, 1948 (1848).
3. VIRCHOW, R: *Gesammelte Abhandlungen aus dem Gebiet der oeffentlichen Medizin und der Seuchenlehre*. Vol. 1. Berlin, Hirschwald, 1879, pp. 305, 321-334.
4. VIRCHOW, R: *Über den Hungertyphus und einige verwandth Krankheitsformen*. Berlin, Hirschwald, 1868.
5. BERLINER, H: Notes on the historical precursors of materialist epidemiology. *Health Movement Organization*, 1:5-7, 1976.
6. ACKERKNECHT, E. H.: *Rudolf Virchow*. Madison, University of Wisconsin Press, 1953, pp. 159-181.
7. ROSEN, G: *From Medical Police to Social Medicine: Essays on the History of Health Care*. New York, Science History Publications, 1974.
8. VIRCHOW, R: *Briefe an seine Eltern*. Leipzig, Engelmann, 1906, pp. 121-164.
9. DUBOS, R: *The Mirage of Health*. New York, Anchor, 1959.
10. KASS, EH: Infectious disease and social change. *J Infect Dis*, 123:110-114, 1971.
11. McKLOWN, T: An historical appraisal of the medical task, in *Medical History and Medical Care*, edited by McKLOWN T, McLACHLAN G, New York, Oxford University Press, 1971.
12. McKLOWN T: *The Modern Rise of Population*. New York, Academic Press, 1977.
13. COCHRANE AL: *Efficiency and Effectiveness: Random Reflections on Health Services*. London, Nuffield Hospitals Trust, 1972.
14. ILLICH I: *Medical Nemesis*. New York, Pantheon, 1976.
15. POWLES J: *On the limitations of modern medicine*. *Sci Med Man*, 1:1-30, 1973.
16. HAGGERTY RJ: The boundaries of health care. *Pharos* 35:105-111, 1972.
17. CARLSON R: *The End of Medicine*. New York, Wiley, 1975.
18. FLEXNER A: *Medical Education in the United States and Canada*. New York, Carnegie Foundation, 1910.
19. BROWN ER: *Rockefeller Medicine Men: Medicine and Capitalism in the Progressive Era*. Berkeley, University of California Press, 1979.
20. BERLINER H: A larger perspective on the Flexner Report. *Int J Health Serv* 5:573-592, 1975.
21. KUNITZ SJ: Professional and social control in the progressive era: the case of the Flexner Report. *Soc Problems* 22:16-27, 1974.
22. EHRENREICH B, ENGLISH D: *Witches, Midwives, and Nurses: A History of Women Healers*. Old Westbury, New York, Feminist Press, 1973.

23. KLEINBACH (ZIEM) G: Social structure and the education of health personnel. *Int J Health Serv* 4:297-317, 1974.
24. ZIEM G: Medical education since Flexner. *Health/PAC Bull*, 76:8-14, 23, 1977.
25. NIELSEN WA: *The Big Foundations*. New York, Columbia University Press, 1972.
26. BROWN ER: Public health in imperialism: early Rockefeller programs at home and abroad. *Am J Public Health* 66:897-903, 1976.
27. DONALDSON PJ: Foreign intervention in medical education. *Int J Health Serv* 6:251-270, 1976.
28. NAVARRO V: *Social Security and Medicine in the USSR: A Marxist Critique*. Lexington, Massachusetts, Heath, 1977.
29. ALLENDE S: *La Realidad Medico-Social Chilena*. Santiago, Ministerio de Salubridad, Prevision y Asistencia Social, 1939.
30. BETHUNE N: A plea for early decompression in pulmonary tuberculosis. *Can Med Assoc J* 27:36-42, 1932.
31. BETHUNE N: Wounds, in "Away with All Pests...": *An English Surgeon in People's China*, edited by HORN JS. New York, Monthly Review Press, 1969.
32. ALLAN T, GORDON S: *The Scalpel, The Sword: The Story of Doctor Norman Bethune*. New York, Monthly Review Press, 1974.
33. GUEVARA E: On revolutionary medicine, in *Venceremos*, edited by GERASSI J. New York, Simon and Schuster, 1969.
34. HARPER G: Ernesto Guevara, M. D.: physician - revolutionary physician - revolutionary. *N. Engl J Med* 281:1285-1289, 1969.
