

A EPIDEMIOLOGIA COMO INSTRUMENTO DE TOMADA DE DECISÃO EM PLANEJAMENTO DE SAÚDE (\*)

OSWALDO CAMPOS (\*\*)

"Good health is the bedrock on which social progress is built"

Marc Lalonde, 1975

Discorrer sobre os usos da epidemiologia em administração e planejamento de saúde e da assistência médica poderia soar como pura redundância, não fora constatada tendência, na segunda metade do século, de privilegiar, no processo de tomada de decisão nas áreas em epígrafe, os aspectos intuitivos, pragmáticos, econômicos e políticos, em detrimento dos elementos fornecidos pela aplicação judiciosa do instrumental epidemiológico.

Esta última prática é consequente a uma reflexão crítica sobre a utilidade e limitações da história natural da doença como mecanismo de descrição e explicação das múltiplas relações que, ao nível da sociedade, determinam a saúde e a doença, as quais propiciam decisões tendentes a modificá-las e teve como consequências a incorporação de outras "lógicas" na abordagem dos problemas dessa área e na geração, no seio da própria epidemiologia, de movimentos tendentes a superar as limitações acima enunciadas.

Todavia, a incorporação de conceitos e técnicas econômicas, sociológicas, políticas, administrativas, de análise sistêmica e matemáticas ao planejamento de saúde e da assistência médica não alterou substancialmente a questão de como decidir a aplicação de recursos escassos para as múltiplas necessidades de saúde, que é ainda mais complicada por fenômenos peculiares a cada situação histórica específica, entre eles gastos crescentes em saúde, tendência ao surgimento de complexas macroorganizações altamente especializadas, carência absoluta de serviços assistenciais, ineficiência e ineficácia e injustiça distributiva.

---

(\*) Trabalho apresentado no Simpósio sobre Epidemiologia e Planejamento de Saúde. Congresso Regional Latino Americano da Associação Internacional de Epidemiologia. Ribeirão Preto. 15-19 abril, 1985.

(\*\*) Médico Sanitarista. Doutor em Saúde Pública. Superintendente Fundação para o Remédio Popular - FURP. Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo. Brasil.

Nas últimas duas décadas, renovadas tentativas foram feitas para incorporar métodos e técnicas epidemiológicas à organização e planejamento de saúde, em frequência tal que permitiria falar-se em uma epidemiologia gerencial. Esta se fundamentaria na possível contribuição da disciplina em questão às decisões com que se defrontam os formuladores de políticas públicas e os administradores de saúde as quais, por dizerem respeito a populações, caem no seu âmbito (5). Exemplos de problemas que a ela caberia resolver são, por exemplo, a decisão de se iniciar um programa preventivo dirigido a uma população específica ou a identificação de populações de alto risco.

Considerando o acima exposto, podemos enunciar como objetivo deste documento, uma revisão dos conhecimentos básicos de epidemiologia e de administração e planejamento, de tal forma a identificar a contribuição dos primeiros aos últimos para aperfeiçoar o processo de tomada de decisão em saúde.

I) Administração e Planejamento de Saúde. Seus pressupostos e sua aplicação

O planejamento de saúde, enquanto elemento auxiliar de racionalização de decisões, é contemporâneo ao racionalismo como modo de ver, entender e modificar o mundo e, nesse sentido, sua utilização acompanha o homem desde que ele passou a usar a razão para maximizar vantagens e minimizar desvantagens.

