

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS**

**FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL**

Este exemplar corresponde à versão final da dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, pela médica Maria Alice Amorim Garcia.

Campinas, 11 de novembro, 1991

  
Prof. Dra. Marelisa B. A. Barros  
- orientador -

**A ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE - DISCUSSÃO DAS  
ESPECIFICIDADES DE SUAS PRÁTICAS E SABERES**

**VOL. 1**

Maria Alice Amorim Garcia

1991

G165a  
v.1  
15271/BC

UNICAMP  
BIBLIOTECA CENTRAL

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL

A Atenção Primária a Saúde: - discussão das  
especificidades de suas práticas e saberes.

Dissertação de mestrado apresentada ao  
Curso de Pós Graduação da Faculdade de  
Ciências Médicas da Universidade Estadual  
de Campinas, na área de concentração de  
Saúde Coletiva

Maria Alice Amorim, Garcia <sup>n 165</sup>

Orientação: Prof. Marilisa Berti de Azevedo Barros <sup>n/00000</sup>

Coorientação: Prof. Elizabeth de Leone Monteiro Smeke <sup>n/00000</sup>

Campinas, novembro de 1991.

## APRESENTAÇÃO

Este estudo procura compreender o processo histórico de formulação das políticas de saúde e da configuração de determinados padrões de organização dos serviços, especialmente o da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil.

O eixo principal desta análise consiste no exame das articulações das ações individuais e coletivas ocorridas com a APS, que ao operar uma certa reordenação de práticas e saberes redefiniria o papel político-ideológico da medicina.

Partiu-se da construção de um referencial para a compreensão das políticas sociais através das teorias de Estado orientadas no sentido da ênfase às estruturas político-ideológicas e, através deste referencial, buscou-se compreender as especificidades das políticas de saúde.

Pretende ser esta uma contribuição para o repensar da Saúde Coletiva (uma forma de olhar), no sentido da ampliação das possibilidades de compreensão de seus limites e espaços, na reordenação das práticas e na aproximação das necessidades sociais (individuais e coletivas).

O capítulo inicial cuida do processo de construção do objeto de estudo e dos princípios da metodologia empregada.

No capítulo II consta o referencial teórico embasado em algumas concepções das teorias de Estado e de suas intervenções através das políticas sociais. Procurou-se conceituar as principais idéias, noções e categorias identificadas no decorrer deste estudo que contribuíram para a melhor delimitação do objeto.

O capítulo III destina-se mais especificamente ao estudo do processo histórico de formulação das políticas de saúde, enfatizando-se as disciplinas que sustentam as práticas realizadas nas estruturas de prestação de serviços, a Clínica e a Epidemiologia, enfocadas em suas relações sociais e político-ideológicas.

Finalmente, o capítulo IV refere-se a reconstituição histórica da APS em sua emergência e institucionalização no Brasil, buscando-se o sentido dado a estas formulações.

## AGRADECIMENTOS

As contribuições para a realização deste trabalho foram inúmeras o que acarretaria com certeza em esquecimentos de minha parte em apontá-las. Farei assim uma referência em termos gerais, agradecendo a todos que direta ou indiretamente apoiaram, incentivaram e constituíram comigo tal experiência. Assim me refiro, pois não se trata de um trabalho científico isolado (como não o é toda a produção de saber) ou um processo de capacitação separado da atividade de docência ou de assistência, mas um estudo que foi sendo construído a partir das observações, das críticas e elaborações realizadas coletivamente no dia a dia.

Buscando fugir do formalismo, que a meu ver não cabe, por tratar-se de algo realmente importante para mim, agradeço a todos que comigo compartilharam os momentos de dúvidas, insegurança e de angústia, mas também de satisfação e esperança. Neste sentido agradeço especialmente a compreensão das minhas filhas, Ana Luiza, Cristina e Claudia; do Eduardo e dos meus pais Wanda e José.

Em especial agradeço a todos os meus colegas de trabalho destes quase quinze anos que construíram este estudo comigo. Agradeço ao Benício, a Laura, ao Aristeu, a Madalena,

a Izete, a Terezinha; a Carmem, a Cristina, ao Percy, ao Dom, ao Angelo, a Beth, ao Hindemburgo, ao Sebastião Moraes e outros com os quais iniciei este trabalho. Agradeço ao Maurício, ao Emerson, ao Adilson, a Anna, ao Everton, a Eliana, a Maria, a Sueli, a Cida e a Alaide, que passaram a ser os meus companheiros de PUCC. Mas agradeço especialmente aos JOÃOS, as MARIAS, aos ANTONIOS, aos JOSÉS, as SEBASTIANAS, principais autores deste trabalho, realizado no atendimento, na supervisão, nas reuniões, nas assembléias, nas lutas, nas leituras e nas reflexões.

Especificamente em relação a elaboração desta dissertação, agradeço a orientação inicial e aos incentivos do professor Luis Jacintho e a orientação, dedicação e estímulo por parte da Prof. Marilisa e da Prof. Beth.

## ÍNDICE

### CAPÍTULO I - CONSTRUINDO O OBJETO

O objeto.....	1
O percurso - alguns princípios metodológicos.	18

### CAPÍTULO II - AS POLÍTICAS SOCIAIS E O ESTADO

#### CAPITALISTA MODERNO: UM REFERENCIAL TEÓRICO

A emergência das políticas sociais.....	25
As diversas correntes de análise do Estado e das políticas sociais. ....	30
Alguns apontamentos sobre as concepções pré-marxistas de Estado. A noção de interesses. ....	42
Os fundamentos da concepção marxista de Estado. A noção de interesses de classe.	47
A concepção gramsciana de Estado. O sujeito histórico.....	54
A concepção estrutural de Estado e a análise de Poulantzas. ....	64
As teorias derivacionistas.....	82
A análise das políticas sociais realizada por OFFE.....	87
A análise do Estado nos países dependentes ou periféricos. Do referencial economicista à ênfase aos movimentos sociais(M.S.) ....	102

Algumas notas de referência teórica.....133

CAPÍTULO III - AS ESPECIFICIDADES DA MEDICINA ENQUANTO  
PRÁTICA SOCIAL

Algumas relações entre os determinantes estruturais e intrínsecos das políticas de saúde .....	139
As disciplinas que sustentam as práticas de saúde.....	150
A constituição hegemônica da clínica: a configuração do corpo morto. ....	155
As origens da epidemiologia e a determinação social do processo saúde-doença. ....	171
A rearticulação da clínica e da epidemiologia através através da História Natural das Doenças (HND). ....	192
A crítica ao referencial positivista e a busca da aproximação ao objeto real. ....	205
A HND aplicada aos serviços através das ações programáticas.....	222

CAPÍTULO IV - A ATENÇÃO PRIMARIA A SAUDE (APS)

Uma tentativa de conceituação.....	228
As formulações originárias da APS.....	234
Breve histórico das políticas de saúde no Brasil. A emergência da APS.....	252
O período agroexportador da Velha República. A institucionalização dos	

serviços de Saúde Pública. .....	253
O desenvolvimento industrial. A Previdência e o modelo médico-sanitário de Saúde Pública.....	256
A inscrição do país no capitalismo monopolista. O modelo assistencial- privatista.....	263
O período pós-64 do regime burocrático- autoritário. O auge do modelo individual privatista.....	271
A crise do regime burocrático-autoritário. A efetivação dos modelos racionalizadores.....	276
A APS e o Movimento Sanitário. As possibilida- des de construção da consciência sanitária.....	298

## CAPÍTULO I - CONSTRUINDO O OBJETO

### *O objeto*

Enfrentei inúmeros problemas no decorrer da elaboração deste trabalho e certamente o maior deles residiu nas dificuldades referentes à formulação do objeto. Consequentemente não tinha claras também as hipóteses e a metodologia.

Estas dificuldades decorreram talvez de minha inserção profissional desde o início em atividades consideradas práticas: de atendimento clínico, de administração, de docência, de organização política, e outras atividades voltadas no sentido da busca de uma reordenação do sistema de saúde para a aproximação às necessidades da população. Outra especificidade desta experiência deve-se também a minha inserção quase que exclusiva no nível primário de atendimento à saúde.

Esta opção foi feita já no interior do curso de medicina, no momento em que surgiram em Campinas algumas

experiências de Medicina Comunitária, institucionalizadas em 1977 pela Secretaria de Saúde do município.

Participei destas experiências quase desde o seu início onde se inscrevia um projeto de extensão de cobertura de atendimento à saúde para populações carentes. Neste projeto a participação comunitária era colocada, enquanto princípio norteador de um processo de conscientização, de emancipação e, de forma mais ampla, de redemocratização da sociedade.

Outro postulado presente desde o início, negava a simplificação técnica e seu barateamento e buscava uma assistência alternativa de qualidade. Através destes princípios, registra-se a preocupação com o processo pedagógico nas relações entre profissionais e usuários e a busca da aproximação às determinações das doenças e não a simples remediação de seus efeitos.

Junto a uma equipe de médicos recém-formados, alguns dos quais haviam participado da experiência do LEMC (Laboratório de Educação Médica para a Comunidade), órgão do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, contribuí na implantação da rede de serviços de saúde do município, através: da elaboração de programas e normatizações administrativas; do recrutamento, seleção e treinamento dos profissionais contratados; da administração dos serviços; atividades estas sempre

realizadas concomitantemente ao trabalho assistencial enquanto generalista. Além destas atividades realizávamos frequentemente reflexões teóricas, aprofundamentos através de leituras, cursos, estágios e discussões em grupo, dos temas do social e da clínica.

No entanto, a experiência que considero mais importante e marcante para mim, naquele período, foi a minha participação e a deste grupo junto aos movimentos sociais emergentes no município. Tratavam-se inicialmente de inúmeras micro-organizações: Comissões de Saúde, Associações de Moradores, Grupos de Mulheres, que aglutinaram-se posteriormente na chamada Assembléia do Povo. Enquanto aglutinadores e aceleradores destas organizações foram essenciais as Comunidades Eclesiais de Base e o trabalho dos técnicos, dentre eles os da saúde, como discutem vários autores.<sup>1</sup>

As questões de saúde eram registradas entre as primeiras nas pautas de reivindicações dos movimentos, e frequentemente, a problemática do setor local e mais especificamente da Secretaria Municipal de Saúde, constavam das manchetes dos jornais. Pela falta de outros espaços, os centros de saúde serviam de local para reuniões. Participávamos destas e outras reuniões, das assembleias, dos

---

1. Ver bibliografia relacionada por SMEKE (1989) que trata especificamente deste tema.

atos públicos, dos cursos ministrados à população; da feitura de comunicados, panfletos, jornais, apostilas e orientações; enfim, pode-se considerar que fizemos uma verdadeira **pós-graduação** em participação comunitária, ou melhor, no que se poderia chamar de ação coletiva.

Após 1981, através de convite realizado pelo Prof. Miguel Tobar Acosta (coordenador do Departamento de Medicina Social e Preventiva da PUCAMP naquele momento) e do Prof. José Carlos Ramos (então diretor da Faculdade de Ciências Médicas da PUCAMP), parte do grupo da Secretaria Municipal de Saúde, no qual eu me incluía, passou a trabalhar também na implantação e execução de um projeto docente-assistencial junto ao Departamento de Medicina Social da PUCAMP, através de Centros de Saúde da própria universidade.

Surgiram outras pessoas, novas relações, uma nova problemática, mas mantiveram-se os princípios norteadores iniciais de um projeto de reordenação das práticas na busca da aproximação às necessidades da população, além de minha inclusão no nível primário de atenção.

Acrescentaram-se a partir de então, as questões referentes ao ensino e principalmente a preocupação com a formação de profissionais que respondessem aos princípios anteriormente apontados.

Ampliou-se a vivência com o trabalho junto a uma equipe multiprofissional constituída por fisioterapeutas,

terapeutas ocupacionais, nutricionistas, farmacêuticos, assistentes sociais, enfermeiros, psicólogos e outros.

Não se trata de rever uma história — outros autores o fizeram — mas de apontar algumas características pessoais que marcaram de forma específica este processo de capacitação e a metodologia de construção do objeto. Embora distante de algumas atividades, não cheguei a desligar-me da prática. Tanto na leituras e reflexões que o grupo então realizava, quanto no meu aprofundamento, busquei respostas às questões do dia-a-dia.

Procurei compreender as limitações impostas a organização das práticas de saúde em seu contexto peculiar.

Em consequência disto considero este um estudo que vem sendo realizado quase que exclusivamente em grupo e, assim, muitas das idéias aqui expostas são nossas, o que concorreu para a dificuldade em expressar o *eu*, exigido no exercício do processo formal de capacitação, ao invés do *nós*, em que todo o trabalho científico é realizado.

Por isso a preocupação constante com a aplicabilidade e o retorno para o grupo e para a saúde (como Movimento Sanitário) do que estava sendo pensado e produzido, procurando, no entanto, a clareza dos limites desta experiência.

Como um trabalho teórico poderia contribuir para o prática, para o grupo? Qual a influência desta práxis, realizada no dia a dia, em relação ao trabalho teórico?

São questões postas cujas respostas não são imediatas e talvez sejam de difícil explicitação.

Fui, desta forma, contruindo o objeto desta dissertação através de questionamentos sucessivos que emergiam de minha experiência no trabalho docente-assistencial e das reflexões dadas no processo de capacitação. Isto exigiu-me um longo caminho intelectual, percorrido no início, sem saber exatamente do que se tratava. Fui sendo levada por minhas interrogações e pelos questionamentos e interpretações produzidos na área. Daí o caráter de revisão deste estudo, destas interpretações na busca da construção de conceitos que procurei relacionar e integrar.

Algumas dificuldades decorreram também da inserção desta análise no campo da Saúde Coletiva que, por tratar-se de uma área referida ao social, encontra-se em constante reformulação teórica. Inúmeros autores tem apontado os limites do referencial positivista e estruturalista para a análise das práticas e saberes relativos à saúde, referindo-se críticas especialmente ao paradigma positivista do processo saúde-doença em sua perspectiva causal.

Ampliaram-se, assim, as dificuldades pela amplitude das relações propostas neste trabalho pois a *sede de saber* e a indefinição apontada fizeram-me realizar muitas leituras e digressões, que implicaram num constante movimento de redefinição do objeto.

Neste sentido, propus-me a apontar as relações levantadas durante o processo, discutindo-as na medida do possível mas deixando em aberto muitas interrogações para futuros trabalhos.

Apresentarei a seguir alguns passos percorridos na construção do objeto que constituíram parte dos questionamentos que definiram este estudo.

A preocupação inicial residia em avaliar a qualidade da assistência à saúde na Atenção Primária em sua efetividade e resolutividade.

Estas análises, em geral de caráter descritivo utilizam indicadores que buscam avaliar comparativamente os serviços. No entanto, ao iniciar o trabalho considerei tais modelos insuficientes para responder as questões que me angustiavam.

Preocupava-me compreender se os serviços correspondiam realmente às necessidades da população. Tratavam-se de questões relativas à finalidade da medicina,

enquanto *arte de curar* que tinha a saúde por referência ideal.<sup>2</sup>

Sabendo-se que esta função foi *esquecida* historicamente, questionava o processo de definição das necessidades; como o objeto da medicina, o processo saúde-doença individual e coletivo, foi se constituindo historicamente.

Como são definidas as necessidades nos serviços de saúde? Qual o significado destas necessidades e o que representam para os indivíduos e os grupos sociais? Qual o papel dos serviços e das políticas de saúde em geral na sua formulação e na tradução destas necessidades?

Para responder estas questões propus avaliar as necessidades de saúde a partir da população através de inquéritos que captassem as representações dadas ao processo saúde-doença, as necessidades referidas e as críticas aos serviços. No entanto, surgiram outras questões:

Como caracterizar essas necessidades como verdadeiras ou reais? Como as necessidades individuais tornam-se sociais? Como são criadas as necessidades individuais? Qual o processo de interferência das políticas de saúde?

