



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
FACULDADE DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA

# INTRODUÇÃO À CRÍTICA DO PLANEJAMENTO DE SAÚDE

JAIRNILSON SILVA PAIM

NAOMAR DE ALMEIDA FILHO

TEXTOS DIDÁTICOS

SALVADOR — BAHIA

1982

INTRODUÇÃO À CRÍTICA  
DO PLANEJAMENTO DE SAÚDE

Jairnilson Silva Paim\*  
Naomar de Almeida Filho\*

TEXTOS DIDÁTICOS  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA  
SALVADOR - BAHIA

1982

\* Professor Assistente do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia.

## ÍNDICE

	Página
APRESENTAÇÃO .....	2
O QUE É RAZÃO NA RACIONALIDADE DO PLANEJAMENTO DE SAÚDE? .....	4
Naomar de Almeida Filho	
CONTRIBUIÇÃO À CRÍTICA DA ABORDAGEM SISTÊMICA EM SAÚDE .....	24
Naomar de Almeida Filho	
Jairnilson Paim	
O CONCEITO DE DIAGNÓSTICO NA ADMINISTRAÇÃO E PLANEJAMENTO DE SAÚDE .....	37
Naomar de Almeida Filho	
AS AMBIGUIDADES DA NOÇÃO DE NECESSIDADES DE SAÚDE .....	55
Jairnilson Paim	
PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA EM SAÚDE: REALIDADE OU MITO? .....	79
Jairnilson Paim	
A CRISE DO PLANEJAMENTO AUTORITÁRIO NO BRASIL ..	92
Jairnilson Paim	
NOTAS E REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	106

## APRESENTAÇÃO

Qualquer avaliação da história recente da formação social brasileira, para ser fiel aos fatos, terá que considerar o marcante papel do planejamento social como componente das políticas do Estado na fase atual do capitalismo monopolista. Pode-se discutir a contradição inerente à proposta de um Estado suposto planejador ao interior de uma sociedade de classes ao sul do Equador. Pode-se até questionar a eficácia do movimento planejador, alegando-se que o que nasceu para prática ideológica nunca chegará a prática técnica. Será impossível, entretanto, negar a profunda influência que as noções de planificação social vêm exercendo sobre o pensamento e a ação dos políticos e intelectuais brasileiros nos últimos vinte anos.

E na área da saúde? Aí, manifestam-se talvez ainda mais agudamente as questões ditas nacionais, sob a forma de graves e crônicos problemas de saúde, e também aplica-se com bastante zelo e empenho o "santo remédio" da ideologia do planejamento. Como nos outros setores da sociedade, aí também pouco importa se o amadurecimento e expansão do movimento planejador não contribuem para a melhoria das condições de vida da maioria da população. Afinal de contas, as sucessivas "racionalizações" (no duplo sentido do termo) do setor saúde no Brasil começaram há mais de dez anos, e até o momento o eufemismo mais conservador para descrever a situação foi a expressão "não-sistema". A questão básica, talvez até fundamentada no senso comum, será: Para quê planejamento de saúde?

Por outro lado, também não se pode negar o componente tecnológico que define as ações de planificação, configurando um saber específico que vem sendo desenvolvido por

por mais de oitenta anos de história (e por uma pré-história trinta vezes mais longa e acidentada). Seria portanto ingenuidade ignorar a utilidade potencial desse conjunto de saberes e técnicas, que se chama planejamento, no sentido de trazer benefícios concretos para os agentes sociais, apenas porque, em nossa situação atual, ele vem sendo instrumentalizado por um Estado interventor carente de legitimação popular. Trata-se, nesse caso, de formular uma outra questão, não menos essencial: Que planejamento de saúde é este?

A estas questões fundamentais sucede-se o problema da forma da ideologia planificadora. Nesse caso, impõe-se identificar e desmascarar o uso de concepções pseudo-científicas, criadas pelo trabalho incessante dos intelectuais orgânicos da saúde, como base de todo um discurso tecnicista pretensamente apolítico e neutro. É necessário, em última análise, politizar o conteúdo e a forma do discurso do planejamento de saúde.

Evidentemente que todas estas questões encontram-se intimamente ligadas. A separação justifica-se apenas como estratégia de simplificação para facilitar uma aproximação crítica ao problema. A coletânea que segue representa essencialmente uma tentativa de abordar criticamente o planejamento de saúde no Brasil. Limitada em sua natureza de conjunto de textos desiguais, com datas e "pre-textos" diversos, sintetiza o esforço de registro, tradução e aprofundamento de debates e reflexões que vêm animando a prática teórica e política de um grupo de docentes, pesquisadores e alunos do Mestrado em Saúde Comunitária da Universidade Federal da Bahia. O fato de os dois autores conseguirem expressar, de modo um pouco mais sistemático, através dos ensaios aqui publicados, o conteúdo desta problematização, obviamente não

retira a raiz coletiva deste trabalho. Porém, as incorreções e os equívocos, a eventual falta de clareza ou a superficialidade na análise, em suma, os defeitos inevitáveis, evidentemente são da inteira responsabilidade dos autores. Explicam-se, em parte, pelas suas limitações pessoais. Mas o leitor certamente observará que esta coletânea reúne trabalhos em processo, que os autores pretendem melhorar justamente com o auxílio das críticas e discussões por ela geradas através da sua publicação. Tal pretensão, aliada à atualidade do conflito planejamento social versus ação política em uma sociedade que luta pela ampliação das suas liberdades, foram as principais justificativas para a edição e divulgação do presente volume.

Salvador, julho de 1982

OS AUTORES

## O QUE É RAZÃO NA RACIONALIDADE DO PLANEJAMENTO DE SAÚDE?

### INTRODUÇÃO

Na América Latina, o desenvolvimento dependente tem resultado fundamentalmente em um acelerado processo de urbanização, com o conseqüente empobrecimento das zonas rurais estagnadas e uma crescente e incontrolável concentração de migrantes na periferia dos centros urbanos de maior importância. Dentro desse contexto, uma expressiva parcela da população, formando o que tem sido oficialmente chamado de "quarto estrato", encontra-se excluída do consumo de serviços médicos, dentre outros, apesar de exibir sérias necessidades de saúde relacionadas com o baixo nível de renda e com as más condições de vida (1).

As experiências americanas de ação comunitária foram preconizadas para a solução desses novos "problemas sociais", transplantando-se então os modelos comunitários de assistência à saúde para a realidade latino-americana. A divulgação dessas propostas encontrava o franco patrocínio das fundações e organizações internacionais de saúde, principalmente através do financiamento direto de projetos demonstrativos em vários países da América Latina.

No plano formal do conteúdo desses programas verificava-se uma série de modificações e adaptações sobre as propostas originais para a realidade dos países receptores. Em uma primeira aproximação, face à precária estrutura de prestação de serviços existente nesses países, privilegiava-se basicamente

o caráter reorganizador dos modelos apresentados. Conforme Sérgio Arouca, se o desenvolvimento da ideologia preventivista implicava "em novas estruturas discursivas, já que no interior do modelo trata-se muito mais de operacionalizar e racionalizar as condutas, de procurar instrumentos que as controlem, do que desenvolvê-las. (...) agora, na Medicina de Comunidade, trata-se de, ao nível do modelo, instituir mudanças organizacionais e estruturais, através da coordenação, integração e distribuição dos serviços" (2).

As características desses modelos, mais especificamente aqueles patrocinados pelas organizações internacionais, definem-se sob um objetivo comum denominado de "extensão da cobertura". As linhas gerais da proposta original são mantidas, ainda privilegiando as ações simplificadas, a atuação inter-disciplinar, a delegação de funções, a "participação comunitária". A estes, o processo de adaptação agrega a idéia de racionalização, que supõe, em quase todas as propostas de saúde comunitária transplantadas, fundamentalmente uma redivisão administrativa, a regionalização, segundo um critério de cobertura, e a hierarquização das ações em níveis de complexidade crescente (3). Dessa forma, reorienta-se a prestação de serviços de saúde para a população que recebeu "extensão da cobertura" em função de critérios administrativos, incorporados ao conhecimento médico através da Medicina Preventiva, tais como produtividade e eficiência. Em "O Dilema Preventivista", AROUCA refere-se em passant à nova positividade adquirida pelo discurso da Medicina Comunitária:

"Parece-nos que o fundamental desta nova formação discursiva é a tendência da racionalidade ampliada, em que a formação das atitudes é paulatinamente substituída pelos estudos de custo-benefício, de técnicas de programação e avaliação, em desdobramentos do cuidado médico, em atos que possam ser con

trolados, etc." (4).

A incorporação desses modelos à programação oficial de saúde de alguns países latino-americanos, onde o Estado já assumia o controle parcial das ações de saúde principalmente através de organismos previdenciários, foi sendo proposta, apesar de alguns dos projetos-piloto nunca terem sido convenientemente avaliados. Porém o efeito-demonstração pretendido pelos veiculadores dessas propostas foi plenamente alcançado, na medida em que muitos países efetivamente adotaram os modelos comunitários e suas variantes como parte das políticas nacionais de saúde, seja como programas especiais de prestação de serviços de saúde as áreas isoladas ou problemáticas, seja como parte da sua programação de rotina. No processo de "oficialização" do modelo, deve-se destacar o importante papel desempenhado pelo discurso racionalizador da Medicina Comunitária, já que vinha encontrar (e concordar com) todo um pensamento tecnocrático dominante, dentro da tendência de ampliação da racionalidade do capital a todos os setores da sociedade (5).

No Brasil, um dos marcos da incorporação da noção de racionalidade ao setor de saúde, a nível de política nacional, foi o II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND - 1975), onde a organização do complexo assistencial comparece como uma das metas prioritárias do chamado "desenvolvimento social" (6). Os projetos regionais de desenvolvimento decorrentes do II PND definiram subprogramas de saúde que, de acordo com a política de planejamento social, apresentaram modelos de prestação de serviços de saúde dentro dos moldes preconizados pela Medicina Comunitária.

Em um primeiro momento, a unificação do sistema previdenciário brasileiro em 1967 constituiu um importante passo para a centralização de controle do setor, se bem que anterior

e independente da movimentação racionalizadora oriunda da ideologia preventivista via Medicina Comunitária, obedecendo mais a impasses internos da área previdenciária no Brasil (7).

Em julho de 1975 foi promulgada a Lei 6229 que dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde (8). Com isso apresentava-se um instrumento legal que, além de observar (e manter) a maior parte das contradições existentes no sistema de saúde ainda não racionalizado, reforçava a tendência centralizadora e permitia a proposição de modelos de regionalização e extensão da cobertura. As propostas de regulamentação dessa lei tem-se constituído fundamentalmente em tentativas de oficializar a tendência à racionalidade no âmbito da política de saúde, confiantes que a Lei 6229 é tão ambígua que suportaria até mesmo a adoção de modelos dessa ordem como parte da chamada Política Nacional de Saúde. Conforme documento oficial da VI Conferência Nacional de Saúde, realizada em agosto de 1977:

"Desta forma toda a ação sanitária (da Política Nacional de Saúde) se baseia na utilização judiciosa de recursos humanos (...) já que a grande maioria das ações de saúde se efetiva por meio de atos simples, haverá interesse de ampla utilização de pessoal de nível médio ou auxiliar na ampliação da cobertura... Tal fato permite uma racionalização e aumento da eficácia do Sistema (nacional de Saúde). (...) A participação da população a todos os níveis das ações de saúde é indispensável e deverá ser estimulada por intermédio da educação em saúde..." (9).

Neste curto trecho pode-se constatar a extrema similaridade desta proposta com o modelo da Medicina Comunitária, presentes os seus principais conceitos básicos: a simplificação da prática, a delegação de funções, a participação comunitária e a noção de Racionalidade. O conceito de regionalização, que

parece faltar nesta pequena lista, encontra-se presente por todo o texto, sempre vinculado a "sistemas de referência de complexidade crescente" e redes "organizadas segundo hierarquia de complexidade crescente" (10).

A noção de Racionalidade, agregada à proposta da Saúde Comunitária em algum momento da sua evolução, constitui-se atualmente no seu traço de maior relevância, tendo contribuído talvez decisivamente para a adoção daquele modelo pelo Estado. Este conceito, tal como compreendido pelo discurso "sanitário" vigente, merece uma melhor exploração analítica. Neste sentido, como um primeiro caminho, poderíamos tentar uma mais precisa demarcação do conceito, identificando os principais elementos da sua emergência no corpo ideológico da Administração Sanitária e na Medicina Preventiva (e daí para a Medicina Comunitária e o Planejamento de Saúde). Indo um pouco mais profundamente, poderíamos, na medida da nossa capacidade, tentar rastreá-lo até as suas origens em determinadas concepções da sociedade e seus aparelhos (o que inclui a assistência à saúde) que, em última análise, pretendiam conceder ao conceito em questão um estatuto teórico definido. Ou seja, em se acreditando que a delimitação de um conceito equivale à busca da sua história, caberia perguntar: Como surgiu e como se desenvolveu, em resumo, qual a história dessa Racionalidade e da sua Razão? De qualquer modo, todas estas propostas de análise constituem-se em maneiras diferentes de tratar a seguinte questão fundamental: Qual é a natureza da noção de Racionalidade cada vez mais presente no discurso do Planejamento de Saúde?

## A NATUREZA DA RAZÃO E A RACIONALIDADE DO PLANEJAMENTO DE SAÚDE.

A emergência do Racionalismo, na Europa Ocidental do século XVII, relaciona-se com a ascensão da burguesia mercantil, tendo desempenhado um importante papel na consolidação de seu poderio econômico e político na fase da acumulação primitiva (11). Na realidade, desde os seus primórdios, a ideologia burguesa traz em si um discurso ético-moralizador que os autores identificam com os movimentos religiosos genéricos conhecidos como Reforma Protestante. Este é o chamado "ascetismo secular" da burguesia emergente (12). A Razão é apresentada como um atributo próprio de homem, em contraposição à irracionalidade dos animais; porém essa especificidade histórica assume outras dimensões, tornando-se uma Razão econômica, incitação ao lucro (Racionalidade como sinônimo de rentabilidade), lançando as bases para a tremenda concentração de capital necessária à nascente Revolução Industrial (13). Contudo, a dimensão moral da Racionalidade burguesa encontra-se sempre presente, por trás de diversas capas ideológicas, no processo histórico de desenvolvimento do capitalismo, como o liberalismo, o humanitarismo e vários dos "socialismos". Dentro dessa perspectiva, a própria dinâmica da "irracionalidade" da indústria da saúde, fundamentada no repúdio ao lucro sobre um objeto tão precioso como a vida humana, revela-se uma das faces paradoxais (e complementares) do racionalismo capitalista, justamente aquela que serve para condenar o "irracional" desejo de lucro, brindando a constatação de que esta é a verdadeira Razão reconhecida pelo mundo do capital.

Em suma, transpõe-se a sua vinculação intrínseca ao capital, a lógica do lucro, fundamentalmente ligada a u

principais noções que a compõem: a noção de produtividade. Então a Racionalidade buscada pelos planejadores, apesar de adotada por todo um aparelho de Estado, às vezes "denunciado" como tecnocrático, nada mais é do que a Racionalidade do patrão, remetida à Racionalidade vigente na época de formação da burguesia. Aí surge uma questão adicional: Será que essa Razão, da forma como se apresenta atualmente, também se vincula à moralidade burguesa, que não teria acompanhado a velocidade das mudanças histórico-estruturais do capitalismo?

Para ilustrar a importância desse ponto, tomemos um interessante exemplo proveniente da área de saúde: Alguns críticos da atual política sanitária brasileira tendem a considerar o sistema de saúde vigente como "irracional", i.é., desprovido de Razão (14). Esta opinião, entretanto, apesar de representativa do pensamento da "vanguarda crítica" do setor saúde no Brasil, carrega em si um equívoco conceitual. De fato o sistema de saúde não perde a sua Racionalidade ao privilegiar a empresa privada, representante direta do capital no setor. (Uma interpretação dessa ordem significa parcializar o conceito de Razão, introduzindo um elemento moral como critério exclusivo de Racionalidade). Mas, pelo contrário, aí é que se realiza a Razão, no sentido original do conceito-base de todo o progresso científico e tecnológico ocidental, surgido no período sintomaticamente denominado de Idade da Razão.

Quanto às conseqüências de tais abordagens "críticas", elas podem assumir duas propostas principais: Por um lado, a utilização de argumentos valorativos possibilita a pregação de uma nova revolução moralizadora, à semelhança das idéias de Fourier, Owen, Cabet (15) e outros, que tiveram as conhecidas conseqüências de refortalecimento da ordem econômica dominante na época, se bem que, de qualquer maneira, não se pode deixar

de reconhecer algumas das suas contribuições para o surgimento de outras interpretações do sistema econômico-social do Ocidente.

Por outro lado, alguns desses críticos acreditam que a solução para a "crise moral" da Medicina deve ser a estatização total ou parcial do sistema de saúde do país (16). Argumentam que dessa maneira será afastada a tentação do lucro, substituída por uma consciência de "utilidade pública", mais facilmente controlável pelos usuários através da sua representatividade no aparelho de Estado, ao invés de diretamente por meio do seu poder contratual "livremente" exercido em uma economia de livre mercado. Por este caminho, desemboca-se na crítica weberiana ao racionalismo capitalista, limitada à crítica da empresa privada, que por sua vez conduz à uma concepção determinista do domínio burocrático como inseparável do capitalismo avançado (17). Em ambas as interpretações, tanto a weberiana como a da "crítica sanitária", não se leva em consideração que o Estado (a burocracia estatal) e quaisquer burocracias, desde as suas origens, organizam-se em uma situação de apropriação pelas forças dominantes na sociedade (18).

A respeito da atualidade da Razão burguesa, e no contexto de uma crítica, agora clássica, à citada hipótese de Weber sobre a evolução capitalismo/burocracia, Marcuse acentua que, "com a sua abolição (do ascetismo secular), é sob uma nova luz que se vê a razão íntima da industrialização capitalista: a do irracionalismo" (19). Apesar dele diagnosticar de certa forma mudanças no relacionamento Moral/Razão, na medida em que sugere uma transformação radical, uma guinada na direção oposta, da Racionalidade para a irracionalidade (e, em paralelo, da moralidade para a imoralidade), na verdade o que se poderia admitir seria talvez uma mudança na natureza desta Razão, e, consequen-

temente, resultando em uma outra Racionalidade.

Em um sentido, ao capitalismo, MARCUSE não pretende um mero jogo de palavras, e sim assinalar que o desenvolvimento do capitalismo desnudou o irracional que já existia como "íntimo", intrínseco. Ou seja, a sua evolução significaria o abandono do conceito de Racionalidade; a Razão não seria o lucro, e não se poderia abandonar o lucro (20). E em outro sentido, ao pressupor uma desatualização da Razão burguesa, Marcuse' deixa margem a que se imagine um confronto entre duas Racionalidades pseudo-antagônicas, pelo fato de que uma delas seria irracional porém inovadora (orgânica?), enquanto que a outra seria ascética portanto tradicional, apesar de ambas representarem, em última análise, a mesma ideologia das classes dominantes. De fato, MARCUSE apresenta mais argumentos em favor da primeira linha interpretativa, e menos em favor desta última, que poderia talvez ser mais frutífera em revelar contradições no sistema capitalista, conforme indicado desde os primeiros escritos do materialismo dialético e, em termos mais específicos, proposto em maior detalhamento na obra gramsciana (21).

Também a esse respeito, temos alguns exemplos recentes na área do planejamento de saúde, e mais especificamente no que se refere a propostas de racionalização de serviços de saúde, onde o discurso oriundo do Estado frequentemente tem se caracterizado como pseudo-antagônico em relação às pretensões de empresa privada no setor. Tal "antagonismo" encontra-se cristalizado no seguinte "dilema", explicitado, com todas as palavras, com um dos documentos da VI Conferência Nacional de Saúde:

"O que fazer, principalmente se os mecanismos de uma sociedade de economia de mercado reforçam ainda mais estas tendências básicas, como, v.g., mais aparelhos sofisticados, mais especializações técnico-científicas gratificantes, mais vanta-

gens monetárias, mais possibilidades de tráfico de influência por prestígio junto a centros de poder leigos em questão de saúde?" (22).

Entretanto, e isso deve reforçar a não aceitação de uma parte do argumento de MARCUSE, o antagonismo permanece em um plano formal, a nível da representação ideológica, sem ameaçar realmente a "razão íntima" do sistema, nesse caso particular. Tanto assim que mais adiante no mesmo documento são propostas duas saídas para o "dilema":

"Racionalizar o sistema de saúde, em conformidade com as tendências?" (ou)

"Racionalizar o sistema de saúde, com a criação de mecanismos organizacionais e disciplinares capazes de provocar mudanças nas tendências observadas?" (23).

O laissez-faire implícito na primeira alternativa serve muito bem para demonstrar a falsidade do "dilema" (24), na medida em que uma das suas opções é justamente o imobilismo, isto é, ao não se decidir perante o "dilema" na realidade escolhe-se esta alternativa. Ao mesmo tempo, é curioso assinalar a concordância dessa citação com um ponto chave do argumento de MARCUSE, a irracionalidade paradoxalmente como "razão íntima", ou, como preferimos retraduzir, a coexistência ou o confronto de duas Racionalidades distintas. Ou seja, reconhece-se a necessidade de uma transformação (ou não se teria formulado o "dilema") no sistema de saúde, o que significaria substituir uma Racionalidade diferente ou, como preferiu MARCUSE, irracional (se não não seria necessário racionalizá-la), por uma Racionalidade mais "racional". Ora se a proposta pretende manter uma "conformidade com as tendências" torna-se inadequado o verbo que introduz o enunciado "Racionalizar o sistema..."; revelando-se a outra falsa opção do falso dilema uma mera cobertura ideológica,

destinada a encobrir a verdadeira natureza imobilizadora do discurso racionalizador.

Por outro lado, uma parte da citação, aquela que se refere à "especulação gratificante", às "vantagens monetárias" e ao "tráfico de influência por prestígio", mostra um tom nitidamente depreciativo, moralista, remetendo-nos à questão inicial, onde a Razão dessa Racionalidade administrativa ora analisada é identificada com a moral burguesa. E no plano da proposta de resolução, claramente defende-se a necessidade de mecanismos "disciplinares capazes de provocar mudanças nas tendências observadas", ou seja, na imoralidade observada. Assim, revela-se uma outra dimensão básica da natureza dessa racionalidade, uma identidade complementar do conceito de Razão (além de lógica da produção, do lucro e da moral): a identificação entre Razão e Poder, mediada pelas noções de disciplina e autoridade e suas inevitáveis referências à questão da legitimidade.

#### RAZÃO E PODER: CONSIDERAÇÕES A PARTIR DE UM EXEMPLO (DA ÁREA DE SAÚDE).

Um dos documentos da V Conferência Nacional de Saúde, ao apresentar a "Teoria dos Sistemas" como o referencial teórico mais adequado para a organização do Sistema Nacional de Saúde, demonstra de modo soberbo as indissolúveis relações entre Razão e Poder:

"Para que possam ser dispostas com racionalidade as partes integrantes do 'sistema' existente (...) é fundamental haver autoridade, poder de decisão e legitimidade do poder conferido". Um outro trecho, na mesma página, diz:

"Pode-se entender que a organização sistêmica do 'sistema de saúde' (significa) dispor com maior racionalidade

técnico-científica as suas partes competentes, imprimindo-lhes mudanças nos mecanismos de comunicação e controle" (25).

Na primeira proposição, fica claro que a Racionalidade é considerada como uma consequência direta da aplicação de Poder ao sistema, sendo a autoridade fundamental (no sentido de causa necessária, mas não suficiente) para a sua organização e disciplinação (disposição racional). O Poder, nesse caso, é explicitamente inoculado (conferido), carregando consigo a legitimidade original de quem o delegou ao sistema. Sem esse processo de delegação de autoridade, onde a ideologia do planejamento de saúde identifica a entrada do político (26), tornar-se-á impossível a racionalização do sistema. O movimento racionalizador depende do exercício de um Poder externo ao sistema para se instaurar, assumindo sempre um caráter impositivo. Consequentemente, é descartada qualquer possibilidade de participação dos componentes do sistema na orientação do processo racionalizador, por mais que os planos e projetos, a nível de discurso, enunciam e detalhem mecanismos de "participação comunitária". Portanto, a discriminação entre sujeito e objeto encontra-se bem marcada na proposta racionalizadora, medida em que o sujeito é aquele que tem a Razão (conferida pelo Poder "legítimo"), e que por isso organiza, controla e disciplina o objeto (denominá-lo sistema ou conjunto ou complexo de saúde significa torná-lo inabitado, embora, em última instância, seja povoado, formado, constituído por seres humanos). Em conclusão, o mundo do planejamento é sempre, em função de suas definições, um espaço disciplinado, controlado, e por tudo isso, racional.

O segundo enunciado, por seu turno, inverte os termos da questão, sem ser absolutamente contraditório. Em vez de estabelecer que o controle (do Poder) racionaliza, declara exatamente o contrário: que a "racionalidade técnico-científica"

provoca mudanças (reforça) nos meios de controle. Este enunciado revela justamente o mecanismo de reprodução do Poder inoculado (conferido), sugerindo que, uma vez racionalizado o sistema, a disciplina e o controle alcançados tenderão a aumentar cada vez mais, fechando por conseguinte o ciclo Poder-Razão-Disciplina-Poder. Ou seja, o autor daquele documento apresentou os dois tempos do processo: o primeiro, quando o controle (através do Poder) racionaliza, e o segundo, quando a Razão controla.

Não se trata aqui evidentemente de reduzir toda uma questão originalmente complexa a um processo linear ou circular, demonstrando, ao final, uma relação simples de equivalência, uma equação tipo Razão=Poder. É preciso não apenas constatar a existência desta identidade, mesmo que apenas a nível dos discursos, mas tentar apreender a sua coerência interna, além da sua função específica no sistema de representações da sociedade desenvolvido pela ideologia dominante.