Todavia, como instrumento de intervenção, na realidade visando a mantê-la, mudá-la ou transformá-la, ou seja, como forma de controle social, sua utilização é mais recente. Data, segundo alguns autores, da primeira grande crise das economias centrais, que trouxe consigo, nesses países, a passagem do liberalismo econômico a novas fases de organização mais centralmente controladas e monopolíticas, eventos estes ocorridos ao final do século passado e início do atual. Segundo Luiz Pereira (17), foi necessário que se cumprissem três pré-requisitos para que, como forma de controle social, o planejamento nesses países ganhasse aceitação e credibilidade. Foram eles: a) a crescente laicização e racionalidade da vida social; b) o perigo de rutura do tecido social em face da crescente disnomia produzida pela crise econômica e c) o fortalecimento do Estado enquanto instância de controle e de reprodução da sociedade, ainda que modificada ou mesmo transformada. No âmbito específico da saúde, um exemplo de tal interferência racionalizadora - por certo não o único e nem o mais antigo - é o célebre "Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920", elaborado pelo Conselho Consultivo de Serviços Médicos e Afins, estabelecido pelo Ministério da Saúde da Grã-Bretanha em 1919 e que propunha uma intervenção nos serviços de saúde naquele país, articulando medicina curativa e preventiva, atuação de diferentes profissionais, ação sobre o indivíduo e o ambiente, em um formato de assistência regionalizado e hierarquizado, segundo grau crescente de complexidade, desde o Centro de Saúde até o Hospital de Ensino (15).

Estabelecido que planejamento é um instrumento de racionalização na tomada de decisão, convém especificar melhor que tipo de racionalidade temos em mente ao elegê-la com critério avaliativo da decisão. Em outras palavras, ao se examinar as alternativas (ou opções) disponíveis e se escolher uma, que se parece a mais plausível, qual o nosso raciocínio? Podemos baseá-lo em um quadro de referências puramente econômico e, nesta situação, nossa escolha

sempre, necessariamente, guiar-se-á por uma busca de maximização (seja do lucro, da produção, da produtividade, do benefício ou da eficiência) ou da minimização (seja do custo, do uso dos recursos ou das desvantagens) econômicas. A motivação da escolha poderá, todavia, obedecer outra lógica, por exemplo, a política. Neste caso, o que se persegue não é o lucro, a vantagem econômica e sim a satisfação das demandas sociais (ou de serviços de saúde, no caso do sistema de saúde). Procurar-se-á maximizar o atendimento de tais demandas, o que se traduzirá em apoios ao sistema social ou minimizar as insatisfações que geram oposições. Poderá ainda ocorrer que certas decisões tem repercussões sobre o aparelho administrativo, na medida em que sua implementação pode ensejar influências sobre tais instituições. A sua consideração implica em se adotar outro tipo de racionalidade - a administrativa. Maximizar vantagens deste tipo, ou minimizar desvantagens significa procurar reduzir o conflito interno e aumentar o grau de coesão tanto interna quanto com o ambiente. Qualquer que seja o tipo de racionalidade predominante - e nunca se considera apenas uma - a idéia subjacente é sempre a de se obter o máximo de satisfação com o mínimo de sofrimento.

Vale agora lembrar que o planejamento, nos termos que o estamos conceituando, significa tomar decisão para o futuro, o que implica em se definir que o que se deseja venha a acontecer. Nesse sentido, pensar o porvir é uma construção ideológica e o constrói a classe hegemônica, com suas múltiplas alianças e composições, ao procurar impor seus valores, seus conceitos. Pensar o futuro não é simplesmente projetar o passado bem como avaliar sua satisfatoriedade e mutabilidade. É mais do que isso: é imaginar como ele deveria ser, na concepção de quem o está pensando, para que medidas possam ser tomadas para concretizá-lo. Fica claro que em uma sociedade dividida em classes, haverá tantos futuros imaginados quantos são os grupos ou frações capacitados para fazê-lo. A imagem prevalescente será aquela resultante das possibilidades concretas no momento em que ela é construída.

A operação acima descrita os planejadores costumam designar de elaboração da imagem - objetivo, ou utopia ou futuro desejável. Cabe novamente insistir que se trata de uma construção ideológica, pois os indivíduos que dela participam incorporam seus valores, crenças e ideais. Os técnicos em planejamento participam dessa operação contribuindo com informações, em seu papel de especialistas, e como políticos, em sua condição de cidadãos. A imagem

-objetivo, no sentido de modelo, de desenho do futuro é uma construção coletiva, social. É, vale insistir, o desejo de uma classe, ou fração de classe, que as coisas venham a acontecer dessa maneira, o que não quer dizer que esperam que vá acontecer.