---

2. Entre outras obras, referem-se ao tema os trabalhos de: LUZ (1988), FOUCAULT (1980) e CANGUILHEIN (1978).

Posta a problemática, concluí que deveria partir da compreensão do caráter eminentemente social das práticas de saúde, considerando as necessidades da população, em sua formulação, seus significados e representações.

Como discutido por vários autores do setor, o caráter social da medicina decorre de seu fundamento enquanto processo de trabalho que responde, juntamente com outras formas de trabalho, a necessidades humanas, o que lhe atribui um valor social e histórico (AROUCA, 1975; DONNANGELLO e PEREIRA, 1979; FOUCAULT, 1980; GONÇALVES, 1979; LUZ, 1979; NAVARRO, 1986).

É em consequência deste fundamento, como refere DONNANGELO (1979), que suas práticas e saberes são definidos à margem da própria técnica, no todo organizado das políticas sociais.

Por outro lado, as políticas de saúde respondem a funções intrínsecas, em decorrência das características históricas e sociais de seu objeto, o que imprime a estas políticas um importante papel político-ideológico nas relações entre o Estado e a sociedade.

Fui aos poucos dando-me conta da insuficiência de determinados modelos explicativos, sem negar a relevância das análises realizadas sob estes referenciais, mas considerando-os insatisfatórios para responder tais formulações.

Influiu nesta insatisfação minha ansiedade em buscar compreender inúmeros questionamentos apresentados intuitivamente e que no processo de capacitação encontrei nos estudiosos do assunto, como relações entre a prática e a teoria. Tratavam-se, às vezes, das mesmas questões interpretadas sob outros pontos de vista, o que despertou o interesse em entendê-las.

Resolvi então construir um referencial para pensar as políticas sociais, através de algumas concepções das teorias de Estado que enfatizassem as estruturas político-ideológicas buscando interpretar as especificidades históricas da medicina e priorizando as interpretações referentes ao caráter social da produção de saberes relativos às explicações do processo saúde-doença e suas formas de intervenção, genericamente referidos à Clínica e à Epidemiologia.

Como historicamente este conhecimento, que sustenta as práticas de saúde, vem sendo produzido e estruturado? Quais as relações entre estas disciplinas e as necessidades da população (as condições de saúde)?

Deparei-me, assim, com o referencial trabalhado por Ricardo Bruno GONÇALVES (1986, p.32) de **modelos tecnológicos de saúde:**

"(...) o conjunto de saberes e instrumentos que expressa, nos processos de produção dos serviços,

a rede de relações sociais em que seus agentes articulam sua prática em uma totalidade social".

Ou, como definido em outro trabalho:

"(...) o estudo das práticas de saúde (através) de uma teoria na qual saberes científicos presentes nessas práticas de formas menos ou mais sistematizadas são tomados não como variáveis independentes, mas como variáveis estruturais, em sua forma tecnológica" (GONÇALVES, 1990, p.3-4)

Este modelo possibilita incorporar desde a dimensão abstrata da tecnologia no trabalho como técnica em geral que pensa nos processos e nos instrumentos materiais até as determinações referentes aos níveis concretos onde se articulam objetos, instrumentos e atividades às finalidades e às necessidades deste trabalho. Trata-se de considerar a tecnologia **"dos"** processos de trabalho e não **"nos"** processos de trabalho, pois ela está relacionada à arquitetura técnica destes processos, **"às conexões socialmente determinadas que ligam seus agentes à dinâmica da reprodução social (...)"** (GONÇALVES, 1990, p.6 e 168)

Desta forma, o termo tecnologia perderia sua conotação restrita enquanto técnica ou instrumento material, ou ainda, enquanto parte de uma teoria geral abstrata do processo de trabalho. No dizer de GONÇALVES, há uma ideologização da tecnologia em torno do **novo**, relacionada às

idéias de automação, de desenvolvimento, de progresso, que tem por função a

"(...) omissão do aspecto essencial desses instrumentos, agora ditos tecnológicos, de só virem a ganhar existência concreta no trabalho, enquanto expressam relações provisoriamente adequadas, entre os homens e os objetos sobre os quais trabalham; relações cuja adequação não se estabelece por referência à capacidade produtiva ou à eficácia útil dos instrumentos, mas com respeito às relações sociais de produção, organizadas conforme as formas pelas quais os homens modificam a natureza e a história". (GONÇALVES 1990, p.2)

No caso do modelo proposto pelo autor, portanto, ter-se-ia a possibilidade de análise das especificidades históricas de uma política de saúde, tomando os conflitos entre as diferentes forças sociais determinantes da forma e do conteúdo dos padrões organizacionais emergentes, como também as relações entre as práticas e saberes que constituem esta política em suas articulações sociais concretas.

Esta concepção reforçou minha escolha pela Atenção Primária como objeto de estudo, como parte da política de saúde, referida assim, ao social e ao político, determinantes de uma rearticulação de saberes e práticas, que operaria uma certa reordenação destas ações com seus objetos de

intervenção, para possibilitar uma **nova** disposição destas articulações. A APS parecia recriar o papel político-ideológico da medicina, eixo principal dos questionamentos aqui levantados.

A articulação da APS com os Movimentos Sociais das décadas de 70/80 chamava-me a atenção por sua contribuição na formulação da Reforma Sanitária brasileira, o que reforçava o seu caráter político-ideológico.

Para a formulação desta problemática foi importante a contribuição feita por Elizabeth SMEKE (1989) através de sua tese sobre as relações entre a saúde e os Movimentos Sociais.

Como analisa a autora:

"(...) a despeito da carga de funcionalidade na lógica de um sistema social reprodutor da sociedade fundada na dominação de classe, a concepção da saúde enquanto prática social abre-se à importância, à permeabilidade e à determinação das formas assumidas pela organização da sociedade em constante trabalho de reinstituição".(SMEKE, 1989, p.35)

Este caráter social da saúde, como refere SMEKE, inscreve como espaço de possibilidades e em especial no caso em estudo,

"(...) na medida em que os setores populares passam a reivindicar seu direito à saúde, também através de serviços, embora seja um movimento que traz a presença de toda a força da carga reacionária, que caracteriza o fundamento técnico/científico e organizacional das unidades de prestação de serviços de saúde, o processo abre inevitavelmente, nesse raciocínio, novas possibilidades". (SMEKE, 1989, p.35)

Em consequência destes fatos e reflexões, surgiram outras questões:

Como emergiu a APS? Considerando-a parte da política social, a que interesses ela responde? Como estes interesses são formulados e constituídos?

Estas questões evidenciam a luta dos segmentos sociais em tornar efetivamente solucionadas suas necessidades e exigências e verem atendidos seus interesses através das políticas formuladas pelo Estado.

Tratam-se de questões relativas à problemática da formulação de políticas e representação de interesses pelo Estado que, por sua vez, imprimem determinadas características às relações entre a produção de saberes, as práticas e o social.

No caso da APS, suas articulações sociais e históricas foram determinantes de **novas** relações suscitando outros questionamentos:

Suas práticas aproximam-se das necessidades concretas da população ou representam **novos** processos de mascaramento e tradução das necessidades?

Alguns autores da Saúde Coletiva levantam uma série de limitações dadas aos saberes ainda predominantemente positivistas, em se aproximar das necessidades **verdadeiras ou reais**. Critica-se a fragmentação e biologização do objeto da Clínica, à qual a Epidemiologia estaria submetida e aponta-se os limites do referencial estrutural em seu caráter totalizador que anularia relações singulares e individuais. Sugere-se o repensar do objeto da Epidemiologia, o processo saúde-doença nas populações, e também, suas relações com a Clínica.

Em relação a estas questões, além do trabalho de SMEKE anteriormente citado, obtive subsídios importantes através do livro de Madel LUZ, **Natural, racional e social** (1988) e o texto de Dina e Nilson COSTA, **Teoria de conhecimento e epidemiologia: um convite à leitura de John Snow** (1990). Em poucas palavras (não o suficiente pela complexidade destas análises) estas obras fizeram-me repensar as relações históricas entre os conhecimentos produzidos na saúde e seus objetos, as relações entre o social e o bioló-

gico, entre o individual e o coletivo e entre o sujeito e o objeto.

Contraditoriamente, coloca-se **lado a lado** na APS a possibilidade de um discurso normalizador e alienante e de um discurso referido a constituição de sujeitos e de autonomia.

Em sua emergência inscreveram-se variantes diversas destes discursos, desde o discurso medicalizante da extensão de cobertura de serviços de baixo custo, ao de resposta a reivindicações advindas de setores excluídos, colocando-se como espaço de participação num sentido transformador da sociedade.

Já, em sua efetivação e institucionalização constata-se a predominância do discurso racionalizador (o SUDS, as AIS, a municipalização) em resposta à **crise** manifesta no setor. Trata-se de um outro momento para os movimentos sociais que perdem a visibilidade anterior, surgindo outras formas de representação dos interesses populares como, no caso da saúde, a possibilidade da gestão dos serviços através das organizações locais da população.

Retoma-se novamente as questões referentes ao poder e a política, as relações entre a sociedade, o Estado e a saúde e a possibilidade (ou não) de **criação de sujeitos, donos** de seu corpo e sua mente e, assim, de sua vida e saúde.

Fica também a questão que permeou todo o processo de elaboração desta dissertação:

A APS se consubstanciaria em um espaço de construção de um **novo** objeto para a saúde ao possibilitar trabalhar e repensar as relações entre os usuários e os serviços, a **criação de sujeitos** e o repensar as necessidades de saúde através destes sujeitos?

*O percurso - alguns princípios metodológicos*

A reflexão metodológica foi decisiva no caminhar desta pesquisa, pois me fez retomar a consciência de meus limites e possibilidades, como também, compreender os limites da própria ciência.

As principais características da metodologia empregada no trabalho foram apontadas ao discutir a construção do objeto. Como descrevi, ele foi sendo construído com dificuldades, a partir de questionamentos consecutivos referidos à minha prática profissional e de vida, através dos quais fui refazendo o referencial e levantando as principais categorias e noções empregadas.

Utilizei-me, assim, de uma metodologia processual que, como o objeto, não se encontrava dada *a priori*, mas percorreu o mesmo processo de construção.

Em consequência dos princípios assinalados, importa apontar que não pretendi abarcar todos os aspectos do objeto, mas apenas apontar algumas questões e relações que foram se apresentando no decorrer de meu trabalho assistencial, docente, de pesquisa e de capacitação. Através dos momentos de reflexão pude recompor algumas das relações colocadas na prática do dia-a-dia.

Trata-se logicamente de **um olhar** da realidade que apesar da busca incessante de objetivação fica impregnado das características do sujeito e suas marcas naquilo que se busca apontar. Foram as marcas impressas de subjetividade e personalidade deste percurso que sugeriram a busca da melhor compreensão da realidade.

Em consequência destas características preocupava-me a exigência do **novo**, do inédito, dada à produção científica. As novidades colocadas neste sentido, aqui não são encontradas pois baseei-me, principalmente, em revisões na tentativa de relacionar, articular e integrar alguns questionamentos levantados na área. Ao procurar respostas à problemas expressos no cotidiano, pude retomá-los através de determinados conteúdos explicativos, que poderiam responder estas e outras questões. Assim, esta dúvida relativa ao inédito foi sendo repensada ao entender o objeto como construído dialeticamente na relação entre práticas e teorias, que representa a possibilidade de obtenção de uma **nova** contribuição.

Estas formulações referem-se ao próprio entendimento do que seja ciência, seus limites e relações com o senso comum e com a prática.

Como refere GONÇALVES:

**"A teorização que resulta nas ciências e na filosofia produz conhecimentos válidos porque**

busca e se aproxima do máximo de adequação do pensamento à realidade; a absorção dessa teorização na vida quotidiana, em suas formas tecnológicas e ideativas, produz também conhecimentos válidos, mas porque busca e se aproxima do máximo de adequação do pensamento à prática (ação)".(GONÇALVES, 1990, p.5)

De acordo com a consideração feita por GONÇALVES, tanto a ciência como o senso comum, mediadamente práxis, divergem pela natureza dessas mediações, pois as ciências se conectam com os interesses sociais históricos por via de sua possibilidade de *exploração técnica* e, no caso das teorias imediatizadas na quotidianidade<sup>3</sup>, esta conexão com os interesses se dá através das possibilidades de *aplicação eficaz*.

"Nessa diferença, que não é pequena, reside a relativa autonomia das ciências por referência à imediatez das necessidades e interesses postos histórica e socialmente, mas o fundamento comum revela-se, por outro lado, quando incorporadas à prática pelos resultados de sua exploração técnica, também as ciências acabam recaindo na quotidianidade (...)"(GONÇALVES, 1990, p.6)

---

3.Ricardo Bruno GONÇALVES (1990, p.6) refere-se à HABERMAS que considera tanto a ciência como o senso comum teorias.

Resulta desta reflexão que a ciência, no cumprimento de seu papel de objetivação da realidade, deva buscar a máxima adequação entre o pensamento e a ação, através da incorporação progressiva de seus resultados à prática quotidiana, permitindo que esta prática torne-se **"menos dependente de uma eficácia pragmática imediata e mais dependente de uma efetiva adequação à natureza mesma do real"**. (GONÇALVES, 1990, p.6)

Através deste entendimento, partiu-se da concepção de que a formação do pesquisador processa-se no pesquisar, onde influem sua formação, seu trabalho, como também, e principalmente, sua inserção social e político-ideológica, pensada aqui enquanto vivência social, relação dialética entre práxis e teoria.

Esta concepção entende a ciência como fenômeno processual, enquanto parte de uma realidade com características históricas, o que a torna inacabada, fragmentada e incompleta. Como refere Pedro DEMO (1981, p.25):

**" (...) um cientista não faz a ciência, mas oferece um enfoque, um ponto de vista, uma interpretação. (...) Nada é mais prejudicial ao processo científico que o apego à enunciados evidentes, não discutíveis. (...) na prática,**

toda a interpretação realiza apenas uma versão historicamente possível."

Enquanto abordagem de uma problemática imposta por enfoques da realidade impõem-se incessantemente os limites, por um lado, dados à simplificação e artificialização do objeto, por sua sistematização e objetivação e, por outro lado, a sua não compreensão devida à complexidade e amplitude do real.

Como refere DEMO (1981, p.135), a ordem e a sistematização, buscando a abolição total do erro, limitam o poder explicativo das ciências.

No sentido do problema referente às relações entre a teoria e a prática, o autor considera:

"Existe uma tensão dialética entre a teoria e a prática, (...). A prática pode ser parcial, porque está historicamente determinada. A teoria pode ser absolutizante, porque não tem compromisso histórico. (...) Teoricamente podemos definir a ciência como a busca da verdade; praticamente cada teoria realiza apenas verdades parciais. O critério da verdade será simplesmente a adequação relativa a uma demarcação científica histórica. Equivale a dizer que o critério de validação científica é a crítica e autocrítica".(DEMO, 1981, p.26)

Nesta relação dialética entre a teoria e a prática é que se encontra o esforço da aproximação com a verdade estando a ciência sempre inacabada.

Esta concepção pressupõe a noção de utopia da verdade, que torna todas as teorias sempre parciais. A utopia, como refere o autor "**é apenas o outro lado da medalha que corresponde ao conflito: buscamos coisa melhor porque vemos na realidade a contradição constante**". (DEMO, 1981, p.26-7)

Fica assim posta a importância de se considerar o conflito na interpretação dialética da história, não só como componente da sociedade, mas como elemento desestruturante, capaz de levar à sua superação. (DEMO, id., ib.)

Retomando o objeto, a APS recoloca a possibilidade da reorientação da contradição básica entre o individual e o coletivo expressa nas práticas de saúde, fazendo repensar as mediações culturais e existenciais que descrevem trajetórias de vida, possibilitando pensar os **modos de andar a vida** (CANGUILHEIN, 1978) que caracterizam o processo saúde-doença em sua articulação social. Não se trata de pensar subjetivamente retirando as objetivações do nível das estruturas, mas enfatizar as questões relativas ao sujeito, enquanto concentração de singularidades pessoais e suporte de ações políticas marcadas por estas singularidades.