Com este propósito, torna-se necessário investigar porque, a depender da utilização específica a que se destina tal ordem de conceitos, um dos termos daquela "equação" sobrepuja o outro, como se o quizesse ocultar, protegendo-se assim do perigo de tornar visíveis os fenômenos concretos que eles de fato escamoteiam. A eficácia do conceito de Razão aplicado a um sistema de relações institucionais, seja a fábrica, o hospital, a universidade ou um complexo de assistência, depende da sua capacidade de representar a realidade daquele sistema sem revelar que as suas relações inter-pessoais são de fato relações de Poder, pertencentes ao espaço do político. Desnudar esse nível de representações significa ir mais profundamente na análise do sistema institucional. Porém isto não é o bastante, já que de fato as determinantes das relações de Poder encontram-se nas relações estabelecidas ao nível da produção. No estudo específico

do sistema social mais amplo, ao contrário, o conceito de Poder sobrepuja o de Razão, aparecendo como uma noção relativamente eficaz em termos de potencial explicativo, algo como uma reserva conceitual para o edifício teórico de determinada sociologia. Aqui também surge a necessidade de se evitar a questão representada pelo outro termo da "equação", no sentido de que não se pode revelar qual a Razão íntima do sistema capitalista, o porquê da sua Racionalidade estrutural.

Por todos estes motivos, a indissolúvel conexão entre os conceitos de Razão e Poder reflete apenas a estreita ligação entre as noções de planificação, planejamento e organização (inclusive no campo da saúde) e a emergência de certas teorias sociológicas. As semelhanças entre o modo como as teorias de organização utilizam a noção de Racionalidade para não discutir a questão política, e a maneira como a sociologia funcionalista (de Parsons, por exemplo) usa a noção de Poder para evitar discutir a questão do modo de produção são tão intrigantes quanto ilustrativas.

Pela ordem: As noções de planejamento e organização, e a pedra fundamental que é o conceito de Racionalidade, surgem como uma alternativa de dominação, como uma maneira mais sutil pela qual o autoritarismo dos dominantes pode ser exercido nas sociedades capitalistas. Duas funções ideológicas principais são essenciais para o estabelecimento dessa eficácia básica: Em primeiro lugar, apresenta-se a função ideológica de ocultação do fato da propriedade, na medida em que a noção de organização escamoteia a de opressão, já que dessa forma os grupos dominantes definem-se como detentores do saber (e da Razão, pois o saber nada mais é do que saber-a-Razão-das-coisas, dominar as determinações dos fatos na natureza e na sociedade) e não da propriedade. Aí também encontra-se implícita a idéia de uma cer

ta "democratização" do domínio, pois sendo ele definido como saber encontra-se à disposição de tantos quanto se disponham a perseguí-lo, principalmente pelo campo da Moral, armados do indispensável ascetismo (outra das pontas que se atam - conforme discutido acima) (27). Desse modo, tornado saber (Razão), o domínio (Poder) não pode ser negociado, estando assim negada (camuflada) a sua origem na base econômica da sociedade.

Em segundo lugar, o racionalizar as coisas e os seres implica, entre outras coisas, em apresentar a dominação não como ela de fato é, como uma relação fundada sob a égide da violência, mas sim sob a forma bastante impessoal (e natural) de uma razão inscrita nas próprias coisas. Conforme Marilena Chauí: "A idéia de organização serve para criar a crença na existência de uma estrutura que existe em si, e que funciona em si sob o comando de imperativos racionais, independentemente dos homens" (28). Ou seja, trata-se neste caso de deslocar a questão da luta de classes para além do espaço social (sua arena de conflito), na medida em que apresenta o alvo fundamental e imediato da luta de classes, a relação de dominação, como não responsável pela organização das coisas na natureza, na sociedade e nas instituições, o que a torna, portanto, em um alvo "equivocado".

Ambas as funções acima explicitadas são de fato pertencentes à mesma ordem de fins, qual seja legitimar a autoridade por um meio mais sutil e estável que o simples uso de força. Em suma, como veremos, criar Poder. A idéia de que a autoridade representa uma delegação divina fica substituída pela idéia de que algo externo à relação de dominação (no caso a Razão) teria delegado autoridade ao dominador. Isto implica na atualização de uma mesma apresentação a-histórica da fonte de opressão, agentes externos e inatingíveis, deuses e leis natura

is, e não homens que oprimem semelhantes, na verdade vulneráveis como todos.

Este modo de escamoteamento da opressão é facilitado pelo fato de que o capital é dotado de uma lógica própria, de maneira que surge também organizando o real, em todas as dimensões da vida social. Segundo ainda Chauí, pouco importa que essa lógica, essa "racionalidade seja a da contradição, uma vez que esta é pouco visível e deixa-se ocultar por uma racionalidade imediata que confere sentido ao social e ao político" (29). (É interessante observar que retornamos a uma das questões iniciais deste tópico, no caso o tema das duas racionalidades do capital, levantado a propósito de uma certa "razão íntima" do capitalismo, proposta por Marcuse). O elo seguinte da cadeia leva a uma suposta racionalidade estrutural ou funcional da sociedade capitalista e suas instituições que termina, justamente por meio da introdução do conceito de Razão, por incorporar-se em noções como as de organização, planificação e planejamento.

Não é por acaso que Parsons, o maior representante da sociologia funcionalista americana, que tinha como projeto geral desenvolver uma teoria da sociedade antagônica à do materialismo histórico (30), já propunha a "equação" Razão=Poder. A sua teoria do Poder, de resto pouco explorada mesmo por seus críticos (31), permitia, pela primeira vez, localizar a dominação burguesa "em um ponto preciso, graças ao qual se exerce 'legitimamente': localiza-se no saber. Essa localização era inevitável a partir do momento em que as idéias de planificação, organização e modelo surgiram na cena para afirmar a racionalidade do mundo social e político" (32).

Para Parsons, "o ponto essencial é que, a longo prazo, o Poder pode ser sempre incrementado ao se avançar no gradiente de meios cada vez mais drástico" (33). Ou seja, o uso

de meios drásticos para alcançar um fim tenderia, a longo prazo, a se tornar ineficiente, porque Poder é por definição relacio-  
nal, e, no decorrer de tal processo de dominação, os dominados  
poderiam eventualmente utilizar meios correspondentes, possibi-  
litando dessa maneira uma chance de resistência.

De acordo com Parsons, o modo mais adequado para se evitar a "luta pelo poder", que fatalmente destruiria as re-  
lações estabelecidas de Poder, é o recurso de "racionalizar" o  
conjunto de relacionamentos. E torná-lo racional (ou seja, inje-  
tar Razão na estrutura de dominação existente) significa esco-  
lher dentre os meios disponíveis aqueles mais apropriados, e or-  
ganizá-los para atingir determinados fins. Encontra-se implíci-  
to, pois, que tais objetivos são de natureza secundária, já  
que a meta básica do processo racionalizador consiste na defesa  
das relações de Poder estabelecidas. Em consequência, é possí-  
vel neste ponto identificar uma distinção básica entre esta  
abordagem da questão do Poder e o problema da Razão em Max  
Weber (origem deste referencial, conforme admitido pelo próprio  
Parsons). Se a categoria weberiana de Racionalidade era cons-  
truída em torno da distinção entre meios e fins, sendo que os  
meios, e não os fins, estariam sujeitos à organização e avalia-  
ção em bases racionais, a categoria de Poder na sociologia par-  
soniana, ao contrário, automaticamente compreende uma finalida-  
de, a manutenção das relações sociais de intercâmbio, além de  
apelar para uma racionalização dos meios.

A necessidade de considerar uma tal função implíci-  
ta em qualquer ação social não é claramente defendida por Par-  
sons, se bem que ele insista na distinção de níveis de organiza-  
ção da ação racional através do uso de categorias como eficácia  
e eficiência (34). De fato, isto poderia ter significado alguns  
passos iniciais para o estabelecimento de uma tecnologia admi-  
nistrativa dos relacionamentos de intercâmbio em sociedade, al-

go como uma "engenharia social". Entretanto, ao invés de construir uma tal teoria da organização (35), Parsons teria preferido desenvolver um dos seus projetos iniciais de perseguir uma "teoria econômica", baseada no princípio da generalização do Poder nos sistemas sociais.

Para Parsons, esta generalização ocorre por meio de dois modos principais, distintos porém interdependentes: o Poder "econômico" e o Poder "Político". Poder econômico ou Poder "aquisitivo" consistiria na extensão do âmbito das relações de intercâmbio, "e conseqüentemente no âmbito das escolhas de um dado ator com relação à aquisição e dispensa dos seus direitos de propriedade dos recursos" (36). Por outro lado, para Parsons, um tipo particular de relação interpessoal tem o Poder "aquisitivo" como sua característica principal, a qual, adquirida através da distribuição dos recursos no sistema social, que teria sido determinada pela distribuição de Poder na sociedade e não vice-versa (por isso, acredita ele, a economia de Poder antecede a economia propriamente dita), é precisamente o que determinaria a configuração da economia numa dada sociedade. Na sua teoria dos sistemas sociais, fica claro que os aspectos da vida econômica são meras conseqüências (e não determinantes) do desenvolvimento das forças psicológicas e sociais. Então, inteiramente de acordo com a sua ascendência hobbesiana, a noção de Poder de Parsons, é sinônimo de causa (37).

Enquanto que o Poder econômico estava restrito às suas relações com a posse dos meios, o Poder político de Parsons teria o seu âmbito mais ampliado, consistindo na "capacidade de controlar o sistema relacional como sistema, seja ele uma organização ou um sistema difuso e menos integrado" (38). E ele explica a diferença entre os dois tipos de Poder em função da sua natureza intrínseca: Poder econômico seria quantitativo e

Poder político qualitativo. Nas suas próprias palavras: "Enquanto a estrutura do poder econômico é (...) linearmente quantitativa, simplesmente uma questão de mais ou menos, aquela do poder político é hierárquica; ou seja, de níveis superiores ou inferiores" (39).

Algumas objeções podem ser levantadas com relação à proposta de considerar subtipos de Poder. Em primeiro lugar, parece tautológica a distinção entre econômico e político a partir da natureza intrínseca do Poder, já que a origem do Poder econômico dentro do referencial parsoniano, encontra-se nas relações de intercâmbio social, também por ele definidas como o âmbito do Poder político. Em segundo lugar, não fica esclarecido porque um deles é de caráter quantitativo (por isso chamado econômico) e o outro de caráter qualitativo. Ora, se um tipo de Poder possui uma certa característica que o faz mais "eficiente" (e mais racional), mesmo assim ele significa mais Poder que um outro Poder menor.

Como um todo, a concepção parsoniana de Poder encaixa-se na sua construção teórica, com a finalidade de suportar (e em contrapartida ser apoiada por) outros elementos fundamentais do seu sistema, noções com equilíbrio, causação, orientação universalista, etc. Entretanto, este é exatamente um dos momentos em que aquelas noções perdem muito da sua capacidade explanatória, e naturalmente o seu caráter de conceitos básicos a salvo de questionamentos (40). Dizer, por exemplo, que o dinheiro é uma mera generalização simbólica de um certo Poder aquisitivo (que por isso mesmo teria que anteceder a vida econômica dos indivíduos) parece fornecer, por sua evidente debilidade, argumentos valiosos a favor de outras teorias da sociedade, especialmente aquelas fundadas no pensamento do materialismo histórico (41).

Em resumo, Parsons descobre (ou propõe) a identidade entre Razão e Poder, só que despreza qualquer consequência crítica da sua proposta, fazendo mesmo uma apologia do seu uso como meio para ampliar a dominação. Conforme entrevisto por Chauí, ele é realmente o teórico que instrumentaliza a ideologia do planejamento (inclusive o de saúde) nas formações sociais capitalistas contemporâneas, mesmo sem ter desenvolvido explicitamente uma teoria da organização. Isto ocorreu talvez por ter ele trabalhado amplamente com as noções de sistema e modelo, pedras de toque das modernas teorias de planificação. Parece-nos, portanto, imprescindível uma aproximação crítica a este fragmento da obra de Parsons. Desse modo podemos, por um lado, observar como aparece um modelo de manipulação da realidade que vem sendo reproduzido pelas propostas de racionalização das instituições sociais submetidas à ideologia do planejamento. Por outro lado, surgem elementos adicionais que podem enriquecer a compreensão do mecanismo da identificação entre os conceitos de Poder e de Razão, agora reconhecida como uma das respostas parciais, provisórias e limitadas à questão posta no início desta discussão.

## CONTRIBUIÇÃO À CRÍTICA DA ABORDAGEM SISTÊMICA EM SAÚDE

### A REPRESENTAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE

Entendendo como "sistema" um conjunto de partes, ou elementos de uma realidade que, no desenvolvimento de suas' ações, guardam entre si relações diretas de interdependência, com mecanismos recíprocos de comunicação e bloqueios, de tal modo que as ações desenvolvidas resultam na obtenção de objetivos comuns (1), muitos autores vem utilizando a expressão "sistema de saúde" para caracterizar o conjunto de agentes e agências cuja finalidade seria prestar serviços de saúde (2).

Poder-se-ia considerar no entanto que o "sistema de saúde" corresponde a uma abstração, isto é, um modelo que procura representar uma imagem idealizada da realidade concreta. Mesmo os autores que tem utilizado a abordagem sistêmica em saúde reconhecem "o baixo nível de coordenação e a ausência de objetivos comuns explícitos" (3) e que "a relação entre as partes na prática não é clara como aparece no papel" (4). Diante dessa situação recorrem a certos artifícios semânticos, denominando ' tal sistema de "não sistema" (5) ou "sistema espontâneo" (6) na

resistência à racionalização na medida em que tal proposta implique em redefinição dos interesses em jogo ou em recomposição do poder político entre as instituições. Assim, é compreensível que o "sistema de saúde" vigente seja considerado pouco eficaz e de baixa eficiência, por ser de fato mais insuficiente, descoordenado, mal distribuído e inadequado do que o discurso oficial do setor poderia admitir.

Entretanto, a chave para a compreensão da falácia dessa representação do setor saúde não repousa na desarmonia inter-institucional, ou nos fatores intervenientes, oriundos de outros "sub-sistemas" da sociedade, ou mesmo a nível de categorias técnicas como eficácia, eficiência, distribuição, etc. De fato, deve-se buscar este entendimento no interior da própria lógica da representação sistêmica da realidade, mais especificamente na representação do seu objeto de atuação, no caso o setor saúde; no seu modo de aproximação a este objeto; nas estratégias de interferência criadas a partir daquela representação e daquele contacto; o que, em última análise, poderá revelar sobre quais princípios metodológicos fundamenta-se tal abordagem dos fenômenos da assistência à saúde.

Isso implica em duas questões fundamentais, uma geral e outra específica: Em primeiro lugar, qual é a validade epistemológica das bases conceituais que pretensamente justificariam o emprego da teoria dos sistemas fora do seu campo de origem, a matemática? Em segundo lugar, quais são os elementos básicos, e os seus respectivos efeitos (recobrimentos) ideológicos, específicos da abordagem sistêmica na área da saúde?

#### SISTEMAS E MODELOS: CONCEITOS OU NOÇÕES?

A abordagem sistêmica, em todas as suas variantes, fundamenta-se na noção de modelo, como um objeto artificial concebido para reproduzir nas suas leis e nos seus efeitos os fenômenos

menos relacionados com os objetos reais. Portanto, qualquer tentativa de crítica nesse sentido deve necessariamente começar pelo questionamento da noção de modelo, buscando demonstrar a sua base ideológica. Com esse objetivo, recorreremos à investigação teórica de Alain Badiou, Sobre o Conceito de Modelo (8), que, não por acaso, também aborda marginalmente a crítica da teoria dos sistemas.

Dado que noções são as unidades do discurso ideológico e que conceitos são as do discurso científico, as teses da obra de Badiou partem da existência de dois sentidos distintos para o termo 'modelo': um conceito de lógica matemática e uma noção descritiva de "ciência". Admitindo-se que esta distinção é verdadeira, deve-se revelar os problemas provocados pela passagem de um nível a outro, do científico ao ideológico, buscando-se justificar a nível epistemológico um tal processo de redução. Ou seja, será que a matemática, fonte do conceito de modelo, realmente fornece elementos que justifiquem o uso do termo, e seus derivados (sistema e estrutura), como noção básica de práticas técnicas as mais diversas, no caso o planejamento/administração de saúde?

Esta é a questão epistemológica básica posta quando se pretende fazer da criação de modelos e sistemas a atividade essencial da ciência e das práticas de intervenção em seu nome, dessa forma apresentadas como conhecimento e ação por modelos. A idéia de práticas baseadas na noção de modelo poderia ser considerada ideológica, na medida em que apresenta uma resposta circular à questão da legitimidade técnica da intervenção, construída a partir da noção de racionalidade. O modelo seria um objeto artificial que pretende demonstrar a racionalidade de todos os fatos empíricos (exaustividade) da forma mais simples possível (simplicidade), orientando a ação sobre os objetos reais para adequá-los, no final, ao modelo racional (simples e

dade e simplicidade, aí reconhecemos as normas da razão classificante da idade clássica, e as categorias fundamentais de uma filosofia da representação" (9).

Nesse contexto, a palavra "modelo" é operadora de uma variante do empirismo, cujo objetivo ideológico seria legitimar um discurso e um grupo específico de práticas de intervenção sobre determinados objetos reais, no caso, a assistência à saúde. O que fica sugerido por uma tal abordagem, e que se deve criticar, é a pretensa identidade entre o que se entende por modelo em matemática (aí conceito, no sentido rigoroso do termo) e o que se chama de modelo na "ciência" do planejamento/administração de saúde. Na verdade, busca-se a legitimação de toda uma concepção ideológica das práticas de intervenção em saúde, bastante extremada no que diz respeito à abordagem sistêmica, por meio da referência ao campo (superior, por suposto) da lógica matemática. Porém essa abordagem na verdade termina por mistificar o verdadeiro sentido dos termos modelo e sistema, inscritos na teoria matemática dos modelos, desconhecendo até mesmo as suas propriedades elementares. Em duas palavras, fazem do termo um mal-entendido.

Na verdade, um sistema formal ou lógico "constitui-se apenas em um jogo de linguagem escrita", onde os modelos são as suas possibilidades de escritura, onde as regras são explícitas e sem ambiguidade. Do conjunto inicial de enunciados, os axiomas, teoremas são derivados segundo regras de dedução. Um conjunto de regras sobre as exigências formais do sistema, a constituição da sua linguagem e o modo de a decifrar, ou deduzir, constituirão a sintaxe do sistema. Após delimitar a sua estrutura dedutiva, é preciso ainda remeter o sistema formal ao campo dos objetos aos quais ele pretende se referir; em outras palavras, é necessário definir regras de correspondência, indicações precisas para a sua interpretação, construir uma semântica. Estas são as propriedades teóricas dos sistemas formais.

A análise de Badiou resulta, teorema após teorema, no desmascaramento de vários "mal-entendidos" típicos da ideologia em questão. Por exemplo, a pretensa trans-historicidade da lógica, que conduziria ao absoluto do discurso racional, não pode ser demonstrada com as hipóteses para teste da validade das estruturas do modelo. "A partir da definição semântica dos axiomas lógicos, vemos que eles nada dizem sobre as estruturas onde o sistema formal se pode interpretar", o que levaria a concluir "que na realidade a lógica é ela própria uma construção histórica, duplamente articulada em princípios ativos, demonstra-se que um sistema puramente lógico (de que os axiomas são todos lógicos) não contém nenhuma marca para os seus modelos" (10). Portanto, a referência ao campo da matemática, afim de justificar o uso das palavras modelo e sistema, por meio da demonstração "lógica" da sua racionalidade, volta o feitiço contra o feiticeiro, demonstrando exatamente o contrário, que o recurso à matemática de fato desautoriza qualquer pretensão nesse sentido.

Isso leva à discussão do estatuto da semântica (a interpretação do sistema, como vimos) no interior da teoria dos sistemas formais. O desenvolvimento desse domínio da interpretação do sistema depende do papel desempenhado pelas marcas, e pelas marcas "fora do sistema", na criação de relações internas entre os elementos do sistema. Segundo Badiou, a semântica seria então uma relação intramatemática entre dispositivos de demonstração, os sistemas formais, e as marcas do modelo (as marcas são produtos matemáticos mais "grosseiros", tidos por demonstrados, não submetidos a todos os procedimentos de inscrição). Também por esse caminho fica claro a semântica do sistema refere-se a elementos da sua inscrição originários do exterior, inexistindo qualquer coisa como uma racionalidade, ou mesmo uma função, inerente aos sistemas formais, dentro da teoria dos modelos.

Em resumo, o uso ideológico do termo "modelo" (aqui entendido rigorosamente como noção), principalmente pelo positivismo vulgar, depois pela epistemologia estruturalista, e também, o que nos interessa, pela abordagem sistêmica em saúde, busca a sua eficácia na homonímia com o conceito de modelo no corpo da teoria matemática dos modelos. Porém, bem o demonstra Badiou, esse parentesco é falso, e, mesmo que existisse, as regras de formação dos sistemas lógicos (lugar de inscrição do conceito de modelo) definem limites para a sua utilização como instrumento de produção da prova e, mais importante para o discurso sistêmico, para a produção da previsão.

#### OS EFEITOS IDEOLÓGICOS DA ABORDAGEM SISTÊMICA NA ÁREA DA SAÚDE.

Não obstante as limitações possíveis de serem apontadas nos sistemas como representação do real, o equívoco básico se inicia precisamente no caráter sistêmico atribuído ao objeto por eles representado, no caso os fenômenos relativos à assistência à saúde. Esse caráter determina o fechamento do sistema sobre si próprio, apesar da famosa classificação dos sistemas em abertos e fechados, conforme acentuado em qualquer manual da Teoria dos Sistemas (11). Identifica-se, desde já, uma falsidade na adjetivação do sistema como "aberto", visto que para fins de operacionalização da noção todos os sistemas são, inclusive teoricamente, tratados como fechados. Sobre uma tal interpretação tem sido construídas numerosas propostas de organização de sistemas de saúde, não obstante os defeitos originais (no sentido exato do termo) de qualquer uma delas. Com efeito, as "teorias" e os modelos podem apenas conduzir ao fracasso do empreendimento, não apenas porque a questão da assistência à saúde abarca toda uma realidade biológica, econômica, social e

política que escapa ao seu potencial interpretativo, mas porque são necessários outros métodos capazes de distinguir as intrincadas intra e inter-relações do problema, que vão mais além do alcance da abordagem em questão. Os dois grupos de interpretações sistêmicas que tentam o estudo da assistência à saúde, tal como predominantemente realizado entre nós, podem ser considerados como reducionista e holista, no que diz respeito à sua orientação geral.

Dentro do reducionismo podemos agrupar todos os estudos tipológicos e classificatórios que procuram definir o complexo assistencial através da análise de cada um dos seus elementos, classificados em função de custos, personalidade jurídica, função, objetivos, etc. Pretendem concluir que é eventualmente possível representar o sistema inteiro por um modelo hierarquizado ou funcional que, dessa maneira, torna-se imediatamente uma proposta de organização. Tal abordagem pode ser vista na maior parte das interpretações oficiais da Lei do Sistema Nacional de Saúde (12).

Por outro lado, a abordagem holista prefere considerar o sistema em seu conjunto, estudando as suas propriedades como as de um sistema admitido como fechado. A maior parte das vezes sequer utilizam o jargão sistêmico, constituindo-se mesmo em uma "vanguarda" no estudo do sistema assistencial, sempre em busca de propriedades do sistema, destacando suas partes apenas para analisar os efeitos da sua ausência ou do seu eventual privilegiamento em determinadas configurações (13).

Caso os efeitos do reducionismo e do holismo aplicados ao estudo da assistência à saúde fossem somente uma questão de rigidez metodológica, as suas repercussões estariam circunscritas ao campo da teoria. Entretanto, sucede que ambos atualizam o problema da especificidade do sistema de saúde e da sua organização, fornecendo um farto material de apoio para o discurso oficial e para-oficial do setor. O determinismo a elas

inerente, que privilegia a noção de racionalidade, manifesta-se liberando o sistema das suas relações com o contexto sócio-político que o circunscreve. Em verdade, veiculam conscientemente uma noção de causalidade referida à organização, que limita o seu problema enquanto disciplina na seguinte questão: Até que ponto o potencial de assistência à saúde da população (ou de determinados grupos escolhidos) poderia ser ampliado, ressalvados certos fatores, como recursos, custos, etc.? Nessa perspectiva, diferenciam-se apenas quanto à estratégia preconizada para a resolução do problema: enquanto o reducionismo postula a organização setorizada das partes do sistema, a variante holista acredita na eficácia da introdução de algum princípio geral para o melhor funcionamento do sistema como um todo.

Os sistemas de saúde fundamentam-se em uma rede de relações de causalidade de origem Cartesiana, via princípios da organização científica do trabalho de Taylor e Fayol. Esta união entre o antecedente e o conseqüente é postulada como direta, unívoca e precisa, principalmente no que diz respeito à ausência apenas probabilística de desvios. Mesmo os desvios dentro do sistema podem (e devem) ser previstos e mensurados a partir de um instrumental técnico "adequado".

Na teoria dos sistemas encontra-se uma noção clara do determinismo clássico sobre o qual se assenta a ciência tal como vista pelo positivismo (processo de conhecimento por modelos). Dessa maneira, pode-se compreender o motivo porque os adeptos da abordagem sistêmica tenham chegado a pretender construir uma "ciência dos sistemas", à semelhança do anterior projeto de uma "ciência da organização". Aliás, esta noção de causalidade possui historicamente laços de união com o determinismo que surge no século passado, no contexto da Revolução Industrial, como a explicação global para o funcionamento da máquina (o sistema), posteriormente estendida para o corpo humano, a so

cidade, a natureza, etc.

No sistema, somente existem interações mecânicas previsíveis, caindo assim em um mecanicismo por declaração de princípios, onde a idéia de causalidade apresenta-se indissolivelmente ligada à de racionalidade. Assim, deve-se reconhecer que, em última análise, as abordagens sistêmicas mais recentes na área de saúde não passam de uma reatualização dos princípios da administração "científica", agora recuperados e revestidos com a finalidade de veicular uma certa dose de otimismo e cientificismo, frente aos problemas do setor. No entanto, trata-se em suma de uma abordagem que subordina radicalmente os fatos concretos da saúde dos indivíduos a princípios mecânicos analogicamente justificados que, por uma vertente, recai em um paralelismo grosseiro e simplista, e por outra, considera em última análise a saúde como um epifenômeno do sistema de saúde. Nessa abordagem, estabelece-se o próprio funcionamento do sistema como o seu "telos", em vez da saúde dos indivíduos a quem ele se destina. Imagina-se com facilidade o modo como estas conseqüências, implícitas na análise do determinismo e da causalidade inerentes à noção de sistema, isolam inexoravelmente os modelos de sistemas de saúde dos objetos reais que eles pretendem representar e, a despeito do atestado a nível de discurso, transformam a saúde em uma entidade cuja existência é por definição (ou por falta dela) metafísica, isto é, carente de um tratamento a nível da existência material dos indivíduos reais (14).