A partir da informação acima, de que a construção da imagem -objetivo é uma tarefa política, emerge a necessidade de se discutir as relações entre planejamento e política. Para fazê-lo vamos imaginar a situação atual (S.A.) e a imagem-objetivo, construída conforme foi acima explicado e que representa a situação desejada (S.D.). Construir a situação desejada (S.D.), futuro desejado ou imagem-objetivo é tarefa política, como já foi dito; escolher as alternativas e as prioridades também o é. Apresentar à eleição política as possíveis maneiras para se alcançar o objetivo (alternativas, opções e estratégias), com suas vantagens e desvantagens, é função do técnico, assim como transformar tais escolhas em atos concretos (tática ou operacionalização). Fica, portanto, claro o que são as dimensões política e técnica do planejamento.

Vencida a etapa acima descrita, ou seja, definida a instância política de tomada de decisão, há que transformar tais decisões em objetivos e metas, bem como consignar recursos (fatores de produção) para as diferentes ações, o que, em linguagem técnica significa estabelecer a programação, de acordo com as opções técnicas e as prioridades. A esta fase costuma-se designar de técnico-administrativa. Cumprida ela, há que operacionalizar, realizar, instrumentar, combinar recursos, ou seja, produzir bens e serviços, o que denominamos fase técnico-operacional.

Convém ter em mente que estamos descrevendo uma sequência hierarquizada de ações, desde as mais gerais as mais específicas, desde as mais políticas às mais técnicas. Todas elas contemplam decisões, conjugações de esforços, organização e diferentes produtos finais e conformam um sistema de decisões (16).

Para a elaboração de planos os órgãos de planejamento, em geral, desenvolvem um conjunto de normas e padrões técnicos de procedimentos, consideradas as diferentes realidades políticas, econômicas e sociais, que conformam modelos normativos de variáveis graus de complexidade. O paradigma dos modelos de planejamento normativo é o chamado método CENDES/OPS, desenvolvido na América Latina no início da década de 60, que é baseado em uma concepção ecológica do fenômeno saúde/doença e que elege como variável estratégica para intervenção na realidade o conjunto de recursos utilizados na área programática, que expressa uma "política de saú

de". Para orientar a ação é preparado um modelo de normas baseado em critérios epidemiológicos e técnicos dirigido as doenças mais frequentes agrupadas e redefinidas como danos e priorizadas em função ou de uma combinação de magnitude e vulnerabilidade ou de custo/benefício, entendido este último como morte evitada (1). Uma crítica mais sistemática à proposição expressa no método CENDES/OPS aponta entre outros aspectos para a ênfase excessiva nos critérios econômicos, para a pouca importância dada aos eventos políticos, para a desconsideração operacional do papel da morbidade e para as dificuldades de normalização (18).

Diga-se que a aparente falta de valorização do processo político e de sua influência na decisão não é recente e nem privilégio do planejamento normativo em saúde. Com efeito, desde a década de 50, nos Estados Unidos da América, alguns autores, entre eles Peter F. Druker, ensaiaram uma crítica ao clássico planejamento de longo prazo, segundo eles de forte inspiração metodológica no modelo socialista, considerando-o insuficiente para dar cabo das cada vez mais frequentes e menos previsíveis variações do ambiente externo às organizações, reflexo do encurtamento dos ciclos econômicos. Como alternativa desenvolveram o conceito de administração por objetivos (APO) que colocava ênfase na fixação de objetivos, no planejamento e na estratégia, tendo como problemas centrais a escolha estratégica e a decisão em situação de incerteza (3).

A imperiosa necessidade da empresa se adaptar internamente para fazer face, com sucesso, às turbulências ambientais, como imperativo mesmo de sobrevivência e, além disso, transformar tais mudanças em objetivos organizacionais relevantes deu ensejo a um outro movimento na área administrativa, conhecido como estratégia empresarial, política empresarial, planejamento empresarial ou planejamento estratégico. Na definição de Kotler o planejamento estratégico é uma metodologia gerencial que permite estabelecer a direção a ser seguida pela organização, visando ao maior grau de interação com o ambiente (20).