Daí a necessidade de se apontar para a construção de um referencial que rearticule a produção do conhecimento em suas conexões sócio-culturais ou, em outras palavras, que se reporte à teoria do conhecimento, como tem chamado a atenção vários autores da Saúde Coletiva.<sup>4</sup>

O repensar aqui tentado busca contribuir minimamente para esta construção. Não se tem respostas prontas ou conclusões fechadas, mas algumas relações e articulações entre práticas e saberes, que a cada leitura, a cada reflexão e a cada agir suscitam novos questionamentos, novas ações e novas reflexões. Tem-se assim, por um lado, a sensação de algo inacabado, impreciso, ainda por construir, e por outro lado, a descoberta de determinadas relações e explicações relativas a questionamentos advindos da prática.

Os primeiros passos desta contribuição, apresentados no capítulo a seguir, referem-se ao repensar de um referencial teórico das políticas sociais através da revisão de algumas correntes sociológicas estudiosas do assunto.

---

4. Entre outros cito: GONÇALVES (1990), COSTA e COSTA (1989), SMEKE (1989), LUZ (1988)

CAPÍTULO II - AS POLÍTICAS SOCIAIS E O  
ESTADO CAPITALISTA MODERNO UM REFERENCIAL  
TEÓRICO

*A emergência das políticas sociais.*

Podemos considerar que as políticas sociais emergiram na Europa, nos séculos XVIII e XIX. Durante este período, com o desenvolvimento da industrialização e da urbanização, estabeleceram-se novas relações entre os segmentos sociais, processando-se uma transformação do Estado liberal. Registram-se, então, formulações de caráter político-social advindas do Estado, em resposta à ampliação dos direitos de cidadania.

Estas formulações referiam-se a mecanismos, ainda que limitados, de constituição, manutenção e reprodução da força de trabalho ligada ao processo de industrialização e de regulação da urbanização, do meio ambiente e dos locais de trabalho. Em geral, tais ambientes, extremamente insalubres, punham em risco inclusive as classes dominantes.

Neste contexto, o movimento da Medicina Social, como parte de um discurso socialista, lançou as bases para a compreensão das relações entre a saúde e a estrutura social, inaugurando planos essenciais, verdadeiras políticas sociais globais, como refere ROSEN (1979, p.41-2), para a melhoria das condições de vida e trabalho.

Concomitantemente a Medicina Clínica inscreveu-se como pioneira da racionalidade científica moderna, tornando-se a disciplina hegemônica na **arte de curar** ao instaurar o discurso positivista da normalidade que subjugou o discurso político e ideológico da Medicina Social.<sup>5</sup>

A maior parte das formulações advindas do Movimento da Medicina Social e de outros ocorridos na época, não chegaram a ser implementadas ou o foram parcialmente. Mesmo assim, contribuíram para a melhoria das condições de vida e trabalho e para a constituição e reprodução do modo de produção capitalista em sua fase inicial.

A seguir, parte destas propostas foram praticamente **esquecidas**, vindo a ser retomadas com a crise internacional

---

5. Este tema, referente a constituição da Clínica enquanto disciplina científica é objeto de análise de FOUCAULT (1980), LUZ (1988) e outros e será melhor explorado no capítulo seguinte. Com a inscrição científica positivista da medicina, questiona-se seu caráter de arte de curar, por basear-se na doença e na morte.

do capital da década de 20 e, principalmente, após a II Grande Guerra na transição para a fase monopolista da economia mundial.

Considera-se que a partir deste contexto é que surgiram as **verdadeiras** políticas sociais enquanto mecanismos reguladores e organizadores da reprodução econômica, social, política e ideológica das relações entre o capital e o trabalho, pois respondiam aos conflitos e contradições de interesses estabelecidos historicamente entre as classes sociais.

Em outras palavras, inscreveram-se desde então, novas exigências decorrentes da reprodução ampliada do capital e a conseqüente intensificação da participação do Estado não só na esfera do econômico, como também do político e do ideológico.

Nas épocas de **crise** do capital quando tornam-se visíveis tais contradições e conflitos, as políticas sociais expandem-se, denotando seu caráter regulador e ambíguo. Ao se inscreverem com esse papel, referem-se também à problemática relativa a representação política e à legitimidade no poder dos diferentes grupos sociais.

Esta problemática, bem como, a constante transformação das relações sociais de produção e a ampliação do Estado, tem exigido a construção de novos referenciais teóricos de análise.

São referenciais que buscam compreender o processo de divisão ocorrido internamente *do social*, e não *no social*, (CHAUÍ, 1990, p.274-5), que separou através do Estado, no modo de produção capitalista, a sociedade da política, esta do jurídico, este por sua vez do saber, dividido então, em compartimentos independentes.

"Separando da unidade anterior, que vinculava imediatamente dominação-exploração e dominação-opressão política, a nova formação social permite perceber o surgimento do poder como polo destacado da sociedade, mas engendrado por ela mesma, encarregado de oferecer-lhe unidade e identidade para anular o efeito das divisões internas (...) entretanto, o poder não consegue efetuar-se nessa distância em que o colocou a prática social.(...) (e) efetua-se realmente pela particularidade de classe. A contradição entre o significado do poder (...) e sua realização através do Estado (...) cria um conjunto de questões que percorrem a prática e o pensamento político até os nossos dias".(CHAUÍ, id.ib.)

Segundo interpretação de LUZ (1988, p.5-7 e 24-6), a partir de então, os saberes relativos ao social foram compartimentalizados pela razão científica moderna, tendo havido uma certa complementariedade entre os conhecimentos produzidos pela Medicina e pelas Ciências Sociais no que se

refere a regulamentação e normalização da vida social. Trata-se de uma mesma razão de caráter dual, que não admite sínteses e impõe rupturas entre: matéria-espírito; qualidade-quantidade; natureza-homem; objeto-sujeito; corpo-alma; sentidos-razão; organismo-mente; paixões-vontade.

A autora refere-se também a uma ruptura do próprio sujeito de conhecimento, no sentido de neutralizá-lo, criando condições históricas para torná-lo objeto passível de intervenção. (LUZ, 1990, p.26)

Na saúde há uma reprodução desta fragmentação através da separação das práticas e dos saberes, da clientela e dos profissionais e mais especificamente de seu objeto, o corpo, em mente e físico, individual e coletivo, biológico e social. São dualidades que, por sua vez, traduzem e reproduzem as divisões anteriores ocorridas entre os indivíduos, os sexos, os grupos e classes sociais.

Estes conteúdos vem sendo atualizados através das políticas sociais e, assim, a compreensão de tais políticas remete à análise do Estado. Enquanto expressão da dinâmica contraditória da luta de classes o Estado intervém através das políticas sociais, ocultando a exploração econômica que assume a aparência de um poder anônimo, acima dos conflitos sociais.

*As diversas correntes de análise do Estado e das políticas sociais.*

A natureza do Estado passou a ser questionada com o modo de produção capitalista, ao deixar de apresentar-se como uma comunidade imaginária, tornando-se um poder separado da sociedade civil e revestido de universalidade. Este poder concentrado no Estado e colocado à distância das classes sociais busca a universalidade através da lei e do direito mas, contraditoriamente, particulariza-se como poder da classe dominante.

Segundo CHAUFÍ (1990, p.275), esta reflexão foi realizada pela primeira vez por Maquiavel:

"Historicamente, a primeira tentativa para enfrentar (...) (estas questões) situa-se num contexto preciso: o da reflexão sobre o sentido da perda de referenciais transcendentais (Deus, Natureza, Razão) capazes de justificar a separação tal como antes justificavam a indivisão comunitária."<sup>6</sup>

---

6.Segundo BOBBIO (1988, p.83), Maquiavel é considerado o responsável pela introdução do termo **Estado**, para indicar o que os gregos haviam chamado de **polis** e os romanos de **res publica**.

Para Maquiavel o poder resultaria da ação social e obra da própria sociedade (enquanto sujeito político) no esforço para anular os efeitos de suas divisões internas.<sup>7</sup>

Este pensamento foi contestado na época pelos conservadores, que tomavam as divisões sociais como acidentes atribuídos a sujeitos sociais com ânsia de poder (ditos maquiavélicos) ou aos maus governantes.<sup>8</sup>

Com o liberalismo, num segundo momento, foi a idéia de contrato social, enquanto um sistema sócio-jurídico de relações entre proprietários do capital, da terra e do trabalho que ofereceu o fundamento para uma teoria que assumiu a separação entre a sociedade e o Estado.

Para esta teoria, na sociedade civil estariam colocados os interesses individuais e os conflitos onde o

---

7.Segundo CHAUFÍ (1990, p.24-5 e 275), Maquiavel afirma em **O Príncipe** que toda a cidade é originariamente constituída pela divisão interna entre o desejo dos Grandes de comandar e oprimir e o desejo do Povo de não ser comandado nem oprimido, de sorte que o político é o trabalho efetuado pelo próprio social para responder à sua divisão constitutiva e insuperável.

8.Para os conservadores era intolerável a idéia de que a política é um jogo incessante de uma lógica de forças, advindo daí os trços do maquiavelismo: o segredo, o logro, a reversidade e o pleno domínio do tempo e do espaço. (CHAUFÍ 1990, p.275)

Estado representaria os interesses universais ordenando a sociedade através das leis e do direito.

Como refere CHAUFÍ (id., p.278-9) a teoria liberal descreve a separação entre a sociedade e o Estado, entre os conflitos de interesses e a generalidade dos contratos juridicamente fundados e garantidos, entre a opinião pública e o poder público; mas não explica a gênese desta separação. O que será tentado por Hegel e, posteriormente efetuado por Marx.<sup>9</sup>

De acordo com BOBBIO (1988, p.145-62), pode-se dizer que para Hegel a vida coletiva moderna se diferenciaria em duas esferas: a sociedade civil, reino das necessidades, onde cada cidadão persegue seu fim individual e manifestam-se as diferenças sociais; e o Estado, no qual as diferenças sociais são articuladas e recompostas, pois se visa o bem coletivo e a unidade política.

Hegel refere-se a um Estado "**racional**", um Estado ideal que envolveria uma relação justa e ética entre os elementos da sociedade, um Estado eterno e não histórico que transcenderia a sociedade como uma coletividade idealizada. O Estado não seria assim, um mero regulador dos conflitos da

---

9. Segundo a autora, na teoria liberal o poder público situa-se no Estado, mas a opinião pública na sociedade civil, apesar de ter havido, como demonstrado por Habermas, uma retração do social e a ampliação do Estado.

sociedade civil, mas supressor objetivo e racional dos conflitos. (BOBBIO, id.,ib.)

Segundo CHAUFÍ (1990, p.279), Hegel analisa o Estado em seu conteúdo:

"A separação entre o poder político e sociedade resulta do movimento interno pelo qual a substancialidade natural (a família) se cinde na pluralidade das singularidades morais-jurídicas que constituem a sociedade civil como esfera da particularidade conflituosa (a esfera econômica das carências e dos interesses) que é negada enquanto particularidade objetiva do Estado, pondo a razão e a verdade na história".

Em relação à teoria marxista, lhe é imputada a responsabilidade pela introdução da problemática do Estado em relação à luta de interesses entre as classes sociais, pano de fundo das interpretações subsequentes.

Segundo CHAUFÍ, citando Fausto, os teóricos marxistas, a partir de "*O capital*", passaram a compreender o Estado "não através de uma análise das formas mas a partir do conteúdo representado sobretudo pelas

oposições de classe, oposições concebidas como oposições de interesses."<sup>10</sup>

Na teoria marxista o Estado tem por função repor política e juridicamente, a igualdade e a liberdade, negadas na sociedade civil, que não pode efetuar-las como práticas, pois sua prática real é de opressão e exploração. Assim, o Estado é definido como superestrutura jurídico-política da estrutura socio-econômica.

"Uma das determinações constitutivas da sociedade nascida com o modo de produção capitalista é a divisão interna operada entre a esfera econômica das relações de produção e a esfera política do poder, separação que, ao mesmo tempo, torna legível na essência e indivisível na aparência a determinação econômica das relações sociais e a peculiaridade da dominação política como algo distinto da mera autoridade (...)" (CHAUÍ, id., p.273)

Apesar de fundamental na análise do Estado capitalista alguns autores consideram a obra de Marx inacabada em relação a questão da natureza do Estado, o que

---

10.FAUSTO,R. **Marx, lógica e política II.** São Paulo, Brasiliense, 1987, p.288-90, citado por CHAUÍ (1990, p.280).

determinou o surgimento de diversas interpretações e correntes entre os pensadores marxistas.

É principalmente a partir da década de 60 que se constata a multiplicação dos trabalhos relacionados à temática do Estado e das políticas sociais, o que para CARNOY (1988, p.63), deveu-se à "diminuição de dois controles (...) o fim do stalinismo e o início do fim da guerra fria, (...) enquanto uma aberta repressão antimarxista se afrouxava nos Estados Unidos."

Acrescenta-se também e de forma substantiva para o desenvolvimento desta produção acadêmica, ocorrida em vários países, o aprofundamento da crise internacional do capital, o surgimento de expressivos movimentos advindos da sociedade civil e a conseqüente ampliação da participação do Estado no nível do econômico, do social e do político-ideológico.

Enquanto fundamentos para a análise do Estado distinguem-se grosseiramente dois grandes grupos: os fundamentos marxistas clássicos e os gramscianos.

Em relação às políticas sociais, a partir desses referenciais foram construídos os grupos de determinações que embasam os modelos explicativos: as decorrentes do processo de acumulação (as determinações ditas estruturais) e, as referentes à luta pela hegemonia (as determinações supra-estruturais).

A priorização das determinações estruturais se dá entre as correntes **estruturalistas**, representadas principalmente por Althusser e as primeiras obras de Poulantzas que consideram o Estado como estruturado a partir das relações de classe determinadas essencialmente ao nível do econômico. Nesta visão, a política, em decorrência das contradições e limitações do sistema capitalista exigiria uma autonomia relativa do Estado.

Distingue-se também o grupo dos **instrumentalistas** que, segundo CHAUI (1990, p.169), "**analisam de modo sistemático os vínculos entre a classe dominante e o Estado, enquanto o contexto estrutural onde ocorrem esses vínculos permanecem sem uma teorização mais consistente**".

Essa distinção entre correntes estruturalistas e instrumentalistas tem levado a enorme polêmica. Cita-se como exemplo, a polêmica ocorrida entre Poulantzas e Miliband, representantes respectivamente dos estruturalistas e dos instrumentalistas.

Realizando uma análise desta polêmica, CARNOY (1988, p.137) considera um equívoco caracterizar Miliband como sendo instrumentalista, no sentido de entender o Estado como instrumento direto da classe dominante. No entanto conclui ao final, que ambos (Miliband e Poulantzas), em suas

primeiras obras, não apresentam uma análise dialética da relação entre o Estado e a sociedade.

Já para OFFE (1984, p.122) as duas correntes partem de uma perspectiva instrumental do Estado, pois o consideram como instrumento das frações da classe dominante, por elas manipulado de forma a realizar os seus interesses coletivos. Para o autor, esta perspectiva decorre principalmente do fato dessas análises apoiarem-se nos fundamentos propostos por Lenin em *Estado e Revolução*.

As análises que enfatizam o referencial político-ideológico do conflito e da luta de classes, são representadas pelas correntes da Teoria Crítica, entre elas: os *derivacionistas* e *Offe*.

Tratam-se, segundo CHAUFÍ (1990, p.168-9), de vertentes da Escola de Frankfurt pouco difundidas no Brasil, e que tem por fundamento a preocupação hegeliano-marxista concernente à própria existência do Estado (o que é) e à sua forma no mundo capitalista (o que é o Estado capitalista), buscando ultrapassar as duas perguntas que têm balizado todo o debate marxista sobre o Estado - para o que serve? e, como opera?<sup>11</sup>

---

11.Segundo a autora, os representantes desta vertente reuniram-se inicialmente em torno da revista *Kapitalistate*.

Veremos adiante, algumas noções que fundamentam essas teorias do Estado.