35. GINZBERG E: The political economy of health. *Bull NY Acad Med.*, 41:1015-1036, 1965.
36. ROSSDALE M: Health in a sick society. *New Left Rev* 34:82-90, Nov-Dec 1965.
37. POLACK JC: *La Medecine du Capital*. Paris, Maspero, 1970.
38. KELMAN S: Towards a political economy of health care. *Inquiry*, 8:30-38, 1971.
39. MARX K: *A contribution to the Critique of Political Economy*. New York, International, 1971 (1859).
40. MARX K: *The Economic and Philosophic Manuscripts of 1844*. New York, International, 1964.
41. MARX K: *Capital*. Vol I, Moscow, Progress Publishers, 1963 (1890).
42. WEBER M: Class, status, party, in *Max Weber: Essays in Sociology*, edited by GERTH HH, MILLS CW. New York, Galaxy, 1959.
43. BERLE AA: *Power Without Property*. New York, Harcourt, Brace, Jovanovich, 1962.
44. GALBRAITH JK: *The New Industrial State*. Boston, Houghton Mifflin, 1972.
45. BELL D: *The Coming of Postindustrial Society*. New York, Basic Books, 1973.
46. BENDIX R, LIPSET SM (eds.): *Class, Status and Power*. New York, Free Press, 1966.
47. LIPSET SM, BENDIX R: *Social Mobility in Industrial Society*. Berkeley, University of California Press, 1964.
48. DAHRENDORF R: *Class and Class Conflict in Industrial Society*. Stanford, Stanford University Press, 1959.
49. JENCKS C: *Inequality*. New York, Harper, 1972.
50. MILLER SM; ROBY P: *The Future of Inequality*. New York, Basic Books, 1970.
51. RAWLS J: *A Theory of Justice*. Cambridge, Harvard University Press, 1971.
52. ANDERSON CH: *The Political Economy of Social Class*. Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice-Hall, 1974.
53. POULANTZAS N: *Political Power and Social Classes*. London, New Left Books, 1973.
54. POULANTZAS N: *Classes in Contemporary Capitalism*. London, New Left Books, 1975.
55. BETTELHEIM C: *Class Struggles in the USSR*. New York, Monthly Review Press, 1976.
56. EHRENREICH J: The dictatorship of the proletariat in China. *Monthly Rev* 27:16-28, Oct 1975.
57. HILL J: *Class Analysis: United States in the 1970's*. Emeryville, California, League for Proletarian Socialism, 1975.
58. GIDDENS A: *The Class Structure of the Advanced Societies*. New York, Barnes and Noble, 1973.
59. MILIBAND R: *The State in Capitalist Society*. New York, Basic Books, 1969.
60. NAVARRO V: Social policy issues: an explanation of the composition, nature, and functions of the present health sector of the United States. *Bull NY Acad Med* 51:199-234, 1975.
61. NAVARRO V: The underdevelopment of health in working America. *Am J Public Health* 66:528-537, 1976.
62. NAVARRO V: *Medicine Under Capitalism*. New York, Prodist, 1976.
63. U. S. DEPARTMENT OF COMMERCE: *Statistical Abstracts of the United States, 1976*. Washington, D.C., Government Printing Office, 1976, p. 377.
64. WAITZKIN H, WATERMAN B: *The Exploitation of Illness in Capitalist Society*. Indianapolis, Bobbs-Merrill, 1974.
65. BULLOUGH B: Barriers to the nurse practitioner movement. *Int J Health Serv* 5:225-233 1975.
66. CANNINGS K, LAZONICK W: The development of the nursing labor force in the United States. *Int J Health Serv* 5:185-216, 1975.
67. EHRENREICH B, EHRENREICH J: Hospital workers: a case study of the new working class. *Monthly Rev* 24:12-27, Jan 1973.

68. TWADDLE AC, STOECKLE JD: Non-physician health workers: some problems and prospects. *Soc Sci Med* 8:71-76, 1974.
69. TWADDLE AC, HESSLER RM: *A Sociology of Health*. St. Louis, Mosby, 1977, pp. 202-216.
70. BRAVERMAN H: *Labor and Monopoly Capital*. New York, Monthly Review Press, 1974, pp. 293-449
71. STEVENSON G: Social relations of production and consumption in the human service occupations. *Monthly Rev* 28:78-87, Jul-Aug 1976.