Na administração pública, o movimento acima esboçado teve como contrapartida, inicialmente, a proposta de desenvolvimento e mudança organizacional e, mais recentemente, a elaboração e análise de políticas públicas. Na área da saúde o novo paradigma é explicitado no documento "Formulación de Políticas de Salud" (16), em que o planejamento é redefinido como instrumento político de racionalidade na tomada de decisão ou, em outras palavras, elege-se como critério de decisão a racionalidade política. Evolui-se

de uma visão normativa a uma visão estratégica (política) dentro de uma visão estruturalista em que o conflito (entre a população que demanda serviços de saúde e a organização que o oferece) tem a função de gerar proposições políticas. A tomada de decisão ocorre em uma escala hierárquica em cujo topo situa-se o nível político, seguido do técnico-administrativo (ou normativo) e do técnico-operacional que conforma a base. Neste processo, a participação da população como geradora de demandas, potencialmente desestabilizadoras, e de apoios é outro elemento a ser considerado. A prioridade é, em primeiro lugar político-ideológica e, secundariamente, guiada por considerações do tipo eficiência/eficácia econômicas (16).

## II) A epidemiologia e seus aspectos básicos

Todas as definições de epidemiologia destacam pelo menos três áreas, como objetivo de cogitação dessa disciplina do conhecimento: a) descrição da distribuição de eventos relativos à saúde e doença na comunidade, b) suas causas e c) possíveis mecanismos de intervenção na situação.

A epidemiologia, de início, se ocupava apenas com o estudo de doenças infecto-contagiosas. Após cerca de século e meio de evolução ela passou a preocupar-se com os determinantes da dinâmica das doenças de alta prevalência na população, quer sejam elas infecciosas ou não. Mais recentemente, seu objetivo passou a ser redefinido como a investigação de todo e qualquer estudo de problemas de saúde, calcada na observação de grupos populacionais. Podemos dividi-la em duas grandes áreas: a) a epidemiologia descritiva que trata da distribuição das doenças em diferentes populações ou em subgrupos de uma população e b) epidemiologia analítica que estuda os fatores determinantes da ocorrência de doenças em grupos humanos (19).

Na definição de Mac Mahon (13) a epidemiologia é o estudo da distribuição e dos determinantes da prevalência da doença no homem.

Hogarth (9) define a epidemiologia como o estudo da distribuição da doença e incapacidade em populações humanas e dos fatores que influenciam tal distribuição.

Na opinião de Elwood (4), a epidemiologia é o estudo da ocorrência e da história natural da doença humana.

Na expressão de Knox (10) o que lhe dá uma feição peculiar é a sua preocupação com a saúde e a doença em grupos.

Dimensão mais ampla da epidemiologia, no que diz respeito a seu objetivo é dada pela sua definição como a disciplina que estuda todo e qualquer evento que incide sobre populações humanas.

Mais pragmática e operacional é a definição de epidemiologia oferecida por Maureen Henderson (6), como sendo a abordagem científica à solução dos problemas da doença. Na opinião desta autora a evolução da epidemiologia enquanto disciplina científica decorre da própria mudança na concepção da doença e na visão do processo saúde-doença em grupos populacionais. Partindo da busca do agente etiológico, como causa da doença na comunidade, chegou ao ma

croambiente e as comunidades totais. Na medida em que as doenças crônico-degenerativas assumiram importância na nosologia passou a haver preocupação com o diagnóstico precoce, a identificação de fatores de risco e os levantamentos periódicos do nível de saúde. A introdução de técnicas macroanalíticas, permitindo o manuseio em ampla escala de material para exame clínico e o processamento eletrônico e computadorizado dos dados facilitando a análise dos resultados facultou introduzir, para além dos pequenos grupos, o estudo das condições que influem sobre a população. Etapas posteriores foram a participação de epidemiologistas em pesquisa acadêmica, mesmo que numa primeira fase elas se restringissem à questões relacionadas à etiologia das doenças e a participação em problemas clínicos e administrativos, principalmente na área de avaliação dos serviços de saúde. A escalada dos custos da assistência médica, a escassez de recursos e a exposição diferenciada aos fatores de risco levaram os epidemiologistas a se engajarem em nova área, a de avaliação de custos e benefícios das ações de saúde.