Por não se tratar de objeto específico desta análise, mas da construção de um referencial, destaquei alguns autores que considere importantes para a compreensão das políticas sociais em saúde e que ao mesmo tempo representassem as idéias principais da vertente.

A linha **mestra** da análise foi orientada pelos trabalhos de CHAUFÍ (1990) e de CARNOY (1988), que realizam uma revisão das várias teorias do Estado.

Partindo dos fundamentos marxistas clássicos e gramscianos busquei compreender os posicionamentos das principais correntes dando prioridade às obras de POULANTZAS e OFFE, representantes, respectivamente, dos estruturalistas e dos denominados portadores de **uma visão alternativa**.

Esta escolha se justifica por constarem das principais referências dos trabalhos ligados às políticas de saúde publicados no país.

Parto da concepção liberal de interesses, que embasa a crítica realizada por MARX e ENGELS na elaboração da noção de interesses de classe.

Destaco em sequência os fundamentos da teoria marxista e as principais concepções elaboradas por GRAMSCI,

que através destes fundamentos enfatizou os determinantes político-ideológicos.

Analiso a seguir o estruturalismo, por trata-se de um referencial frequentemente utilizado na área da saúde, principalmente para a organização dos serviços de saúde e sua relação com a sociedade. Inúmeras críticas vem sendo levantadas a este referencial, especialmente no que tange as suas limitações em explicar o caráter contraditório das políticas.

Aponto as críticas dos derivacionistas ao estruturalismo e algumas questões referentes à sua análise do Estado.

Estendo-me também, sobre o referencial analítico das políticas sociais proposto por OFFE, membro da Escola de Frankfurt que inspirado em Habermas, realizou uma crítica aos instrumentalistas e aos derivacionistas. Partindo de pesquisas empíricas das políticas reformistas implementadas na Alemanha Ocidental, o autor construiu um referencial teórico e metodológico que enfatiza o *político* na análise do Estado capitalista monopolista.

As diversas correntes que priorizam as determinações político-ideológicas sob o referencial da luta de classes colocam o Estado como arena de conflitos. Aí as políticas sociais passam a ser compreendidas como espaço de possibilidades de construção de uma contra-hegemonia,

articulada no nível da sociedade civil, onde os movimentos sociais se destacam.

Buscando as especificidades da formação social brasileira e de outros países da América Latina, registram-se, principalmente na década de 70, inúmeros trabalhos que enfocam o caráter **dependente**, **tardio** e **heterogêneo** destas sociedades. Baseados numa análise determinista alguns destes trabalhos, aos quais farei menção, enfatizam as estruturas econômicas e outros as políticas, estabelecendo uma tipologia de acordo com modelos, tipos ou modos de desenvolvimento.

Realizo para finalizar, uma revisão de alguns trabalhos que centram-se nos movimentos sociais buscando compreender a articulação do social e do político no processo histórico de redefinição e criação dos sujeitos sociais.

Considero os fundamentos teórico-metodológicos destas pesquisas essenciais para a compreensão das mudanças na política de saúde, pois estes sujeitos **marcaram** e tem **marcado** a formulação e a configuração de tais políticas e, principalmente, o Movimento Sanitário brasileiro, considerado em seu caráter ampliado.

Este referencial expressa também os limites dados ao olhar positivo-estrutural em compreender o surgimento destes sujeitos que rearticulam frações de classes para além das formas instituídas de representação, configurando novos padrões de ações coletivas que surgem da própria sociedade

civil, através de práticas políticas que buscam prioritariamente a autonomia.

Trata-se assim, de um referencial que possibilita pensar o social como instituído a partir de ações onde se inscrevem indivíduos, seus grupos e classes, que além de representarem condições dadas objetivamente pela estrutura de classes, instituem esta realidade através de suas ações, através de sua vivência social. Passa-se também a compreender a identificação das necessidades a partir de carências, enquanto um processo que resulta de experiências dadas objetivamente e cujos significados estão impregnados das ações sociais.

*Alguns apontamentos sobre as concepções pré-marxistas de Estado. A noção de interesses.*

As questões relativas à noção de interesses são frequentemente encontradas nas análises referentes à formulação de políticas. Isto decorre, segundo COUTINHO (1989, p.47-60), do fato de que quando se fala de representação ou formulação de políticas essas referem-se à implementação ou bloqueio de determinados interesses. Levantam-se conseqüentemente as seguintes questões: de quem são os interesses representados? como e com qual justificativa são representados?

A própria noção de interesses, como veremos, tem uma historicidade, pois enfoca aspectos diversificados em relação às necessidades humanas individuais ou coletivas, em cada momento e formação social concreta.

Como refere COUTINHO (id.,p.48):

" A questão da representação de interesses aparece muito cedo na teoria política, pelo menos desde Aristóteles.(...) (que) distinguia entre o bom e o mau governo em função dos interesses representados pelos governantes. Só se represen-

tar o interesse comum é que o governo é legítimo, é um bom governo (...)".

As formas clássicas de governo descritas por Aristóteles e Políbio referiam-se à representação *de quem* (uns, poucos ou muitos) e *como* (bem ou mal), distinguindo-se: a monarquia da tirania; a aristocracia da oligarquia; e a democracia da oclocracia. (BOBBIO, 1988, p.42)

Esses interesses relacionavam-se ao *viver bem*, razão pela qual os indivíduos se reuniam nas cidades ou *polis*, isto é formando comunidades políticas, que visavam ao interesse comum, ou em conjunto, por intermédio dos seus governantes. Na concepção aristotélica o poder político era exercido no interesse comum de governantes e governados. (BOBBIO, id., p.58)

Já Platão referia-se a vários tipos de necessidades ou de desejos, representados diferentemente pelas formas de governo: as essenciais ou naturais, da oligarquia; as supérfluas, que dizem respeito aos desejos de liberdade da juventude, da democracia; e as ilícitas, como a violência, próprias da tirania, mas que podem ser extirpadas com a educação. (BOBBIO, id., p.52)

De qualquer forma, essa noção de interesse comum, de acordo com COUTINHO (1989, p.49) "*desaparece no pensamento político moderno. (...) Há, nesse último, a idéia de interesse de todos, mas não do interesse*

comum como algo diverso e mais substantivo do que a soma do interesse de todos."

Na teoria liberal, a sociedade civil é concebida como campo dos interesses particulares ou individuais e dos conflitos também tidos como naturais. Por outro lado, o Estado se coloca como o mediador, acima desses interesses individuais ou privados. Fala-se da garantia dos **interesses de todos** sem que se represente o interesse de ninguém. (COUTINHO, id., ib.)

A noção de interesses nesta teoria esta vinculada, como refere COUTINHO (id.,ib.), a concepção individualista e materialista da sociedade, enquanto sinônimo de benefício material, de juro e lucro, de racionalidade e móvel da ação humana e, sendo assim, justificação ideológica do capitalismo.

Desta idéia advem a discussão na teoria liberal, do papel do Estado em tutelar os mais **fracos**, sendo considerado **paternalista** ao garantir os direitos sociais, pois caracteriza-se um desrespeito aos interesses individuais. (COUTINHO, id., ib.)

Não há neste Estado lugar para as políticas sociais, caracterizando-se como um Estado **mínimo** ou **restrito**, que tem por função a manutenção da ordem pública sem interferência na ordem privada.

É esta característica do Estado liberal clássico, não interventor, colocado acima dos interesses individuais, mediando exclusivamente os direitos ditos naturais, que o distingue do Estado **ampliado** da concepção gramsciana.

A ampliação do Estado deveu-se a inscrição dos interesses políticos e sociais através dos sindicatos e partidos, enquanto sujeitos sociais coletivos. Com a participação das camadas populares e dos trabalhadores, o Estado tornou-se palco de contradição e de conflito.<sup>12</sup>

Inscreveu-se, como refere COUTINHO (id., ib.), "um fato novo: a possibilidade de, no interior da ordem burguesa, ainda sob a dominação de um estado capitalista, ter lugar a representação de interesses (ainda que parciais) das classes subalternas, com a consequente formulação de políticas que respondem a demandas provenientes dessas classes."

Segundo o autor, o fato de se ter ampliado a produtividade, o que permitiu que a exploração do trabalhador fosse realizada também através da mais valia relativa, constituiu a base material (no espaço econômico) para que

---

12. Em termos de direitos sociais inscreveram-se os direitos trabalhistas, como a diminuição da jornada de trabalho. Como interpreta COUTINHO (1989, p.54), quando esta medida foi decretada na Inglaterra, Marx a considerou uma vitória da classe trabalhadora.

novos interesses se fizessem representar na formulação de políticas estatais. Começaram então a surgir novos atores políticos coletivos ao lado do grande ator político, o Estado, ator único no Estado retrito liberal. (COUTINHO, id., p.55)

*Os fundamentos da concepção marxista de  
Estado. A noção de interesses de classe.*

Partindo da crítica à "concepção positiva do Estado"<sup>13</sup> do liberalismo e de Hegel, MARX e ENGELS construíram os fundamentos para a análise materialista e histórica da estrutura social e da consciência humana.

Nesta teoria, o Estado é entendido como moldado pela sociedade, que por sua vez, molda-se pelo modo dominante de produção e pelas relações de produção inerentes a esse modo. Conclui-se então, que a forma do Estado emerge não do desenvolvimento geral da mente humana ou do conjunto das vontades humanas, mas das condições materiais da sociedade, que são a base de sua estrutura social e da consciência humana. (MARX e ENGELS, 1974, p.24-5)

Como Hegel, Marx buscava compreender a gênese do Estado capitalista, mas seu pressuposto, diz CHAUI (1990, p.280), não era a dissolução da família na sociedade civil,

---

13.Segundo leitura realizada por BOBBIO (1988, p.164), MARX construiu uma **concepção negativa do Estado**, pois "não passa do reflexo das contradições dadas na sociedade civil; não para a sua superação, mas sim sua perpetuação".

mas a própria sociedade civil inscrita como esfera das individualidades contratantes no mercado e carecendo da posição da lei positiva para repor-se nessa aparência. Caberia ao Estado, então definido como superestrutura jurídico-política, repor através da lei e do direito o que a sociedade civil (estrutura sócio-econômica de classes) pressupõe e nega: a igualdade e a liberdade.

Através deste entendimento a análise marxista introduz a concepção de *interesse de classe*, enquanto interesse comum a uma determinada classe definida pelas relações de produção através da divisão social do trabalho.

"Os indivíduos isolados formam uma classe pelo fato de terem de encetar uma luta comum contra uma outra classe; (...). Além disso, a classe torna-se por sua vez independente relativamente aos indivíduos, de modo que esses últimos encontram suas condições de vida previamente estabelecidas e recebem da sua classe, completamente delineada, a sua posição na vida juntamente com seu desenvolvimento pessoal; estão, pois, subordinados à sua classe. Trata-se do mesmo fenômeno antes existente na subordinação dos indivíduos isolados à divisão do trabalho; (...)." (MARX e ENGELS, 1974, p.79)

Na teoria marxista as classes sociais são definidas na própria luta de classes, no entanto, os autores consideram

importante também que "os indivíduos participem enquanto indivíduos". A estrutura social e o Estado resultariam da forma como atuam indivíduos determinados pelas condições e limites materiais independentemente de suas vontades. (MARX e ENGELS (id., p.95)

Consequentemente, para os autores, a satisfação das necessidades materiais é prioritária, para que os homens através da consciência (dada pela linguagem e pelas relações na família e na produção) façam história. (MARX e ENGELS, id., p.29-36)

Segundo vários autores, não se encontra claramente explicitado o caráter dado ao Estado na teoria marxista. Há uma polêmica entre as vertentes em decorrência de leituras diversas dos originais, bem como de interpretações diferentes do próprio Marx no decorrer de sua obra.

Como referem COUTINHO (1989, p.53) e CHAUI (1990, p.281), Marx e Engels tinham por base concreta o momento concorrencial do capitalismo, em que o Estado não participava diretamente das relações de produção, diferenciando-se da sociedade civil. Não se trata, assim, de uma visão míope (ou simplesmente instrumental) de Marx, mas o registro de um momento no qual, efetivamente, a exploração do trabalhador se

dava muito mais pela extração da mais valia absoluta, ou seja, pela intensificação da jornada de trabalho.<sup>14</sup>

Para o jovem MARX (1976, p.13-47), o Estado tinha vida própria, separada da sociedade civil e constituía-se em representante dos proprietários. Tratava-se realmente de um Estado *mínimo*, não interventor, que representava, principalmente, os direitos naturais, dentre estes o direito à propriedade.

Uma outra interpretação do Estado, de caráter menos instrumental é encontrada na *Ideologia Alemã* (MARX e ENGELS, 1974, p.94), enquanto instituição com *vínculo de classe*. Esta interpretação introduz a noção de dinâmica social fundamentada na luta de classes.

"A sociedade civil abrange o conjunto das relações materiais dos indivíduos dentro de um determinado estágio de desenvolvimento das forças produtivas. (...) ultrapassa o Estado e a nação, se bem que deva afirmar-se no exterior como nacionalidade e organizar-se no interior como

---

14.É interessante a observação de POULANTZAS (1978, p.104-8), que contesta esta explicação de Marx ter se baseado no momento concorrencial do capitalismo, quando havia realmente uma autonomia relativa do Estado em relação a sociedade. Segundo o autor, não há diferenças **essenciais** com o momento do capitalismo monopolista e a "separação" entre o econômico e o político não é abolida mas modificada internamente em cada campo.

Estado. (Sendo assim), (...) se desenvolve com a burguesia (...) constitue sempre a base do Estado e da superestrutura idealista restante (...)".

Nesta concepção, o Estado apesar de dominado pela burguesia, evolui no sentido de mediar as contradições entre os interesses individuais e coletivos.

"É precisamente esta contradição entre o interesse particular e o coletivo que faz com que o interesse coletivo adquira, na qualidade de Estado, uma forma independente, separada dos interesses reais do indivíduo e do conjunto e tome simultaneamente a aparência de comunidade ilusória, mas sempre sobre base concreta (...) dos interesses de classes já condicionadas pela divisão do trabalho (...). Daqui se depreende que todas as lutas no seio do Estado (...) são apenas formas ilusórias que encobrem as lutas efetivas das diferentes classes entre si (...)." (MARX e ENGELS, id., p.39)

Os autores buscam explicar a aparência de comunidade ilusória do Estado, em que a lei repousa sobre a vontade livre e desligada de sua base concreta:

"Sendo portanto o Estado a forma através da qual os indivíduos de uma classe dominante fazem valer os seus interesses comuns e na qual se resume toda a sociedade civil de uma época; conclui-se

que todas as instituições públicas tem o Estado como mediador e adquirem através dele uma forma pública". (MARX e ENGELS 1974, p.95)

Partindo destas premissas os autores concluem ser "(...) a sociedade civil o verdadeiro lar, o verdadeiro cenário de toda a história (...)". (MARX e ENGELS, id.,ib.)

Posteriormente ENGELS (1983, p.328.32), na obra *A Origem da Família, da Propriedade e do Estado*, defendeu que o Estado tem sua origem com a sociedade de classes, como produto e manifestação dos conflitos e contradições entre as classes sociais, considerados irreconciliáveis. Inversamente, segundo o autor, a existência do Estado demonstra a existência desses conflitos.

"Como o Estado nasceu da necessidade de conter os antagonismos de classe, mas, ao mesmo tempo nasceu em meio ao conflito dessas classes, ele é, por conseguinte, em regra, Estado da classe mais poderosa, economicamente dominante, que, através dele, também se torna a classe politicamente dominante e, assim, adquire novos meios para a repressão e exploração da classe oprimida."

Concluindo sumariamente, na teoria marxista o Estado é definido como emergente das relações de produção capitalistas, expressão política da luta de interesses das

classes e instrumento de dominação que não se encontra acima dos conflitos, mas profundamente envolvido neles.

Partindo destes fundamentos teóricos vários autores têm procurado compreender o papel do Estado e de sua intervenção através das políticas sociais, referindo-se a outros momentos e formações sociais concretas.