72. BROWN CA: The division of laborers: allied health professions. *Int J Health Serv* 3:435-444, 1973.
73. McKINLAY JB: The changing political and economic context of the patient-physician encounter, in *The Doctor-Patient Relationship in the Changing Health Scene*, edited by GALLAGHER FB' DHEW Publication No. (NIH) 78-183. Washington, D.C., Government Printing Office, 1978.
74. SIMPSON MA: *Medical Education: A Critical Approach*. London, Butterworths, 1972.
75. ROSSON J: The NHS Company, Inc.? The social consequences of the professional dominance in the National Health Service. *Int J Health Serv* 3:413-426, 1973.
76. BARAN PA, SWEEZY PM: *Monopoly Capital*. New York, Monthly Review Press, 1966.
77. EDWARDS RC, REICH M, WEISSKOPF TE (eds.): *The Capitalist System*. Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice Hall, 1978.
78. HUNTEK, SHERMAN HJ: *Economics: An Introduction to Traditional and Radical Views*. New York, Harper and Row, 1978.
79. BODENHEIMER T: Health care in the United States: who pays? *Int J Health Serv* 3:427-434, 1973.
80. LANDER L: *National Health Insurance*. New York, Health Policy Advisory Center, 1975.
81. SALMON JW: Health maintenance organization strategy: a corporate takeover of health services. *Int J Health Serv* 5:609-624, 1975.
82. EHRENREICH B, EHREINREICH J (eds.): *The American Health Empire*. New York, Vintage, 1970.
83. KOTELCHUCK D (ed.): *Prognosis Negative*. New York, Vintage, 1976.
84. CONCERNED RUSH STUDENTS: Turning prescriptions into profits. *Sci for the People* 8:6-9, 30-32, Nov-Dec 1976; 9:6-9, 30-32, Jan-Feb 1977.
85. KARNER W: Zur Strategie der pharmazeutischen Industrie. *Fortschr Wissenschaft (Vienna)* 3/4:8-30, 1976.
86. SILVERMAN M, LEE RP: *Pills, Profits and Politics*. Berkeley, University of California Press, 1974.
87. LICHTMAN R: The political economy of medical care, in *The Social Organization of Health*, edited by DREITZEL HP' New York, Macmillan, 1971.
88. SILVERMAN M: *The Drugging of the Americas*. Berkeley, University of California Press, 1976.
89. LALL S: Medicines and multinationals. *Monthly Rev* 28:19-30, Mar 1977.
90. WAITZKIN H: How capitalism cares for our coronaries, in *The Doctor-Patient Relationship in the Changing Health Scene*, edited by GALLAGHER EB, DHEW Publication No. (NIH) 78-183. Washington, D.C., Government Printing Office, 1978.
91. MILLMAN N: *The Unkindest Cut: Life in the Backrooms of Medicine*. New York, Morrow, 1977.
92. MATHER HG, MORGAN DC, PEARSON NG, READ KLO, SHAW DB, STEED GR, THORNE MG, LAWRENCE CJ, RILEY IS. Myocardial infarction: a comparison between home and hospital care for patients. *Br Med J* 1:925-929, 1976.
93. RODBERG L, STEVENSON G: The health care industry in advanced capitalism. *Rev Radical Polit Econ* 8:104-115, Spring 1977.
94. BLOOM BS, PETERSON OL: End results, costs and productivity of coronary-care units. *N Engl J Med* 283:72-78, 1973.
95. MARTIN SP, DONALDSON MC, LONDON CD, PETERSON OL, COUTON T: Inputs into coronary care during 30 years: a cost-effectiveness study. *Ann Intern Med* 81:229-293, 1974.
96. STROSS JK, WILLIS PW III, REYNOLDS EW, LEWIS RE, SCHATZ IJ, BELLFY LC, COPP J: Effectiveness of coronary care units in small community hospitals. *Ann Intern Med* 85:709-713, 1976.
97. CULLEN DJ, FERRARA LC, BRIGGS BA, WALKER PF, GILBERT J: Survival, hospitalization charges and follow-up results in critically ill patients. *N. Engl J Med* 194:982-937, 1976.
98. OLSEN DM, KANE RL, PROCTOR PH: A controlled trial of multiphasic screening. *N Engl J Med* 294:982-987, 1976.
99. McNEIL BJ, KEELER E, ADELSTEIN SJ: Primer on certain elements of medical decision making. *N Engl J Med* 293:211-215, 1975.