Na representação reducionista do sistema, todo desvio provoca uma reação no mecanismo, através do processo de retroalimentação, que repercute com maior ou menor intensidade no conjunto. Cria-se então uma situação de convencionalismo, porque a previsão de impacto do desvio corresponde à estrutura do sistema, ao seu funcionamento e às relações de causa intra-sistema (convencionadas como vimos) que a "harmonia" do próprio sis

tema exige. Em outras palavras, vê-se que a noção de sistema inclui também uma previsão negativa em relação ao seu próprio mal funcionamento, um conjunto de "hipóteses de fracasso", de modo a possuir princípios de função que também devem obedecer ao determinismo do sistema.

A razão da explicação em bases científicas é então invertida: a representação precede e domina o objeto. As representações os modelos, que na própria epistemologia positivista possuem a finalidade de propiciar maior comodidade para o estudo das estruturas do real, acabam por suplantá-lo (15). Como resultado, as hipóteses identificadas com a realidade transformam-se em dogmas, no caso da pesquisa, ou em normas e princípios, no caso de propostas de intervenção, como as do planejamento/administração de saúde.

Em resumo, estas posições baseiam-se em "mal-entendidos" conceituais e são parciais e simplistas no que consideram como o social, o econômico e o político. A sua análise permite reconhecer até que ponto é possível caminhar ao lado da interpretação da assistência à saúde como um sistema, fechado por definição e abstrato por construção, à margem dos indivíduos concretos que o povoam como agentes ou objetos daquela prestação de serviços. Em outras palavras, a assistência à saúde, em termos de estrutura e funcionamento, faz-se segundo condições dadas por uma determinada conjuntura histórica. Realiza-se portanto como fenômeno concreto, não sendo possível o seu enquadramento dentro de um modelo abstrato, ou pelo menos em um modelo que não prevê a sua própria abstração, apesar de representar a ideologização de um objeto histórico. Dessa maneira, cada vez que as conclusões dos "sistemólogos da saúde" são aplicadas a conjunturas concretas, os indivíduos reais, com problemas reais de saúde, permanecem fora das previsões dos sistemas, onde aliás sempre estiveram.

### COMENTÁRIOS FINAIS

A aplicação da abordagem sistêmica em saúde levanta algumas questões, ainda não resolvidas, e que não serão aqui discutidas, como por exemplo a de se identificar um "telos" único e comum para as diferentes classes que ocupam o espaço social. Trata-se de uma transposição ao social de esquemas que, oriundos da Matemática, podem ter sido úteis em Física e Biologia, mas que servem para confundir em Ciências Sociais, onde se inscreve a problemática da assistência à saúde. É difícil identificar um "telos" para sociedade heterogêneas competitivas e dependentes. No caso específico da saúde, também não se pode ver com clareza o "objetivo em comum" entre instituições e profissionais que nem sempre pretendem a melhoria das condições de saúde da população e empresas e empresários que visam precipuamente elevar a sua margem de lucro.

A teoria dos sistemas aplicada à saúde pode ter a vantagem de simplificar a realidade enquanto identifica as partes que compõem o todo e as suas possíveis redes de interação, porém ela se apresenta insuficiente para explicar a natureza e os determinantes da crise de realização em que se encontra o setor. É, portanto, incapaz de orientar medidas concretas capazes de superar os seus impasses, que não se encontram a nível da sua organização.

Por um lado, os sistemas reducionistas da assistência à saúde são construções formais-fundadas sobre elementos mensuráveis como a eficiência, a hierarquização, o desempenho, o custo, o benefício, etc. - que tendem à formulação de "leis e equações", com o resultado de escamotear as relações estruturais e superestruturais do setor saúde. Por outro lado, os sistemas holísticos aparecem sob a forma de "teorias" estruturais, que às vezes sequer revelam o seu caráter sistêmico, e cuja ca-

racterística principal é a utilização de imagens totais que pretendem representar um sistema unificado e estanque. Esta interpretação admite que as modificações somente poderão ser conseguidas a partir de transformações na totalidade da sua estrutura, e, desse modo, realiza as suas funções ideológicas ao transmitir um conteúdo imobilista com relação às possibilidades de mudanças históricas nos sistemas.

Em conclusão, a abordagem sistêmica do problema da assistência à saúde, mais cientificista que científica, termina por ignorar evidências de que todo fato social (como a saúde dos homens) é histórico e, ao tratar dos aspectos reais da assistência de saúde, elabora e aplica uma imagem parcial e abstrata, um modelo por conseguinte. Mesmo assim, é preciso que pelo menos a nível da prática o abstrato se torne em concreto, porque a função de cura ou alívio que atribuem ao seu projeto assistencial é concreta e real. Nesta situação, existe uma única saída, tão ilusória quanto toda a construção sistêmica: a adição de representações cada vez mais parciais, que interagem mecânicamente. Evidentemente que o resultado obtido será uma mera soma de representações, que não consegue corresponder a uma tentativa de aproximação aos fenômenos concretos da saúde.

## O CONCEITO DE DIAGNÓSTICO NA ADMINISTRAÇÃO E PLANEJAMENTO DE SAÚDE

A partir da década de 60, alguns profissionais envolvidos em planejamento e administração de saúde tem procurado refletir criticamente sobre o conhecimento que fundamenta esse importante setor da saúde pública. Como parte essencial desse corpo de conhecimentos, destacamos as práticas diagnósticas comumente utilizadas no setor, devido ao seu papel de instrumento básico de aproximação com a realidade de saúde da população.

Inicialmente, torna-se necessário distinguir os dois significados do termo "diagnóstico" correntes no setor da saúde pública. Em primeiro lugar, aparece o conceito de diagnóstico dos níveis de saúde das populações, geralmente realizado através de indicadores tradicionais de morbidade e mortalidade. Em segundo lugar, existe o diagnóstico como processo de conhecimento de unidades específicas e/ou do complexo de assistência à saúde de uma área definida. O presente trabalho abordará apenas este último conceito, sem no entanto deixar de reconhecer a importância do entendimento do processo saúde/doença em relação ao planejamento de saúde.

Dentro dos seus limites, este artigo pretende estudar o conceito de diagnóstico utilizado pela ideologia do planejamento de saúde a partir das suas origens na chamada "administração científica", além de apresentar alguns aspectos da "sociologia das organizações" que de um modo ou de outro tem exercido algum tipo de influência sobre o planejamento da assistência médica em nossa realidade. Na seção inicial tentaremos resumir a evolução da teoria geral das organizações, com especial ênfase sobre os vários conceitos de diagnóstico emergentes nas diversas etapas de formação do conhecimento racionalizador. Em seguida, discutiremos a adoção e a evolução desse conhecimento

na área da administração e planejamento de saúde e as suas repercussões sobre os conceitos de diagnósticos vigentes no decorrer desse processo. Por último, analisaremos sumariamente a adição de "diagnósticos abrangentes" utilizando técnicas provenientes das ciências sociais e as críticas a essas propostas "inovadoras", na medida em que ambas surgem como as perspectivas mais atuais no campo da administração e planejamento de serviços de saúde para a população.

### O CONCEITO DE DIAGNÓSTICO E AS TEORIAS DE ORGANIZAÇÃO

À parte alguns precusores surgidos no seio da Revolução Industrial como Chaptal, Dupin e Babgace (1), foi o americano Frederick Taylor quem desenvolveu o primeiro estudo mais sério sobre a organização do trabalho. Primeiro, ele se preocupou em analisar as características individuais do rendimento, como a capacidade física e o treinamento do trabalhador, para em seguida aperfeiçoar as regras de organização da força de trabalho. A partir dos resultados da abordagem "científica" a estas questões, pode Taylor desenvolver um conjunto de princípios administrativos para uma direção mais racional das empresas industriais (2).

Este autor separou inicialmente as funções de direção das funções de execução, fragmentando ao máximo o processo de trabalho. Partia do pressuposto de que o maior grau de eficiência do sistema como um todo seria atingido quando cada uma das suas partes estivesse nas melhores condições de funcionamento. Lapassale analisa criticamente o modelo de organização proposto por Taylor da seguinte maneira: "Para esse engenheiro, a máquina é o modelo ideal. Aliás, o funcionamento da empresa em seu conjunto pode ser igualmente comparado ou confundido com o

de uma máquina, e é nesse conjunto mezanizado que cabe situar o trabalho dos executores capaz de um rendimento ótimo" (3). Os princípios da administração científica foram aperfeiçoados por vários assistentes e discípulos de Taylor. Gilberth estudou a dinâmica dos vários tipos de trabalho industrial, descrevendo os micromovimentos em busca de uma maior economia de esforço.

Grantt dedicou-se à pesquisa de novas modalidades de incentivo salarial convencido de que a eficiência era sobretudo determinada pelo salário. Harrington Emerson, por sua vez, delineou uma série de princípios de eficiência e previsão, tornando-se um dos precursores da moderna teoria do planejamento (4).

Entretanto, esses modelos racional-mecanicistas logo se defrontaram com limitações no interior de suas próprias propostas, principalmente no que se refere à destinação específica para um determinado tipo de organização, no caso a empresa industrial.

Quase simultaneamente na França, Henri Fayol desenvolveu alguns princípios para a administração de empresas industriais, estendidos posteriormente para a administração pública. O seu sistema, que se tornou conhecido como Fayolismo, repousava sobre cinco itens básicos: planejamento, organização, coordenação, comando e fiscalização. Como Taylor precisava o emprego do método científico para a resolução dos problemas administrativos, concedendo, além disso, uma maior atenção aos aspectos disciplinares. Com efeito, dos seus "treze princípios" da organização, cerca de oito apresentavam termos de caráter disciplinar (autoridade, comando, subordinação, centralização, hierarquia, ordem, justiça e a própria disciplina). (5).

O sistema de Fayol, enfatizando a organização como basicamente uma questão de chefia, foi adotado com entusiasmo na administração governamental, estendendo-se mesmo para os setores militares. A semelhança de Taylor, a sua proposta repousa na identificação de problemas por meio de observação extensiva.

va, para em seguida proceder uma busca de meios alternativos e mais racionais para a organização do processo de produção. Esse caráter "científico" de ambos os sistemas organizacionais é, segundo Palewski (6), inspirado nos trabalhos de Claude Bernard, sendo que Fayol provavelmente teria sido um intuitivo a esse respeito.

De qualquer modo, iniciava-se uma abordagem do problema administrativo que rapidamente difundiu-se por todo o mundo ocidental, não apenas no setor industrial, onde tal movimentação se originara, como também na agricultura, no comércio e no setor público. Com respeito a este último encontram-se repercussões da teoria administrativa mesmo na área de saúde, datando deste período o "Dawson of Pawns Report", na Inglaterra, e os primeiros trabalhos de John B. Grant, nos Estados Unidos, que podem ser considerados como os passos iniciais para uma aproximação racionalizadora da organização dos serviços de saúde (7).

Entretanto, os trabalhos de Taylor e Fayol não significaram uma verdadeira teoria das organizações. Pelo contrário, assumiam muito mais um caráter utilitarista e pragmático do que uma proposta de estudo da administração. Como novidade, introduziram a noção de diagnóstico de situação seguido de uma análise em bases indutivas, de acordo com os postulados de John S. Mill (8). A aproximação conceitual resultante, portanto, não poderia ir além do nível superficial das relações mecânicas entre os setores administrativos. Por essa época, e no contexto de uma teoria da sociedade capitalista moderna, Max Weber realizou uma verdadeira teoria das organizações burocráticas.

O conceito weberiano de burocracia, em linhas gerais, aproxima-se bastante dos modelos preconizados por Taylor e Fayol. De acordo com Littler, "muito pouco tem sido feito para relacionar o taylorismo com o conceito weberiano de burocracia".

cia" (9). A organização burocrática é também hierarquizada, possui regras fixas que permitem controlar o trabalho, encontra-se em esferas de competência, dirige-se para a eficiência e a rentabilidade e "é sempre, observada em igualdade de condições e de uma perspectiva formal e técnica, o tipo mais racional" (10). A comparação entre o modelo prático de Taylor e o tipo ideal apresentado na teoria weberiana da burocracia permitiu a Littler a seguinte conclusão: "Portanto, o taylorismo pode ser definido como a burocratização da estrutura de controle, mas não das relações de trabalho" (11).

Segundo o próprio Weber, "A experiência tende a mostrar universalmente que o tipo burocrático mais puro de organização administrativa, isto é, o tipo monocrático de burocracia - é capaz, numa perspectiva puramente teórica, de atingir o mais alto grau de eficiência, e neste sentido é formalmente, o mais racional e conhecido meio de exercer dominação sobre os seres humanos" (12). A organização burocrática, é, portanto, apenas o exercício de poder, puro "domínio essencial", porque a administração do aparelho, por mais autosuficiente que seja, tem alguma finalidade fora da própria burocracia. Toda administração, de acordo com Marcuse, "é em si mesmo um instrumento, meios - e não existe algo como um meio como tal. Mesmo o aparelho mais produtivo e mais reificado é um meio para um fim exterior a ele mesmo" (13).

Dentro dessa perspectiva, o conhecimento de uma organização burocrática com a finalidade de "introduzir" racionalidade no seu funcionamento (nada mais nada menos que a meta última do planejamento), extrapola a própria organização, estendendo-se para as fontes de poder externas a burocracia. Assim, o conhecimento, ou o diagnóstico de um sistema de saúde ainda não racionalizado deve ir além dos seus limites operacionais, na tentativa de aprender os elementos de influência no seu funcionamento. A sociologia da burocracia, ao modelo mecânico da "ad-

ministração científica", acrescenta um conjunto de fatores relacionados com a distribuição de poder na sociedade, fatores políticos enfim. Conforme Eisen, "A resposta a controlar para que?" aponta para os limites da razão formal por definição o mais eficiente meio para algum fim estabelecido a partir do exterior" (14). E a noção de racionalidade, identificada como essencial para o entendimento da origem e distribuição de poder dentro da organização burocrática, é usada por Weber, de acordo com Tawney, "para descrever um sistema econômico baseado não em costume ou tradição, mas no ajustamento deliberado e sistemático dos meios econômicos para alcançar os objetivos do lucro pecuniário" (15).

Em resumo, o tipo de diagnóstico derivado dessa linha interpretativa consistiria fundamentalmente na busca de elementos externos ao sistema, como uma tentativa de identificar fatores intervenientes, principalmente oriundos do corpo social. É de se notar a diferença essencial com relação à doutrina da administração clássica, onde os problemas administrativos são reconhecidos como internos aos sistema, e a sua solução, por conseguinte, deve ser alcançada no interior da própria organização. A ambas, é necessário acrescentar uma terceira concepção, desenvolvida a partir da década de 20, nos Estados Unidos, também originalmente vinculada à administração do setor industrial, que privilegia os fatores microsociológicos e psicológicos do operário.

Estudando o rendimento do trabalho em uma companhia de energia elétrica, Elton Mayo observou a existência de um sistema informal de relações interpessoais que desempenhava um importante papel na produção. Essa descoberta permitiu distinguir a estrutura formal, visível e oficial da organização (representada pelo sociograma de Moreno). Lançava-se então as bases para as teorias das relações humanas que no dizer de

Lourau e Lapassade, implicava na descoberta de "uma contra-organização oculta na organização", "teoria invertida da burocracia, compreendida a partir do que se opõe a ela (16).

Michel Crozier apresentou um modelo das organizações partindo do conceito de burocracia, prosseguindo um tanto na abordagem weberiana, desta separando-se principalmente pela ênfase que dedica à questão das relações internas de poder nas organizações. Ele analisa quatro traços básicos das organizações: o desenvolvimento de regras próprias que são absolutamente despersonalizadas; a centralização das decisões; o isolamento das categorias hierárquicas; e o desenvolvimento de relações de poder paralelas, correspondendo à estrutura informal de Mayo (17).

Por outro lado, alguns autores tentaram aprofundar o estudo dos fatores psicológicos do trabalho, mencionado por quase todos os estudiosos das organizações. Estes acentuavam a importância de determinados atributos adequados às tarefas de chefia, como a responsabilidade, o ímpeto e o rigor, e as tarefas de execução, como a obediência, a seriedade, o entusiasmo e a disciplina (18). Recentemente, as "ciências psicossociológicas" tem sido utilizadas para o aperfeiçoamento de métodos de seleção, treinamento, motivação e supervisão de pessoal, integrando-se na chamada administração de recursos humanos.

Para uma aplicação ao processo de planejamento, a abordagem das "relações internas", como no modelo de Mayo ou no de Crozier, demanda um tipo especial de diagnóstico, no sentido de esclarecer preferencialmente os aspectos informais, e por isso de mais difícil alcance, da organização. Quanto ao enfoque psicologista ensaiado, devemos dizer que apesar do aperfeiçoamento dos psicotestes e outros instrumentos de estudo do comportamento humano, e da inegável contribuição para alguns setores específicos do estudo das organizações, tal abordagem tem sem-

pre demonstrado um caráter acessório não sendo capaz de formular um corpo conceitual próprio de maior consistência.

Finalmente, para completar o esboço de estudo das organizações iniciado, resta mencionar o esforço mais recente realizado pela abordagem da análise institucional, a partir da psicoterapia institucional de Tosquelles, de acordo principalmente com os trabalhos de René Lourau e Georges Lapassade. Tal enfoque considera as contribuições de todas as outras teorias, analisando-as criticamente como parciais, no sentido de abordagem aspectos isolados de um sistema em complexo. Pressupõe, por conseguinte, que a sua aproximação crítica seria mais abrangente e profunda, na medida em que alcança, e ultrapassa os níveis de análise das teorias precedentes (19).

Principiam por redefinir o objeto de estudos enquanto a abordagem pré-weberiana estudava os grupos e os trabalhos da "administração científica" e a teoria burocrática consideravam as organizações, ela propõe um novo objeto, a instituição, atribuindo-lhe um estatuto superior enquanto conceito, como resultado de uma evolução linear (grupos-organizações-instituições). Diante dessa abordagem, que propõe um nível mais profundo de intervenção, a própria análise institucional equivaleria a um diagnóstico e a uma prática modificadora, simultaneamente. Essa aproximação tem a finalidade de revelar algo como o inconsciente das instituições, não apenas a nível de atos e funções ocultas porque informais, também aquelas ocultas porque inconscientes (20).

É evidente o caráter de sofisticação de tal abordagem, em função de objetivos compatíveis com a realidade do planejamento em países subdesenvolvidos. De qualquer modo, os estudos da análise institucional, cumprindo o seu papel de exploração científica, contribuíram inegavelmente com uma série de formulações conceituais e metodológicas que só recentemente co-

meçam a repercutir entre os técnicos e estudiosos da administração e planejamento.

## O DIAGNÓSTICO NO PLANEJAMENTO E ADMINISTRAÇÃO DE SAÚDE

Na área da saúde, os problemas administrativos despertaram uma maior atenção dos técnicos somente após a Depressão de 1929, quando os Estados Unidos e a Europa Ocidental se defrontaram com uma crise econômica sem precedentes, resultando em um número excessivo de desempregados que, devido a sérios problemas sociais (entre eles saúde), constituíram uma inesperada e maciça demanda de assistência médica. Além disso, a Medicina tornava-se mais especializada, concentrando cada vez mais tecnologia, o que representava um crescente e incontrolável aumento de custos (21). Essas duas razões, e ainda outras de menor importância, determinaram a urgente aplicação dos princípios administrativos desenvolvidos por Taylor e Fayol no setor saúde, com vistas a uma racionalização do sistema, aumentando a eficiência e a produtividade, o que foi realizado principalmente no que se refere à organização interna de unidades ambulatoriais e hospitalares.

Porém, antes disso, a chamada Administração Sanitária já era ensinada em algumas escolas médicas e de saúde pública da Inglaterra e dos Estados Unidos (22). O conteúdo dessa disciplina era eminentemente descritivo, sendo o seu ensino pouco mais que um exame de estrutura e dos problemas funcionais dos serviços de saúde coletiva então existentes, sem a menor proposta analítica ou de planejamento amplo.

A emergência da Medicina Preventiva como movimento ideológico, na década de 40 nos Estados Unidos, determinou a inclusão da disciplina Administração e Organização de Serviços de

Saúde como parte do currículo médico . . . Mesmo assim, somente na década seguinte é que apareceu o primeiro esforço de sistematização da experiência acumulada no campo, com a publicação do hoje clássico livro de J.J. Hanlon, "Principles of Public Health Administration" (23). Com o processo de expansão do movimento preventivista para a América Latina, conforme analisado por Sérgio Arouca, a parte do seu corpo de conhecimentos referentes a administração e organização de serviços ganhou ainda maior relevância, ao se defrontar com uma realidade de saúde submetida a uma série de impasses e problemas relacionados principalmente com a situação sócio-econômica desses países. Em 1955, por exemplo, Molina e Adriasola publicam o "Princípios de Administración Sanitária", detendo-se mais na análise da organização do sistema de saúde chileno, porém também apresentando uma tentativa de adaptação dos princípios da administração sanitária americana para a realidade latino-americana (24).

Os Departamentos de Medicina Preventiva cumpriram um importante papel na produção desse tipo de conhecimento especializado, além de terem sido a principal fonte de recursos humanos na área. De fato, a aplicação dos princípios administrativos no setor saúde, sob um ponto de vista considerado mais científico, foi possível graças ao reconhecimento desse grupo de disciplinas como parte essencial do currículo das escolas médicas latino-americanas, em substituição a Higiene. Dessa maneira, a abordagem do problema da organização em saúde passou a ser realizada dentro de uma perspectiva sumamente técnica, em vez daquela empírica e assistemática das etapas anteriores (25).

É manifesta e evidente a vinculação entre o conhecimento administrativo em saúde e a teoria clássica da administração. Os autores desse campo, quase sem exceção, confirmam a ascendência das idéias de Taylor e Fayol sobre as formulações

da administração sanitária. Freeman e Holmes, por um lado, identificam a origem da sua proposta de organização de serviços de saúde pública da seguinte forma: "A partir dos trabalhos pioneiros de Taylor e outros sobre a racionalização dos esforços humanos em termos de estrutura organizacional, tem existido um esforço constante para estabelecer um esquema de organização sistêmica que produzirá a ordem necessária para o cumprimento de uma dada tarefa" (26). Por outro lado, alguns autores reconhecem uma maior influência do fayolismo nos seus escritos sobre administração de saúde. O primeiro livro de administração sanitária brasileiro, por exemplo, escrito por Almeida Rodrigues no início da década de Fayol aos problemas da organização de serviços de saúde pública (27). E justifica essa transposição dos princípios oriundos da administração de empresas assumindo uma semelhança estrutural entre aquelas e as agências de saúde pública. Segundo ele, "organização das atividades de saúde pública é comparável, do ponto de vista administrativo, à de uma empresa complexa onde as funções técnicas a ela inerentes estão intimamente ligadas às administrativas" (28).

Outros autores tem sugerido abordagens de maior âmbito para a questão administrativa em saúde, sem no entanto alcançar uma maior repercussão operacional. Além disso, tais sugestões tem revelado um caráter de mera atualização frente à evolução das técnicas de gestão observada na administração privada. Assim é que se menciona desde as teorias de Kurt Lewin sobre a "dinâmica-de-grupo" até um enfoque da "sociologia dos papéis", de inspiração eminentemente parsoniana, como uma tentativa de ampliação do campo conceitual (29). Ou, em outra vertente, desenham-se modelos matemáticos de alta complexidade para a resolução desses problemas (30), como um desenvolvimento extremo das idéias mecânico-racionalistas de Taylor e Fayol.

A propósito de modelos mecanicistas, nos últimos anos tem se observado um grande entusiasmo por parte dos técnicos em administração e planejamento de saúde, principalmente no setor estatal, com relação ao emprego da Teoria dos Sistemas na área de saúde. Por um lado, a variante reducionista dessa teoria propõe uma abordagem microscópica do sistema, sendo adotada principalmente por planejadores de formação americana (30). O diagnóstico do sistema de saúde, nessa perspectiva, assume um caráter eminentemente descritivo e classificatório, procurando reduzir o sistema ao conjunto de partes componentes, dentro da proposta fragmentadora defendida por essa variante.

Por outro lado, a abordagem holista da Teoria dos Sistemas postula uma análise totalizante e macroscópica do sistema de saúde. O modelo de diagnóstico indicado por essa variante consistiria em uma tentativa de identificação de certas propriedades gerais do sistema como uma totalidade. Nesse caso, o papel do planejamento seria a formulação de uma série de prescrições para a introdução desses elementos gerais no sistema como um todo, "azeitando-se" assim o seu funcionamento (31).

A respeito de planejamento dos programas de saúde pública, desde o início dos anos 60 Freeman e Holmes já propunham diagnósticos mais abrangentes, conforme claramente indicam alguns dos tipos de investigação administrativa mencionados: "abordagem das ciências sociais podem ser usadas, tais como tentativas de avaliar as expectativas ou insatisfações da equipe, do público ou dos administradores responsáveis (...). Estudos essencialmente sociológicos planejados para analisar os relacionamentos internos, o moral, os canais de comunicação, as relações interpessoais da organização" (32).

Em nossa realidade, mesmo o trabalho pioneiro de Rodrigues já acentuava o valor de diagnósticos mais diferencia-

dos para a Administração de Saúde, ao considerar a necessidade de "Equacionar anteriormente os problemas, para estabelecer princípios e práticas de administração sanitária compatíveis, utilizando a experiência presente e passada". Entretanto, este pequeno trecho já deixa claro que a sua proposta consiste basicamente em reforçar o conhecimento existente, sem maior questionamento do seu valor e adequabilidade para as condições do planejamento. Tais considerações são confirmadas em seguida, quando o autor apresenta em detalhes o seu "diagnóstico abrangente". De fato existem itens cujos títulos são sugestivos, porém o que ele chama de "histórico e desenvolvimento", "fatores econômicos" e "organizações sociais" não passa de uma solicitação de dados numéricos, descritivos e/ou factuais, como por exemplo datas, número de vagas escolares, número de clubes sociais, etc. Com relação ao item "aspecto sociais diversos", vale a pena especificar o que este autor considera como expressivo na vida social da população que deverá usar o sistema de saúde. "Tem sido grande a abstenção eleitoral? A população revela interesse pelo progresso do município? Como a população é informada a respeito dos assuntos de interesse local?" (33).