*A concepção gramsciana de Estado. O sujeito histórico*

GRAMSCI baseado no contexto histórico da Itália pré-fascista, palco de importante movimento revolucionário de trabalhadores, desenvolveu, fundamentado em Marx, uma teoria política de enfoque do Estado.

Em toda a sua obra constata-se a ênfase às estruturas político-ideológicas e ao sujeito político, o que faz com que constitua a principal referência dos trabalhos que buscam este enfoque.

GRAMSCI (1989, p.9-10) parte do marxismo, por ele denominado de filosofia da praxis:

"A inovação fundamental introduzida pela filosofia da praxis na ciência da política e da História é a demonstração de que não existe uma "natureza humana" abstrata, fixa e imutável (conceito que certamente deriva do pensamento religioso e da transcendência); mas que a natureza humana é o conjunto das relações sociais historicamente determinadas, isto é, um fato histórico comprovável, através da filologia e da crítica".

Para o autor foram essenciais as contribuições de Maquiavel e de Croce no desenvolvimento da política como uma ciência autônoma, isto é, uma concepção sistemática do mundo. A contribuição de Croce, segundo GRAMSCI, deveu-se ao estabelecimento da **"posição dialética da atividade política (e da ciência correspondente) como determinado grau superestrutural."**<sup>15</sup>

Segundo GRUPPI (1978, p.77-8), Gramsci realiza uma profunda crítica ao positivismo e às deformações mecanicistas do marxismo por não estabelecerem uma relação entre a teoria e a práxis, propondo, assim, que se deva realizar uma obra política, organizativa, pedagógica, de difusão das novas conquistas culturais entre as massas, buscando-se compreender a totalidade social e seu processo de transformação.

A preocupação principal de Gramsci não se refere às estruturas mas ao sujeito político, considerando todo o homem por mais simples que seja um filósofo, em decorrência de sua linguagem, que é sempre, embrionariamente, uma forma de concepção do mundo. Esta afirmação encontrada em Croce, de forma abstrata e genérica, é utilizada por Gramsci ao

---

15. Segundo GRAMSCI (1989, p.12-5), Benedetto Croce proporcionou enorme progresso aos estudos de Maquiavel. Utilizando-se dos conceitos de Croce de paixão e erro, GRAMSCI distingue a política da economia e da história.

referir-se à vida cultural das classes subalternas.(GRUPPI, 1978, p.66-7)

Para Gramsci, portanto, é primordial o processo de formação crítica e de intervenção ativa e consciente do sujeito no processo histórico. Esta crítica é o resultado de um processo social onde o partido cumpre importante papel na formação político-ideológica.(GRUPPI, id., p.67)

Destas noções surgiu a principal concepção das obras de Gramsci referente ao processo de construção da hegemonia.

Adotando a noção de hegemonia expressa na "**Ideologia Alemã**", GRAMSCI enfatizou o papel das superestruturas e da sociedade civil na reprodução do modo de produção.

A hegemonia, para o autor, é a "**direção moral, cultural e ideológica na construção do bloco histórico**" ou, de maneira mais explícita, a forma de relação entre as classes sociais que substitui a coerção pelo consenso, caracterizando-se na base ideológica e material das relações de poder.(GRUPPI, id., p.11)

Para GRAMSCI (1966, p.11), a hegemonia não é apenas política, mas é também um fato cultural, moral, de concepção de mundo.

"(...) o desenvolvimento político do conceito de hegemonia representa um grande progresso filosófico e não só político-prático, porque implica e supõe necessariamente uma unidade intelectual e uma ética a ela adequada, uma concepção do real que superou o senso comum e se transformou -- embora dentro de limites ainda restritos -- em concepção crítica".

Foi a partir desta concepção de política que GRAMSCI conceituou o Estado como:

"Todo o complexo de atividades práticas e teóricas com o qual a classe dominante não somente justifica e mantém seu domínio, mas procura conquistar o consentimento ativo daqueles sobre os quais exerce sua dominação." (GRAMSCI, 1966, p.9-10)

"o Estado é a própria sociedade organizada, é soberano. Não pode ter limite jurídico (...) porque (esse limite) pode ser modificado pelo Estado (...) em nome das novas exigências sociais." (GRAMSCI, 1989, p.9-10)

O autor introduziu a noção de Estado *ampliado*, um Estado que configura a condensação de forças sociais, o que o faz expressar as contradições entre as classes. Através de suas instituições o Estado assume o papel de articulador e organizador da sociedade. (GRUPPI, 1978)

Consequente a esta noção, GRAMSCI não distingue os aparelhos do Estado e os aparelhos privados e públicos, pois todos expressam o papel de hegemonia e/ou coerção, na reprodução do modo de produção.

"(...) na noção geral de Estado entram elementos que também são comuns à noção de sociedade civil (nesse sentido, poder-se-ia dizer que Estado = sociedade política + sociedade civil, isto é hegemonia revestida de coerção)."<sup>16</sup>

Assim, a política revolucionária é, para GRAMSCI, a luta contra a hegemonia, que inclui a construção de uma contra-hegemonia, baseada nos valores e cultura da classe operária.

A esta institucionalização dos conflitos **no** e **pelo** Estado, no processo de estabelecimento da hegemonia, o autor denominou de "**guerra de posições**", contrapartida da "**guerra de movimento**" da concepção leninista, pois pressupõe uma longa e complexa luta de caráter "**nacional**" de

---

16. GRAMSCI (1989, p.149) apresenta essa noção de Estado em contraposição a forma "**corporativo-econômica**" que, segundo ele, identifica Estado e governo e confunde sociedade política e sociedade civil.

persuasão da sociedade civil e não a simples derrubada do Estado.<sup>17</sup>

Segundo CHAUI (1990, p.179), são importantes as distinções feitas pelo autor entre a sociedade civil, a sociedade política, governo e Estado, para explicar a noção de **guerra de posições**. A sociedade civil, enquanto sistema das necessidades reguladas juridicamente e cimentadas ideologicamente, articula-se com os movimentos sociais e distingue-se da sociedade política, enquanto o conjunto de instituições, lugares e procedimentos do debate político como debate partidário, que articula-se ao Estado. O Estado, por sua vez, relaciona-se com a sociedade civil pela mediação da sociedade política e, é através dessa mediação que fornece coesão e coerência à sociedade civil.

Assim, de acordo com CHAUI (id., ib.), a concepção de **guerra de posições** pressupõe a conquista gradual da hegemonia ideológica pelas classes populares no interior da sociedade civil, sua organização no interior da sociedade política e, finalmente, a possibilidade de tomar o poder do Estado através do jogo democrático.

---

17.No entanto, para Gramsci, segundo GRUPPI (1978, p.67) a construção da contra-hegemonia não é um processo espontâneo, mas exige para a transformação da visão de mundo, a ação dos intelectuais e do partido.

Desta forma, é a concepção gramsciana que fundamenta a compreensão do Estado **ampliado** como espaço contraditório de lutas e palco das políticas sociais.

Inscribe-se também, a partir dessas noções, o entendimento das "**crises de desenvolvimento**" como crises político-ideológicas e não estritamente econômicas. (GRUPPI, 1978, p.67)

Essa questão relativa às crises é de suma importância na discussão das políticas sociais, que como vimos, são incrementadas nestes períodos de maior visualização das contradições e conflitos de classe.

Reorientando para a saúde, a noção de crise tem sido frequentemente utilizada de maneira funcional pela tecnoburocracia, como também pelas correntes estruturalistas para explicar a problemática do setor, como eminentemente econômica ou de caráter administrativo-financeiro.

Aprofundando esta problemática a partir de CHAUI (1990, p.36-7), temos que esta noção surge

"(...) com a idéia de que o real é racional e essa racionalidade consiste num conjunto de leis universais e necessárias ou de modelos fixos, o que torna possível pensar a sociedade não como

*constituída pela divisão originária das classes, mas como contendo divisões".<sup>18</sup>*

Nesta racionalidade a sociedade é composta por subsistemas ou esferas (a burocracia, a organização administrativa, o planejamento da sociedade), dotados de racionalidades próprias, articulados harmonicamente. (CHAUFÍ, id., ib.)

Assim, a concepção de crise surgiria nos momentos em que essas racionalidades parciais pareceriam romper-se, como descreve a autora:

"A crise é imaginada, então, como um movimento de irracionalidade que invade a racionalidade, gera desordem e caos e precisa ser conjurada para que a racionalidade anterior, ou outra nova, seja restaurada. A noção de crise permite representar a sociedade como invadida por contradições e, simultaneamente, tomá-las como acidente, um desarranjo, pois a harmonia é pressuposta como sendo de direito, reduzindo a crise a uma desordem fatural, provocada por enganos, voluntários ou involuntários, dos agentes sociais, ou por mau funcionamento de certas partes do todo. A

---

18. Segundo a autora, é preciso distinguir constituição e composição, sendo a constituição o movimento de partes, cuja relação é intrínseca e a composição a soma, cuja relação é extrínseca.

crise serve, assim, para opor uma ordem ideal a uma desordem real, na qual a norma e a lei são contrariadas pelo acontecimento, levando a dizer que a "conjuntura" põe em risco a "estrutura" ou, então, que a estrutura é inadequada para absorver a novidade. O acontecimento (portanto, a historicidade) é encarado como engano, um acidente, ou algo inadequado. Tal representação permite, assim, imaginar o acontecimento histórico como um desvio." (CHAUÍ, id., ib.)

Algumas correntes derivacionistas, como apontarei adiante, utilizam-se da noção de crise para explicar o conteúdo do Estado capitalista derivado pela forma da luta de classes. Segundo CHAUI (id., p.172), o problema das crises é retomado por esta corrente

"(...) como contradição entre necessidades e valor, desvendando a exigência feita pelo modo de produção capitalista no sentido de manter o Estado como lugar separado, pois sua função reorganizadora se manifesta nas consequências das crises".

Nos momentos em que as contradições geradas pelos conflitos de interesses entre as classes sociais tornam-se visíveis, surge a idéia de crise enquanto explicação destas contradições como parciais e corrigíveis através de mecanismos administrativos ou de caráter econômico-

financeiro. As políticas sociais sofrem então processos de racionalização buscando responder através destes mecanismos os descompassos entre as necessidades e interesses das classes sociais em jogo.

Na saúde, frequentemente em *crise*, as explicações baseiam-se geralmente na conjuntura, nas fraudes, nos desbalanços entre receita/despesa, nas irracionalidades dos sistemas, e outros efeitos corrigíveis através de medidas racionalizadoras e reformas parciais.

**A concepção estrutural de Estado e a análise  
de Poulantzas.**

A vertente estrutural do marxismo surgiu na França na segunda metade da década de 60 através de Louis Althusser.

"Althusser queria combater o subjetivismo que coloca "o homem" como sujeito no centro dos sistemas metafísicos. A ênfase colocada por Sartre no indivíduo e na ação individual é confrontada pelos enfoques de Althusser sobre os atos condicionados e o indivíduo subjugado pelos aparelhos ideológicos". (CARNOY, 1988, p.119)<sup>19</sup>

Em sua obra *Ideologia e aparelhos ideológicos de Estado* ALTHUSSER (1980, p.97-9) afirma que a estrutura social não tem em seu núcleo nenhum sujeito criativo e o indivíduo não é um sujeito ou agente histórico, mas "**suporte**" ou "**portador**" das relações estruturais nas quais

---

19. Segundo CARNOY, Althusser transportou para a obra de Marx, a perspectiva estrutural desenvolvida em outras áreas como por: Saussure e Jacobson, que pesquisaram as estruturas subjacentes da linguagem; Levi-Strauss, que aplicou o estruturalismo aos rituais primitivos; Lacan, que fez o mesmo em psicologia; e Foucault, quanto às relações sociais e ao conhecimento.

se situa. São as relações de produção (as classes sociais) o sujeito da história e não os indivíduos.

Para o autor, apesar de se poder ter uma dominância das superestruturas política ou ideológica em determinado modo de produção, é sempre a estrutura econômica a determinante **"em última instância"**. Pode haver uma **"autonomia relativa"** do político e do ideológico em relação à base econômica, mas é esta que determina qual das três estruturas é a dominante. Utilizando-se da metáfora de um edifício refere:

**"(...) os andares superiores (a superestrutura) não poderiam manter-se (no ar) sozinhos, se não se assentassem de fato em sua base."**(ALTHUSSER, id., p.26-7)

Esta determinação da superestrutura pela base ocorre, segundo o autor, de duas formas: pela autonomia relativa da superestrutura em relação à estrutura econômica; e, através da ação recíproca da superestrutura sobre a base.(ALTHUSSER, id., p.27)

O Estado nessa teoria encontra-se enraizado na base, sendo conceituado como a **"máquina"** de reprodução que capacita as classes dominantes a garantir sua dominação sobre a classe operária, assegurando assim às primeiras a sujeição da última ao processo de extorsão da mais-valia.(ALTHUSSER, id., p.31)

Tendo por principal preocupação a transformação rápida da sociedade, o estruturalismo baseia-se na contribuição leninista à análise do Estado enquanto **aparelho repressivo da burguesia**. (LENIN, 1960, p.297-310)

Utiliza-se também, ainda que parcialmente, da contribuição de Gramsci, somando-se aos aparelhos repressivos os aparelhos ideológicos (AIE). Para ALTHUSSER (1980, p.41-52), ambos os aparelhos exercem funções repressivas e ideológicas, sendo que sua diferenciação se dá por sua função primária.

ALTHUSSER (id., p.36-8) reafirma a separação entre poder e aparelho de Estado, proposta por Marx. O objetivo da luta de classes diz respeito ao poder do Estado e ao uso de seu aparelho para objetivos de classe. De acordo, então, com a tradição marxista-leninista, o proletariado precisaria tomar o poder do Estado a fim de destruir o aparelho burguês e substituí-lo por um aparelho de Estado proletário e, em seguida, destruir o Estado.

Assim, o Estado na análise estruturalista apresenta um caráter eminentemente instrumental, tendo a função primordial de legitimação do poder para reforçar a reprodução da estrutura e das relações de classe.

Segundo ainda ALTHUSSER (id., p.71-84), a ideologia não tem história, sendo dotada de uma estrutura e

funcionamento **estruturados** pelas relações de produção. Conceitua-a como: "a relação imaginária dos indivíduos com suas condições reais de existência" que tem uma existência material, num aparelho e em suas práticas.

CHAUI (1990, p.3-4) aprofundando esta análise considera que a ideologia não é apenas a representação imaginária do real ou a inversão do processo histórico no qual as idéias ocupariam o lugar dos agentes históricos reais.

"A ideologia, forma específica do imaginário social moderno, é a maneira necessária pela qual os agentes sociais representam para si mesmos o aparecer social, econômico e político, de tal sorte que essa aparência (...), por ser o modo imediato e abstrato de manifestação do processo histórico, é o ocultamento ou a dissimulação do real".

A ideologia, ainda segundo a autora, **exprime** o real, mas está **fora do lugar e do tempo** pois não tem história. Suas transformações, como refere, decorrem da história que, através da ideologia, a classe dominante procura escamotear e sua "tarefa precisa está em produzir uma certa imagem do tempo como progresso e desenvolvimento de maneira a exorcizar o risco de enfrentar efetivamente a história".(CHAUI, id., ib.)

Aplicando inicialmente a leitura estruturalista de Marx realizada por Althusser à investigação do Estado, POULANTZAS concentrou-se na questão das classes sociais e da política.

Como refere CARNOY (1988, p.129) as teorias de Poulantzas sofreram alterações significativas entre as publicações *Poder político e classes sociais* de 1968 e *O estado, o poder e o socialismo* de 1978.

"(...) o primeiro trabalho era definitivamente estruturalista. Nele, o Estado reproduz a estrutura de classes porque é uma articulação das relações econômicas de classe, na região política".