100. SCHOENBAUM SC, McNEIL BJ, KAVET J: The swine-influenza decision. *N Engl J Med* 295:759-765, 1976.
101. MARX K: *The Eighteenth Brumaire of Louis Bonaparte*. New York, International, 1963 (1852).
102. MARX K: *Critique of the Gotha Programme*. New York, International, 1966 (1875).
103. MILLIS CW: *The Power Elite*. New York, Galaxy, 1959.
104. DOMHOFF GW: *The Higher Circles*. New York, Vintage, 1970.
105. SAN FRANCISCO BAY AREA KAPITALISTATE COLLECTIVE: Watergate, or the Eighteenth Brumaire of Richard Nixon. *Kapitalistate* 3:3-24, Spring 1975.
106. ALFORD RR: The political economy of health care: dynamics without change. *Politics Soc* 2:127-164, 1972.

107. ALFORD RR: *Health Care Politics*. Chicago, University of Chicago Press, 1975.
108. MARNOR T: *The Politics of Medicare*. Chicago, Aldine, 1973.
109. WILLCOCKS J: *The Creation of the National Health Service: A Study of Pressure Groups and a Major Social Policy Decision*. London, Routledge and Kegan Paul, 1967.
110. GILL DG: The reorganization of the national health service. *Social Rev (Monogr)* 22:9-22, 1976.
111. MULLAN F: *White Coat, Clenched Fist*. New York, Macmillan, 1976.
112. PFEFFER J: Size, composition and functions of hospital boards of directors: a study of organization-environment linkage. *Admin Sci Q* 18:349-364, 1973.
113. KRAUSE E: Health planning as a managerial ideology. *Int J Health Serv* 3:445-463, 1973.
114. KRAUSE E: The political context of health service regulation. *Int J Health Serv* 5:593-607, 1975.
115. KRAUSE E: *Power and Illness: The Political Sociology of Health and Medical Care*. New York, Elsevier, 1977.
116. KOMAROFF AL: Regional medical programs in search of a mission. *N Engl J Med* 284:756-764, 1971.
117. WAITZKIN H: Expansion of medical institutions into urban residential areas. *N Engl J Med* 282:1003-1007, 1970.
118. WAITZKIN H, SHARRAT J: Controlling medical expansion. *Society* 14:30-35, Jan-Feb 1977.
119. WAITZKIN H: What to do when your local medical center tries to tear down your home. *Sci for the People* 9:22-23, 28-39, Mar-Apr 1977.
120. WAITZKIN H, WALKEN J, SHARRAT J: Homes or hospitals? a current urban dilemma. *Int J Health Serv*, 1979 (in press).
121. BAZELI R: Behind the cancer campaign. *Ramparts* 10:29-34, Dec 1971.
122. GREENBERG DS: "Progress" in cancer research - don't say it isn't so. *N Engl J Med* 292:707-708, 1975.
123. WEGMAN DH, PETERS JM, JAEGLER RJ, BURGESS WA, BODEN LI: Vinyl chloride: can the worker be protected? *N Engl J Med* 294:653-657, 1976.
124. LENIN VI: *The State and Revolution*. Peking, Foreign Languages Press, 1973 (1917).
125. OFFE C: Advanced capitalism and the welfare state. *Politics Soc* 2:479-488, 1972.
126. OFFE C: The theory of the capitalist state and the problem of policy formation, in *Stress and Contradiction in Modern Capitalism*, edited by LINDBERG LN, ALFORD R, CROUCH C, OFFE C. Lexington, Massachusetts, Lexington Books, 1975.
127. O'CONNOR J: *The Fiscal Crisis of the State*. New York, St. Martin's, 1973.
128. ALTHUSSER L: *Lenin and Philosophy and Other Essays*. New York, Monthly Review Press, 1971.
129. GRAMSCI A: *Selections from the Prison Notebooks*. New York, International, 1971.
130. WAITZKIN H, MODELL H: Medicine, socialism and totalitarianism: lessons from Chile. *N Engl J Med* 291:171-177, 1974.
131. MODELL H, WAITZKIN H: Medicine and socialism in Chile. *Berkeley J Social* 19:1-35, 1974.
132. LAWS: *Blue Cross: What Went Wrong*. New Haven, Yale University Press, 1976.
133. BLAKE E, BODENHEIMER T: *Closing the Door to the Poor*. San Francisco, Health Policy Advisory Center, 1975.
134. ROEMER MI, MERA JA: "Patient dumping" and other voluntary agency contributions to public agency problems. *Med Care* 11:30-39, 1973.