Contudo, há que se considerar as limitações da disciplina em estudo, que podem ser reunidas em três grandes grupos. As primeiras ligam-se a sua fundamentação predominantemente biológica, as segundas as insuficiências de suas técnicas básicas - as estatísticas, e as últimas ao fato de que muitos dos seus processos são extra-lógicos (10), o que quer dizer que do ponto de vista matemático conduzem a várias soluções.

Tentativas de superação dos problemas acima enunciados têm sido realizadas, as quais se traduzem pela superação do paradigma biológico como fundamentação da epidemiologia e pela explicitação mais clara das restrições inerentes à disciplina.

~~Considerando-se todas as definições acima, pode-se dizer que a epidemiologia tem aplicação em, praticamente, todas as fases do processo de planejamento.~~

A superação das limitações da abordagem predominantemente biológica dos fenômenos ligados à saúde e doença tem sido tentada pela epidemiologia social que, a partir do final da década de 60, tem, segundo Laurell, procurado responder ao desenvolvimento da medicina e da sociedade à qual está inserida. Três são os temas centrais que tem presidido as discussões. O primeiro é a demonstração cabal de que a doença, efetivamente, tem caráter histórico e social, o que implica em trabalhar duas questões subjacen

tes, uma delas o conceito de saúde que expressa a maneira de se conceituar e definir socialmente determinado fenômeno e a outra que é o próprio significado da palavra "doença", enquanto processo biológico que ocorre na população, independentemente do que se pense dela. Há que comprovar o caráter social de ambas. O segundo tema é o da definição do objeto de estudo, de forma a permitir um aprofundamento na compreensão do processo saúde-doença como processo social, o que só poderá se concretizar por via de uma reflexão sistemática sobre a forma de construir um objeto de estudo possibilitador do avanço do conhecimento. O terceiro é o da questão da determinação dadas as articulações dos fenômenos em discussão com os demais processos sociais (12).

Outra linha de trabalho para superar as limitações metodológicas e conceituais da epidemiologia clássica é o da higiene social que de acordo com Henriques (7), é a disciplina do conhecimento voltada para o estudo das doenças na sociedade. Ela repousa em dois conceitos chaves, o primeiro é o de estado de saúde da população e o outro o de saúde pública socialista.

Estado de saúde da população é a categoria da higiene social marxista que reflete sinteticamente em um momento histórico concreto dado o nível que foi alcançado pela relação do homem com a natureza e entre si, relações objetivas essas que se dão no processo de produção e reprodução da vida humana, com respeito a si mesmo, e nisto está a particularidade do conceito. Ou seja, não o reflete com respeito à natureza, mas reflete essa relação com a natureza e com os demais homens com respeito ao homem mesmo e é uma propriedade do sistema já que integra muitos fatores. É expresso por processos de morbidade, composição e reprodução de população, invalidez bem como crescimento e desenvolvimento físico e funcional das novas gerações e tem no modo de produção dos bens de vida seu fator determinante essencial. Uma parte importante de todo o trabalho da higiene social como ciência é precisar os métodos, procedimentos e formas para medir e conhecer esta dinâmica do estado de saúde da população. Em sua dimensão teórico-abstrata a disciplina que ora discutimos procura descobrir quais são as leis gerais e internas do desenvolvimento do estado de saúde da população, leis essas que fenomenicamente se manifestam como leis estatísticas empíricas.

O conhecimento do estado de saúde da população é a preliminar para a organização científica das medidas que constituem a saúde pública socialista e que são não apenas médico - sanitárias

como também econômico-sociais e que visam a proteção e melhoramento constante desse mesmo estado de saúde. O princípio que fundamenta a interpretação marxista do estado de saúde da população é o da interpretação científica da relação do biológico e do social.