Mais recentemente, Abraam Sonis propõe uma perspectiva de análise mais ampla, a partir da abordagem sistêmico-holista da questão da saúde, ao adotar o enfoque do complexo assistencial como um sistema aberto. À semelhança do assumido pela análise institucional principia por criticar o conhecimento anteriormente estabelecido, acentuando que "A experiência recolhida nos últimos trinta anos com efeito permitiu comprovar claramente que a mera aplicação das técnicas sanitárias não é suficiente para a solução dos problemas de saúde. (...). Na década de 30 ou de 40, e ainda na de 50 em alguns países, grupos de especialistas em saúde pública tratavam de aplicar técnicas de ad

ministração às atividades de saúde, como se estas fossem atividades exteriores, desprendíveis do contexto no qual se davam os fenômenos relativos à saúde e sua atenção. (...) A aplicação otimista das técnicas e a política sanitária tradicional prosseguiu até anos recentes" (34).

A partir dessa crítica, enfatiza o papel dos chamados "fatores condicionantes" da saúde, que deveriam ser agregados ao diagnóstico de situação no planejamento de saúde. Tais fatores seriam de natureza social, econômica, cultural, política, institucional, etc., constituindo-se em parâmetros concretos do nível de saúde da população. Para o conhecimento desses elementos, e a sua conseqüente introdução no planejamento, tornar-se-ia necessário uma abordagem muito mais ampla visando o entendimento dos processos sócio-econômico-políticos no interior da sociedade. Conforme admite o autor: "O caminho é tentador, já que amplia extraordinariamente a visão do especialista em saúde e lhe permite o acesso e o uso de técnicas provenientes das ciências sociais, econômicas e políticas (...). Ao mesmo tempo incorpora ao seu campo conceitos e técnicas que aparecem como promissores para a estruturação e a implementação dos programas e atividades" (35).

#### AS CIÊNCIAS SOCIAIS, O DIAGNÓSTICO E O PLANEJAMENTO DE SAÚDE: COMENTÁRIOS FINAIS

A partir da problemática apresentada na seção anterior, identifica-se a necessidade de utilização de uma metodologia mais abrangente, de modo a se realizar um planejamento a partir de elementos mais próximos da realidade. Assume-se então a insuficiência do modelo tradicional de diagnóstico, numa tentativa de nele identificar possíveis falhas no planejamento de certos programas de saúde propondo-se a integração com outras

disciplinas, notadamente da área das ciências humanas. E as alternativas para a realização dessa proposta "inovadora" tornam-se claras na medida em que se considera a inserção do planejamento em saúde dentro do planejamento social do mesmo modo que se reconhecem as instituições de prestação de serviços de saúde como inegavelmente parte do sistema social.

Por outro lado, este espaço de atuação tem sido ocupado por verdadeiros "profetas" de uma Sociologia Médica, fundamentados em uma série de noções e conceitos desenvolvidos pela sociologia funcionalista americana, principalmente a partir dos trabalhos de Talcott Parsons na década de 50 (36). E essa relação entre Medicina e Ciências Sociais tem sido descrita como quase simbiótica, conforme ilustra Wilson no seu livro "The Sociology of Health: An introduction": "As Ciências Sociais tem se estruturado muito solidamente dentro da empresa de saúde, e a especialidade de ciência "médica" compreende uma das subdisciplinas mais amplas e frutíferas no interior das profissões psicológicas e sociológicas. Valiosas contribuições para a medicina foram e estão sendo feitas por cientistas sociais, e, por outro lado, o antropólogo ou sociólogo interessado tem encontrado no campo da saúde um rico manancial em termos de temas de pesquisa". Segundo esse autor, os setores da Medicina que tem se mostrado mais receptivos a esse intercâmbio são justamente a Saúde Pública, a Administração Sanitária e a Saúde Mental. E conclui com a seguinte previsão: "A colaboração entre as ciências médicas e sociais muito provavelmente se elargecerá e se aprofundará nas últimas décadas deste século. (...) De qualquer modo, a articulação das ciências da saúde com as ciências sociais provavelmente persistirá, e o número e a densidade das conexões provavelmente crescerão" (37).

Dentro dessa perspectiva, as ciências sociais acrescentariam uma série de informações úteis para o planejamento dos serviços de saúde, com o objetivo explícito de identificar os chamados "problemas sócio-culturais dos programas de saúde", propondo alternativas para resolvê-los. Kiev claramente expõe a primeira parte dessa proposta de uma sociologia médica ao afirmar que: "O conhecimento sobre as atitudes frente à doença" pode ser significante para se compreender a persistência de maus-hábitos higiênicos face aos modernos recursos disponíveis" (38). A proposta de atuação através desse instrumental sócio-anropológico recém incorporado pela Saúde Pública parece ser conclusivamente resumida neste trecho do documento básico de um seminário sobre educação e planejamento de saúde na América Latina patrocinada pela OPAS: "Dentre as atividades de saúde de saúde, os cientistas sociais deveriam: (...) Estudar sistematicamente heterogeneidades culturais (padrões comportamentais das várias classes sociais, líderes e a estrutura de poder das comunidades) afim de modificar as crenças, hábitos e práticas de saúde através da aplicação dos vários recursos educacionais existentes; predizer o comportamento dos vários grupos sociais na comunidade; e adaptá-los aos requisitos do planejamento" (39) (grifos nossos).

Por outro lado, e certamente mais próximo ao preconizado por Sonis, alguns estudiosos do setor assumem uma posição crítica em relação a essas propostas "inovadoras", apresentando distintas alternativas de abordagem ao problema. Alguns apresentam críticas conceituais e metodológicas, frequentemente assinalando um desvio de objetivos ou um negligenciamento de certas questões por parte desse ramo das ciências sociais (40). Outros autores analisam as possíveis funções cumpridas por essa sociologia médica a partir de uma matriz determinante mais glo-

bal, apontando o seu caráter ideológico (41). O conceito de diagnóstico assumido pelo planejamento de saúde seria, a partir dessa crítica interpretado como elemento substitutivo de uma verdadeira participação da população em todos os níveis. Além dessa, uma série de outras funções ideológicas poderiam ser identificadas com esse importante setor do chamado planejamento social, tais como a mistificação da prestação de serviços como concessão de benefícios, a transmissão da ilusão de igualdade perante o consumo, a proteção e afirmação do conhecimento técnico, etc.

Dessa posição de crítica emerge então uma abordagem alternativa, que implica em um distinto modelo diagnóstico, agora dirigido às determinantes dos problemas de organização da assistência médica a partir do complexo de relações sociais e políticas que constituem o corpo social, que, por sua vez, refere-se em última instância à estrutura econômica. Segundo Vicente Navarro, "a especificidade das relações entre a Medicina e as estruturas econômica, política e ideológica das sociedades pode se expressar pela forma como a prática médica toma parte na reprodução dessas estruturas através da manutenção da força de trabalho e da participação no controle das tensões e antagonismos social" (42). De acordo com essa perspectiva, a organização dos sistemas de assistência a saúde é claramente determinada por fatores econômico-políticos. A seguinte citação pode resumir o conceito amplo de diagnóstico que estaria de acordo com essa abordagem: "para compreender a natureza, composição, distribuição e função do cuidado médico nas sociedades capitalistas desenvolvidas, nós devemos primeiro entender a distribuição de poder nestas sociedades" (43).

Em conclusão, podemos considerar que a evolução do conceito de diagnóstico na área de administração e planejamento de saúde não corresponde à carreira desse conceito no conhecimento racionalizador. A administração sanitária incorporou profundamente a teoria clássica de organização, estabelecendo mesmo pontos de conflito com noções recentes surgidas no movimento das relações humanas ou na sociologia da burocracia, que de algum modo pretenderam influenciar o planejamento de saúde. A exceção representada pela Teoria dos Sistemas pode parcial e especulativamente ser explicada pela sua natureza racional-mecanicista, apresentando-se como uma sofisticação das idéias de Taylor e Fayol. A tendência mais recente de abordar aspectos sócio-culturais do setor saúde, principalmente através de categorias funcionalistas, preenche algumas lacunas na prática do planejamento, ao mesmo tempo em que permite revelar uma série de impasses e contradições. A partir da crítica desses elementos, emerge uma proposta alternativa que consiste basicamente no emprego de novas "velhas" categorias analíticas, resultando em um tipo particular de diagnóstico, muito mais aproximado da prática real de assistência à saúde das populações.

## AS AMBIGUIDADES DA NOÇÃO DE "NECESSIDADES DE SAÚDE"

1 - INTRODUÇÃO

A expressão "necessidades de saúde" tem sido encontrada nos diferentes discursos apresentando distintas conotações. Este fato poderia sugerir à primeira vista, simplesmente, uma questão semântica. Todavia, uma análise cuidadosa dessa aparente confusão conceitual tende a indicar algumas possíveis interpretações.

Em primeiro lugar, há que se considerar a pertinência teórica dos "conceitos" utilizados. Em segundo lugar, deve-se questionar a existência de um quadro teórico que fundamente tais "conceitos". Em terceiro lugar, cumpre indagar se o quadro teórico de referência permitiria integrar, no plano do conhecimento, noções provenientes de campos específicos do saber - no caso particular da Economia e da Saúde.

Nessa perspectiva, a reflexão sobre a noção de necessidades e sua aplicação à saúde impõe o estudo desse "campo novo" que são as relações da economia e da saúde e obriga-nos a afinar constantemente nossos próprios conceitos" (1). Daí a relevância de se proceder um trabalho teórico que analise criticamente as noções convencionalmente empregadas, contribuindo para a explicação das relações entre saúde e economia em sociedades específicas.

Esse é o propósito do presente trabalho, embora se reconheça o seu caráter exploratório e preliminar.

## 2. - O SUJEITO DO DIREITO, SER DE NECESSIDADES

Quando analisamos a expressão "necessidades de saúde" deparamo-nos inicialmente com as seguintes questões:

Desejamos nos referir à necessidade do indivíduo ter saúde? Ou estamos interessados em identificar as condições necessárias ao indivíduo para ter saúde?

A primeira questão tem sido implicitamente respondida, através da doutrina dos direitos humanos na qual se inclui o chamado "direito à saúde". Supõe-se que todo indivíduo, independente da cor, situação sócio-econômica, religião, credo político, etc., deva ter saúde, e para tanto a sociedade teria que mobilizar os seus recursos para promovê-la e preservá-la. Assim não haveria, aparentemente, nenhum sentido em perguntar "saúde para que" quando a resposta surgiria óbvia: para usá-la (2) plenamente na vida.

A noção de "direito a saúde" tem sido tão propagada nas últimas décadas que pareceria um "non sense" a preocupação com tais questões. Contudo, se no plano das intenções não haveria muito do que questionar sobre a legitimidade de tal direito, no plano da realidade novas situações deveriam ser analisadas no sentido de interpretar as determinantes históricas dessa doutrina e as dificuldades encontradas para efetivá-la em sociedades onde predomina o modo de produção capitalista (4).

Quanto a segunda questão, - quais as condições necessárias para ter saúde, - percebe-se que ela vem sendo respondida em parte pela ambivalência das expressões "necessidades de saúde" e "necessidades de serviços de saúde". O uso proposital ou involuntário dessas expressões como sinônimas, conduz a idéia de que para ter saúde necessita-se de serviços de saúde.

Se por um lado essa ambigüidade reforça o ponto de vista segundo o qual os problemas de saúde do indivíduo e da coletividade poderiam ser resolvidos por tais serviços, de outro lado, abre os canais para a medicalização da sociedade quando estimula a expansão do consumo de serviços, muitos dos quais de eficácia discutível. Resta, portanto, indagar a quem serve tal ambigüidade.

Noutra perspectiva, o entendimento das condições necessárias para a obtenção da saúde vai mais além. Identificam-se outras necessidades humanas também consideradas importantes e que, na maioria das vezes, encontram-se fora das responsabilidades institucionais do setor saúde. Temos assim a alimentação, a habitação, a educação, o saneamento, o lazer, a renda, etc, frequentemente citadas com o respaldo empírico de estudos epidemiológicos, embora entendidas como variáveis isoladas.

Essa interpretação tem servido aos dirigentes e técnicos do setor saúde quando tentam se eximir da responsabilidade das ações extra-setoriais para a elevação do nível de saúde. Tem ainda estimulado a utilização da abordagem sistêmica sobre a realidade e justificado a ideologia do "desenvolvimento integrado", mediante a integração do setor saúde ao processo de planejamento global dos países.

Essa abordagem, apesar das suas limitações, exhibe uma perspectiva potencialmente mais abrangente. Embora implicitamente reconheça a insuficiência da instrumentalização sobre as condições reais de existência, via serviços de saúde, propõe na realidade, a instrumentalização em outros níveis, supondo que as mudanças possam ser feitas no domínio da técnica.

### 3 - NECESSIDADES DE SAÚDE E TEORIA DO VALOR UTILIDADE

A teoria do valor-utilidade parte da relação entre uma necessidade humana e o serviço ou objeto que a satisfaça. Supõe que o homem, identificando uma necessidade desenvolve, a partir de sua vontade, as maneiras de supri-la. Enfatiza, portanto, o comportamento subjetivo dos "atores sociais" inseridos na atividade econômica.

Essa perspectiva da Economia Marginalista (4) vem inspirando os autores que tem estudado a questão das "necessidades de saúde". CAMPOS (5) por exemplo, chama atenção para o fato de que "demanda" é um conceito histórico particular à economia de mercado e ligado ao poder aquisitivo individual e que não deveria ser utilizado em planejamento de saúde, mas substituído pelo de "necessidade". Reconhece que "saúde é um problema de definição social, cabendo aos técnicos defini-la dentro de um contexto histórico e social determinado", e admite que uma necessidade deve ser atendida "na medida da disponibilidade de recursos e segundo um esquema racional de prioridades". Todavia, fica por definir as "reais necessidades de saúde" e por esclarecer como o planejamento, enquanto técnica, pode resolver a questão das prioridades e do privilegiamento das necessidades "socialmente justificadas".

Numa linha semelhante de discussão, ARAÚJO (6) comenta sobre as chamadas necessidades sentidas e não sentidas, (aquelas percebidas pelos indivíduos e as consideradas essenciais e válidas pelos técnicos), e ressalta a tendência moderna à extensão de serviços de saúde. Critica os "exageros" da análise de Illich (7) sobre o fenômeno da medicalização da sociedade, e destaca o "aumento artificial das necessidades de serviços de saúde para atender aos interesses da indústria produtora desses

serviços em busca da ampliação do seu mercado".

Em ambos os estudos mencionados, constata-se uma pouca atenção à conceptualização da noção de "necessidades de saúde". Em segundo lugar, aceitam-se as expressões "necessidades de saúde" e "necessidades de serviços de saúde" como tendo a mesma conotação. Finalmente, superestimam a contribuição da técnica na definição de tais necessidades, a partir de uma aparente concepção de neutralidade do planejamento.

As limitações desses estudos refletem, na realidade, as deficiências da Teoria do valor-utilidade da Economia Marginalista que lhes fundamenta. Essa abordagem, partindo do pressuposto de que o homem "atribui valor aos objetos ou aos serviços, na medida em que estes satisfazem suas necessidades (8)" estimula a confusão entre as noções de "necessidades de saúde" e "necessidades de serviços de saúde".

Essa confusão também é feita, diga-se de passagem, por autores que aparentemente dispõem de outro referencial teórico. É o caso do seguinte trecho de BERNIS (9):

"Nem sempre existiu um sistema sanitário: se em muitas aldeias africanas ainda hoje não existe um, é porque elas não criaram a necessidade de saúde, porque não a sentem como uma necessidade, assim como nunca produziram um excedente suficiente para poder pensar em financiá-la, muito mais do que porque não conheçam a medicina científica".

Percebe-se, portanto, que o autor em questão está se referindo, na realidade, à noção de necessidade de serviços de saúde, que será analisada em seguida.

#### 4 - A QUESTÃO DAS NECESSIDADES DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Do mesmo modo que persistem dúvidas quanto a interpretação da expressão "necessidades de saúde", permanece obscura a noção de "necessidades de serviços de saúde".

BOULDING (10) afirma que "entre los economistas el concepto de necesidad no goza a menudo de tanto favor como el de demanda. Sin embargo, ambos tienen virtudes y defectos propios. Se critica el concepto de necesidad por ser demasiado mecânico, por negar autonomía e individualidad a la persona humana, y por implicar que el ser humano es una máquina que "necesita" combustible en forma de comida, lubricante en forma de medicina, y repuestos provistos por el cirujano. Aunque el concepto se haya extendido hasta incluir las necesidades psicológicas y emocionales, parecería que el resultado final es un alambre eléctrico que recorre el centro de placer del cerebro, y que podría brindar una vida de éxtasis ilimitado e insensato. En cambio, la demanda implica autonomía del individuo, elección y una adaptación de insumos de todas clases a las preferencias individuales. Solo el esclavo tiene necesidades; el hombre libre tiene demandas".

Esquecendo-se o caráter moral do discurso, o que fica evidente é a crença na auto-determinação de sujeitos supostamente livres, capazes, e com o poder de exercerem a livre escolha, ou seja a demanda. Contudo, o autor não compartilha integralmente da crença dos seus colegas marginalistas, quanto as virtudes das leis do mercado, pelo menos na área da saúde... Nesse particular concorda com as idéias veiculadas nos trabalhos de ARAÚJO (11) e CAMPOS (12), pois critica aos economistas que não levam em conta o problema da escolha em saúde. Para ele a idéia de

escolha pressupõe que quem elege conhece as alternativas que lhes são oferecidas e que o faz de acordo com critérios de valor ou de utilidade (13).

BOULDING acredita que a demanda por atenção médica é antes de tudo uma demanda de conhecimentos ou pelo menos do resultado de conhecimentos, e que "la experiencia del mercado no puede ensinar a la gente lo que tiene que saber sobre las elecciones que debe hacer, ni aun cuáles son las funciones de preferência que corresponde aplicar al evaluar estas elecciones" (14). Na realidade a demanda da atenção médica de cada um seria aquilo que cada um quer, enquanto a necessidade da atenção médica de cada um é a que o médico pensa que cada um deve ter. Tal situação seria resumida na seguinte fórmula:

"Lo que usted necesita es lo que yo, en mi carater de consijero profesional suyo, tengo para darte; lo que usted quiere es bastante irrelevante" (15).

Na medida em que o setor saúde estabelecesse as "necessidades" numa economia de mercado, a extensão da atenção médica levaria a proliferação de medicamentos, equipamentos, em presas prestadoras de serviço, financeiras, etc., e intensificaria o chamado processo de medicalização. Do mesmo modo, certas regulamentações do seguro social em países de economia capitalista tem estimulado a lucratividade em manter os pacientes na cama, porquanto as empresas de saúde tenderiam a ganhar mais com os pacientes que permanecem no leito do que com os frequentadores de ambulatórios, mesmo que isso não fosse justificado do ponto de vista médico.

Um ponto merece destaque nas idéias desses autores. Ao postularem que o setor saúde não pode ser entendido apenas pelas leis do mercado, reconhecem que a produção de serviços

possa definir o consumo e, portanto, criar o elenco de necessidades de serviços de saúde. Todavia, não avançam na interpretação do processo de medicalização e não apreendem a organicidade desse processo com a reprodução da estrutura social, quer se faça através da medicina de mercado, quer se realize mediante a intervenção estatal. Na medida em que não incluem nas suas análises a dinâmica das classes sociais, deixam de perceber os elementos explicativos que dão conta da definição das necessidades de saúde e da lógica das políticas sociais do Estado capitalista.

Mesmo assim, novas definições são propostas. JEFFER et alii (16) por exemplo, apresentam as noções de demanda, de desejo e de necessidade.

No caso da demanda, significaria a quantidade de serviços médicos que os membros de uma população desejam comprar para cada combinação de preços, renda, nível de saúde, gastos, etc. Já os desejos por serviços médicos seriam entendidos como a quantidade de serviços médicos que o indivíduo sente que deveria consumir fundamentada na própria percepção dos seus problemas de saúde. Finalmente, as necessidades da população, seriam a quantidade de serviços médicos, segundo a opinião dos especialistas (médicos), que, deveria ser consumida para permanecer ou tornar-se tão sadia quando fosse possível a partir do conhecimento médico existente.

Dessas definições poder-se-ia inferir que se todos os custos da assistência, diretos ou indiretos, fossem eliminados da responsabilidade do consumidor os "desejos" seriam iguais a "demanda". Do mesmo modo o consumidor bem informado sobre sua situação de saúde e sobre os recursos médicos disponíveis, teria "desejos" idênticos as "necessidades" atribuídas pela opinião médica especializada (17).

Analisando essas implicações SCHAEFER (18) chama a atenção que tal conclusão não poderia ser estabelecida. Cita o exemplo de uma situação em que o médico e o paciente saibam exatamente as probabilidades da ocorrência de problemas diante das alternativas de se submeter ou não a uma operação. Assim o paciente poderia ter uma avaliação subjetiva diferente das probabilidades "objetivas", e, portanto, chegar a uma conclusão distinta da recomendação do médico (19). Por outro lado, considera que a necessidade por serviços médicos determinada pela opinião médica, pode inclusive não coincidir com a do administrados de saúde ao decidir sobre a utilização dos recursos. Conclui que para se fazer uma avaliação realista da "necessidade" estabelecida pelos médicos especialistas, seria importante atentar para 3 fatores.

Primeiro, a informação disponível para o especialista é limitada, e talvez, imperfeitamente percebida. Assim por exemplo, não se tem presentemente dados suficientes sobre a eficácia de vários tratamentos. Na ausência dessas informações é possível que muitas das decisões sejam tomadas em função da experiência pessoal do profissional. Do mesmo modo, diante da falta de informações precisas sobre os serviços não-médicos consumidos pela população, seria impossível interpretar convenientemente a relação entre a utilização do serviço médico e o impacto no estado de saúde.

Segundo, as necessidades poderiam ser superestimadas na medida em que a opinião médica fosse formulada pelos próprios produtores de serviços.

Terceito, ainda que a mesma informação técnica fosse disponível igualmente para todos, a avaliação dessa necessidade não é unânime. Gostos e preferências podem diferir entre especialistas, e entre estes e os consumidores.

Sugere então, o uso do termo "necessidade privada" para indicar a idéia de "necessidade" defendida por JEFFERS et alii (20), ou seja o consumo segundo a opinião médica do setor privado. E introduz o conceito de "necessidade social" para a quantidade de serviços médicos julgada apropriada pelo administrador de saúde "bem informado", capaz de analisar a opinião dos especialistas e a repercussão dos serviços médicos em toda a economia. Ou seja, considera não somente os supostos benefícios, mas os custos totais que estão envolvidos na alocação de recursos para os serviços médicos (21).

Vê-se desse modo que essa noção de "necessidade social", poderia lembrar a da "demanda técnica" utilizada em alguns documentos oficiais no Brasil (22). Essa tem sido entendida como uma espécie de necessidade induzida à população pelas autoridades do setor saúde, particularmente as ligadas ao Estado. Tem como premissa que a efetivação dessa demanda é de interesse público, e, portanto, deveria ser estimulada, educativa, persuasiva ou compulsoriamente. O que parece diferir, no entanto, é que no caso brasileiro, a noção de "demanda técnica" privilegia as chamadas ações básicas de saúde, usualmente caracterizada como simplificadas, de baixo custo, e de alta cobertura. Embora perceba-se no caso da "necessidade social" definida por SCHAEFER(23) uma preocupação com a questão dos custos, e, conseqüentemente, com o estabelecimento de prioridades, não se constata um privilegiamento da extensão de serviços da população mediante recurso aos mecanismos indutores.

A análise desses estudos revela que, apesar do esforço classificatório dos seus autores, as noções por eles veiculadas não explicam suficientemente o que se passa com o setor saúde em sociedades capitalistas, muito menos o que acontece com o estado de saúde dos indivíduos nessas mesmas sociedades.

Ao privilegiarem o mercado e o comportamento subjetivo dos "atores sociais" (produtores e consumidores) (24) deixam de incluir nas suas análises outros determinantes capazes de explicar o que acontece na realidade. Como acentua SINGER (25) o marginalismo nunca foi capaz de desvendar as leis que governam esta subjetividade. Do mesmo modo, "todo o comportamento do poder público do Estado, na economia não se explica pela teoria do valor-utilidade (...). O comportamento econômico do poder público não obedece a mesma racionalidade que a do indivíduo" (26).

Daí as "peculiaridades" do mercado de saúde, especialmente quando a extensão dos serviços é proposta e regulada pelo Estado. Daí que certos autores (27) embora tenham como referencial a Teoria do Valor-utilidade são forçados a não acreditarem na soberania do consumidor de serviços de saúde. Mesmo que tais estudos procurem em KEYNES (28) alguma ajuda para a compreensão do capitalismo após a crise de 29 (e seus reflexos na saúde) não conseguem se libertar do instrumental marginalista clássico da Teoria do Valor-Utilidade.

Consequentemente, deixam de apreender até mesmo as necessidades objetivas da sociedade que fazem com que o Estado intensifique a sua intervenção na saúde. Como não conseguem identificar as leis mais gerais que regem objetivamente as sociedades em que predomina o modo de produção capitalista, as opções que lhes restam são muito poucas. Apela para a doutrina dos Direitos Humanos e, a partir dela, procuram justificar a intervenção do Estado em saúde, como uma forma legítima de assegurar o "direito à saúde" que é subtraído cotidianamente pela própria organização social da produção. Ou então vão buscar suas explicações na tendência crescente do Estado Capitalista alcançar a "Idade da Razão" (29) e, desse modo, imprimir racio-

nalidade na produção anárquica dos serviços de saúde e, dessa forma, conter os seus custos.

## 5 - A DEFINIÇÃO SOCIAL DAS NECESSIDADES DE SAÚDE

A partir dos comentários anteriores, pode-se considerar que os termos "necessidades" e "demanda" apresentam dimensões sociais e políticas que variam historicamente segundo as formas de organização econômica da produção. Apresentam conotações distintas quando aplicadas a uma economia de mercado ou a uma economia centralmente planejada de modo parcial ou global. Não podem ser examinadas abstratamente, mas a partir das condições objetivas de uma dada sociedade.