Segundo CARNOY (1988, id.), recorrendo ao conceito de Althusser sobre autonomia relativa da política e da economia, Poulantzas considerava o Estado capitalista, ao mesmo tempo, um Estado de classe que é relativamente independente da luta de classes na produção para funcionar realmente como um Estado de classe. O Estado relativamente autônomo, serviria porém, como local da organização do grupo hegemônico da classe capitalista e a luta dos trabalhadores só moldaria o Estado, na medida em que fizesse parte das relações de produção.

Na publicação *As classes sociais no capitalismo de hoje* de PULANTZAS (1978, p.13 e 167-188)

encontram-se algumas mudanças em relação a essas concepções iniciais. Em parte, estas mudanças decorrem das discussões, citadas por Poulantzas, com os derivacionistas, Offe e autores do PCF como: Perceval, Lojkin, Herzog e outros. Apresentam-se registrados também nesta obra, os pontos de discordância com autores da teoria liberal e as contribuições e críticas relativas ao trabalho de Gramsci.

Mudanças mais claras apresentam-se na obra *O Estado, o poder e o socialismo*, como procura demonstrar o próprio autor. (POULANTZAS, 1980)

O autor expõe sua teoria, partindo de algumas conceituações básicas como as de: classes sociais, estruturas, relações de produção, modo de produção e aparelhos do Estado.

Na análise da categoria classe social, na publicação de 1978 o autor refere:

"As classes sociais são conjuntos de agentes sociais determinados principalmente, mas não exclusivamente, por seu lugar no processo de produção, isto é, na esfera econômica. (...) abrangem as práticas de classe, isto é, a luta de classes (...) e definem-se pelo seu lugar no conjunto das práticas sociais (...) na divisão social do trabalho, que compreende as relações políticas, as relações ideológicas. A classe

social é, neste sentido, um conceito que designa um efeito da estrutura (...)." <sup>20</sup>

É o lugar no capital que diferencia a concepção estrutural de classe das outras concepções, consideradas insatisfatórias pelo autor, referindo-se às concepções que baseiam-se nas relações de poder ou nas motivações dos agentes sociais. <sup>21</sup>

Já na obra seguinte pode-se constatar mudanças em relação a esta concepção:

"(...) não existem classes sociais anteriores às lutas (...) os lugares de classe, que se traduzem por poderes, consistem, no seio das relações de produção, em práticas e em lutas de classe. Bem como essas relações e a divisão social do trabalho não constituem uma estrutura econômica exterior (prévia) às classes sociais, também não pertencem a um campo exterior ao poder e às lutas". (POULANTZAS, 1980, p.30-2)

---

20. POULANTZAS (1978, p.13-7) distingue essa conceituação do esquema hegeliano de classe **em si** (determinada unicamente pelo processo de produção) e o de classe **para si** de Lukács (classe dotada de uma consciência de classe própria de uma organização política autônoma).

21. Tratam-se de críticas explicitadas aos trabalhos de Dahendorf, Tourraine, Wright Mills, Meynaud, Miliband.

A discussão dos aparelhos de Estado e sua tipificação também tem destaque nas primeiras obras de POULANTZAS, em decor-rência de seu entendimento de poder.

Ele distingue os **aparelhos** do Estado do **poder** do Estado pois são os aparelhos que "**materializam, concentram e refletem as relações de poder (...) a luta de classes**". São os aparelhos ideológicos e repressivos do Estado os responsáveis pela reprodução ampliada das classes sociais, processo esse que compreende "**em um e mesmo movimento, a reprodução de relações políticas e ideológicas da determinação de classe. (...) Trata-se de uma reprodução primeira na e pela luta de classes em todas as camadas da divisão social do trabalho. (...) que dependem da história da formação social.**" (POULANTZAS, 1978, p.29-33)

No entanto, nesta obra, apesar de considerar importante a história da formação social, POULANTZAS entende que a forma do Estado capitalista monopolista não apresenta traços específicos, aplicando-se da mesma maneira as análises clássicas do marxismo.<sup>22</sup>

---

22. Este é um dos principais pontos revistos pelo autor, que, como veremos passa a propor uma análise histórico-específica do Estado.

Justifica-se desta forma, para o autor, como apontei anteriormente, a improcedência das críticas realizadas ao seu trabalho e à colocação de que Marx teve por base a fase concorrencial do capitalismo na qual se aplicava uma análise instrumental do Estado. ((POULANTZAS, 1978, p.169-70)

Em *As classes sociais no capitalismo hoje* o autor critica também o entendimento do Estado como lugar contraditório de condensação de relações de forças das classes, que não possuiria um poder próprio e não refletiria diretamente os interesses deste ou daquele grupo social. Refere tratar-se de uma concepção instrumentalista-idealista.<sup>23</sup>

Para POULANTZAS (1978, p.125), no caso do capital monopolista, as diversas intervenções do Estado visam o conjunto do capital social (o capital monopolista e não-monopolista), sendo que as principais transformações ocorridas corresponderiam: "(...) à alta taxa de exploração (exploração intensiva do trabalho, mais-valia relativa) a fim de contrariar a baixa tendencial da taxa média de lucro".

---

23. POULANTZAS (1978, p.171-3) critica principalmente Lojkine, que segundo ele baseia-se na tese da independência do Estado em face das classes sociais.

Essas transformações de caráter *essencial*, para o autor, remontam à contradição principal marxista (burguesia-classe operária).

Assim, a autonomia relativa em face do capital monopolista, é entendida nesta obra, como:

"(...) inscrita ao mesmo tempo na contradição principal e nas lutas e contradições no próprio seio desse capital; (...) sendo somente a manifestação do papel do Estado para a coesão política e a organização da hegemonia do capital monopolista. (...) A autonomia relativa do Estado deve ser entendida aqui como relação entre o Estado, de um lado, capital monopolista e conjunto da burguesia de outro, relação que se coloca sempre em termos de representação e de organização política de classe". (POULANTZAS, 1978, p.171-4)

Em relação às formas atuais assumidas pelo Estado, POULANTZAS acrescenta outros fenômenos que considera importantes, como a regularização das crises econômicas, enquanto "momentos orgânicos da reprodução do capital social" em que o Estado tem o papel de "(...) gerenciar por sobre essas crises, regularizando seu aspecto selvagem. (...) Diante dessa situação, o Estado atual parece bem caracterizado pela instabilidade de uma

gestão permanente da crise hegemônica latente da burguesia."<sup>24</sup>

Já na publicação *O Estado, o poder e o socialismo*, POULANTZAS parece abandonar a análise estrutural, propondo uma análise histórico-específica baseada na contradição da luta de classes. O autor parte da crítica às análises economicistas tradicionais (nas quais também se inclui em suas obras iniciais) pois, segundo ele, estas teorias "(...) tomam as instâncias superestruturais como apêndices-reflexos da economia", "como relações de exterioridade", e assim admitem uma teoria geral da economia.<sup>25</sup>

Para POULANTZAS (1980, p.23), a separação entre o político-Estado e a economia é explicada como "(...) a forma precisa que encobre, sob o capitalismo, a presença constitutiva do político nas relações de produção e, dessa maneira, em sua produção". Assim, o fundamento desta separação constitui o princípio organizador das instituições e aparelhos próprios do capitalismo e se

---

24. Citando Habermas e Offe, POULANTZAS (1978, p.187) refere-se aos processos de reajustes de legitimação buscados através da reorganização dos aparelhos de Estado.

25. O autor assume que também apresentava estas proposições em suas obras iniciais. (POULANTZAS 1980, p.17-20).

encontra determinado pelas relações de produção, na divisão social do trabalho.

Realiza, desta forma, também uma revisão das categorias: modo de produção e formação social.

"(...) um modo de produção não é o produto de uma combinação entre diversas instâncias em que cada uma possuiria previamente, ao se relacionar, uma estrutura intangível". Trata-se de um *objeto abstrato-formal*: "unidade de conjunto de determinações econômicas, políticas e ideológicas, que delimita as fronteiras desses espaços, delinea seus campos, define seus respectivos elementos (...)". (POULANTZAS, 1980, p.21)

Já as formações sociais são conceituadas como "(...) articulações num momento histórico de vários modos de produção", são concretas pois compreendem o lugar real de existência e de reprodução. (POULANTZAS, 1980, p.30)

Assim, para POULANTZAS (id., p.142 e 29-31), não existe uma teoria geral do Estado, mas uma teoria do Estado capitalista que busca explicar suas transformações, *metamorfoses* e especificidade, em suma: "a estrutura de seu objeto (...) sua reprodução diferencial em função da luta de classes".

"A teoria geral do Estado capitalista não pode ser separada da história de sua constituição e de

sua reprodução (...) só pode ser elaborada ao se relacionar este Estado com a história das lutas políticas dentro do capitalismo".

Os pontos fundamentais desta teoria encontram-se expressos, segundo o autor, na definição (POULANTAS, 1978, p.28e174):

"(...) o Estado não é uma "entidade" em essência instrumental intrínseca, mas uma relação, mais precisamente a condensação material de uma relação de forças entre classes e frações de classe, tal como ele (o Capital) expressa de maneira específica, no seio de Estado."

Ao conceber o Estado como relação o autor pretende evitar o falso dilema da discussão que apreende o Estado como *coisa*, com autonomia absoluta (concepção instrumental) ou como *sujeito*, o Estado sem nenhuma autonomia em relação às classes sociais. Nos dois casos, para POULANTZAS (1980, p.147-51), a relação Estado-classes é apreendida como relação de externalidade e sendo assim, não explicam o estabelecimento da política em favor das classes dominantes e, principalmente, não possibilitam a compreensão do problema das *contradições internas do Estado*.

Em relação a estas contradições considera que não representam "*simples acidentes disfuncionais*",

"(...) o estabelecimento da política do Estado em favor do bloco no poder, o funcionamento concreto de sua autonomia relativa e seu papel de organização são organicamente ligados a essas fissuras, divisões e contradições internas (...)".(POULANTZAS, id. p.152)

No entanto, coloca-se para POULANTZAS (id., p.14-7) um problema, explicitado por alguns autores como a **dúpla natureza** do Estado, e que se refere à relação entre a dominação (Estado de classe) e o poder (Estado da classe dominante). Esta questão diz respeito ao fundamento da ossatura material do Estado nas relações de produção e na divisão social do trabalho (não no sentido estrutural, como explicita).

"(...) o Estado apresenta uma ossatura material própria que não pode de maneira alguma ser reduzida à simples dominação política. O aparelho de Estado (...) não se esgota no poder do Estado. Mas a dominação política está ela própria inscrita na materialidade institucional do Estado".

A ossatura institucional do Estado que, segundo POULANTZAS (1980, p.60-140), "encarna" a reprodução social, é explicada pormenorizadamente através de alguns elementos, como: **a reorganização da divisão social do trabalho** pela separação poder-saber, trabalho intelectual-manual e a própria ciência; **a individualização**, base da organização

atomizada do espaço político e realizada principalmente por mecanismos ideológicos como a normalização e a privatização do corpo social<sup>26</sup>; **a lei**, que organiza a repressão no exercício do poder, institucionalizando a violência<sup>27</sup>; **a nação**, que reunifica homogeneamente o social atomizado através do território, da língua e da tradição, e que constitui um dos pontos de sustentação do desenvolvimento desigual do capitalismo.

Segundo POULANTZAS (id, p.161-7), tem havido um deslocamento da luta de classes da produção para o Estado, referindo-se a um "**campo estratégico**". As formas e as funções do Estado deixam, assim, de ser determinadas pelas relações econômicas num sentido abstrato e passam a ser consideradas a expressão histórica dessas relações na forma de luta, onde manifestam-se também as classes subordinadas.

Portanto, para o autor, a ação das classes populares se dá no seio do próprio Estado. Esta ação não ocorre mediante aparelhos próprios mas, em geral, sob a forma

---

26.O autor refere-se aos trabalhos de Foucault (**Microfísica do poder e Vigiar e punir**). (Id., p.74-8)

27.POULANTZAS (1980, p.80-90) discorda das correntes que privilegiam os mecanismos ideológicos de repressão, através da inculcação-manipulação do simbólico (a interiorização da repressão), porque, segundo ele, secundarizam a violência instituída pelo Estado (cita entre outros Marcuse e Bourdieu, da Escola de Frankfurt).

de focos de oposição. Desta forma, o poder das classes dominadas não está materializado no Estado mas são as contradições entre o bloco no poder e as classes dominadas que intervêm diretamente nas contradições no seio do bloco no poder.<sup>28</sup>

Realizando uma análise comparativa das últimas obras de Poulantzas, CARNOY (1988, p.160-1) observa que o autor ampliou o conceito de Gramsci de um Estado que é parte da hegemonia (ideologia) mais aparelho repressivo, apresentando uma mudança para uma visão histórico-específica em que o Estado é moldado pela luta de classes e por seu papel nesta luta deslocada da produção. Mantem-se, no entanto, uma série de questionamentos referentes, principalmente, à compreensão da autonomia do Estado e ao papel das classes subordinadas em seu interior.

Para CHAUI (1990, p.168), os pontos principais de crítica ao estruturalismo são:

.Tipificar o Estado capitalista a partir de suas manifestações autoritárias, nas quais o Estado parece dotado de autonomia face à sociedade civil e "**se descola como Nação**" ( crítica feita por Cardoso,F.H.).

---

28. POULANTZAS (1980, p.164-65) discorda de autores, como Gruppi que consideram a **natureza contraditória** do Estado como uma situação de duplo poder, como refere.

.O fato de não tomar a fragmentação do aparecer social como uma divisão posta pelo movimento das relações sociais a fim de garantir a dominação de classe, mas como se fora a produção real de esferas diferentes de sociabilidade capitalista.

.Tomar o Estado como figuração da unidade social e não como uma das dimensões diferenciadas da sociedade encarregada de localizar e tornar visível o poder político que se encontra difuso nas relações sociais.

A crítica principal realizada pela autora deve-se à compreensão do político enquanto *autonomia relativa*.

"Escapa ao "estruturalismo" a dupla face do poder político - a de existência invisível, perpassando todas as esferas da vida social, e a de sua localização invisível, para além dessas relações e para além da figuração estatal. Em uma palavra, escapam a dominação cotidiana, de um lado, e a dimensão simbólica do poder, de outro".(CHAUÍ, id., ib.)

A análise estrutural tem sido um referencial frequentemente utilizado na Saúde Coletiva tanto nos trabalhos relativos à organização social das práticas em saúde, como nos relacionados ao processo saúde-doença (as relações causais ou de determinação entre a saúde e as estruturas sociais). No entanto, nos últimos anos, vem se intensificando as críticas a esta teoria levantando-se como

limites a explicação das relações dialéticas entre a saúde e o social, especificamente em relação ao caráter totalizador do paradigma da determinação do processo saúde-doença e da impossibilidade de se compreender as mediações que se dão não só no nível das estruturas, mas também entre os grupos e os indivíduos.

Em relação à análise das políticas sociais estes limites se ampliam pois tais políticas encontram-se marcadas pelas ações dos movimentos sociais, operando-se mediações entre a sociedade civil, a sociedade política e o Estado. Torna-se necessário, então, um referencial que dê conta das relações de poder e do papel das classes populares enquanto sujeito histórico, das questões relativas ao conflito e à dinâmica social.

**As teorias derivacionistas.**

Buscando dar conta das questões e críticas apontadas surgiram as correntes derivacionistas de análise do Estado, inspiradas na Escola de Frankfurt.<sup>29</sup>

Essas correntes, de acordo com CARNOY (1988, p.165), introduziram a **variável política** no seio da teoria ortodoxa passando a deduzir o desenvolvimento capitalista não das relações de produção, mas de uma dinâmica complexa onde entrelaçam-se a base econômica e a superestrutura.

Através da noção de **derivação** buscam compreender o que existe nas relações sociais que as faz parecer em formas separadas como relações econômicas e políticas.

Como refere CHAUI (1990, p.169):

---

29.Essas correntes, segundo CHAUI (1990, p.170-1), pouco difundidas entre os brasileiros, constituem a vertente hegeliano-marxista de análise do Estado, que reuniram-se inicialmente em torno da revista **Kapitalistate**. Trata-se, segundo a autora, de uma posição de tipo hegeliano, pois busca-se ultrapassar as perguntas: para o que serve o Estado?, como opera?; procurando compreender a própria existência do Estado em seu conteúdo (o que é?) e sua forma no sistema capitalista (o que é o Estado capitalista monopolista?).