As limitações das técnicas estatísticas podem ser exemplificadas nos problemas de amostragem e de inferência. A inferência é, em última análise, o processo de arguir do particular para o geral. Tal processo não tem regras formais de procedimento e, neste sentido é extra-lógico (10).

Para medir a frequência de doenças, demandas ou necessidades as operações preliminares são o reconhecimento, registro e contagem. Reconhecer significa classificar que, por sua vez, depende de uma série definida de classes, ou seja, de uma taxonomia. As taxonomias mais simples são as binárias ou os esquemas unidimensionais ampliados. Algumas implicam uma ordem, outras baseiam-se em critérios qualitativos ou quantitativos. Há uma considerável margem de erro na construção de taxonomias, dado que não existe uma "taxonomia correta" e que elas têm que ser validadas o que por sua vez suscita problemas expressos "como variação de observador" e "erro de observador".

Entre os processos extra-lógicos incluem-se a construção de taxonomias, a tomada de decisões quanto a prioridades, a formulação de modelos e hipóteses, bem como sua validação, o processo de extrapolar de uma situação à outra ou do passado ao futuro, as interpretações causais de associações e de conjunções tempo-espço, além do processo de sacar conclusões sobre populações à base de achados em amostras (10).

### III) A contribuição da epidemiologia ao planejamento de saúde

Na opinião de Maureen Henderson três são as principais contribuições da epidemiologia para a administração de serviços de saúde. A primeira é a sua abordagem geral que desenvolve e emprega modelos causais de doença, injúria e incapacidade, variando desde os simples aos complexos. Tais modelos fornecem elementos para entender a causação, o desenvolvimento e a distribuição das condições que se afastam da saúde. A segunda são as estratégias metodológicas usadas pelos epidemiologistas para identificar a natureza e distribuição de doenças específicas, traçando sua etiologia e verificando suas consequências e testando a efetividade das intervenções destinadas a interromper ou alterar sua progressão. A terceira é o corpo de conhecimentos que os epidemiologistas adquiriram e a contribuição que eles tem dado a administração e planejamento. (6)

Um exemplo de como a epidemiologia pode auxiliar o planejamento é dado por Knox (10): a base teórica inicial para um programa de vacinação antipertussis é oferecido por estudos sorológicos e estudos controlados de eficácia em contextos com alto risco de exposição. Um período de experimentação em larga escala, em serviço de saúde pode refinar este conhecimento fornecendo estimativas mais precisas de níveis de proteção e de riscos de efeitos colaterais. Durante um período subsequente em que o risco de exposição declina o balanço entre benefício e risco se altera e pode parecer desejável alterar doses, idade de vacinação, a cepa de germe usada para a vacina ou uma combinação de tais variáveis. Ao mesmo tempo, o meio ambiente também se altera, com modificação da idade de exposição, alteração do tamanho da família e, eventualmente, do próprio organismo humano. A menos que o serviço de saúde esteja continuamente monitorizando a situação, pode surgir uma situação em que a preocupação acerca de riscos da vacina pode presionar para interromper os serviços, exigindo decisões que o conhecimento é incapaz de guiar.

Alguns exemplos permitem demonstrar melhor a utilização da epidemiologia no planejamento de saúde e dos serviços de assistência médica.