Constata-se também que as definições acionadas para justificar o "status quo" de uma dada estrutura social chegam a prejudicar a elaboração de um conceito para o fenômeno que se pretende investigar. Não se constituem, propriamente, um conceito, na acepção científica do termo, mas "posições no sentido de serem propostas empíricas e ideológicas (...) que como tais mantem um afastamento de uma teoria que as pudesse orientar e para a qual pudessem colocar questões a serem equacionadas no plano da ciência" (30).

Como esse trabalho teórico não tem sido privilegiado, novas adjetivações também são propostas para as "necessidades de saúde": sentidas, não sentidas, básicas, reais, autênticas, fundamentais, etc.

Esses adjetivos não chegam a contribuir para a análise científica do problema, não passando muitas vezes de mero exercício de retórica. Na realidade, os estudos até aqui examinados carecem de uma teoria que dê conta tanto da questão das

necessidades de saúde em sociedades de classe, quanto das necessidades da política social do Estado de reproduzir a estrutura dessas sociedades. Contudo, deve-se lembrar que tais recursos semânticos podem representar também um questionamento sobre a legitimidade das "necessidades de saúde" porventura estabelecidas, uma crítica velada ao processo de definição, ou mesmo à pertinência dos seus enunciadores (31).

Partindo-se do suposto de que, há uma tendência em dar a técnica e aos técnicos a perspectiva de definir as "necessidades de saúde" e quais delas seriam socialmente justificadas surge um espaço de problematização porquanto não há um consenso quanto ao modo de identificar, quantificar, hierarquizar e selecionar as "necessidades de saúde" a serem atendidas. Este espaço de tensão parece existir ao nível da técnica, porém se reforça e se intensifica quando ocupado pelos interesses antinômicos que permeiam a estrutura social (32).

Com efeito, é possível que as "necessidades de saúde" atendidas num dado momento histórico não representem aquelas justificadas pela "magnitude quantificada do dano" (33), e, conseqüentemente, não sejam representativas da população em geral, e particularmente das camadas populares. Mesmo as necessidades de saúde privilegiadas para a cobertura de amplos segmentos sociais podem ser questionadas quanto a sua importância no contexto da experiência dos indivíduos, ou quanto a sua eficácia de intervenção. É o caso de se enfatizar os serviços de puericultura e de distribuição de alimentos, quando as necessidades podem estar localizadas ao nível do emprego e da distribuição da renda.

Verifica-se, desse modo, que nem os critérios, nem os processos, nem as técnicas de definição de necessidades de saúde, são neutros. A definição das necessidades, a extensão

e a especificação de sua cobertura se estabelecem num campo de forças de interesses distintos que ocupa os espaços social, político e econômico.

Nesse particular parece pertinente indagar que grupos sociais, num dado momento histórico, estão definindo as "necessidades de saúde", quais são as que devem ser satisfeitas e de que maneira devem ser utilizados os recursos disponíveis a fim de atendê-las.

Consequentemente, deve-se buscar no entendimento das articulações entre a saúde e a estrutura social, a compreensão dos modos pelos quais as necessidades de saúde são social e historicamente definidas (34). Observando-se, portanto, as instâncias econômica e político-ideológica da sociedade, poder-se-ia delinear um espaço rico em contradições entre a experiência do sofrer e as condições objetivas de sociedades concretas que permitem identificá-lo, quantificá-lo, problematizá-lo e resolvê-lo.

Trata-se de buscar no plano da ciência um quadro teórico que auxilie a compreensão das relações entre saúde e sociedade e, portanto, contribua para a elaboração do conceito de necessidade e para a identificação dos modos pelos quais se produzem os serviços de saúde em sociedades capitalistas.

## 6 - EM BUSCA DE UM QUADRO TEÓRICO

As observações anteriores remetem ao entendimento das necessidades de saúde no contexto das relações sociais de produção e das lutas econômicas, políticas e ideológicas de classe.

Nessa perspectiva, o estado de saúde, as energias,

os nutrientes constituem-se meios de vida consumidos e incorporados no processo de produção sob a forma de mercadoria - a força de trabalho (35). Assim a saúde da força de trabalho enquanto gera valor é consumida, do mesmo modo que é consumida a vida das populações sob a acumulação ampliada do capital nas sociedades capitalistas.

A necessidade da saúde passa a ser compreendida 'desse modo, pela sua dupla face. Do lado do trabalhador, significa a possibilidade de continuar vendendo a sua força de trabalho, tendendo conseqüentemente a defendê-la (36). Do lado do capitalista, representa a possibilidade de ter sempre a sua disposição força de trabalho em condições de criar valor. Não lhe interessa o estado de saúde daquele trabalhador individualmente, mas a saúde da força de trabalho em condições de produzir. Mesmo que isso signifique a substituição do trabalhador doente por outro menos doente, ou por outro que esteja na reserva.

Esses comentários buscam esclarecer algumas relações entre o estado de saúde da força de trabalho e a produção, saúde e acumulação do capital, ao tempo em que oferecem uma via de entendimento da preocupação do Estado capitalista em normatizar e intervir sobre as necessidades de saúde. Sobretudo, na medida em que, aliviando certas tensões sociais (resultantes de contradição entre o capital e o trabalho) contribui para socializar os custos de reprodução e recuperação da força de trabalho.

Nesse contexto é que poder-se-ia compreender o significado da produção do cuidado médico e das necessidades de saúde (37) no âmbito de processos sociais concretos ligados a reprodução da vida material. Assim é que AROUCA ao analisar o cuidado médico e a produção capitalista ressalta que este envolve uma relação de duas pessoas:

"Uma delas transforma um sofrer, uma insegurança, enfim, um sentir em necessidade que somente pode ser satisfeito por alguém externo a ela, socialmente determinado e legitimado. É uma relação que se dá em um espaço especializado para suprir, resolver ou atender a este conjunto de necessidades de nominadas doenças" (38) (grifo nosso)

Verifica-se então que no âmbito das "necessidades" de Saúde encontra-se um conjunto de necessidades entendidas como doenças. Doenças que fazem parte da experiência concreta dos indivíduos, e que são reconhecidas mediante o arsenal diagnóstico que a técnica pode dispor. "Médicos e pacientes encontram-se em relação de troca, em que um é portador de necessidades e o outro de conhecimentos", se bem que o primeiro não recebe o conhecimento, "e sim o cuidado, forma instrumental deste conhecimento monopolizado". Portanto, "o cuidado é o próprio processo" de trabalho de agentes que monopolizam o conhecimento e habilidades para esta atividade, utilizando instrumentos determinados". Processo de trabalho esse que seria composto de "conhecimentos" corporificados em instrumentos e condutas (nível técnico) e em uma relação social específica (nível social) satisfazendo as necessidades humanas determinadas pela experiência histórica dos sujeitos diante do modo de andar a vida" (39).

Assim é que o cuidado médico tem como objetivo a intervenção de valores vitais (biológicos e psicológicos) e é simultaneamente, "uma unidade de troca a qual é, atribuída social e historicamente, um valor". O que se consome é o cuidado, ou seja o próprio trabalho e não o seu produto, consumo este que "é realizado na própria vida, no seu uso e no consumo de força de trabalho no processo produtivo" (40).

Uma das características do cuidado médico radica-

se no fato de que "é determinado pelas necessidades vitais nos modos de andar a vida e determina necessidades ao definir socialmente o seu espaço de coberturas" (41). O que se pode inferir de tal característica é que se por um lado a necessidade de serviço de saúde, no caso particular do cuidado médico, é determinado pelas necessidades vitais, (42) por outro lado ele determina também as necessidades, a serem cobertas na medida em que haja na sociedade concreta o interesse e a possibilidade de fazê-lo (43).

É justamente entre o vital e o social que a medicina encontra a sua contradição fundamental e localiza, como afirma AROUCA os seus limites e possibilidades. Se bem que a medicina se dirija aos valores vitais sob a forma de cuidado, tomando-se como seu objeto, o corpo anátomo-fisiológico é também investido socialmente de valores. Portanto, se o uso atribuído a tais valores é social e historicamente determinado, a contradição da medicina" encontra-se em tomar objeto de trabalho valores que são que são valores de uso e o uso atribuído a estes valores que, em última instância, determina a historicidade dinâmica e possibilidade destes valores" (44).

O sofrer, conseqüentemente, não se apresenta abstratamente. Ele se materializa em um corpo que numa sociedade de classe apresenta distintos valores. E é justamente tendo em conta esses distintos valores atribuídos a vida humana nessas formações sociais que poderemos entender as diferentes idéias acerca da questão das necessidades de saúde. Se o corpo anátomo-fisiológico é consumido no processo de produção, segundo a posição de classe do sujeito é de se esperar que as "necessidades de saúde" referentes a esse corpo sejam definidas em consonância com tais especificidades. Conseqüentemente, torna-se bastante difícil imaginar numa sociedade de classes a existência de

"necessidades de saúde" gerais e universais, acima das classes. Do mesmo modo, o próprio processo de definição das necessidades se vê comprometido na medida em que representa, na realidade, a ótica das classes hegemônicas (45).

Convém ainda ressaltar que as necessidades de saúde que induzem ao indivíduo utilizar os serviços não resultam apenas de um sofrer, de uma crise decorrente das agressões da natureza ou da estrutura social contra o corpo. Depende também de um saber que permeia as práticas sociais e que ao ser apropriado por uma classe implica em padrões de consumo distintos das demais classes.

Sendo este sofrer e este saber historicamente determinados, refletem-se na experiência de indivíduos singulares inseridos numa dada estrutura de classe.

Na experiência concreta de um indivíduo, o fato de perceber uma doença vincula-se à sua posição de classe que pode lhe autorizar ou não a ser normativo para a sua vida. A saúde enquanto norma de vida pressupõe a existência de sujeitos capazes de serem normativos, e portanto, não tenham reduzida a sua vida ou a sua saúde a um dado valor de troca (46). Conseqüentemente, a experiência do sofrer é, além de biológica, social e histórica.

Este sofrer é referido ao cuidado médico a partir do elenco de sintomas, sinais e de exames complementares. No entanto, a prestação do cuidado guarda relação com a situação de classe do sujeito e com o desenvolvimento das forças produtivas que imprimem certas redefinições da estrutura de saúde. Neste sentido, a própria prestação do cuidado revela, na prática, a articulação da medicina com a estrutura social.

De outra perspectiva, as necessidades de saúde podem depender mais de um saber que de um sofrer. É o caso da

busca espontânea por cuidados preventivos (senso estrito) e por diagnóstico precoce (morbidade descoberta pela técnica) (47).

Essas necessidades, portanto, resultam de uma apropriação do saber médico, mesmo que difusa e desordenada, ou de uma indução ao consumo para atender a objetivos estabelecidos fora da prática técnica. Todavia, tal apropriação não se faz de modo homogêneo entre as classes sociais.

Verifica-se uma apropriação do saber médicos pelas classes privilegiadas e uma indução ao consumo de certos serviços para as classes subalternas mediante coerção, educação sanitária e mais recentemente pela "participação comunitária (48).

Nesse contexto é que se evidencia a Resistência - reação legítima e sadia das classes populares a ação domesticadora da extensão da saúde - especialmente quando as condições conjunturais não são favoráveis a uma reação popular politicamente organizada.

Todavia, na medida em que se desenvolve a luta econômica, política e ideológica dos trabalhadores emerge a questão social da saúde. De um lado pelas transformações econômicas decorrentes do desenvolvimento das forças produtivas e de outro lado, pelas reivindicações por novas modalidades de relações de poder e de organização dos serviços de saúde.

Assim, a politização da saúde desenvolvido pelo Estado Capitalista no exercício da hegemonia e a medicalização da política realizada pelas classes dominantes através da manipulação autoritária do setor saúde, passam a se enfrentar com a contra politização da saúde pelos trabalhadores e seus aliados históricos (49).

Esses enfrentamentos se processam em todo o espaço social, inclusive nos aparelhos do Estado controlados pelas classes hegemônicas. A questão democrática da saúde passa, portanto,

pelas instituições de saúde, pelas fábricas, pelas universidades, pelo Parlamento, pelas associações civis e, fundamentalmente, pelos partidos políticos orgânicos aos interesses da classe trabalhadora.

Nessa perspectiva é que as necessidades de saúde e as necessidades de serviços de saúde são redefinidas dialeticamente no processo da luta, exhibe-se o caráter patogênico da estrutura social e identificam-se as estratégias políticas consen-  
tâneas com a melhoria das condições de vida e com a transformação da estrutura social.

#### 7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

As reflexões desenvolvidas no presente estudo procuram sugerir que as necessidades de saúde são historicamente determinadas e a definição das mesmas transcende a competência da técnica, e resulta de uma experiência de sofrer e de uma apropriação do saber vivenciadas por sujeitos concretos cujas vidas são investidas socialmente de valores. Ou seja, as necessidades de saúde são definidas por homens que vivem em determinadas condições históricas, num determinado complexo social ou conjunto de relações sociais, e que nesse contexto tem ou não o poder de enunciá-las e de serem normativas em relação à vida.

Com referência aos estudos analisados, merece atenção especial a ambiguidade com que têm tomado as expressões "necessidades de saúde" e "necessidades de serviços de saúde".

A dupla face dessas expressões determina, por um lado, a ocultação da origem social dessas necessidades (geradas

ao nível da produção e reprodução social), origem essa fundamentalmente colocada a partir do trabalho, das suas formas de organização e da apropriação do produto (50).

Por outro lado, a assimilação das carências geradas ao nível da produção não leva necessariamente à reposição ao nível do consumo de serviços de saúde. A "interposição de saberes" na produção de serviços de saúde configura um processo de inculcação ideológica e de tradução que abarca os diversos níveis de reprodução ideológica (práticas materializadas em aparelhos diferenciada por classes segundo carências específicas).

Os critérios de definição de necessidades de saúde variam conforme o objeto (classes sociais) e os objetivos (político-ideológicos e econômicos). Nesse particular, um ponto a ser explorado seria a questão da linguagem como instrumento maior de deslocamento das contradições segundo BOLTANSKI (51).

"a produção de serviços médicos produz a necessidade desses serviços, pois produz a doença ou pelo menos o doente, criando novas categorias de sintomatologia, divulgando-as e ensinando a linguagem na qual podem ser expressas, ou seja, difundindo os sinais psíquicos e as sensações corporais que assinalam a sua presença".

Noutra perspectiva, há que lembrar o conceito de mercadoria que segundo MARX (52) teria como propriedade satisfazer as necessidades humanas sejam elas do estômago ou da fantasia. No caso dos serviços de saúde, mesmo que não se constituam em mercadorias no sentido estrito do termo, tendem a satisfazer a necessidades de saúde (ou simplesmente doenças) definidas historicamente, sejam elas no corpo, da alma, ou da fantasia...

Segundo KOWARIK (53) a análise de Marx equaciona a problemática "tendo em mira de um lado as necessidades que o

sistema capitalista enquanto tal tem para se realizar e, por outro lado, as assim chamadas necessidades humanas. É claro que estas últimas decorrem dos imperativos da reprodução da força de trabalho que a seu turno advêm dos "níveis gerais de civilização atingidos por uma sociedade! Evidentemente é extremamente difícil definir com exatidão os componentes necessários à reprodução da força de trabalho, ainda mais quando se tem em conta os termos que tomam os países capitalistas desenvolvidos que se traduzem naquilo que se convencionou denominar de "sociedade de bem estar". Contudo pelo menos em tese parece ser possível vislumbrar a partir de uma análise científica e não apenas ético-moral, um conjunto de bens e serviços mais voltados a satisfação das necessidades humanas em contraposição a um outro conjunto voltado para a manutenção e expansão do sistema capitalista".

Na perspectiva de SINGER (54) "se for possível provar que as necessidades do sistema (capitalista) e as necessidades dos seres humanos se excluem mutuamente, no sentido muito específico de que as necessidades do sistema se impõem e aumentam na medida em que ele não é capaz de satisfazer as necessidades humanas, que não obstante ele suscita, talvez seja possível captar de outro ângulo a contradição básica entre a expansão das forças produtivas (do trabalho produtivo) e o sistema de relações do qual se organizam o que denominamos de necessidade do sistema".

Com base nessas ponderações, poderíamos pensar a questão das necessidades de saúde/necessidades de serviços de saúde como se as segundas fossem as do sistema no que diz respeito a manutenção e reprodução ampliada. Isso explicaria a estratégia da indução ao consumo de serviços de saúde pelas frações de classe excluídas do mercado, como forma de buscar a reposição de "algo" que é consumido ao nível da produção. Pelo ângulo da acumulação, ter-se-ia a expansão dos "custos improditivos" ligados a produção e reprodução do sistema capitalista / como "necessidade" deste sistema (uma forma de aplicar o excedente ao tempo em que realiza a necessidade de legitimação do sistema no plano político-ideológico).

Quanto as primeiras - as necessidades de saúde, atendem a dupla determinação. Em primeiro lugar a deterioração das condições de vida (escassez dos meios de vida levando a estudos considerados patológicos) que é função da taxa de exploração (relação trabalho excedente / trabalho necessário) e do aumento da população excedente (exercito industrial de reserva). Em segundo lugar, a tradução ao nível ideológico de outras necessidades (alimentação, habitação, etc) como necessidades de saúde, que encerram em última análise a questão da produção social da existência.

Nessa perspectiva, poder-se-ia entender o conceito de necessidades de saúde como o conjunto de condições / biológicas e sociais que asseguram o mínimo fisiológico de sobrevivência (os meios de vida) no sentido de atender a existência e a reprodução da força de trabalho.

No caso das necessidades de serviços de saúde corresponderia a um tipo específico de necessidades humanas determinado pela deterioração dos meios de vida (sofrer) e especial-

mente pela incorporação de um conhecimento (saber) acerca dos mecanismos sociais de reposição do consumo produtivo da força de trabalho (serviços de saúde).

Portanto, a distinção entre a noção de necessidades de saúde e necessidades de serviços de saúde a partir do referencial teórico proposto no presente trabalho parece evidenciar a ambiguidade mais profunda do setor saúde nas formações sociais capitalistas: ser repositores de algo que a própria estrutura social subtrai e ser projeto de medicalização que nunca se estende como desejaria (55).

PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA EM SAÚDE:  
REALIDADE OU MITO?

1. - INTRODUÇÃO

Tem-se verificado, historicamente, uma crescente intervenção da sociedade sobre os problemas de saúde. Esta ação tem variado de acordo com as características de cada etapa do desenvolvimento das sociedades humanas, respondendo em cada uma delas às necessidades da estrutura social, na dependência de um complexo de fatores econômicos, políticos e culturais.

Presentemente, diferentes países tem procurado assegurar a ampliação dos cuidados primários de saúde, entendendo a participação comunitária como um dos componentes dessa estratégia. Essa política vem sendo estimulada por distintos organismos internacionais e está destinada, especialmente, para as chamadas "populações marginais" das áreas urbanas e rurais dos países subdesenvolvidos.

Segundo CARDOSO (2), "a medida em que diminuiu o prestígio acadêmico, e inclusive o fascínio, do tema do desenvolvimento na América Latina, começou a ganhar importância o tema participação social e política e, por consequência a questão da "marginalidade". Algo semelhante ocorre no âmbito da saúde quando, na década de 50 e início da década seguinte, o tema saúde-desenvolvimento polarizou a atenção de estudiosos, governos e organismos internacionais (12,13). Nessa época, havia uma certa ênfase sobre a questão do estado de saúde e seus condicionantes, entre os quais o desenvolvimento, ficando a questão dos serviços de saúde numa posição secundária, submetidos ao jogo das forças do mercado.

Contudo, o "arranque" desenvolvimentista dos países subdesenvolvidos, quando ocorreu, não elevou automaticamente o nível de saúde das populações. Mesmo aqueles países que conseguiram aumentar o seu Produto Interno Bruto, mediante uma estratégia de desenvolvimento dependente, a concentração de renda e a marginalização de amplos setores sociais dos benefícios do crescimento econômico parecem ter influenciado no estado de saúde das populações de modo diferente daquele esperado. Assim, "mesmo autores que salientam os êxitos do avanço econômico, ineludíveis em alguns países, consideram que o desenvolvimento, por si mesmo, não assegura a integração da maioria da população ao mercado e à cidadania" (2).

Impunha-se, portanto, a mudança das estratégias. Na área da saúde, processa-se um deslocamento da sua dimensão do estado de saúde para a questão dos serviços de saúde. Ou seja, não se podendo alterar, significativamente, o estado de saúde das populações, face as dificuldades de atuar nos "complexos causais", passa-se a agir sobre o "complexo de efeitos", produzindo-se constantemente uma população necessitada de serviços de saúde (1). Nesse sentido, procuram-se novas estratégias capazes de garantir a extensão de serviços de saúde para as populações excluídas desse consumo. Ou como acentua CARDOSO (2): "Pareceria que acelerar a participação e enfrentar o problema da marginalidade, seriam condições necessárias para superar os efeitos negativos do curso atual do desenvolvimento nos países capitalistas subdesenvolvidos. Diversos foram os nomes dados as políticas ensaiadas para conseguir o cumprimento dessas condições: "desenvolvimento da comunidade", "animação popular", "participação na direção" etc."

## 2. - O MOVIMENTO DA MEDICINA COMUNITÁRIA.

No caso da saúde, essa política teve o nome de Medicina Comunitária ou Saúde Comunitária. Tal como outros movimentos ideológicos de reforma de saúde ocorridos no presente século, a Medicina Comunitária encontrou as suas formulações iniciais nos Estados Unidos no começo da década de sessenta dentro da política de "combate a pobreza" das administrações Kennedy e Johnson. (20). Na América Latina, "a difusão do projeto ganha corpo na década de 70 e resulta em programas experimentais de prestação de serviços que se propõem o desenvolvimento de modelos de assistência possível de garantir a extensão do cuidado à saúde a populações pobres, urbanas e rurais. Também aí o projeto aparece, em uma de suas dimensões, como prática alternativa paralela à organização dominante da assistência médica" (6). Entre os diversos componentes dessa proposta encontram-se: a simplificação do cuidado, a extensão de cobertura, a participação comunitária, a utilização de pessoal auxiliar, a regionalização e a hierarquização de serviços em complexidade crescente. (26).

A incorporação dessa proposta pelas políticas governamentais não se faz naturalmente. Para o movimento tomar corpo e se difundir faz-se necessário o desenvolvimento de diversos projetos "experimentais" onde as fundações americanas jogam um papel fundamental. Os sucessos e fracassos desses projetos geralmente são analisados em Seminários locais, regionais e nacionais e examinados pelos "experts" internacionais, enquanto são "sensibilizados" os técnicos e autoridades do setor saúde por mecanismos dos mais diversos. Mesmo assim, quando a proposta é assimilada pelo discurso oficial, não significa que todos os componentes sejam incorporados. A participação comunitária e a regionalização de serviços de saúde, por exemplo, constituem-

se componentes que, para serem introjetados, ficam muito na dependência das flutuações de conjunturas específicas. Já os cuidados primários de saúde - sempre que possível simplificados - e a utilização de pessoal auxiliar, representam os elementos mais assimiláveis na medida em que tendam a contribuir para a extensão de cobertura a baixo custo.

Embora o movimento de medicina comunitária para ser analisado requeira melhor fundamentação teórica das relações entre saúde e estrutura social e, dentro desse quadro, exija uma discussão maior sobre as questões do desenvolvimento, participação e marginalidade e, mesmo, da problemática agrária, tais aspectos não serão desenvolvidos no presente ensaio, por limitações de espaço. Por outro lado, muitas dessas questões já tem sido abordadas na literatura sociológica e nos estudos de Medicina Social (2, 3, 5, 6, 15). Quanto a descrição dos diferentes programas de medicina comunitária executados em diversos países, também já se encontra disponível em livros com ampla divulgação (16, 17). No presente ensaio, pretende-se apenas comentar alguns impasses da proposta idealizada de participação comunitária e de extensão de cuidados primários de saúde, utilizando-se de certas ilustrações do caso brasileiro, provenientes de alguns estudos efetuados (4, 7, 24, 26, 28, 29).

### 3. - MEDICINA COMUNITÁRIA COMO ESTRATÉGIA DE EXTENSÃO DA SAÚDE.

O desenvolvimento da Medicina Comunitária no Brasil pode ser visualizado em duas etapas. Na etapa inicial, realizam-se algumas experiências restritas, de características locais, geralmente ligadas a Universidade e com o apoio de fundações americanas. Numa etapa seguinte, de caráter expansionista desdobra-se nos programas de regionalização/integração docente/

assistencial e nos programas estatais de extensão de cobertura (PECs) (22).

Uma dessas experiências, o Programa de Saúde do Norte de Minas (Montes Claros), pode ser destacada pelo fato de ter conseguido atravessar as duas etapas, em área rural, e pela sua situação privilegiada de experimentação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) do Governo Federal a partir de 1977. Acrescente-se ainda o seu papel enquanto núcleo difusor de ideologias modernizantes para a organização dos serviços estatais, especialmente das Secretarias de Saúde dos estados do Nordeste Brasileiro, e no fornecimento de intelectuais e técnicos para a operação dos PECs do governo.

Essa experiência, possivelmente, representa a proposta de Medicina Comunitária mais bem sucedida do país, sobretudo em termos técnicos e organizacionais, não obstante as suas dificuldades em assegurar a efetivação de todos os componentes da proposta e em reordenar a política de saúde nos municípios mais desenvolvidos, onde os interesses das empresas médicas já se apresentam mais cristalizados.

Quanto ao PIASS (Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste), trata-se de um amplo programa de extensão de cobertura elaborado no âmbito do Governo Federal em 1976 e destinado aos estados do Nordeste do Brasil, onde se concentra 30,18% da população brasileira, e onde se verificam as piores condições de vida e de saúde. Este programa evidencia a incorporação da proposta da Medicina Comunitária pelo Estado e a concretização dos compromissos assumidos pelo Governo de realizar programas de extensão de cobertura, conforme preconizara o Plano Decenal de Saúde das Américas em 1972 (19). Constitui-se num indício de reatualização do Estado

no enfrentamento com a crise do setor saúde, ainda que o tivesse como opção-reserva entre as alternativas dominantes da política de assistência médica, marcadas pela privatização e pela concentração das decisões (10). Mesmo assim, o PIASS provavelmente colaborou para a difusão de ideologias modernizantes no interior das instituições de saúde, constituindo as chamadas "ilhas de racionalidade" que tal como ocorreram em outras iniciativas de planejamento no país "ficaram muitas vezes entre dois fogos interrelacionados: os interesses do clientelismo político e a inércia burocrática" (3).