"(...) a *derivação do Estado* no modo de produção capitalista, determinando a gênese da forma do Estado, seu desenvolvimento, as possibilidades e limitações estruturais de sua ação, tomando como referência a relação entre o Estado e as contradições da acumulação capitalista".

Os derivacionistas, de uma maneira geral, criticam "todos aqueles que consideram a separação entre economia e política, efetuada realmente pelo modo de produção capitalista, como separação imediata de onde resultam leis diferentes para o funcionamento do econômico e político". Retomam, assim, o aspecto essencial de *O Capital* "(...) como crítica materialista da economia política burguesa, que separa, para poder melhor ocultar, as relações de classe e a exploração em que se baseia". (CHAUÍ, id., p.170)

Distinguem-se entre os derivacionistas linhas interpretativas, de acordo com a explicação para a derivação do capital. A vertente que busca explicar a derivação pela *lógica do capital* parte da natureza contraditória entre o capital social total e os capitais individuais, o que permite compreender a situação do Estado no capitalismo monopolista em sua função reguladora como "*capitalista total ideal e não real*". (CHAUÍ, id., p.171)

Para a outra vertente a derivação est/a na lei do valor e a origem da forma do Estado está nas relações de exploração entre o capital e o trabalho, que não se explicam pela força ou coerção, mas pela reprodução. Assim, a ação estatal para estar a serviço da dominação de classe precisa ser mediatizada através da sociedade. É a taxa decrescente do lucro, expressão do processo de luta de classes, que determina o desenvolvimento do Estado e o conceito de **forma**, isto é, "**o Estado como historicamente determinado e logicamente derivado**".(CHAUÍ, id., p.172)

Segundo HIRSCH (1977, p.85-11), representante dessa corrente derivacionista, o Estado burguês é, uma **forma histórica** específica (um modo) de dominação de classe e não simplesmente um portador de funções sociais específicas, sendo que as contradições do processo capitalista de reprodução, nas quais o aparelho do Estado burguês tem sua fonte e sua base contínua, originam as inconsistências aparentes em seu modo de aparência e atividade.

Desta forma, a teoria do Estado só adquire significação prática quando é capaz de explicar como a dominação burguesa se reproduz fazendo apelo à dominação política, e explicar também de que maneira o conflito de classes determina o modo de funcionamento do aparelho de dominação política.

"(...) o poder do Estado não garante a dominação de modo abstrato, ele se concretiza em domínios de ação funcionalmente ligados aos Movimentos Sociais." (HIRSCH ,id.,p.86-90)

Conseqüentemente, segundo o autor, a força dinâmica do processo de acumulação é a "tendência decrescente da taxa de lucro", que representa, por sua vez, a condensação das contradições da acumulação, determinantes da forma e do conteúdo do Estado, que se coloca como intermediário e reativo a essas contradições. (HIRSCH, id. p.96-9)

Um dos pontos principais da análise de HIRSCH (id., ib.) é o de que as funções do Estado, em qualquer momento, não podem ser separadas da história das crises do desenvolvimento capitalista dessa sociedade. A concretização lógica e, ao mesmo tempo, histórica dos movimentos do capital e a forma pela qual esses moldam as lutas de classe e a competição devem assim, segundo o autor, ser o ponto de partida para qualquer investigação dos processos políticos para que não se incida na falácia do determinismo econômico mecânico ou da generalização abstrata.

"(...) o processo de acumulação de capital enquanto processo de luta de classes é sempre político, mediatizado pelo modo de funcionamento do Estado (...) Não se pode, conseqüentemente, de modo algum prognosticar o curso histórico efetivo

do desenvolvimento capitalista e da luta de classes a partir da lei da queda tendencial da taxa de lucro. A importância desta reside antes no fato de que ela permite compreender o movimento da taxa de lucro como dependente dos resultados da luta de classes (...) *objetivamente*".

Para HIRSCH (id., p.108-9), a conjuntura da luta de classes apesar de influenciada pelo econômico, depende diretamente de fatores políticos como a compatibilidade, a autonomia e a capacidade de alianças. No entanto, refere:

"(...) o que pesa mais é o movimento a longo prazo da taxa de lucro, e os processos também a longo prazo que determinam a força política da classe operária (...) que daí resultam, conduzem, quando de uma crise política aberta, a mudanças complexas do aparelho de Estado, cuja profundidade depende da força das lutas de classes e dos conflitos de hegemonia".

**A análise das políticas sociais realizada por  
OFFE.**

Como participante da Escola de Frankfurt e dos debates de **Kapitalistate**, dos quais aos poucos foi se distanciando, como refere CHAUI (1990, p.173), Offe desenvolveu uma teoria e um método sociológico para a análise das políticas sociais, numa linha interpretativa da questão do Estado prosseguindo numa direção aberta por Habermas.

O autor busca a compreensão das formas históricas atuais das políticas sociais e de suas mudanças, à luz da teoria do Estado, distinguindo analiticamente os **problemas estruturais** das **funções intrínsecas** de tais políticas. (OFFE, 1984, p.10-55)

Os **problemas estruturais** enfocados sob a ótica do Estado referem-se ao "estoque" atual de instituições sócio-políticas. Já as **funções intrínsecas** explicariam as "leis de movimento" que determinam o desenvolvimento histórico das instituições e dos instrumentos sócio-políticos. (OFFE, id., p.32)

Em relação à teoria do Estado, OFFE (id., p.10-1) parte da crítica a duas abordagens: a **formalista** e a **normativista**. A primeira por utilizar-se "da estratégia

teórica de conceber os conteúdos inicialmente contingentes (isto é, dependentes da vontade dos grandes homens, de processos empíricos de barganha e de coalizão ou de imperativos técnicos-científicos) para em seguida omití-los do processo de teorização (...)", o que caracterizaria uma redução da análise do Estado à categorias de procedimento ou formalismos processuais, que não revelariam o que é o Estado em seu conteúdo.<sup>30</sup>

A segunda abordagem teria um caráter normatizador por buscar *avaliar* o Estado realizando "*comparações entre o ser e o dever ser: a prática dominante é confrontada com suas deficiências, suas lacunas, permanecendo duvidosa a relevância política de tais indicações.*" (OFFE, id., p.13)

---

30. Cita como exemplo desta abordagem a definição Weberiana de Estado enquanto "detentor do monopólio da violência", que remete ao fato formal da "determinação em última instância" dos atos de soberania, mas não revela quem aplica a violência e a quem é dirigida.

Para OFFE (id. p.14), haveria a necessidade de uma definição funcional<sup>31</sup> de **conteúdo** do Estado (do que é e para quem serve) o que poderia ser realizado através da análise da relação entre a atividade estatal e os problemas estruturais de uma formação social.

"Trata-se, portanto, falando em termos gerais, da questão de como uma sociedade histórica se reproduz, de forma idêntica ou não: quais as estruturas e os mecanismos que geram, seja a sua continuidade ou sua identidade, seja as suas **descontinuidades**".

---

31.O autor refere-se a "uma análise funcionalista de orientação histórico-materialista que, ao contrário do funcionalismo, já parte do princípio de que os imperativos funcionais, aos quais esse sistema social "precisa" seguir, não somente estão "objetivamente" dados (para o sociólogo) mas que as lutas de classe são anunciadas e impostas, i.é., transformadas em problemas de atores sociais". A outra ressalva da análise funcionalista referente ao seu nível de generalização e incapacidade de explicar problemas estruturais, o autor contrapõe que "considera tanto teórica e politicamente como sendo partes constituintes indispensáveis do processo no qual as sociedades resolvem seus problemas ou escolhem entre sistemas de solução equivalentes (...) as constelações e processos de conflito e consenso". (OFFE, id., p.49)

Conseqüentemente, como refere o autor, se faz necessária a realização de **estudos de caso** para que a análise marxista do Estado e a pesquisa política avancem além do estágio de "**deduções**" categoriais, ou de "**avaliações**" vinculadas a situações concretas. (OFFE, id. p.122)

Em relação à fundamentação do conceito de "**Estado capitalista**" OFFE (id., p.123) constata a oposição entre duas perspectivas: a **instrumental** que entende o Estado como instrumento das classes dominantes, representada por exemplo pela doutrina do "**capitalismo monopolista de Estado**", que refere-se ao Estado como "**uma amálgama**" com os monopólios; e, a **visão alternativa**, que parte do pressuposto de que o Estado não favorece, em absoluto, interesses específicos.

A noção de interesses é trabalhada pelo autor, através dos pressupostos de Habermas e outros membros da Escola de Frankfurt, que questionam a conceptualização positiva de interesses verdadeiros por tratar-se de uma noção mediada por várias outras, como as de necessidades, anseios, preferências, razão e desejo.<sup>32</sup>

OFFE (1984, p.59) refere-se também aos equívocos sociológicos da estratificação e dos "**grupos de interesses**" caracterizados como inespecíficos em termos de

---

32.Tema discutido por exemplo por GEUSS (1988, p.75-81).

classes. Esta prática de distinguir grupos de interesses de forma neutra preenchidos por interesses heterogêneos, desempenharia a função, segundo o autor, de obscurecimento da realidade de classe pois, todos os grupos são tratados como se estivessem no mesmo plano.

Como refere o autor, há uma preocupação nas ciências sociais em relação à convergência entre interesses empíricos e verdadeiros e em relação à "**distorção**" da percepção de interesses que contribuiria para uma "**eclipse da consciência de classe**". (OFFE, id., ib.)

Existiria, segundo OFFE (id., p.85-9), uma probabilidade diferenciada de uma conceptualização equivocada dos interesses entre as classes sociais, que seria determinada, num grau significativo, pelas diferenças estruturais da posição de classe que se refletem, por sua vez, em diferentes práticas e problemas organizacionais, estratégias e estruturas que sustentam estas organizações.

Partindo destas concepções e baseando-se em estudos de algumas organizações de representação de interesses alemãs, OFFE (id., p.56-9) propõe como modelo explicativo dos interesses de classe, a teoria das duas "**lógicas da ação**

humana": a lógica do *lucro* e a lógica do caráter crescentemente *social* das forças de produção.<sup>33</sup>

"(...) as diferenças na posição de um grupo na estrutura de classes não somente conduzem a diferenças no poder que as organizações podem adquirir, mas também a diferenças nas práticas associativas, ou lógicas da ação coletiva, através das quais as organizações do capital e do trabalho tentam melhorar sua posição respectiva uma em relação a outra (...)"<sup>34</sup>

Dentre estas práticas organizacionais o autor enfatiza a do *oportunismo* que se caracterizaria sociologicamente por três elementos: a inversão da relação meios-fins; com o engrandecimento de meios institucionais que atuam como mecanismos de filtragem dos objetivos e princípios organizacionais (dimensão substantiva); a prioridade às realizações de curto prazo (dimensão temporal); ênfase nos critérios quantitativos de recrutamento e mobilização sindicais como a *maximização* ou a *exclusão tática*, que

---

33.OFFE (Id., p.56-9) cita diversos outros autores e trabalhos que seguem esta proposição.

34.Através de uma pesquisa empírica o autor demonstra estas diferenças lógicas entre organizações patronais e de trabalhadores, utilizando-se da análise dos fatores inputs (o que precisa ser organizado) e outputs (as condições de sucesso estratégico).(OFFE, id., p.61-82)

tornam obsoletas as perguntas: quem somos *nós*? ou, quem são *eles*, com quem estamos em conflito? (dimensão social). (OFFE, id., p.105-6)

Retomando a *visão alternativa* para a conceituação de Estado, o autor conclui:

"O conceito de Estado capitalista, (...) refere-se a uma forma institucional do poder público em sua relação com a produção material. (...) está sujeito a uma dupla determinação do poder político - segundo sua forma institucional, este poder é determinado pelas regras do governo democrático-representativo; segundo o seu conteúdo, é determinado pelo desenvolvimento e pelos requisitos do processo de acumulação". (OFFE, id., p.122-5)

Estes requisitos referem-se às quatro determinações estruturais do Estado capitalista a seguir:

1.a privatização da produção: mesmo a propriedade do Estado responde a interesses privados, isto é, sua utilização política não está sujeita a decisões políticas.

2.a dependência de impostos: o poder público depende indiretamente do volume da acumulação capitalista, o que permite que os detentores de poder no Estado manifestem seu poder através também de meios materiais.

3.a acumulação como ponto de referência: como o poder estatal depende do processo de acumulação sua função consiste em

manter as condições políticas que favoreçam o processo privado de acumulação.

4.a legitimação democrática: o exercício do poder através dos mecanismos democrático-representativos da formação de vontades e da regulamentação dos conflitos, tem o sentido de assegurar de forma politicamente duradoura a delimitação da esfera privada. (OFFE, id., p.123-5)

Partindo destes pressupostos a *política do Estado* é definida pelo autor, como:

"(...) o conjunto de estratégias mediante as quais se produzem e reproduzem constantemente o acordo e a compatibilidade entre essas quatro determinações estruturais do Estado capitalista. A política é, nesse sentido, o aspecto dinâmico da estrutura estatal". (OFFE, id., p.125)

Dentre estas estratégias, segundo OFFE (id., p.125-6), existiria uma estratégia geral de ação do Estado, que explicaria a harmonia das quatro determinações alcançada em termos operacionais. Esta estratégia consistiria na criação das condições segundo as quais cada cidadão (as unidades individuais de valor) seria incluído nas relações de troca. É através da "universalização da forma-mercadoria", que se obteria o "ponto de equilíbrio geral" do Estado capitalista e da própria acumulação, isto é, "o elo entre as estruturas políticas e as econômicas".

Trata-se, assim, da explicação da gênese das políticas sociais pois, sem uma política estatal não teria sido possível, segundo o autor, esta transformação em massa da força de trabalho despossuída em trabalho assalariado.<sup>35</sup>

**"A política social é a forma pela qual o Estado tenta resolver o problema da transformação duradoura de trabalho não assalariado em trabalho assalariado".**

Para OFFE (id., p.14-24), no caso da Alemanha, as políticas sociais são explicadas pelo desdobramento do problema da proletarização em outros três problemas estruturais, quais sejam:

1. da integração, constituição e recriação (motivação cultural) da força de trabalho despossuída para que se disponha a oferecer sua força de trabalho no mercado e aceitar os riscos e as sobrecargas associadas a essa forma de existência como relativamente suportáveis.
2. da constituição de condições sócio-estruturais para que o trabalhador funcione efetivamente (a institucionalização das

---

35. Como refere OFFE (id., p.16-7), a proletarização "passiva", maciça e contínua, decorrente da desapropriação das condições de utilização do trabalho, não tem sido historicamente suficiente, sendo necessária a concomitância de mecanismos estatais de estimulação da proletarização "ativa".

esferas existenciais e dos riscos de vida e principalmente de funções político-ideológicas).

3.da sua regulamentação quantitativa no mercado, em decorrência das flutuações da oferta e da procura, que exigem um "recolhimento" institucional de parcelas da força de trabalho ( o exército de reserva).

Partindo destes problemas estruturais OFFE (id., p.24) conceitua as políticas sociais como "o conjunto daquelas relações e estratégias politicamente organizadas (...) que participam da solução destes problemas".