135. NAVARRO V: Social class, political power and the state and their implications in medicine. *Soc Sci Med* 10:437-457, 1976.
136. RENAUD M: On the structural constraints to state intervention in health. *Int J Health Serv* 5:550-571, 1975.
137. PIVEN FF, CLOWARD RA: *Regulating the Poor*. New York, Vintage, 1971.
138. SINGER HE: *Landmarks in the History of Hygiene*. London, Oxford University Press, 1956.
139. COMMITTEE ON GOVERNMENT OPERATIONS, UNITED STATES SENATE: *Confidence and Concern: Citizens View American Government - A View of Public Attitudes*. Washington, D.C., Government Printing Office, 1973.
140. FEIN R: The new national health spending policy. *N Engl J Med* 290:137-140, 1974.
141. SALMON JW: Monopoly capital and its reorganization of the health sector. *Rev Radical Polit Econ* 8:125-133, Spring 1977.
142. GREENBERG DS: Report of the President's Biomedical Panel and the old days at FDA. *N Engl J Med* 294:1245-1246, 1976.
143. FUCHS VR: *Who Shall Dive? Health, Economics and Social Choice*. New York, Basic Books, 1974.
144. WHITE LS: How to improve the nation's health. *N Engl J Med* 293:773-774, 1975.
145. FORD G: *State of the Union Message*. Washington, D.C., Government Printing Office, 1976.
146. LALONDE M: *A New Perspective on the Health of Canadians*. Ottawa, Information Canada, 1974.
147. NAVARRO V: The industrialization of fetishism or the fetishism of industrialization: a critique of Ivan Illich. *Soc Sci Med* 9:351-363, 1975.
148. WAITZKIN H: Recent studies in medical sociology: the new reductionism. *Contemp Social* 5:401-405, 1976.

149. HIGGINSON J: Development of cancer prevention through environmental control, in *Cancer Detection and Prevention*, Vol. 2, edited by MALTONI C. New York, American Elsevier, 1974, pp. 3-18.
150. AMERICAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION: *Chart Book: Health and Work in America*. Washington, D.C., The Association, 1975.
151. SPECIAL TASK FORCE TO THE SECRETARY OF HEALTH, EDUCATION AND WELFARE: *Work in America*. Cambridge, MIT Press, 1973, pp. 73-79.
152. COMMUNITY HEALTH ALTERNATIVES PROJECT: *Model Legislation for a National Community Health Service*. Washington, D.C., Institute for Policy Studies, 1975.
153. ENGELS F: *The Origin of the Family, Private Property and the State*. New York, International, 1942 (1891).
154. MARX K: *Capital*, Vol. 3, Moscow, Progress Publishers, 1971 (1894).
155. BOGGS C: *Gramsci's Marxism*. New York, Urizen, 1976, pp. 36-54.
156. HABERMAS J: *Toward a Radical Society*. Boston, Beacon, 1970, pp. 81-122.
157. YOUNG RM: Evolutionary biology and ideology: then and now, in *The Biological Revolution*, edited by FULLER W. Garden City, New York, Anchor, 1971.
158. GORZ A: Technical intelligence and the capitalist division of labor. *Telos* 12:27-41, Summer 1972.
159. BERLINER H: Emerging ideologies in medicine. *Rev Radical Polit Econ* 8:116-124, Spring 1977.
160. EHRENREICH B, EHRENREICH J: Health care and social control. *Soc Policy* 5:26-40, May-June 1974.
161. EHRENREICH B, ENGLISH D: *Complaints and Disorders: The Sexual Politics of Sickness*. Old Westbury, New York, Feminist Press, 1973.
162. ZOLA IK: Medicine as an institution of social control. *Sociol Rev* 20:487-504, 1972.
163. ZOLA IK: In the name of health and illness: on some socio-political consequences of medical influence. *Soc Sci Med* 9:83-87, 1975.