Embora o PIASS não se propusesse a alterar os níveis de saúde das populações rurais nem definisse claramente metas e indicadores que permitissem uma avaliação mais quantitativa, os estudos realizados sobre a sua implantação (7, 26, 29) revelam a constituição de uma ampla infra-estrutura de equipamentos de saúde disseminada nas áreas rurais do nordeste brasileiro e operada por pessoal auxiliar articulado aos módulos básicos (Centro e Posto de Saúde), além da organização de um corpo de técnicos aderente ao seu conteúdo descentralizante, regionalizante e, potencialmente, participativo.

Convém ressaltar que ao lado do PIASS, outros programas financiados por agências internacionais (Banco Mundial, Fundação Rockefeller, etc.) adotando o modelo da Medicina Comunitária e voltados para o chamado "pequeno produtor", foram também desenvolvidos, alguns dos quais precedendo o próprio PIASS (26). Certas análises desses "programas integrados" destacam os efeitos econômicos e político-ideológicos da Medicina Comunitária, ao contribuir para a penetração das relações capitalistas no campo (pontas de lança para a modernização do campo), para a atualização da hegemonia das classes dirigentes durante esse processo, e para deslocar para a esfera do consumo a problemáti

ca decorrente da produção (24, 26, 29).

Nesse contexto, a Conferência de Alma Ata (18) encontrou a ressonância necessária no âmbito da política social do governo brasileiro. No ano seguinte (1979) o Ministério da Saúde desenvolveu um projeto de ampliação do PIASS para outras regiões do país e em 1980, durante a VII Conferência Nacional de Saúde, o governo se comprometeu com a proposta "SAÚDE PARA TODOS NO ANO 2.000" criando, nesse sentido, o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde - PREV-SAÚDE (27). Este programa, além de ser um PIASS ampliado em extensão territorial e em apoio financeiro da Previdência Social, chegava a apresentar objetivos mais ambiciosos de reordenamento de setor saúde. Todavia, as pressões dos empresários médicos impuseram uma série de mutilações que, possivelmente, lhe reduzirão a um mero programa de extensão de cobertura. Ao procurar estender serviços de saúde para 40.000.000 de brasileiros excluídos do consumo médico este programa incorporou no plano do discurso diversos componentes do movimento da Medicina Comunitária, inclusive a vaga noção de participação comunitária, e ao mesmo tempo sincronizou a política social do Estado Brasileiro com as estratégias internacionais de extensão dos serviços de saúde.

#### 4. - CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE E PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA

O Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste, (PIASS), apresenta a justificativa de optar por um modelo assistencial tecnicamente simplificado, com ênfase nos cuidados primários, como forma de corrigir as distorções da medicina sofisticada que "resulta em prática discriminatória em detrimento de grande número de municípios, tendo em vis

ta a impossibilidade de generalização desses serviços". Identifica-se, portanto, a preocupação com a racionalização dos custos com a extensão de cobertura, materializada na proposta de uma medicina simples, para gente simples, com doenças simples (25).

Diante dessa simplificação da realidade o programa previa a "ampla participação comunitária". Todavia, a análise dos documentos iniciais sugere que esta era entendida como o envolvimento da população com a execução dos serviços e com atividades de "conscientização sobre os benefícios decorrentes de melhores hábitos de higiene" (29). Isto fica claro, quando o Governo explicita o que espera com a participação comunitária:

a) "o consentimento e posterior valorização, pela população, das atividades destinadas a atender necessidades que não sentiram espontaneamente.

b) a introdução e incorporação de conhecimentos e práticas populares empíricas, potencialistas e facilitadoras das ações científicas de saúde.

c) por consequência, nunca como objetivo específico, o afluxo de novos recursos humanos, materiais e financeiros para as agências de saúde, oriundos dessas populações" (14).

Este texto é rico por demonstrar a tendência invasora da extensão da saúde e a manipulação que é feita com a noção de participação comunitária, cujas práticas de "mutirão" (auto-ajuda) devem ser utilizadas, para retirar um sobre-trabalho dessa população já depauperada pelas características da estrutura agrária e pelo modelo específico de "modernização" do campo. Do mesmo modo "a formação do pessoal auxiliar através da incorporação de conhecimentos e técnicas simplificadas, reproduz o saber hegemônico sobre o processo saúde e doença, inserindo-se no projeto de medicalização" (29). A "conscientização" da popu-

lação contribui para esse objetivo" ao fornecer o deslocamento das contradições sociais para o âmbito do corpo individual", isto é, "o processo de internalização dessa ideologia estimula a transformação das necessidades "não sentidas" em "sentidas", que são então canalizadas ao consumo de serviços, ampliando-se o mercado, principalmente de medicamentos" (29).

No que se refere a participação comunitária, a prática do programa não difere do discurso: simples execução de certas tarefas pela população. Segundo TEIXEIRA et alii "a participação tornou-se sinônimo de colaboração para com o Programa" (29). Mesmo essa colaboração, porém, é feita com resistência, reação natural da população face a prática extensionista e domesticadora do Programa. Como acentua FREIRE, (8), "a invasão cultural desperta nos invadidos uma reação de defesa ante o invasor". Esta resistência popular a extensão de saúde se apresenta contra as dimensões econômicas e político-ideológica desses programas (23), "especialmente quando as condições conjunturais não são favoráveis a uma reação popular politicamente organizada" (21).

Acrescente-se ainda como dificuldade para uma real participação, a situação política específica do país. Segundo SOMARRIBA (28) em relação a experiência de Montes Claros, o autoritarismo vigente no Brasil durante a implementação do programa constituiu-se num dos obstáculos para a efetivação da participação comunitária componente básico do Programa do Norte de Minas.

## 5. - CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE E O DESENVOLVIMENTO INTEGRADO

Ao lado dos efeitos político-ideológicos que os programas de extensão de cobertura, centrados nos cuidados primários de saúde parecem assegurar, não devem ser desprezados os seus possíveis efeitos econômicos. Compreendendo-se que tais elementos da estrutura social se acham articulados num dado bloco histórico, o que se pode verificar empiricamente é o predomínio de uma dessas instâncias da estrutura social nas suas relações com a saúde, ainda que se admita, em última análise, a influência da infra-estrutura econômica.

Alguns programas de extensão de cobertura as vezes se articulam com outros programas de desenvolvimento regional, ou em outras oportunidades, as atividades de cuidados primários de saúde seguindo o modelo simplificado de assistência, são incluídas nos chamados "Programas de Desenvolvimento Integrado". No Estado da Bahia, por exemplo, área do Nordeste Brasileiro em que se desenvolve o PIASS, existem dois projetos de desenvolvimento rural integrado da Bacia do Paraguassu (PIDERP) e de Irecê (PRO-IRECÊ) financiados por agências governamentais (POLONORDESTE/SUDENE), o primeiro com o apoio do Banco Mundial. (26)

Esses programas, entre outros objetivos explicitados visam apoiar "as atividades agropecuárias tradicionais introduzindo sistemas de exploração técnica economicamente viáveis para os pequenos e médios produtores" e "contribuir para a fixação do homem no campo aumentando o nível de emprego e capitalização do setor" (26). Alguns autores (24, 26, 29) admitem que tais programas vão permitir a "penetração do capitalismo no campo, na medida em que esta expansão implica na venda de insumos, fertilizantes agrícolas e maquinários, incrementado através da ideologia mo

modernizadora" (29). Os subprojetos de saúde são considerados "complementares" e privilegiam a extensão de cobertura a baixo custo, com ações simplificadas de saúde dentro de uma hierarquização de serviços (26). Essa intervenção, no entanto, se depara com os problemas concretos vividos pelos pequenos produtores, tais como dificuldades de crédito, variações climáticas, falta de infraestrutura básica, acrescida dos problemas estruturais do campo brasileiro no qual o latifúndio ainda predomina. Assim, muitos posseiros estão a 20 ou 30 anos no cultivo da terra sem nenhum documento comprovando a sua posse (26). Nos últimos dez anos se acentua o processo de concentração de posse da terra, e aumenta a tensão social entre posseiros e grileiros (11).

Para GUILHERME VELHO (9), algumas medidas tomadas pelo governo visando a desapropriação de terras e entrega de títulos definitivos a posseiros talvez não se sustentem "pela luta que se travará em torno delas no interior do poder", porém, visam "resultados econômicos reais garantindo com isso o apoio de agências financiadoras internacionais como o Banco Mundial que há muito insistem nessa medida" (9).

Nessa perspectiva é que os programas de extensão de cobertura no campo, tendem a possibilitar a constituição de um novo bloco histórico no campo. Segundo PELLEGRINI, et alii (24) "a concepção do "desenvolvimento integrado" que permeia a modernização agrícola resume as características de um processo em que diferentes instâncias sociais como a economia, a saúde e a educação são mobilizadas em função da expansão capitalista, no sentido da criação de uma superestrutura orgânica com formas avançadas do capital". Com efeito, "as transformações das relações de trabalho, portanto da infra-estrutura produtiva, são acompanhadas por modificações correspondentes ao nível da superestrutura jurídica, ideológica e política" (24).

## 6. - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os comentários introduzidos no presente ensaio tendem a reforçar a tese segundo a qual as práticas de saúde não se reduzem a sua dimensão técnica, mas enquanto prática social, são determinadas pelo conjunto articulado das práticas econômica e político-ideológicas em que se inscrevem em cada formação social.

Ao privilegiar a medicina comunitária como movimento de reforma de saúde, repassado para os países subdesenvolvidos via organismos internacionais, em que se destacam as proposições de extensão de cuidados primários de saúde e de participação comunitária, procuramos ressaltar que as condições objetivas existentes naqueles países são modeladoras da forma em que esse movimento ideológico é incorporado pelas políticas sociais dos respectivos Estados.

Ainda que restritos a alguns exemplos de programas desenvolvidos no Brasil, os fatos examinados revelam, em última análise, as funções desses programas, enquanto prática ideológica de classe: deslocar para o plano do consumo a problemática gerada no âmbito da produção, e operar o binômio alusão/ilusão no âmbito da "participação comunitária" nos programas de saúde. Alusão a uma participação que, quando não restrita a retórica, é de finida objetivamente pela correlação de forças vigentes em cada sociedade, e ilusão da sua realização, quando a estratégia empregada obedece a determinantes que são estabelecidos para além do âmbito da saúde.

Na realidade, "a própria natureza das sociedades subdesenvolvidas, onde se determinam contradições específicas entre classes e grupos, impede pensar em participação como uma espécie de interação entre grupos e pessoas com o propósito de distribuir resultados (econômicos, sociais, políticos) do desenvol-

vimento". Por isso CARDOSO conclui que este modelo teórico da participação como consenso "é, basicamente, ideológico e sem significação científica" (2).

## A CRISE DO PLANEJAMENTO AUTORITÁRIO EM SAÚDE

### 1. INTRODUÇÃO

A análise desse tema impõe uma postura duplamente cautelosa, no sentido de evitar uma associação entre planejamento e ideologia tecnocrática e a aceitação ingênua de uma crise do planejamento autoritário no Brasil.

Assim não se pretende, a priori, aceitar a tese sobre a existência dessa crise, sem que seja apreendido o planejamento na sua articulação com as práticas sociais. Esse enfoque procura examinar o planejamento concretamente como se apresenta na história, em vez de situá-lo no abstrato como um "planejamento em geral".

Entender o planejamento para além das técnicas que lhe conformam e das particularidades do seu processo, significa visualizá-lo como expressão de políticas de Estado. Tais políticas, por sua vez, remetem a necessidade de compreender a natureza desse Estado na etapa monopolista do capitalismo.

Essa abordagem passa, necessariamente, pela ciência da história, o que significa colocar o planejamento no contexto de uma formação social específica. Mesmo entendendo o planejamento, fundamentalmente, como uma prática supraestrutural não se pode perder a perspectiva da sua articulação com o econômico, ao lado do político e do ideológico, enquanto favorece as condições necessárias a reprodução da estrutura social.

Assumindo a "periodização" do modo de produção capitalista nas suas fases de transição e de reprodução ampliada, PEREIRA (2) distingue duas etapas nesta última: a concorrencial e a monopolista. A partir daí superpõe a periodização da super

estrutura desenvolvida por POULANTZAS (22), ou seja: o Estado absolutista, o Estado liberal, o Estado intervencionista.

Os dois primeiros tipos de Estado, correspondem às fases de transição e concorrencial. Já o Estado intervencionista se refere à fase monopolista do capitalismo e pode se apresentar sob diversas formas de regime (regime presidencial norte-americano, regime parlamentar inglês bipartidário e até mesmo as ditaduras latino-americanas). O seu aparecimento coincide com o encerramento da etapa capitalista concorrencial nas primeiras décadas do século XX, tendo a Grande Depressão como seu marco histórico. Segundo SWEEZY (24) "no domínio econômico, a nova ideologia capitalista reivindica um planejamento que ele concebe como a intervenção do Estado para forçar a acumulação do Capital."

PEREIRA (21) sugere que a especificidade dessa ideologia neo-capitalista, distinta da liberal "está centrada na concepção de que a história precisa ser dirigida", ressaltando três elementos que caracterizam a forma intervencionista da região jurídico-política capitalista"; a intervenção estatal na economia, o fortalecimento dos técnicos (agentes macrocoordenadores) e o reconhecimento dos chamados "direitos sociais". Conclui o autor que "atentar a esse elemento é fundamental para a apreensão da eficácia da supra-estrutura dominante na reprodução das condições materiais e não materiais inerentes a reprodução ampliada do modo de produção capitalista, agora em sua etapa monopolista".

Segundo LAFER (15) "o planejamento como instrumento de política econômica é relativamente recente, mesmo em países socialistas. Assim a União Soviética adotou o primeiro plano quinquenal em 1929, e era antes da guerra o único país que usava o planejamento de maneira sistemática. Mesmo a discussão sobre a possibilidade teórica do planejamento data da década dos

vinte".

No caso brasileiro com base nesse quadro de referência seria interessante verificar, ainda que resumidamente, como emergiu e se desenvolveu o planejamento econômico e social no Brasil.

## 2 - PLANEJAMENTO ECONÔMICO E SOCIAL NO BRASIL

A partir de 1930, o Estado passou por profundas transformações, de sorte que essa data tem sido atribuída como o início da Revolução Industrial no país. O Estado burguês que se formava substituiu o Estado Oligárquico, característico da República Velha, e era convocado a exercer novas tarefas.

Analisando o período de 1930-1970, IANNI (12) aponta as origens da ideologia e da prática do planejamento no Brasil entre 30 e 45 quando se desenvolvia uma "política econômica nacionalista". Demonstra como se deu a intervenção do Estado na economia, o crescimento do Executivo e da burocracia, e a incorporação do pensamento tecnocrático pelo aparelho estatal para melhor desempenhar as suas funções econômicas. Reconhece o Conselho Federal do Comércio Exterior, criado em 1934, como um embrião de órgão do planejamento governamental no Brasil, e refere que a técnica de planejamento, enquanto instrumento de política econômica estatal, começou a ser incorporada pelo poder público durante a 2ª. Guerra Mundial (1939-45), embora "de forma desigual e fragmentária, segundo as possibilidades apresentadas pelo sistema político-administrativo e os interesses predominantes do setor privado da Economia" (12).

O período seguinte (1946-50) caracteriza-se por uma política econômica liberal em que se reforça a dependência estrutural do Brasil ao capitalismo mundial. Surge no governo Dutra o

plano SALTE (Saúde, Alimentação, Transporte, Energia) "sendo talvez o mais espetacular desastre das tentativas de planificação no Brasil" (23).

No 2º governo de Vargas (1951-54) o BNDE se articula com a CEPAL (Comissão Econômica para a América Latina) criada em 1948 e funcionando no Chile, para realizar um diagnóstico sobre a economia do país e propor um Programa de Desenvolvimento. Todavia, somente no governo Kubitschek (1956-60) é que através do Programa de Metas se realiza uma política econômica relativamente planificada. Fortalecia-se o Executivo e os grupos técnicos, defendia-se a técnica de planejamento como neutra, criava-se a SUDENE e posteriormente, comemorou-se o crescimento do PIB em 7,9% ao ano no período de 57-61 contra os 5,2% ao ano, no quinquênio precedente (14).

O período 1961-64 marca o término da etapa de "substituição de importações" e registra uma crise econômica com redução do índice de investimentos, diminuição da entrada de capital externo, queda da taxa de lucro e agravamento da inflação chegando a alcançar o teto de 91,6%. No plano político, há uma intensa mobilização das massas urbanas e o início da politização das áreas rurais. Nesse contexto é que surge o Plano Trienal que seria executado nos anos 1963-65. Considerado por IANNI (12) como o primeiro instrumento de política econômica globalizante e como o plano que apresentou a fase mais avançada de elaboração conceptual e analítica, além de aproveitar o clima favorável ao planejamento resultante da Carta de Punta del Este (1961) não teve contudo as condições políticas necessárias a sua execução, face ao divórcio entre o Executivo e o Legislativo e a acentuação da crise política e econômica.

Nem mesmo o Trienal incorporou o planejamento social, proposto para a América Latina na década de 60 como res-

posta às "preocupações políticas dos governantes norte-americanos e latino-americanos, em face da revolução socialista em Cuba" (12). Nessa época, a Carta de Punta del Este e a Aliança para o Progresso passaram a preconizar "programas nacionais de desenvolvimento econômico social sob a égide do poder público" (12).

Segundo KOWARICK (13) "os setores sociais são aparecem definitivamente no âmbito do planejamento federal após 1964". Ou seja, o planejamento social no Brasil aparece com o regime autoritário que passou a constituir o Estado brasileiro.

Portanto, o planejamento social autoritário que se instala no país é fruto desse regime e desse Estado. Não poderia ser diferente. Embora seja possível apreender, em termos gerais, os efeitos da ideologia tecnocrática nos aparelhos de Estado na fase do capitalismo monopolista, cumpre ressaltar que no caso brasileiro, o planejamento social autoritário teve a ver nitidamente com o regime instalado para administrar o Estado no pós-64. A ideologia tecnocrática, embora subjacente a mudança do regime, não parece ser a causa do planejamento autoritário que se instala, mas a resultante de um modelo específico do Estado, numa economia dependente na etapa do capitalismo monopolista.

A leitura do trabalho de KOWARICK (13) evidencia o reduzido papel conferido aos chamados setores sociais nos planos brasileiros a partir do SALTE. Baseiam-se em modelos teóricos e metodológicos precários, dicotomizam artificialmente o processo global do desenvolvimento em econômico e social, são reflexivos ou economicistas, dispõem de diagnósticos insuficientes e aparecem como meros aspectos residuais do desenvolvimento econômico, "constituindo-se em lubrificantes que servem para fazer funcionar a engrenagem econômica" (13). Para esse autor,

"a exploração política dos proventos sociais que

perdurou no Brasil até 1964 foi relativamente incongruente com a prática do planejamento (...). A inserção dos setores sociais numa prática do planejamento de maior alcance implicaria, na ótica de um governo populista, numa menor capitalização política dos grupos que iriam beneficiar-se com os resultados decorrentes das atividades de educação, saúde e, principalmente daquelas vinculadas ao Ministério do Trabalho (...). Após 1964, não é mais o confronto de grupos típicos de uma democracia limitada que mantêm a política do País, mas um governo caracterizado por uma máquina decisória impessoal e autoritária (...). O estilo desse planejamento é de cunho tecnocrático em que os programas habitacionais devem, antes de tudo, criar empregos, não tanto por que existem desempregados, mas porque a economia precisa de mercado; o sistema educacional deve adequar-se as exigências do tipo e do montante da expansão da melhoria sanitária, visam ao aumento de produtividade do trabalho; e a previdência social coloca a sanidade de grande parcela da população em dependência da sanidade financeiro-orçamentária do governo" (13).

Esse estilo de planejamento é que vai caracterizar o PAEG, o Decenal, o PED e o IPND (10). Ou seja, "o centralismo autoritário instalado no poder após 1964 foi um fator fundamental para o incremento do planejamento, na medida em que representou um valioso instrumento de controle entregue pelo governo", para por em prática sua política de conter os sociais e ajustá-los aos imperativos de ordem econômica (13).

Até 1974, a estratégia do desenvolvimento social privilegiou o crescimento econômico e o controle político. Somente com o esgotamento do "milagre" e com a crise de legitimidade evidenciada pela derrota do governo nas eleições de 1974 - que teve um caráter plebiscitário - foi proposto o II PND acenando para "políticas redistributivas enquanto o bolo cresce"(1).

Como o bolo não cresceu pelo contrário, passou a reduzir diante da crise econômica, os projetos sociais do governo foram encolhidos, mas nem por isso deixaram de ser utilizados como busca de legitimidade para o exercício da hegemonia. Nada, porém mudou em relação ao planejamento autoritário. Já que a política de distensão teria de ser "lenta, segura e gradual", não cabia pensar em canais de participação popular no âmbito do processo de planejamento.

### 3 - PLANEJAMENTO DE SAÚDE: DA ECONOMIA À POLÍTICA

Do ponto de vista metodológico, o planejamento de saúde desenvolveu-se na América Latina na década de 60, especialmente com o advento da técnica CENDES/OPS (8). Esta buscava seus pressupostos a partir da micro-economia e imaginava o planejamento nacional a partir do somatório dos planejamentos locais das chamadas "áreas programáticas", cujas necessidades de serviços de saúde eram avaliadas tecnicamente através das taxas de mortalidade e de morbidade (geralmente não disponíveis ou pouco confiáveis), que auxiliariam a definição de prioridades (5). Contrapunha a lógica do planejamento à lógica do mercado e concluía, a partir dos desequilíbrios oferta/demanda, que os serviços de saúde não tinham racionalidade. Todavia, os pressupostos "descentralizantes" da técnica tinham sentido contrário a crescente centralização do poder nos países latino-americanos. Algumas experiências foram desenvolvidas inclusive no Brasil, através da FSESP e de algumas Secretarias de Saúde. No entanto tais iniciativas parecem ter-se reduzido ao nível local, muitas vezes não passando da etapa diagnóstica do processo de planejamento.

Já no início da década de 70 os técnicos da OPS re

pensam o planejamento em termos organizacionais (sistêmicos)(18) e políticos (6). A questão principal era o processo de tomada de decisões cabendo aos governos organizarem o Sistema Nacional de Saúde e explicitarem a sua política nacional de saúde. Assim, na III Reunião de Ministros de Saúde das Américas, realizada em 1972 no Chile elaborou-se o Plano Decenal de Saúde para as Américas recomendando a constituição de Programas de Extensão da Cobertura (PECs). Esta proposta implicava na necessidade de mudança e assim, a prática do planejamento requeria o conhecimento sobre o processo político em saúde. Propõe-se o "comprehensive planning", integrado, regionalizado e hierarquizado em vários níveis de complexidade crescente.

Mesmo assim, ressentia-se da "irracionalidade" do "sistema", agora entendida ao nível do processo de tomada de decisões. Propôs-se então a agilização do sistema de informações e a modernização das estruturas administrativas das instituições (6). A teoria de relações humanas-aplicadas na empresa privada passa para as instituições de saúde que orientam, a sua formalização jurídica em autarquias e fundações. Os técnicos eram vistos como "agentes de mudança", embora mudanças entendidas a partir das normas do nível central. Desenvolveu-se ainda a formação de núcleos ideológicos para reatualizar os modos de pensar a burocracia de saúde e ao aplicar a teoria dos sistemas à saúde, "descobrem-se as relações entre o sub-sistema saúde e o sistema social" (6).

Esse processo de reatualização do planejamento na América Latina toma corpo no documento. "Formulacion de las políticas de salud" sob os auspícios da OPS, editado em 1975 (7). Nesse texto reconhece-se a planificação como instrumento de política social do Estado e a década de 70 como a "década do político",

entendido ainda como processo de tomada de decisões. Apesar da abordagem sistêmica, admite-se a influência da estrutura social sobre a estrutura de prestação de serviços de saúde e aceita-se que grupos organizados da sociedade civil participem do processo político de saúde desde que não tomem decisões políticas, que seriam inerentes às autoridades do "poder formal".

No caso brasileiro, o referido documento serviu para fundamentar uma proposta de explicitação da Política Nacional de Saúde em 1977, durante a VI Conferência Nacional de Saúde (2). No entanto, o autoritarismo de então não conseguiu nem mesmo aprovar a proposta do Ministério da Saúde, ainda que restrita a matriz conservadora do texto da OPS.

#### 4. - O PLANEJAMENTO EM SAÚDE E O AUTORITARISMO

A inserção do planejamento no setor saúde não difere significativamente das características do planejamento social no Brasil até 1970. Ressalte-se apenas que o planejamento de saúde constitui-se num "conjunto de medidas de caráter normativo que visa aumentar a eficiência das atividades, superando distorções e ociosidades e racionalizando as tarefas executivas. Mas tais formulações por não se traduzirem em tarefas precisas e não se apoiarem em objetivos e recursos definidos, só podem ser considerados como princípios de ação de ordem geral" (13).

Somente a partir de 1974 é que vai se instalar o planejamento de saúde como prática institucional, particularmente ao nível do Ministério da Saúde. Até então, restringia-se às experiências frustradas do próprio Ministério (vide o Plano Leonel Miranda e outros) (17) e isoladas em alguns Estados, ou mera retórica de discursos oficiais e acadêmicos. Todavia, na me-

dida em que o autoritarismo se debilitava a questão social voltava a tona.

Nos momentos de crise do Estado, como acentua LUZ, "um dos pontos nevrálgicos da ordem institucional vai se situar nas instituições de saúde, ponto de confronto dos discursos, práticas dominantes com as duras condições de vida das classes dominadas, espelho perfeito das principais contradições da sociedade" (16).

Este é o contexto em que foram produzidos os programas verticais do Ministério da Saúde no pós-74 e em que se acentua a privatização da assistência médica da Previdência Social através do Plano de Pronta Ação (PPA) (17). Foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e em relação ao Ministério da Saúde surgiram o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, a Campanha da Meningite, a Lei 6.229, o Programa Nacional de Imunizações, o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, o PIASS (Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento), a Rede de Laboratórios de Saúde Pública, o PECE (Programa Especial de Controle da Esquistossomose), o PRONAN (Programa Nacional de Alimentação e Nutrição), e finalmente a chamada "Política Nacional de Saúde" (2, 17).