O uso inteligente, ainda que simples da epidemiologia descritiva e analítica, baseada nos dados de mortalidade e morbidade hospitalar permitiram ao Governo do Canadá, na década de 70, des

crever e interpretar o estado de saúde da população, mostrando os seus condicionantes, além de formular propostas de intervenção. Para melhor explicar os condicionantes da situação de saúde Marc Lalonde (11) utilizou uma construção teórica, o conceito de campo de saúde (health field concept) que é a resultante do complexo interrelacionado de elementos que influem sobre a situação de saúde da população. Tal campo é, em última análise, resultante da confluência de quatro amplas "avenidas" que representam: 1) os serviços de atenção à saúde, 2) o ambiente, 3) a biologia humana e 4) os estilos de vida. Por meio desta abordagem foi possível superar a tradicional visão de saúde, como resultante da mais efetiva, eficiente e eficaz atuação dos serviços de atenção à saúde, emprestando a devida importância aos demais determinantes. Para modificar a situação, baseando-se nos elementos acima, foram propostas ações consubstanciadas em dois amplos objetivos gerais (redução do risco das populações mais expostas e aumento da acessibilidade aos serviços de saúde, cinco estratégias (promoção da saúde, regulamentação sanitária, pesquisa, eficiência dos serviços de saúde e estabelecimento de metas) e cerca de 70 cursos de ação.

O conceito de campo de força foi também utilizado por Henrik Blum (2). De acordo com este autor os fatores tecnológicos ou substantivos envolvidos no estado de saúde são evidenciados por meio de dois paradigmas: o do campo de força e do bem estar.

O campo de força simboliza a visão ecológica e revela que o que afeta a saúde pode ser decomposto em quatro categorias. Em ordem de importância a primeira é o amplo conglomerado de fatores ambientais, vindo a seguir os comportamentos ou estilos de vida que afetam a saúde, aos quais se seguem, em importância, os fatores genéticos e os serviços de assistência médica. Tais elementos podem ser mensuráveis e se interrelacionam por meio da população, sistemas culturais, satisfações humanas, balanço ecológico e recursos naturais.

O paradigma do bem estar expressa que há uma maneira globalizante ou abrangente de se ver o bem-estar ou, mais especificamente, uma de suas expressões - o estado de saúde, a qual evidencia haver uma inseparabilidade e transmutabilidade dos aspectos da saúde que durante muito tempo foram consideradas separadamente na cultura ocidental: o somático, o mental e o social.

Os fatores substantivos tem ramificações políticas que precisam ser identificadas e acionadas se quisermos interferir na si

tuação de saúde. Todavia, nas sociedades pluralistas as soluções esbarram em algumas dificuldades que são consubstanciadas em dois paradoxos. O primeiro é que o planejamento é modelado pelas mesmas forças que criaram os problemas que ele, supostamente, deve resolver. O segundo pode ser expresso como "o que é mau é bom". Ou seja, as condições que geram recursos para os setores sociais são aquelas que influem negativamente sobre a saúde. O que, evidentemente, não significa que sua ação nefasta não possa ser minimizada, ou mesmo neutralizada.

Os paradigmas do campo de força e do bem-estar, acima expostos, fornecem as pautas pelas quais se pode avaliar os desvios da situação de saúde, suas causas e as possibilidades de intervenção. A virtude particular da visão acima descrita é seu foco sobre as forças subjacentes que afetam a saúde, mais que sobre a natureza das alterações desse estado.

Thomas Mc Keown (14) combinou o método histórico ao epidemiológico para estudar o estado de saúde, os serviços de saúde e a medicina na Inglaterra nos três últimos séculos, especialmente no período 1848/54 a 1971, período em que as informações de mortalidade estavam disponíveis.

Utilizando a epidemiologia descritiva e a analítica descreveu o Autor a evolução das doenças, identificou e explicou suas causas, as classificou e procurou declinar novas estratégias de intervenção para a medicina do futuro.

Atribuiu a melhoria das condições de saúde muito mais ao aumento da oferta de alimentos, aos progressos da higiene ambiental, a redução da velocidade de crescimento populacional e as mudanças de comportamento que à revolução industrial e à constituição da medicina científica.

Procurando especular sobre a saúde no futuro propõe Mc Keown classificar as doenças em quatro grupos: a) relativamente intratáveis, b) preveníveis associadas à pobreza, c) preveníveis associadas à riqueza, e d) potencialmente preveníveis cuja relação com a pobreza ou a riqueza é desconhecida. Analisando a contribuição da medicina para a redução de tais doenças e para o aumento da expectativa de vida, conclui pelo seu papel extremamente secundário, face a dominância dos fatores ambientais, principalmente fome, falta de higiene e tamanho da população.