164. MCKINLAY JB: On the professional regulation of change. *Sociol Rev (Monogr)* 20:61-84, 1973.
165. FOX RC: The medicalization and demedicalization of American society. *Deadalus* 106:9-22, 1977.
166. PROHL SI: The "discovery" of child abuse. *Soc Problems* 24:310-323, 1977.
167. DIVOKY D, SCHRAG P: *The Myth of the Hyperactive Child*. New York, Pantheon, 1976.
168. CONRAD P: The discovery of hyperkinesis: notes on the medicalization of deviant behavior. *Soc Problems* 23:12-21, 1975.
169. CONRAD P: *Identifying Hyperactive Children: The Medicalization of Deviant Behavior*. Lexington, Massachusetts, Heath, 1976.
170. MILLER L: Genetic disease and social pathology. *Ethics Sci Med* 4:23-50, 1977.
171. BECKWITH J, MILLER L: Behind the mask of objective science. *The Sciences (New York)* 16:19, 29-31, Nov-Dec 1976.
172. WAITZKIN H: Latent functions of the sick role in various institutional settings. *Soc Sci Med* 5:45-75, 1971.
173. MARKOWITZ G: Doctors in crisis: a study of the use of medical education reform to establish modern professional elitism in medicine. *Am Q* 25:83-107, 1973.
174. FREIDSON E: *Professional Dominance*. New York, Atherton, 1970.
175. HOLMAN HR: The "excellence" deception in medicine. *Hosp Pract* 11:11-21, Apr 1976.
176. SCIENCE FOR THE PEOPLE: *Science Walks on Two Legs*. New York, Avon, 1974.
177. HARRINGTON C: Medical ideologies in conflict. *Med Care* 13:905-914, 1975.
178. WAITZKIN H, STOECKLE JD: The communication of information about illness: clinical, sociological, and methodological considerations. *Adv Psychosom Med* 8:180-215, 1972.
179. WAITZKIN H, STOECKLE JD: Information control and the micropolitics of health care: summary of an ongoing research project. *Soc Sci Med* 10:263-276, 1976.
180. WATERMAN B, WAITZKIN H: Ideology and social control in the doctor-patient relationship. *Health Movement Organization* 4, 1978.
181. LENIN VI: *Imperialism: The Highest Stage of Capitalism*. New York, International, 1939.
182. MAGDOFF H: *The Age Of Imperialism: The Economics of U.S. Foreign Policy*. New York, Monthly Review Press, 1969.
183. NAVARRO V: The underdevelopment of health or the health of underdevelopment: an analysis of the distribution of human health resources in Latin America. *Politics Soc* 4:267-293, 1974.
184. ELLING RH: Industrialization and occupational health in underdeveloped countries. *In J Health Serv* 7:209-235, 1977.
185. MASS B: *Population Targets: The Political Economy of Population Control in Latin America*. Toronto, Latin American Working Group, 1976.
186. PARK RM: Not better lives, just fewer people: the ideology of population control. *Int H Health Serv* 4:691-700, 1974.
187. KATZ J: *Oligopolio, Firms Nacionales y Empresas Multinacionales*. Buenos Aires, Siglo Veintiuno, 1974.
188. RIOS: *El Escandalo de las Medicinas*. México City, EM, 1977.
189. ROSENBERG SJ, BAMAT T: Imperialism and the State. *Insurgent Sociologist* 7:3-8, Spring 1977.
190. NAVARRO V: Health Services in Cuba: an initial appraisal. *N Engl J Med* 287:954-959, 1972.

191. NAVARRO V: Health, health services and health planning in Cuba. *Int J Health Serv* 2:397-432, 1972.
192. NAVARRO V: What does Chile mean? an analysis of events in the health sector before, during and after Allende's administration. *Milbank Mem Fund Q* 52:93-130, 1974.
193. MODELL H, WAITZKIN H: Socialism and health care in Chile. *Monthly Review* 27:29-40, May 1975.
194. BELMAR R, SIDEL VW: An international perspective on strikes and strike threats by physicians: the case of Chile. *Int J Health Serv* 5:53-64, 1975.
195. APHA TASK FORCE ON CHILE: History of the health care system in Chile. *Am J Public Health* 67:31-36, 1977.
196. LIBERMAN R, GOLD W, SIDEL VW: Medical ethics and the military. *New Physician* 11:299-309, 1968.
197. LEVY H: Bringing the war back home. *Health/PAC Bull* 1-8, April 1970.
198. FANON F: *A Dying Colonialism*. New York, Grove, 1967.
199. RACK C: U. S. medical research abroad. *Sci for the People* 9:20-26, Jan-Feb 1977.
200. GUTTMACHER S, DANIELSON R: Changes in Cuban health care: an argument against technological pessimism. *Int J Health Serv* 7:383-400, 1977.