Seria cansativo e impróprio nessa oportunidade analisar os insucessos dessas iniciativas. Registre-se, apenas, que a mortalidade infantil continuou elevada, o Sistema Nacional de Saúde não foi regulamentado, o Programa Nacional de Imunizações (que autoritariamente impedia de receber salário-família o trabalhador que não vacinasse os filhos) teve de ser redefinido por falta de infra-estrutura para a vacinação, a Vigilância Epidemiológica continuou precária, o P. ASS. retirou praticamente o S de Saneamento, o PECE não usou os milhões de cápsu-

las de oximiquine que o Ministério da Saúde comprou da multinacional, o PRONAN abandonou o pequeno produtor e distribuiu, praticamente, hidratos de carbono para os pobres com desnutrição protéica e a "política nacional de saúde" também não conseguiu impor as redes paralelas médico-hospitalar que previra e estabeleceu.

Este conjunto de insucessos culminou com a "implosão" do PREV-SAÚDE (3). Desse modo o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde constituiu-se em 1980 na maior exuberante das iniciativas malogradas de planejamento autoritário de saúde no Brasil.

##### 5. - COMENTÁRIOS FINAIS

Se o caráter do regime e do próprio Estado jogam papel relevante nas políticas planejadas e, conseqüentemente, no planejamento, não seria despropositado imaginar que eventuais crises do regime e do Estado tendam a colocar em questão ou em crise o planejamento delineado à sua imagem e semelhança - o planejamento autoritário. Portanto, para se responder sobre a existência de uma crise do planejamento autoritário ter-se-ia que buscar em primeiro lugar a configuração de uma crise política do regime ou mesmo do Estado. Como lembra KOWARICK (13) "a prática do planejamento não se prende unicamente ao fato de o regime ser de caráter autoritário ou democrático. Isto é um fator adicional que se acrescenta ao próprio processo que redefiniu historicamente as funções do Estado". Todavia, na medida em que o planejamento de saúde no Brasil emerge num quadro político nitidamente autoritário, importa verificar até que ponto os seus fracassos podem ser considerados como elementos indicativos

de uma crise.

É possível que não exista, na realidade, uma crise desse planejamento no sentido de colapso, de quebra, de ruptura, de inviabilidade. Ao que tudo indica o Regime ainda consegue tomar a dianteira em diversos pontos inclusive no âmbito da saúde. No entanto, podem estar ocorrendo certos fenômenos que, apreciados aligeiramente poderiam dar a idéia de uma "crise" do planejamento autoritário. Alguns desses fatos poderiam ser enumerados:

1) Questionamento do autoritarismo em todas as suas formas pela ampliação dos "espaços políticos em busca da democratização da sociedade brasileira, como a "contra politização da saúde" exercida pelos trabalhadores da saúde e setores populares (20).

2) A ineficiência e ineficácia do planejamento (sobretudo social) numa fase de crise econômica do capitalismo;

3) O possível enfraquecimento do potencial de legitimação que o planejamento social e de saúde, em particular, forneceria momentaneamente às políticas estatais;

4) A produção recente de uma linha de investigação que estuda "as instituições de saúde como determinada em articulações específicas na estrutura social, e determinantes das práticas de saúde, com um processo histórico de desenvolvimento" (9), que tem estimulado repensar continuamente a problemática do planejamento.

Considerando-se o autoritarismo impregnado às práticas de saúde, conviria exercitar, presentemente, uma redefinição de tais práticas a partir de uma crítica por dentro das mesmas. Tal exercício só teria sentido e validade na medida em que o avanço das forças democráticas e populares conseguisse realmen-

te por em crise o autoritarismo do planejamento mas sobretudo o do regime.

Assim, os maus presságios "orwellianos" e as análises marcuseanas sobre a ideologia da sociedade industrial não devem ser estendidos mecanicamente para os países do capitalismo retardado e dependente. Ao contrário, em vez de assumir um catastrofismo pouco dialético a alternativa talvez fosse ter em conta as contradições não resolvidas e até aguçadas, pela ideologia tecnocrática mesmo nos países de Welfare State que conseguiram a expansão do consumo e o "disciplinamento participatório" e assumir uma prática política tendo em conta a especificidade da conjuntura brasileira.

Nesse particular, a busca da legitimação do Estado via planejamento social tecnocrático e autoritário tende a favorecer um estado de tensão não só pelo caráter contraditório da ideologia tecnocrática, mas sobretudo pela dificuldade em solucionar a questão social se mantidos intactos os interesses dominantes, nas relações de poder e de produção.

Este é o espaço que as classes sociais tem para se mover na atual conjuntura. Daí a pertinência política dos seguintes comentários de GRAMSCI (11):

"o medo de fazer o jogo dos adversários é dos mais cômicos e liga-se ao conceito estúpido de considerar sempre os adversários uns tolos; liga-se também a incompreensão das "necessidades" histórico-políticas segundo a qual certos erros devem ser cometidos e criticá-los é útil para educar o próprio lado. Para Maquiavel, educar o povo pode ter significado apenas torná-lo convencido e consciente de que pode exercer apenas uma política, a realista, para alcançar o objetivo desejado e que, portanto, é preciso unir-se em torno e obedecer

cer aquele príncipe que emprega tais métodos para alcançar o objetivo, pois só quem almeja um fim procura os meios idôneos para alcançá-lo. Daí a "necessidade" de ser antimaquiavélico, desenvolvendo uma teoria e uma técnica políticas que possam servir as duas partes em luta, embora creia-se que elas terminarão por servir especialmente a parte que não sabia, porque nela é que se considera existir a força progressista da história".

A questão do planejamento, não parece fugir dessas ponderações. O seu caráter autoritário ou democrático não parece depender de nenhuma fatalidade histórica nem de uma perversão da ideologia tecnocrática. O planejamento, ainda que possa ser utilizado presentemente pelos agentes da "modernização-conservadora", tem potencialmente a possibilidade de servir à parte que "não sabia" - as forças democráticas e populares.

Embora seja compreensível o horror da burguesia contra a burocracia, calcado nas origens históricas das suas lutas contra o Estado Absolutista, deve ser lembrado que a ideologia neo-capitalista vê o planejamento como resposta política e técnica às necessidades da sociedade de massa (4). Quanto aos trabalhadores e seus aliados históricos cabe entender o plano enquanto mobilizador político e as "ilhas de racionalidade", no interior da burocracia da saúde, como elementos significativos para a luta político-ideológica no âmbito institucional.

## NOTAS DO CAPÍTULO 1

1. Existe uma volumosa bibliografia sobre esse tema. Ver, por exemplo Leser, Walter. Problemas de Saúde em Áreas Metropolitanas. In: Brasil. Ministério da Saúde. Seminário Situação de Saúde nas áreas metropolitanas brasileiras. São Paulo, SP, 1976. p. 29-52.
2. Arouca, Antonio Sérgio. O Dilema Preventivista (Tese de Doutorado em Medicina Social). São Paulo, UNICAMP, 1975, p. 194.
3. Conf. principalmente OMS/OPAS. Processos de extensão de la cobertura de servicios de salud. Tema 18, Discusiones Técnicas, Washington, 1976. Uma análise crítica desse processo de transplante do modelo comunitário pode ser encontrada em Almeida Filho, Naomar de. Community Medicine and Dependent Development in Latin American. Seminar on Medical Anthropology, Univ. of North Carolina, 1979. Uma conexão das novas características do modelo com a questão agrária, ainda em termos críticos, é apresentada por Pellegrini Filho, Alberto e Rivera, Francisco. A questão agrária e a extensão de cobertura dos serviços de saúde no campo. Rio, PESES, 1978 (xerox).
4. Arouca, A.S. op. cit. p. 195. De fato, o tema da Racionalidade, até o início da década de 60, não parece ter sido uma preocupação maior da ideologia do planejamento e administração de saúde na América Latina. Os documentos da Terceira Conferência de Diretores de Escolas de Saúde Pública da América Latina, realizada em 1962, sequer referem o termo (OMS/OPS. Enseñanza de la Administración de Salud Publica. Tercera Conferencia de Directores de Es-

cuelas de Salud Publica de America Latina. Publicaciones Científicas nº 92, Washington, 1963). Este só vai aparecer no corpo de uma das recomendações de um Grupo de Trabalho da célebre Reunião de Ministros da Saúde do Continente, realizada em 1963, e mesmo assim diluída entre outros procedimentos: "2. Se debem introducir en la organización y administración de la salud los câmbios necessários para orientar el processo de planificación por los cauces técnicos y administrativos que ésta necessita. Esto envuelve la racionalización administrativa de los servicios; el adestramiento e aprovechamiento del personal; el perfeccionamiento de los sistemas financieros y la preparación de presupuestos por programas" (OMS/OPS. Plan Decenal de Salud para las Americas. Informe final de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Americas, Santiago, Chile, 1963. - Grifos nossos). No Brasil, a Política Nacional de Saúde de 1967, por exemplo, ainda coloca a questão da organização dos serviços de saúde exclusivamente em termos de produtividade e satisfação do consumidor, em nenhum momento mencionando a noção de racionalidade. "O segundo grande objetivo da Política Nacional deverá ser, então, a melhoria da produtividade do sistema de proteção e recuperação da saúde para aumentar a taxa de satisfação da demanda de assistência médica" (BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde. Rio, 1967, p. 9).

5. Em um contexto de predominância de uma ideologia desenvolvimentista, conforme acentua Jaguaribe, Hélio. Modernização, Desenvolvimento Nacional e Desenvolvimento Social. Encontros com a Civilização Brasileira. 2: 41-56, 1978.

6. BRASIL. Ministério do Interior. II Plano Nacional de Desenvolvimento. Brasília, outubro 1975. Com relação ao papel do "desenvolvimento social" nos planos anteriores, ver principalmente Kowarick, Lúcio. Estratégias do Planejamento Social no Brasil. Cadernos CEBRAP nº 2, 1976, p.485. Especificamente com relação ao setor saúde, consultar Pena, M.V. Saúde nos Planos Nacionais de Desenvolvimento Dados 16: 69-96, 1977.
7. Conf. Malloy, James. Social Security Policy and the Working Class in Twentieth-Century Brazil. J. Inteamer. St. Wld. Aff. 19 (1): 35-59, 1977. Uma outra abordagem ao mesmo tema pode ser encontrada na 2a. parte de Singer, Paul et alii. Prevenir e Curar. Rio, Forense, 1978.
8. BRASIL. Leis, decretos, etc. Lei nº 6229, de 17 de julho de 1975. Diário Oficial, Brasília, 18 de julho de 1975.
9. BRASIL, Ministério da Saúde. Anais da VI Conferência Nacional de Saúde. Brasília, DF, Agosto de 1977, p. 170.
10. Ibid., p. 170-71.
11. Evidentemente que, no âmbito do presente trabalho, não cabe um aprofundamento deste ponto específico, indicando-se a análise foucaultiana, apesar de eminentemente super-estrutural, como uma rica fonte de informações a esse respeito (principalmente Foucault, Michel. La Palabra y las Cosas. Mexico, Siglo XXI, 1969; e Foucault, M. A Arqueologia do Saber. Rio, Vozes, 1971). Segundo Marilena Chauí, "a verdade das análises de Michel Foucault obscureceram outras verdades que ele deixou de lado, especialmente o fato de que não se pode achar o momento em que a razão ocidental se constitui no século XVII como se ela fosse apenas a razão burguesa" (Chauí, M. Intervenção nos deba

tes. Revista da Associação Psiquiátrica da Bahia, Suplemento nº 2: Ia, 1979. Grifos nossos).

12. Expressão cunhada por Max Weber para apresentar o principal argumento do seu The Protestant Ethic and the Spirit of Capitalism (New York, Charles Scribner's Sons, 1958).
13. Isto não quer dizer que a incitação ao lucro tenha sido a "causa" do fenômeno da acumulação primitiva, e sim um dos seus componentes. Em linhas gerais, já que não cabe aqui o desenvolvimento dessa controvérsia clássica, resta-nos remeter o leitor à fonte das formulações originais sobre o assunto: Marx, Karl. Original Accumulation of Capital. In: London, Penguin, 1977, p. 459-471.
14. Conforme um conhecido antagonista da tendência privatizante da atual política oficial de saúde, descrevendo-a como um "programa pleno de irracionalidade, explicando-se a sua implantação somente com o objetivo de privilegiar os produtores de serviços, em detrimento dos interesses de saúde da população" (Mello, C.G. A irracionalidade da privatização da medicina previdenciária. Saúde em Debate 3: 8-15, 1977, p. 14 - Grifos nossos)
15. Charles Fourier (1773-1837) - Guarda-livros francês que escreveu uma série de obras contra os males, os vícios e a corrupção do capitalismo industrial em ascensão. Acreditava que os seres humanos eram basicamente bons e que todos colaborariam para o bem estar da humanidade caso se reorganizasse a sociedade de modo "racional". Robert Owen (1771-1858) - Milionário inglês que pregava a organização de comunidades cooperativas. Considerava o seu trabalho como um apelo aos sentimentos éticos dos homens, constituindo uma "religião racionalista". Etienne Cabet (1788-1856) - Advogado francês. Escreveu uma novela chamada

Voyage en Icarie, que foi o ponto de partida do movimento "icário". Os Icários acreditavam que os homens poderiam ser modificados pela persuasão: fraternité, sua palavra de ordem, era considerada princípio básico, doutrina, sistema, "ciência" e religião. (Conf. Nomad, Max. Heréticos da Política. Lisboa, Fundo de Cultura, 1965.p.26-31)

16. Um exemplo representativo dessa tendência pode ser encontrado em Bastos, Murillo Vilela. O Sistema Nacional de Saúde em Debate. ECEM, 8. Maceió, 1976. p. 3-16.
17. Conf. principalmente Galbraith, John Kenneth. The New Industrial State. Boston, Houghton-Mifflin, 1967. Na verdade, o próprio Weber analisa essa questão de modo um pouco mais cuidadoso, ainda assim criticável, assinalando que "o capitalismo em seu estágio atual tende a fomentar de maneira acentuada o desenvolvimento da burocracia, embora ambos tenham surgido de fatos históricos diferentes" (Weber, M. Os Fundamentos da Organização Burocrática. In: Campos, Eduardo (org.) Sociologia da Burocracia. Rio, Zahar, 1976. p. 26).
18. Este ponto merece um tratamento mais aprofundado, o que evidentemente transcende o alcance do presente trabalho, pois tem sido uma fonte de discussões mesmo entre aqueles teóricos que utilizam o materialismo histórico como referencial. Por um lado, alguns dos estudiosos que tratam especificamente das relações entre saúde e sociedade dentro dessa perspectiva desprezam a identificação dos grupos que dominam o aparelho de Estado, admitindo que certas leis estruturais são tão restritivas que os conflitos entre os grupos dominantes são de pouca relevância para o movimento da estrutura de poder da sociedade. No outro extremo, certos autores acreditam que o Estado possui total

dependência em relação aos grupos de poder, chegando mesmo a confundir-se com eles. Sobre a crítica a essas posições, e para uma visão globalizante da problemática, ver principalmente Poulantzas, Nicos. Poder Político e Classes Sociais. São Paulo, Martins Fontes, 1977. p. 321-346. Uma interpretação diversa pode ser encontrada em Giannotti, José Artur. Em torno da questão do Estado e da Burocracia. Estudos CEBRAP 20: 111-130, 1977.

19. Marcuse, Hebert. Negations. Boston, Beacon Press, 1972.
20. Ibid.
21. Esta parte da obra de Antonio Gramsci pode ser encontrada em Os Intelectuais e a Organização da Cultura (Rio, Civilização Brasileira, 1979), Concepção Dialética da História (Rio, Civilização Brasileira, 1978) e Maquiavel, a Política e o Estado Moderno (Rio, Civilização Brasileira, 1977).
22. BRASIL. Ministério da Saúde. Anais da VI Conferência Nacional de Saúde. Brasília, DF, p. 145.
23. Ibid. p. 145.
24. Nesta análise, o termo dilema não é empregado no seu sentido lógico formal, como um dos silogismos disjuntivos, mesmo porque a citação estaria melhor enquadrada na figura da falácia, aquela na qual uma das proposições é falsa, conduzindo necessariamente a uma conclusão lógica porém falaciosa. Empregamos aqui o termo no âmbito do senso-comum, como uma "conjuntura difícil, da qual não é possível sair-se senão por um de dois modos".
25. BRASIL. Ministério da Saúde. Anais da V Conferência Nacional de Saúde. Brasília, DF, 1975. p. 33.
26. Ibid. p. 33.

27. Conf. Azevedo, Antonio Carlos. Política Nacional de Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Anais da VI Conferência ... op. cit. p. 154-183.
28. Max Weber, em sua teoria da burocracia, analisa em detalhe as relações entre esses três termos, saber, poder e razão. Segundo ele, "a administração burocrática significa, fundamentalmente, o exercício da dominação baseado no saber. Esse é o traço que a torna especificamente racional. Consiste, de um lado, em conhecimento técnico que, por si só, é suficiente para garantir uma posição de extraordinário poder para a burocracia" (Weber, M. Os Fundamentos ... op. cit. p. 27).
29. Chauí, M. Cultura do Povo e Autoritarismo das Elites. In: vários autores. A Cultura do Povo. São Paulo, EDUC, 1979. p. 131.
30. Ibid. p. 131.
31. Conf. Gouldner, Alvin. The Coming Crisis of Western Sociology. New York, Avon, 1970.
32. Ibid. p. 291-297.
33. Chauí, M. op. cit. p. 131.
34. Parsons, Talcott. The Social System. New York, Free Press, 1964. p. 123.
35. Ibid. Capítulo IV.
36. Que foi objeto da atenção de vários dos seus discípulos. Ver, por exemplo, a coletânea organizada por Amitai Etzioni (Complex Organizations: A Sociological Reader. New York, Holt, Rinehart & Winston, 1962).
37. Parsons, T. Op. cit. p. 124-25.
38. Uma interessante análise desse tema pode ser encontrada em Ball, Terence. Two Concepts of Coercion. Theory & Society. 6 (1): 97-112, 1978.

39. Parsons, T. Op.Cit. p. 126.
40. Ibid. p. 126.
41. Conf. principalmente a obra de Gouldner (The Coming Crisis ... Op. cit.); mas também o seu recente For Sociology (New York, Basic Books, 1978). Na verdade, a crítica à sociologia de Parsons tem ocupado uma multidão de autores, a partir de dezenas de perspectivas, desde a chamada Sociologia Radical (ver, por exemplo, a irrevente peça de Nicolaus, Martin. The Professional Organization of Sociology. A View from Below. In: Colfax, David & Roach, Jack (eds.) Radical Sociology. New York, Basic Books, 1971, p. 45-60), à crítica epistemológica de J. J. Toharia (El Funcionalismo Normativista: La Obra de Talcott Parsons. In: Blanco, José & Maya, Carlos (eds.) Teoria Sociológica Contemporânea. Madrid, Tecnos, 1978. p. 111-147); desde a demolição empreendida por Bourdieu e Passeron (Bourdieu, Pierre & Passeron, Jean-Claude. Mitosociologia. Barcelona, Fontanella, 1975) à versão euro da crítica gouldneriana (Mañsal, Ivan. La Crisis de la Sociologia Norteamericana. Barcelona, Peninsula, 1977).
42. Para uma sistematização dos elementos básicos e das tendências atuais desse grupo de teorias da sociedade, ver principalmente Fossaert, Robert. A Sociedade. Uma Teoria Geral. Rio, Zahar, 1979.

## NOTAS DO CAPÍTULO II

1. Conf. Seixas, J.C. Sistema Nacional de Saúde. In: Anais da V Conferência Nacional de Saúde, Brasília, 5-8 de agosto de 1975, p. 31. Para uma ampliação desta definição clássica de sistema, ver principalmente Churchman, C.W. Introdução à Teoria dos Sistemas, Petrópolis, Vozes, 1972.
2. Entre nós, o exemplo mais bem acabado dessa tendência será certamente a obra de Mário Chaves (Saúde e Sistemas. Rio, Ed. Fund. Getúlio Vargas, 1971).
3. Seixas, J.C. op. cit., p. 31.
4. Chaves, M. op. cit., p.
5. Ibid., p.
6. Seixas, J.C. op. cit., p. 32.
7. Conf. Centro Panamericano de Planificación de la Salud. Formulacion de Politicas de Salud. Santiago, 1975. Mimeo.
8. Badiou, A. Sobre o Conceito de Modelo. Lisboa, Estampa, 1976.
9. Ibid., p. 25.
10. Ibid., p. 63-64.
11. Como por exemplo o de Chaves (op.cit.).
12. BRASIL. Lei 6229 de 17 de julho de 1975. In: Anais... op. cit., p. 395-399.
13. Como por exemplo Sonis, A. Medicina Sanitaria y Administracion de Salud. Buenos Aires, El Ateneo, 1971; e Testa, M. Modelos de salud: Las condiciones para su desarrollo. Saúde em Debate, 1(1): 32-37, 1976.
14. A esse respeito, consultar principalmente Berliner, H. Emerging Ideologies in Medicine. The Review of Radical Political Economics, 9(1): 116-124, 1977.

15. Sobre esta questão, a análise dos modelos como instrumen-  
heurísticos em Antropologia realizada por Kaplan e  
Manners parece-nos satisfatória (Kaplan, D.: Manners,  
R. Introducion Crítica a la Teoria Antropologica. Mé-  
xico, Nueva Imagem, 1979)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DO CAPÍTULO 3

01. ALMEIDA FILHO, N, PAIM JS - Socio cultural Problems of Health Programs or Resistance to the Extension of Health? International Journal of Health Services, 1979. (send for publ.)
02. AROUCA AS: O Dilema Preventivista. UNICAMP, SP. Tese de Doutorado em Medicina Social, 1975. (mimeografado).
03. AVARIA, J.; TAPIA PORTA I: Ciencias Sociales - uma discussion acerca de su enfoque en Medicina. Cuadernos Medico-Sociales, 11: 2, Junio 1970
04. BAILEY, N, THOMPSON M: Systems Aspects of Health Planning. Amsterdam, North-Holland, 1975.
05. BLUM, HL: Planning for Health: New York, Human Sciences Press, 1974.
06. CHAVES M: Saúde e Sistemas. Rio, Fund. Getulio Vargas, 1975.
07. COCKERHAM WC: Medical Sociology. New Jersey, Prentice Hall, 1978.
08. CROZIER M: Le Phénomène Bureaucratique. Paris, Ed. du Seuil, 1963.
09. DREITZEL H: The Social Organization of Health. New York, Macmillan Pub., 1975.
10. EISEN A: The meanings and confusions of Weberian "rationality". Brit. J. Soc. 29: 57, 1978.
11. EMERSON H: Efficiency as a basis for operation and wages. Easton, Hive Pub., 1976.
12. FAYOL H: General and Industrial Management. New York, Pittman, 1949.
13. FERRARA, F., ACEBAL, E., PAGANINI, S.: Medicina de la Comunidad. Buenos Aires, Inter Medica Ed., 1972.
14. FREEMAN R, HOLMES E. Administration of Public Health Services. Londres, Saunders Co., 1960.
15. GANTT HL: Organizing for work. New York, Harcourt, 1919.

16. GRANT JB: Health Care for the Community: Selected Papers.  
Edited by Seipp C. Baltimore, Johns Hopkins Press, 1963.
17. HANLON JJ: Principles of Public Health Administration. St.  
Louis, Mosby, 1950.
18. KIEV A: Psychiatry programs for the developing countries.  
Further Explorations in Social Psychiatry. Edited by  
Kaplan B, Wilson R. Leighton A. New York, Basic Books,  
1976.
19. LAPASSADE G: Grupos, Organizações e Instituições. Rio, Liv.  
F. Alves Ed., 1977.
20. LITTLER C: Understanding Taylorism. Brit. J. Soc. 29:185,  
1978.
21. LOURAU R, LAPASSADE G: Chaves da Sociologia.
22. MARCUSE H: Negations. New York, Beacon Press, 1969.
23. MAYO E, et alii: Teamwork and labor turnover in the aircraft  
industry of southern California. Boston, Harvard Univ.,  
1944.
24. MECHANIC D: Medical Sociology. New York, Free Press, 1978.
25. MILL JS: Essential Works. New York, Bantam Books, 1961.
26. MOUZELIS N: Organization and Bureaucracy. Chicago, Aldine,  
1977.
27. NAVARRO V: Medicine Under Capitalism. New York, Prodist, 1976.
28. PAHO: The social and educative components of the health  
planning process. Ica, Peru, 1969 (mimeografado)
29. PALEWSKI, JP: A Organização Científica do Trabalho. São Pau  
lo, Difusão Europeia, 1971.
30. PARSONS T: The social system. New York, Free Press, 1951.
31. PAUL BD(ED.): Health, Culture and Community. New York, R.  
Sage, 1955.
32. RODRIGUES BA: Fundamentos de Administração Sanitária. Rio,  
Freitas Bastos, 1967.
33. SONIS, A. y cols.: Medicina Sanitária Y Administración de  
Salud. Buenos Aires, El Ateneo, 1971.

34. TAWNEY RH: Foreword, The Protestant Ethic and the Sprit of Capitalism, by Weber M., New York, Scribner's Sons, 1958.
35. TAYLOR FW: Scientific management. London Harper & Row, 1964.
36. TESTA M: Modelos de Salud: las condiciones para su desarrollo. Saúde em debate, 1: 32-37, 1976.
37. TWADDLER AC, HESSLER R: Sociology of Health. St. Louis, Mosby, 1977.
38. WAITZKIN HB, WATERMAN B: The Exploitation of Illness in Capitalist Society. Indianapolis, Robs-Merril Co., 1976.
39. WEBER M: A Instituição Burocrática, Sociologia da Burocracia Rio, Zahar, 1966.
40. WILSON RN: The Sociology of Health: An Introduction. New York, Random House, 1970.

1. BERNIS, G.D de - Economia e Saúde. Textos de Apoio PESES/PEPPE, nº 7, (sd), 30 p. Uma crítica ao conceito de necessidade empregado em planejamento de saúde é esboçada por SEIPP, C - Needs Resources and Aspirations (manuscrito a ser publicado nos EUA como capítulo de um livro que critica a ideologia do planejamento de saúde). Nesse estudo o autor assinala que "as várias tentativas para modificar o conceito de necessidades, como ponto de partida para o planejamento de serviços sociais não têm alterado a sua essência".