Recomenda-se aos médicos preocuparem-se muito mais com os fatores determinantes da doença, acima descritos que com seus meca-

nismos íntimos como é feito pela atual medicina científica, cartesiana e mecanista que concebe o homem como uma máquina cujas peças desgastadas devem ser repostas e cujas funções alteradas devem ser corrigidas.

Examina, ainda, criticamente, a tendência do médico de ocupar-se preferentemente dos casos agudos, passíveis de uma intervenção com resultados positivos e que demandam curto período de internação, abandonando os casos crônicos, asilados ou confinados ao domicílio, bem como os casos terminais, sem uma assistência, ainda que do tipo puramente sacerdotal e paliativo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ahumada, J. et alii. Problemas conceptuales y metodologicos de la programación de la salud. Organización Panamericana de la Salud , 1965. Washington (Publicaciones Científicas nº 111).
2. Blum, H.E. Planning for Health. Human Sciences Press, New York/ London. 2<sup>nd</sup> ed. 1981.
3. Chiavenato, I. Teoria geral da administração. McGrall-Hill, São Paulo, 1979, 2 v.
4. Elwood, J.M. in "Crichton, A & Nenhanser, D. The new epidemiology - A challenge to health administration. AUPHA. Virginia 1982.
5. Filerman, G.L. in "Crichton, A.S. Nenhanser, D. (ed.) The new epidemiology. A challenge to health administration. Association of University Programs in Health Administration. AUPHA. Virginia - USA, 1982.
6. Henderson, Maureen, M. & Mac Stravic, R.E.S. in "Crichton, A. & Nenhanser, D. op. cit.
7. Henriques, J.A. Temas de higiene social. Ministerio de Salud Pública. La Habana, 1983.
8. Hillehoe, H.E., Barkhums, A & Thomas (Jr) W.C. Metodos de planificación sanitaria nacional. Organização Mundial da Saúde. Genebra 1973 (Cuadernos de Salud Publica nº 46).
9. Hogarth, J. (1975) cit. por Knox, E.G. (ed.) Epidemiology in health care planning. Oxford University Press. Oxford 1979.
10. Knox, E.G. Epidemiology in health care planning. Oxford University Press. Oxford, 1979.
11. Lalonde, M. A new perspective on the health of Canadians. Information Canada. Ottawa 1975.
12. Laurell, Asa C. in " Nunes, E.D. (org.). Medicina social. Aspectos históricos e teóricos. Ed. Global. São Paulo. 1983.

13. MacMahon, B.; Righ, T.F. & Ipsen, J. Epidemiologic Methods. Little, Brown & Co. Boston, 1960.
14. McKeown, T. The role of medicine. Basil Blackwell Publishers. Oxford, 1979.
15. Organizacion Panamericana de la Salud. Informe Dawson sobre el futuro de los servicios medicos y afines, 1920. Washington, 1964 (Publicación Científica nº 93).
16. Organizacion Panamericana de la Salud / Centro Panamericano de Planificacion de la Salud. Formulaci3n de pol3ticas de salud. Santiago, Chile, Julio 1975.
17. Pereira, L. Ensaio de sociologia do desenvolvimento. Pioneira, S3o Paulo, 1970.
18. Rivera, F.J.U. Determinantes hist3ricos do planejamento de sa3de na America Latina. Rio de Janeiro, 1982 (Disserta3o de Mestrado).
19. Silva, G.R. & Castilho, E.A. M3todos em Medicina preventiva. M3todo Epidemiol3gico. Faculdade de Medicina da Universidade de S3o Paulo. S3o Paulo, 1969 (mimeo).
20. Vasconcellos (Filho), P. & Machado, A.M.V. Planejamento estrat3gico. Livros T3cnicos e Cient3ficos, Rio de Janeiro / S3o Paulo, 1979.

Instituto de Salud Colectiva  
Universidad Nacional de Lanús