201. DANIELSON R: *Cuban Medicine*. New Brunswick, New Jersey, Transaction Books, 1978.
202. HORN JS: "Away With All Pests . . .": *An English Surgeon in People's China*. New York, Monthly Press, 1969.
203. SIDEL VW, SIDEL R: *Serve the People: Observations of Medicine in the People's Republic of China*.
204. POWERS JZ, PURCELL EF (eds.): *Medicine and Society in China*. New York, Macy, 1974.
205. WEN CP, HAYS CW: Medical education in China in the Postcultural Revolution era. *N Engl J Med* 292:998-1006, 1975.
206. CHENG TO, AXELROD L, LEAF A: Medical education and practice in People's Republic of China. *Ann Intern Med* 83:716-724, 1975.
207. SIDEL VW, SIDEL R: *A Healthy State*. New York, Pantheon, 1977.
208. SEGALL M: The politics of health in Tanzania, in *Toward Socialist Planning*. Dar es Salaam, Tanzania Publishing House, 1972.
209. TURSHEN M: The impact of colonialism on health and health services in Tanzania. *Int J Health Serv*
210. GISH O: *Planning the Health Sector: The Tanzanian Experience*. New York, Holmes and Meier, 1976.
211. SEGALL M: Health and national liberation in the People's Republic of Mozambique. *Int J Health Serv* 7:319-325, 1977.
212. NAVARRO V: *National and Regional Health Planning in Sweden*. DHEW Publication No. (NIH) 74-240. Washington, D.C., Government Printing Office, 1974.
213. NAVARRO V: A critique of the present and proposed strategies for redistributing resources in the health sector and a discussion of alternatives. *Med Care* 12:721-742, 1974.
214. SCHNALL P: An introduction to historical materialist epidemiology. *Health Movement Organization* 2:1-9, 1977.
215. ZIEM G: Toward a historical materialist epidemiology practice. *Health Movement Organization* 2:10-13, 1977.
216. TURSHEN M: The political ecology of disease. *Rev Radical Polit Econ* 8:45-60, Spring 1977.
217. BRENNER H: *Mental Illness and the Economy*. Cambridge, Harvard University Press, 1973.
218. WALDRON I, EYER J: Socioeconomic causes of the recent rise in death rates for 15-24 year olds. *Soc Sci Med* 9:383-396, 1975.
219. EYER J: Prosperity as a cause of death. *Int J Health Serv* 7:125-150, 1977.
220. EYER J, STERLING P: Stress-related mortality and social organization. *Rev Radical Polit Econ* 8:1-44, Spring 1977.
221. EYER J: Hypertension as a disease of modern society. *Int J Health Serv* 5:530-558, 1975.
222. SHERER H: Hypertension. *Health Movement Organization* 2:83-90, 1977.
223. SCHNALL P: An analysis of coronary heart disease using historical materialist epidemiology. *Health Movement Organization* 2:73-82, 1977.
224. MCKINLAY JB: A case for refocussing upstream — the political economy of illness. *Applying Behavioral Science to Cardiovascular Risk*. Seattle, American Heart Association Conference Proceedings, 1974.
225. SCHNALL P: Economic and social causes of cancer. *Health Movement Organization* 2:61-71, 1977.
226. HOPPER K, GUTTMACHER S: Suicide. *Health Movement Organization* 2:32-56, 1977.
227. EMBREE S: Anxiety: the problem of change in capitalist society. *Health Movement Organization* 2:14-22, 1977.
228. GAYNOR D: Materialist epidemiology applied to occupational health and safety. *Health Movement Organization* 2:23-28, 1977.
229. MCCOY AW: *The Politics of Heroin in Southeast Asia*. New York, Harper and Row, 1972.
230. GOLDMACHER D: Toward a materialist epidemiology of dope. *Health Movement Organization* 2:29-31, 1977.
231. STEVENSON G: Accidents — toward a material analysis. *Health Movement Organization* 2:91-104, 1977.

232. NEE V, PECK J (eds.): *China's Uninterrupted Revolution*. New York, Pantheon, 1976.
233. WALDRON I: Why do women live longer than men? I *J Hum Stress* 2:2-13, Mar 1976.
234. WALDRON I, JOHNSON S: Why do women live longer than men? II. *J Hum Stress* 2:19-31, Jun 1976.
235. GORDON L: *Woman's Body, Woman's Right: A Social History of Birth Control in America*. New York, Viking, 1976.
236. LENNANE KJ, LENNANE RJ: Alleged psychogenic disorders in women — a possible manifestation of sexual prejudice. *N Engl J Med* 298:288-292, 1973.