Nesse particular merece atenção o 1º Relatório da FINEP relativo ao Programa Integrado de Saúde. Outubro 1978, 56 p. "Recentemente, vem-se estudando as instituições de saúde como determinadas, em articulações específicas na estrutura social, e determinantes das práticas de saúde, com um processo histórico de desenvolvimento (...). O importante é que, ao recolocar analiticamente o debate das políticas e das práticas institucionais em sua dimensão histórica, está sendo possível repensar o problema do planejamento".

2. No senso comum essa idéia seria representada pela expressão "gozar de boa saúde". Entendendo a saúde exclusivamente como valor de uso, e não perguntando "saúde para quê", deixa de reter a dimensão social do estado de saúde do corpo, instrumento de trabalho, invertido socialmente de valor.
3. Uma crítica ao humanismo em saúde e às funções político ideológicas do "Welfare" State no âmbito da saúde transcende ao escopo do presente trabalho. Há que se reconhecer, no entanto, a sua importância para a compreensão da necessidade histórica do capitalismo se envolver com a questão das necessidades de saúde. Como, por exemplo, o atendimento às necessidades difusamente entendidas e precariamente conceptualizadas contribui para a reprodução da estrutura social.

No plano filosófico, a doutrina dos direitos humanos que inclui o "direito a saúde" encontra suas raízes no humanismo burgues. A categoria Homem, emergente do idealismo clássico (o Gênero Humano = a Humanidade) apresenta-se como o Sujeito e o Fim da História (ALTHUSSER, L. - "Observação sobre uma categoria: Processo sem sujeito nem fim (s). Posições 1, Rio de Janeiro, Graal, 1978, p.61). Nesse particular, seria interessante identificar as diferenças roupagens da ideologia burguesa no seio das formações sociais capitalistas contemporâneas.

A questão dos "direitos humanos" coloca o Homem - Sujeito do direito, ser de necessidades. Todavia, não se pode pensar a história real, "como capaz de ser reduzida a uma origem, a uma essência, ou uma causa (ainda que fosse o Homem) que seria o seu sujeito" (ALTHUSSER, op.cit). A história real (processo de reprodução e de revolução de

formações sociais) é um processo sem sujeito nem fim(s). Ou seja, o ponto central escamoteado pela problemática ideológica humanista é a luta das classes, resultante da divisão social do trabalho, segundo a posse dos meios de produção. Nesse sentido, as "necessidades" não se colocam abstratamente. Referem-se à dinâmica das classes nas suas formas concretas de luta econômica, política e ideológica. Portanto, a ideologia da atenção às necessidades de saúde poderia ser analisada como componente da estratégia de dominação/submissão da ideologia dominante nas sociedades capitalistas.

No plano histórico e político, caberia analisar a incorporação do "direito a saúde" no âmbito do discurso oficial do "Welfare State", como parte das preocupações sociais da nova fase do capitalismo monopolista (após a II Guerra Mundial) e o repasse dessa noção para os países dependentes, via organismos internacionais.

Este momento se caracteriza, como registrou BERNIS (op. cit. p.10), pelo reconhecimento de "que as despesas de saúde fazem parte dos "consumos necessários"(...) (à conservação e à renovação da força de trabalho) porque a mão-de-obra se torna cada vez mais rara e se torna difícil evitar as altas de salários". Acrescente-se ainda o nível de organização da classe trabalhadora.

4. Para uma análise crítica dos fundamentos da Economia Marginalista convém a leitura de SINGER, P. - Curso de Introdução à Economia Política. Forense Universitária, 3a.Ed., Rio de Janeiro, 1975, 186 p.
5. CAMPOS, O. - O estudo da demanda e das necessidades e sua importância para o planejamento de saúde. Rev.Saúde Publ São Paulo 3(1): 79-81, 1969.
6. ARAÚJO, J.D. de - As peculiaridades do mercado de serviços de saúde. Rev. Adm. Publ. 11(3): 97-109, jul-set, 1977.
7. ILLICH, I. - A expropriação da saúde: nêmesis da medicina. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1975, 169 p. Ver também NAVARRO, V. - A industrialização do fetichismo ou o fetichismo da industrialização: uma crítica a Ivan Illich. Rev. da Assoc. Psiq. da Bahia 1 (10: 79-108, 1977
8. SINGER, P., op. cit, p. 12
9. BERNIS, G.D. de. op. cit, p. 8.
10. BOUDING, K.E. - El concepto de necesidad de servicios de salud. Traduciones 9: 1-45, C.L.A.M./OPS, Buenos Aires, 1973.
11. ARAÚJO, J.D. de, op. cit
12. CAMPOS, D., op. cit.
13. Talvez mesmo com os critérios subjetivos da Teoria do Valor Utilidade.
14. BOULDING, K.E., op. cit., p. 3

15. BOULDING, K.E., op. cit. p. 5
16. JEFFER, J.R.; BOGNANO, M.F.; BARFLET, J.C. - On the demand versus need for medical services and the concept of shortage. Am J Publ Health 61: 46-63, 1971
17. Note-se que nas observações de BOULDING desejos (definidos pelo indivíduo) e necessidades (definidas pelo médico) têm a mesma denominação, ou seja necessidades; já nas proposições de Jeffer et alii os desejos (sensações do indivíduo) poderiam se transformar em demanda (atividade do indivíduo após eliminação dos custos) e esta em necessidades (definidas pelo médico cujo saber fosse apropriado também pelo indivíduo).
18. SHAEFER, M.E. - Demand versus need for medical services in a general cost-benefit setting. Amer J Publ Health 65 (3): 293-295, 1975.
19. Nesse caso, a demanda poderia diferir da necessidade.
20. JEFFERS et alii, op. cit.
21. Essa proposta reflete bem a estrutura de prestação de serviços vigente nos Estados Unidos. De um lado a medicina privada cujos agentes definiriam as "necessidades privadas" dos outros (particularmente dos que podem comprar os serviços privados). De outro lado, a saúde pública, através da racionalidade dos seus administradores fundamentada nas análises de custo/benefício, estabeleceria as "necessidades sociais", ou mesmo necessidades públicas (para ter um paralelo com as privadas). Quem sabe ainda se não seria melhor a denominação de "necessidades do público" (que não pode comprar serviços) ou mesmo "necessidades de saúde pública"? De qualquer modo, fica patente a observação de BERNIS (op.cit. p. 13) "as coisas de passam, afinal como se o sistema de produção considerasse que pode fazer doentes impunemente pois o sistema de saúde está aí para repará-los".
22. Nesse particular convem consultar os anais da VI Conferência Nacional de Saúde, especialmente os temas III e IV (BRASIL-MINISTÉRIO DA SAÚDE-VI Conferência Nacional de Saúde, 1977, p.139-181). Para a análise das funções da extensão dos serviços de saúde em sociedades capitalistas leia-se DONNANGELO, M.C.F. - Saúde e Sociedade - São Paulo, Duas Cidades, 1976, 124 p. Com base nesse estudo pode-se apreender a extensão dos serviços de saúde como parte da estratégia de hegemonia, colaborando, em última análise com a reprodução ampliada das relações de classe.

Por outro lado, seria importante analisar a passagem da produção de serviços de saúde sob a forma de medicina liberal (padrão artesanal) à medicina empresarial e a medicina estatal (padrão industrial). As determinações que incidem sobre estas formas repercutam nos critérios de definição das necessidades de serviços de saúde. No primeiro caso, sob a forma do capitalismo competitivo as leis do mercado (oferta/procura) regiriam as oscilações na produção, embora não determinem o seu valor (in-

cidem sobre o preço que tem a ver com o poder aquisitivo dos consumidores). No segundo caso, a produção industrial favorece o aumento da demanda inclusive impondo um determinado tipo de consumo (especializado e sofisticado). No 3º caso, a produção visaria também a expansão do mercado consumidor para a realização de mercadorias provenientes do setor industrial. Quer dizer, os mecanismos de expansão/retração da oferta dos serviços são condicionados pela forma específica da produção de serviços, que por sua vez é determinada por objetivos dados fora dela. Tal estudo privilegiaria a produção de serviços de saúde. Isso implicaria em identificar as forças produtivas/relações de produção envolvidas no processo, as contradições do seu desenvolvimento e as determinações provenientes do todo organizado das práticas sociais, levando em conta o referencial trabalhado por DONNANGELO (op. cit.).

23. SHAEFER et alii, op. cit.
24. "A teoria do valor-utilidade, na medida em que começa a explicar o valor de cada objeto e de cada serviço, parte essencialmente deste segmento da realidade que é o mercado". SINGER, P., op. cit. p. 19.
25. SINGER, P., op.cit. p. 13.
26. SINGER, P. op. cit. p. 21
27. Ver ARAÚJO, op.cit. e CAMPOS, op.cit. Nesse particular, recomenda-se a leitura de ARAÚJO, J.D. de - O direito a saúde: um problema de administração e de política.  
Seminário - A função do Estado no desenvolvimento dos serviços de Saúde". Rio de Janeiro, 1978, mimeog., 26p.
28. Refiro-me a John Maynard Keynes. Ver HEILBRONER, R.L. - Introdução à história das ideias econômicas. Zahar. 2 Ed. RJ, 1965. 321 p.
29. "Idade da Razão" é um romance de Jean-Paul Sartre publicado em 1945. O uso da expressão aqui é no sentido de ressaltar a busca Kantiana pela Razão operada pela burocracia da saúde. Nesse particular merece menção um estudo de ALMEIDA FILHO, N. sobre a questão da racionalidade em saúde (capítulo 1 deste volume).
30. AROUCA, A.S. da S.; AROUCA, A.T. - Medicina da Comunidade. Implicações de uma teoria. Saúde em Debate nº 1: 20-23, 1976. Nesse trabalho os autores criticam as diversas adjectivações impostas à medicina (preventiva, compreensiva, de comunidade, etc.) sublinhando que "quando as práticas decorrentes de tais conceitos não levam as mudanças esperadas, não ocorre um fortalecimento teórico que possa eliminar novas experiências, mas sim a necessidade imperiosa gerada pelo próprio processo, de criar-se um novo conceito mágico e inovador".

31. Deve-se ainda acrescentar que em alguns países tem sido introduzidas no rol das "necessidades de serviços de saúde" outras necessidades que, embora importantes para a manutenção da saúde, não são satisfeitas ao nível do mercado, mediante o poder de compra dos salários. Nessa perspectiva, o Estado passa a reconhecer no setor saúde um caminho privilegiado para a distribuição "vicariante" de bens e serviços às classes sociais excluídas do consumo. É o caso de certos programas de distribuição de alimentos, medicamentos ou de melhoria de condições de habitação e saneamento que se inserem no setor saúde enquanto "assistência social". Tais expedientes tem sido definidos como formas de "salário indireto" através do controle da elevação dos salários nominais, justificados como políticas sociais do Estado com fins redistributivos, ou mesmo, instrumentos de "justiça social".

É válido chamar a atenção como o fez DONNANGELO (op.cit. p. 44), de que tais políticas sociais "não correspondem a qualquer alteração significativa nas relações de produção e que, além do sentido que adquirem no processo político podem mesmo corresponder ao interesse imediatamente econômico do capital, quer por ativarem determinadas áreas de produção quer por representarem a garantia de um salário indireto o qual, refletindo-se em uma distribuição de renda ou em um maior montante de consumo, traz ademais a vantagem de não incidir diretamente sobre o capital sempre que os custos são socializados, sobretudo por meio da participação do Estado".

32. Ver por exemplo KELMAN, S. - The social nature of the definition problem in health. Int. J. Health Serv. 5(4):625-41, 1975. Nesse estudo o autor critica as abordagens que desconhecem a base social da definição da saúde e apresenta um enfoque que procura apreender a questão saúde a partir das características estruturais das sociedades capitalistas.

33. Ver a técnica de planejamento em saúde CENDES/OPS, quando postula que  $P = \frac{MTV}{C}$  donde P = prioridade em saúde, M = magnitude do dano quantificada através de indicadores de saúde, T = transcendência social, V = vulnerabilidade do dano às ações de saúde e C = custos. SAN MARTIN, H. Salud y Enfermedad. La Prensa Médica Mexicana, 2a. Ed., 1968, p. 543-559.

34. Ver BOLTANSKI, L. - As classes sociais e o corpo. Graal. Rio de Janeiro, 1979, 191p. - Nessa investigação o autor questiona a noção de necessidade médica, (necessidade de consumo médico) como necessidade primária:

"Como o consumo médico refere-se a um objeto, o corpo cujo funcionamento parece fundamentalmente determinado pelas coerções de ordem fisiológica ou biológica, tendemos sempre a reduzir, pelo menos implicitamente, a necessidade médica a uma "necessidade primária" que, diretamente subordinada as exigências do corpo (...) tenderia a aparecer assim que aparece a doença e a satisfazer-se assim que aparece essa necessidade (p.121). Só através da relação que os indivíduos mantêm com o corpo pode-se romper

com a teoria naturalista das necessidades e das funções (...). Essa teoria "leva a ver em cada consumo particular, no caso o consumo médico, a expressão direta de uma necessidade específica pré-existente aqui a "necessidade sanitária", espécie de necessidade primária cuja natureza seria idêntica em todos os tempos e em todos os grupos" (p. 175).

35. Força de trabalho: "conjunto de condições físicas e espirituais que se dão na conformidade, na personalidade vivente de um homem e que este põe em ação ao produzir o uso de qualquer espécie. Marx, K. - El capital. Crítica de la Economía Política. Vol. I. Fondo de Cultura. Mexico p. 120-129. Ver especialmente na pag. 122: "Para poder vender mercadorias distintas de sua força de trabalho o homem necessita possuir, evidentemente meios de produção (...) ademais necessita meios de vida". Na página 124: "a força de trabalho so existe como atitude do ser vivente. Sua produção, pressupõe, portanto, a existência deste; para sua conservação o ser vivente necessita de uma certa soma de meios de vida" (grifo nosso). Acrescenta ainda que "o valor da força de trabalho é o valor dos meios de vida necessários para assegurar a subsistência de seu possuidor" (grifos de K.M.)
36. A menos quando as condições de exploração são tão intensas e selvagens que ele se vê obrigado a abrir mão de sua saúde em troca de salários e horas-extras que lhes asseguram pelo menos a protelação de suas urgências e dos seus familiares.
37. Embora MARX se refira as "necessidades naturais" ele enfatiza que elas são um produto histórico. "As necessidades naturais, o alimento, o vestuário, a calefação, a habitação, etc., variam de acordo com as condições do clima e as demais condições naturais de cada país. Ademais o volume das chamadas necessidades naturais assim como o modo de satisfazê-las, são um produto histórico que depende portanto, em grande parte, ao nível de cultura de um país e, sobretudo, entre outras coisas, das condições dos hábitos e das exigências com que se haja formado a classe dos trabalhadores livres" MARX (op.cit. p. 124).
38. AROUCA, A.S. da S. - O trabalho médico, a produção capitalista e a viabilidade do projeto de prevenção. Encontros com a Civilização Brasileira nº 1, 132-155, julho 1978.
39. AROUCA, op. cit., p. 133.
40. AROUCA, op. cit., p. 134
41. AROUCA, op. cit., p. 135
42. Ver SROUR, R.H. - Modos de produção: elementos da problemática. Rio de Janeiro, Graal, 1978, p. 149. "Não há humanidade fora da comunidade dos homens e todo processo de trabalho é labor-coletivo; todo agente individual só realiza a satisfação de suas necessidades pela satisfação das necessidades de outros, transcendendo o plano

do imediatismo egoista (!) para situar-se ao nível da coletividade".

43. Nesse particular, caberia demonstrar teórica e empiricamente como a produção de serviços de saúde determina, em última análise, o consumo. Todavia tal proposta corresponderia a uma outra investigação.
44. AROUCA, op.cit., 1.135.
45. Ver SUSSER, M. - Ethical components in the definition of health. Int. J. of Health Serv. 4(5): 539-548, 1974. Nesse artigo SUSSER ressalta que o modo como se definem os problemas médicos e o modo como se aplicam as estratégias para resolvê-los, são uma resposta da sociedade tal como percebem e definem as classes dominantes.
46. Essa é uma das contradições da medicina nas sociedades capitalistas quando atende as necessidades de saúde dos trabalhadores.
47. Tais necessidades relacionam-se com a experiência coletiva dos indivíduos que se apropriam de um saber ou são induzidos ao consumo pelo mercado de serviços de saúde, ou pela política de saúde do Estado.
48. Ver a propósito: PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N.M. de - Resistência popular a extensão de saúde.
49. Esse ponto é de fundamental importância não só para que se possa apreender o caráter dialético dos movimentos sociais mas também no sentido de evitar o ranço "estrutural paranoide" de alguns trabalhos críticos em saúde (essa denominação foi utilizada por MENENDEZ, E. - El modelo medico y la salud de los trabajadores. In: BASAGLIA, F. y otros. La Salud de los trabajadores. Aportes para una política de la salud. Editorial Nueva Imagem, 1978, p.50). Nessa oportunidade o autor assinala que "el desarrollo del modelo medico con funciones potenciales de control debe colocar se dentro de cada formación, en la medida que no puede pensarse estas funciones como uniformes e inevitables". Ver ainda BERLINGUER, G. - Medicina e política. CEBES/HULITEC. São Paulo, 1978, 188p.; VERAS, R. - Uma proposta de gestão dos serviços de saúde por parte dos trabalhadores. Mimeografado 1978, 17pp.; CORDEIRO, H. de A.; FIORI, J.L. da C.; GUIMARÃES, R. F. M. - A questão democrática na área da saúde. VI SESAC, 1979.
50. "O trabalho é uma atividade que se orienta para a satisfação de necessidades (definidas historicamente), não de forma direta mas somente através de mediações da coletividade, dos meios de trabalho, da interposição de saberes que a força de trabalho incorpora".
51. BOLTANSKI, op. cit., p. 178.
52. MARX, op. cit., p. 3

53. KOWARICK; L. - Trabalho produtivo e improdutivo. Comentários sob o ângulo da acumulação e da política. In -Classes sociais e trabalho produtivo. Paz e Terra, RJ, 1978, p. 90.
54. SINGER, P. - Trabalho Produtivo e Excedente. Contexto, nº3, julho de 1977, p. 116.
55. LUZ, M.T. - As instituições médicas no Brasil. Instituição e estratégia de hegemonia. Rio Graal, 1979, 295 p.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DO CAPÍTULO 5

1. AROUCA, A.S. - Introdução à Crítica do Setor Saúde. Nêmesis, nº 1, 17-24, Belo Horizonte, 1975.
2. CARDOSO, F.H. - Participação e marginalidade: notas para uma discussão teórica. In \_\_\_\_\_ O Modelo político brasileiro. Difusão Européia do Livro, 2a. Edição. S.Paulo, 1973, p. 166-185.
3. \_\_\_\_\_ Aspectos políticos do planejamento no Brasil. In: \_\_\_\_\_ O Modelo Político brasileiro: Difusão Europeia do Livro, 2a. Edição. S.Paulo, 1973, p. 83-103.
4. CORDONI JUNIOR, L. - Medicina Comunitária e Desenvolvimento na Sociedade Brasileira. S.Paulo, 1977 (mimeog.) Dissertação apresentada a Universidade de São Paulo.
5. DEVOTO, E. - La Medicina Comunitaria y Las Vias de Desarrollo socio-económico. Cuadernos Medico Sociales. 11 (3): 33-41, 1970.
6. DONNANGELO, M.C.F. - Saúde e Sociedade. Duas Cidades. São Paulo, 1976, 124p.
7. FORMIGLI, V.L.A. - A Implantação do PIASS no Estado da Bahia. Rev.Bahiana de Saúde Publ. 7/8 (1/4 e 1/2): 7-19, jan 1980/jun 1981.
8. FREIRE, P. - Extensão ou Comunicação? Rio de Janeiro. Paz e Terra. 2a. Edição, 93 p.
9. GUILHERME VELHO, O. - A propósito de Terra e Igreja. Encont. Civiliz. Bras., (22): 157-68, 1980.
10. GUIMARÃES, R. - Saúde e Medicina no Brasil; contribuição para um debate. Rio de Janeiro, Graal, 1978, 296 p.
11. GRUPO DE ESTUDOS AGRÁRIOS - A questão agrária na Bahia. Salvador, junho, 1980, 68 p.
12. HORWITZ, A. - Relaciones entre Salud Y Desarrollo Económico. B. Ofic. Sanit. Panamer., Washington 47 (2): 93-100, 1959.
13. \_\_\_\_\_ Reflexiones sobre Economía y Salud. B.Ofic.Sanit Panamer., Washington, 51 (2): 97-103, 1961.

14. INTERIORIZAÇÃO dos Serviços de Saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DA SAÚDE, 6., Brasília, 1 a 5 de agosto de 1977. Anais. Brasília, Ministério da Saúde, 1972, Tema 3.
15. KOWARICK, L. - Capitalismo e marginalidade na América Latina. Paz e Terra, Rio de Janeiro, 1975, 188p.
16. LATHEM, W.; NEWBERRY, A. - Community medicine. New York. Appleton Century Crofts, 1970.
17. NEWELL, K. (ed.) - La Salud por el pueblo. Genebra. Organización Mundial de la Salud. 1975, 277p.
18. OMS/UNICEF - Cuidados primários de saúde; relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma Ata, URSS, 6-12, setembro de 1978. 64p.
19. OPS/OMS - Plan decenal de Salud para las Américas: informe final de la Reunion Especial de Ministros de Salud de las Américas. 3 Washington, 1973 (Doc. 118).
20. PAIM, J.S. - Medicina Comunitária. Introdução a uma análise crítica. Saúde em Debate, nº 1, p. 9-12, out., nov. dez., 1976.
21. PAIM, J.S. - As ambiguidades da noção de "Necessidades de Saúde". Planejamento, Salvador, 8 (1/2): 39-46 Jan/jun., 1980.
22. PAIM, J.S. - Medicina Preventiva e Social no Brasil: Modelos, Crises e Perspectivas. Saúde em Debate. nº 11, p. 57-59, 1981.
23. PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N.M. de - Resistência popular a extensão de Saúde. Rev. baiana de Saúde Pública, 6(1/4): 41-50, jan/dez. 1979.
24. PELEGRINI FILHO, A. et alii - Projeto de investigação 09 Medicina Comunitária. Rio de Janeiro. PESES/FIOCRUZ, 1979.
25. \_\_\_\_\_ PIASS: O relato e a análise de uma experiência, junho de 1979 (mimeog.).
26. SADER, N.M.B. - O desenvolvimento da medicina comunitária no Estado da Bahia. Dissertação apresentada ao Mestrado em Saúde Comunitária da Universidade Federal da Bahia. Salvador, 1980, 100p.

27. SERVIÇOS básicos de Saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7. Brasília, 24/28 de março de 1980. Anais. Brasília, Ministério da Saúde.
28. SOMARRIBA, M.M.G. - Community health and class society: the health programme of Norte de Minas Gerais. Brasil. University of Sussex.England. September, 1978. 257 p.
29. TEIXEIRA, C.F.; NETO, A.M.S.; SAHO, M. - PIASS: Uma alternativa para a crise? Salvador, 1979, 51p. (mimeog.)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DO CAPÍTULO 6

01. BRASIL - PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Plano nacional de desenvolvimento (II PND). Brasília, 1974. p. 61-125.
02. BRASÍLIA. Ministério da Saúde. VI Conferência Nacional de Saúde. Anais. Brasília, agosto de 1977.
03. ——— Programa nacional de serviços básicos de saúde. PREV-SAÚDE (ante-projeto). Brasília, setembro de 1980.
04. CARDOSO, F.H. Aspectos políticos do planejamento. In: ——— O modelo político brasileiro. São Paulo. Difusão Européia do Livro, 1973. p. 83-103.
05. CEDES/OPS. Programacion de la salud. Problemas conceptuales y metodologicos. Washington. 1965, 77p. (Publicación Científica nº 11).
06. CENTRO PANAMERICANO DE PLANIFICACION DE LA SALUD/OPS. Enfoques actuales acerca del processo de planificacion de la salud. Santiago, 1975. 27p. mimeo.
07. ———. Formulacion de politicas de salud. Santiago, 1975. 77p.
08. FASSLER, C. Transformacion social y planificacion de salud en America Latina. México, 1979, 39p. mimeo.
09. FINEP. Programa integrado de saúde. 1º Relatório, outubro 1978.
10. FREIRE, M. Oposição no Brasil, hoje. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1974. p. 172-183.
11. GRAMSCI, A. Maquiável, a política e o estado moderno. Rio de Janeiro, 2. ed. Civilização Brasileira, 1976. p. 11-132.
12. IANNI, O. Estado e planejamento econômico do Brasil. (1930-1970) 3 ed. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 316 p.
13. KOWARICK, L. Estratégia do planejamento social no Brasil. São Paulo, 1976, 48p. (Cadernos CEBRAP 2).

14. LESSA, C. Apud IANNI, O. Estado e planejamento econômico no Brasil. 3ed. Rio de Janeiro, p. 158.
15. LAFER, B.M. Planejamento no Brasil, São Paulo, Prespecti  
va, 1970. 9-28.
16. LUZ, M. As instituições médicas no Brasil. Instituições e estratégias de hegemonia. Rio de Janeiro, Graal, p. 13-47.
17. MELLO, C.G. de. Saúde e assistência médica no Brasil. CEBES/HUCITEC 1977. 269 p.
18. OPS/OMS. Sistema de salud. Washington, 1972. 44p. (Publicación Científica n. 234).
19. ————. Plan. decenal de salud para las Americas. Washington, 1973. 146 p. (Documento oficial nº 13).
20. PAIM, J.S. As ambiguidades da noção de necessidades de saúde. Planejamento Salvador, 8 (1/2): 39-46, 1980.
21. PEREIRA, L.C.B. Desenvolvimento e crise no Brasil. 7 ed. Brasiliense, São Paulo, 1977, p. 33-54.
22. POULANTZAS, N. Poder político e classes sociais. Martins Fontes, São Paulo, 1977. p. 9-116.
23. SOUZA, N.M. de. Apud IANNI, O. Estado e planejamento econômico no Brasil. (1930-1970). 3ed. Rio de Janeiro. Civilização Brasileira. p. 93.
24. SWEEZY, P.M. Apud PEREIRA, L.C.B. Desenvolvimento e crise no Brasil. 7 ed. São Paulo, Brasiliense, 1977, p. 33-54.