237. BARKER-BENFIELD GJ: *The Horrors of the Half-Known Life: Male Attitudes Toward Women and Sexuality in Nineteenth Century America*. New York, Harper and Row 1976.
238. LOPATE C: Notes toward a study of housewives' diseases. *Health Movement Organization* 2:57-60, 1977.
239. NAVARRO V: Women in health care. *N Engl J Med* 292:398-402, 1975.
240. HRICKO A, BRUNT M: *Working for Your Life: A Woman's Guide to Job Health Hazards*. Berkeley, University of California, Labor Occupational Health Program, 1976.
241. TWADDLE AC: Utilization of medical services by a captive population: an analysis of sick call in a state prison. *J Health Soc Behav* 17:236-248, 1976.
242. MILLS CW: *The Sociological Imagination*. New York, Grove, 1959.
243. GORZ A: *Socialism and Revolution*. Garden City, New York, Anchor, 1973.
244. LEWIS CE, MECHANIC D, FEIN R: *A Right to Health*. New York, Wiley, 1976.
245. FREIDSON E: *Doctoring Together: A Study of Professional Social Control*. New York, Elsevier, 1976.
246. GOVERNING COUNCIL, AMERICAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION: Resolutions and policy statements: Committee for a National Health Service. *Am J Public Health* 67:84-87, 1977.
247. ROEMER MI, AXELROD SJ: A national health service and social security. *Am J Public Health* 67:462-465, 1977.
248. BADGLEY RF, WOLFE S: *Doctors' Strike*. Toronto, Macmillan, 1971.
249. WOLFE S: Worker conflicts in the health field *Int J Health Serv* 5:5-8, 1975.
250. BRIDGES KR: Third World students. *Harvard Med Alum Bull* 49:23-25, Sept-Oct 1974.
251. RUDD P: The United Farm Workers Clinic in Delano, Calif.: a study of the rural poor. *Public Health Rep* 90:331-339, 1975.
252. CHAMBERLIN RW, RADEBAUGH JE: Delivery of primary care — union style. *N Engl J Med* 294:641-645, 1976.
253. LANDAU D: Trustees. *Health/PAC Bull* 74:1-5, 11-23, 1977.
254. SOURCE COLLECTIVE: *Organizing for Health Care*. Boston, Beacon, 1974.
255. MARIESKIND HI, EHRENREICH B: Toward socialist medicine: the women's health movement. *Soc Policy* 6:34-42, Sept-Oct 1975.
256. LEVIN LS: Self-care: an international perspective. *Soc Policy* 7:70-75, 1976.
257. DOUGLAS C, SCOTT J: Toward an alternative health care system. *Win Magazine* 11:14-19 Aug 7, 1975.
258. RESNICK JL: The emerging physician: from political activist to professional vanguard, in *Professions for the People*, edited by GERSIL J, JACOBS G. Cambridge, Schenkman, 1976.
259. SWEZY PM, MAGDOFF H: More on the new reformism. *Monthly Review* 28:5-13, Nov 1976.
260. SAGAN LA, JONSEN A: Medical ethics and torture. *N Engl J Med* 294:1427-1430, 1976.

"Definida de maneira simples, a epidemiologia materialista-histórica relaciona os padrões de morte e de doença de cada sociedade às suas estruturas políticas, econômicas e sociais. Este campo de investigação enfatiza os padrões de transformações históricas da doença e as circunstâncias materiais específicas nas quais as pessoas vivem e trabalham. Estes estudos tentam transcender o nível individual de análise para encontrar a forma pela qual as forças sociais históricas determinam, pelo menos em parte, a saúde ou a doença."

"Nosso futuro sistema de saúde, bem como a ordem social da qual o mesmo fará parte, depende principalmente da praxis pela qual optemos agora".

H. Waitzkin (1978)

leia jornal

COMPANHEIRO