"(...) a política social representa uma estratégia estatal de integração da força de trabalho na relação de trabalho assalariado, i. é., uma relação que somente poderia adquirir a difusão e a "normalidade" que hoje existem graças à efetividade desta estratégia. (...) não é mera "reação" do Estado aos problemas da classe operária (...) constitui e regulamenta o processo de proletarização".<sup>36</sup>

Segundo o autor, no entanto, as políticas sociais precisam ser explicadas também pelas transformações, as

---

36.Para o cumprimento destas funções existe um enorme acervo de instituições político-sociais correspondentes aos problemas estruturais mencionados. (OFFE, id., p.24-31)

"ordens de influência" das mudanças ocorridas nas políticas a partir de suas "funções intrínsecas". (OFFE, id., p.32)

Cita assim duas teorias que considera insuficientes para a explicação da gênese e das mudanças das políticas sociais. Numa perspectiva, essas funções intrínsecas seriam "o resultado de uma carga de risco objetiva e da imposição de exigências políticas"; exigências do capital, por um lado e, interesses e necessidades dos trabalhadores, por outro. Numa segunda perspectiva, o desenvolvimento das políticas estatais é explicado a partir dos imperativos do processo de produção. (OFFE, id. p.32-5)

Para OFFE (id., p.36), pode-se obter um modelo mais completo combinando-se as duas explicações:

"(...)precisam ser levados em conta, como fatores causais concomitantemente, tanto "exigências" como "necessidades"; tanto problemas de integração social, quanto problemas de integração sistêmica; tanto a elaboração política de conflitos de classe, quanto a elaboração das crises do processo de acumulação."

Segundo o autor, o problema funcional do desenvolvimento sócio-político é a "compatibilidade" das estratégias, mediante as quais o aparelho de dominação política deve reagir tanto às exigências quanto às

necessidades, não como problemas externos, mas internos à esfera política. Trata-se do problema da compatibilidade precária das instituições e serviços estatais.

OFFE considera como ponto de referência funcional para a explicação de inovações sócio-políticas, o da "rationalização interna" dos sistemas de prestação de serviços.

"(...) os desenvolvimentos e inovações da política social do Estado não podem ser conceptualizados como as causas concretas de estados societários ou de mudanças definitivas, mas meramente como condições iniciais desencadeadoras de interações conflitivas, sobre cujo resultado decidem relações de poder estruturais e constelações de interesses, ficando em aberto, portanto, os seus resultados ou apresentando-se como ambivalentes".<sup>37</sup>

Esta noção dinâmica do social trabalhada por Offe é essencial para a compreensão das políticas sociais enquanto

---

37. Desta reflexão o autor deduz que "a tarefa de uma pesquisa sociológica sobre política social não pode ser vista na formulação prescritiva de metas (policy designs) ou de resultados (policy outputs) mas sim na elucidação descritiva das condições sociais de implementação da regulamentação política, (...) sendo a base para recomendações políticas (...)". (OFFE, 1984, p.39-40)

espaço estratégico onde relacionam-se conflituosamente as forças sociais. No caso das políticas de saúde as especificidades históricas de seu(s) objeto(s), articulados às práticas e saberes a ele(s) inferidos, configuram funções intrínsecas que ampliam a complexidade das relações e este caráter dinâmico das políticas.

Durante as **crises de legitimidade** do Estado as funções intrínsecas das políticas sociais tornam-se visíveis pois ocorrem maiores descompassos entre as demandas e as necessidades. Estas crises são **administradas** pelo Estado, através de **mecanismos seletivos**, que funcionam como filtros para a seleção das demandas que seriam aceitas, negadas ou mascaradas. (OFFE, id. p.32-7)

São as noções de **seletividade estrutural** e de **administração das crises** que definem, para OFFE (id., ib.), o caráter classista da dominação política, que pode ser identificado no nível da estrutura, da ideologia, do processo e da repressão. Através desses mecanismos é que o Estado aparenta neutralidade em relação à luta de classes, pois atua de forma tópica e reativa, fragmentando a realidade, compartimentalizando as demandas e retraduzindo-as em outras necessidades.

O autor salienta, assim, a impossibilidade do Estado capitalista tornar-se um Estado **coletivo ideal**.

" (...) o Estado somente pode funcionar, como um Estado capitalista, na medida que utiliza símbolos e fontes de apoio que escondem sua natureza (...) (sua) existência pressupõe a sistemática negação de sua natureza (...)" .(OFFE, id., p.151-62)

CARNOY (1988, p.169) realiza uma análise comparativa entre as obras de Offe e de Hirsch.

Em relação a Offe ele conclui que o autor analisa o Estado enquanto *sujeito* que organiza a acumulação do capital e local das principais crises de legitimação do capitalismo avançado; coloca o Estado como *independente* da classe capitalista, mas *dependente* da acumulação, o que faz a burocracia estatal representar os interesses do capital (autonomia relativa). A política e as contradições servem, assim, de legitimadoras e intermediárias entre as classes e frações, através de seu aparelho administrativo.

CARNOY (id., p.180-94) considera que as obras de Offe e Hirsch se complementam pois, o primeiro "oferece uma compreensão detalhada das leis do movimento do próprio Estado" e, o segundo "das leis de movimento do desenvolvimento capitalista e de suas implicações para a forma e funções particulares do Estado."

Dessa forma, os dois autores estariam analisando as relações entre as contradições do desenvolvimento e o Estado.

"(..) concordam que o Estado não atende a função social de resolver conflitos entre *capitais individuais* no interior geral do capital, porque esse interesse geral é desconhecido." (CARNOY, id., ib.)

Segundo ainda CARNOY (id., ib.), apesar de priorizarem o "**político**", tanto Offe, quanto os derivacionistas da vertente da lógica do capital, tendem a enfatizar as intervenções econômicas do Estado, alterando a ênfase dada por Gramsci e mesmo por Poulantzas nas funções ideológicas e repressivas do Estado.

Nesta perspectiva, buscando retomar o eixo da vertente gramsciana, CARNOY (id., p.13-4) cita outros autores que desenvolvem um referencial que dá maior ênfase às determinações político-ideológicas da luta de classes. Dentre esses é mencionado Pietro INGRAO, da Itália, que coloca o Estado como arena de conflito e moldado pelas relações sociais, sendo a política a expressão não somente do poder das classes dominantes, mas também dos movimentos sociais organizados, fazendo-se presentes inclusive nas estruturas econômicas.

Como aponto em seguida outros autores brasileiros buscaram também enfatizar o político-ideológico e os movimentos sociais, temática essencial, a meu ver, para a compreensão das políticas sociais em nosso país.

**A análise do Estado e das políticas sociais  
nos países dependentes ou periféricos.  
Do referencial economicista à ênfase  
aos movimentos sociais (M.S.)**

Alguns autores tem buscado as especificidades do Estado brasileiro e de outros países da América Latina, dando ênfase aos determinantes econômicos, outros aos políticos e outros ainda, às relações contraditórias entre o político e o social.

Caracterizar-se-iam, assim, de uma maneira geral, modelos ou modos de desenvolvimento limitados e dependentes dos capitais externos, cuja industrialização tardia seria determinante de uma heterogeneidade econômica e social.

Como refere TOURRAINE (1989, p.31-5), a economia destes países foi determinante de "um tipo de desenvolvimento que responde mal às necessidades da população" tendo aumentado significativamente a desigualdade social, em decorrência de seus aspectos negativos, entre eles: os longos períodos de "fluxo líquido de capitais fortemente negativo para o conjunto do continente"; a "importância da dívida externa e a crise do comércio internacional", que fizeram reaparecer capitais para a instalação de indústrias "de forte intensidade de

capital"; a não reabsorção e inclusive o aumento do setor "informal", persistindo o subemprego e desemprego em massa; a dependência ocorrida também ao nível cultural, "pela penetração acelerada de modos de consumo importados".

Trata-se, segundo o autor, de um modo de desenvolvimento específico, expresso por uma hipótese geral que imprime um sentido particular às condutas dos atores sociais; que não podem ser explicadas por uma lógica externa, nem por fatores culturais mas por um modelo definido pela interação de características sociais e econômicas. (TOURRAINE, id., ib.)

O autor considera importante distinguir a noção de desenvolvimento da de modernização.

"Esta última se refere a tendências que levam da sociedade tradicional à sociedade moderna e que transformam a organização social, diferenciando-a, racionalizando-a, secularizando-a. Ao contrário, definiremos desenvolvimento como a passagem de um tipo de sociedade a um outro, o que supõe que cada um desses tipos seja definido não por um nível de modernização, mas por um conjunto de características específicas que nos fazem falar, por exemplo, de uma sociedade ou de uma sociedade mercantil. (...) Confundir modernização e desenvolvimento seria voltar ao

mito de uma evolução puramente endógena (...)." (TOURRAINE, id., p.44-5)

A análise feita por Tourraine e outros autores os quais citarei em sequência, partem da crítica as teoria desenvolvimentista das teses cepalinas surgidas no pós-guerra, que baseadas no **racionalismo** entendiam a democracia como consequência direta da modernidade do capital.

Como procuram demonstrar vários autores, estas teorias mostraram-se insuficientes, por seu caráter funcionalista e porque, historicamente, não ficou demonstrado o paralelismo entre a modernização, o desenvolvimento tecnológico, a mobilização social e a democratização, ou mesmo, o desenvolvimento de um país.

São citados como representativos desta crítica os trabalhos de E.FALETTO, F.H.CARDOSO (1973), M.C.TAVARES (1981) e J.M.CARDOSO de MELLO (1975). Estes autores através do referencial histórico-estrutural buscaram superar a análise mecanicista da lógica da acumulação capitalista, demonstrando as transformações econômicas e sociais ocorridas no Brasil e outros países dependentes, enquanto um processo da etapa monopolista do capitalismo mundial.

CARDOSO e FALLETO (1973, p.23) propuseram-se a explicar os processos econômicos enquanto processos sociais através de "um ponto de intersecção teórico" onde o poder

econômico se expressasse como dominação social, isto é, como política.

Utilizaram-se para isto de uma metodologia que pudesse considerar,

"(...) em sua totalidade as condições históricas particulares — econômicas e sociais — subjacentes ao processo de desenvolvimento, no plano nacional e no plano exterior; por outro lado, compreenda(esse) (...) os objetivos e interesses que dão sentido, orientam ou animam o conflito entre os grupos e classes e os movimentos sociais que põem em marcha as sociedades em desenvolvimento". (CARDOSO e FALETTO, id., p.21)

Segundo os autores, o sistema de dominação deve ser entendido como uma força interna, através de práticas sociais dos grupos locais que impõem interesses estrangeiros, "não precisamente porque são estrangeiros, mas porque podem coincidir com valores e interesses que esses grupos supõem serem os seus (...). É necessário elaborar conceitos e explicações capazes de mostrar como as tendências gerais da expansão capitalista se transformam em relações concretas entre homens, classes e Estado na periferia." (CARDOSO e FALETTO, id., p.28-38)

Em relação aos movimentos populares, estes autores entendem que desempenham importante papel na forma do Estado no sentido de "**empurrar**" para a democracia. As diversas histórias são, assim, o resultado de processos nos quais setores das classes locais aliados ou em desacordo com os interesses estrangeiros, organizam formas diferentes de Estado, sustentando ideologias distintas ou tentando implementar políticas diversas ou estratégias alternativas definidas para lidar com desafios imperialistas. (CARDOSO e FALETTTO, id., p.24-5)

Outros autores, entre eles TAVARES (1981) e CARDOSO DE MELLO (1975), partindo da construção da história da industrialização brasileira, discutem os determinantes históricos e políticos do modelo de desenvolvimento brasileiro, sua "**heterogeneidade estrutural**" caracterizada como decorrente de duas naturezas de problemas: dos problemas da dinâmica da industrialização tardia e daqueles que emergem da formação histórica de nossas sociedades nacionais.

Segundo TAVARES (id., ib.), os problemas da **modernidade** do capitalismo tardio são decorrentes do avanço desigual e periodicamente bloqueado das forças produtivas capitalistas, que ocorre através da reprodução das bases técnicas de um sistema industrial que alcançou um grau de desenvolvimento superior e transnacionalizado, a partir de

suas bases nacionais de origem. Já os problemas da pobreza e da marginalização, estão determinados pelo atraso econômico, político e social que subsistem como sequelas do próprio processo de formação histórica: a questão agrária, o desemprego, a organização política do Estado, que vão além das explicações econômicas.

Segundo esta autora, a noção de heterogeneidade deve ser entendida não mais como "**obstáculo estrutural**", ou "**fator de estagnação**" na transição do subdesenvolvimento ao desenvolvimento (como colocado nas teses cepalinas), mas como uma das bases constitutivas do caráter específico do desenvolvimento capitalista nas formações sociais latino-americanas. (TAVARES, id., ib.)

Sonia DRAIBE (1985) construiu também um referencial para a reconstituição histórica da atuação do Estado brasileiro no período de 1930-60, buscando a identificação da direção política do processo de transição capitalista.

Como refere a autora, a reconstituição da dinâmica econômica realizada por vários autores permitiu destacar "**a importância, o caráter fundamental, necessário, e o profundo grau de atuação do Estado na constituição do capitalismo e da sociedade burguesa no Brasil**", ficando como tarefa a identificação da **direção política** deste processo de transição,

"(...) a natureza das relações entre o político e o econômico, entre o Estado e a sociedade, de modo a poder identificar, na sua concretude histórica, as expressões de autonomia e da capacidade dirigente do Estado".(DRAIBE, id., p.19-20 e 27)

DRAIBE (id., p.17) refere-se a *vias de desenvolvimento* distinguindo-as dos *modelos de desenvolvimento*, que seriam definidos estruturalmente de forma abstrata.

As vias de desenvolvimento representariam a articulação de um conjunto de questões e alternativas identificadas a partir de condições históricas particulares através dos *interesses sociais estratégicos*. Enquanto possibilidades estruturais que constituem tendências-limite de direção do Estado (que podem ser apreendidas teórica e analiticamente) elas determinariam o *espaço substantivo da política*. Por sua vez, é este espaço que permitiria

compreender o **movimento político concreto** no processo de constituição da forma particular de Estado.<sup>38</sup>

Assim, os interesses fundamentais seriam caracterizados por sua potencialidade de generalização, para se transformarem em interesses amplos da sociedade constituindo blocos históricos que não se constituiriam, desta forma, em relação a "**atributos**" essenciais (econômicos) das classes fundamentais, mas no espaço substantivo da política. (DRAIBE, id., p.33-4 e 40-1)

É através destas noções e referindo-se a Poulantzas que DRAIBE (id., ib.) buscou entender a construção das estruturas centralizadas do Estado (sua forma) no período de 1930-60, rastreando as **metamorfoses** do Estado em direção a perfis mais completos do Estado capitalista, face aos **rumos** da industrialização.

Conclui caracterizar-se neste período **um Estado autônomo e dirigente**, pois as vias de desenvolvimento constituídas em seu interior, expressavam em seus conteúdos

---

38.DRAIBE (id., p.33) em sua pesquisa, partindo da análise da estrutura social gestada pela economia exportadora, distingue três setores sociais fundamentais: a burguesia mercantil-exportadora, a burguesia industrial e o proletariado. Estes setores, segundo a autora, constituíram a base de interesses da via alternativa de desenvolvimento da industrialização do período analisado (1930-60).

sociais e políticos, relações de classe, formas de articulação dos interesses, encaminhamentos dos conflitos, etc, e colocavam em seu limite, para além dos interesses dominantes, um projeto de transformação capitalista da economia e da sociedade, numa **direção econômica** (ou num **sentido**).

"A autonomia estatal, o caráter dirigente assumido pelo Estado, se exerce num espaço político determinado que, ao mesmo tempo, constitui os fundamentos da sua autonomia, os seus limites e a base sobre a qual a ação dirigente do Estado se impregna de **sentido**."

(DRAIBE, id., p.44-5)

Esta autonomia responderia, segundo a autora, à incapacidade dos técnicos e burocratas de estabelecer, a partir de si e no âmbito do aparelho econômico, a unidade da política econômica e social e, portanto, de exercer um papel dirigente, de verdadeiros promotores do desenvolvimento econômico, nesta etapa da industrialização. É sobre a heterogeneidade da industrialização tardia, caracterizada por uma base de interesses fragmentada, sem hierarquização e sem predomínio, que se exerce a estatização e a politização das relações econômicas de classe. (DRAIBE, id., p.52)

Estas relações (conflitos e contradições de interesses), segundo a autora, podem ser apreendidas na ossatura material do Estado, que as cristaliza e determina

formas para solucioná-las. Através da politização da luta econômica de classes, os conflitos são generalizados e filtrados a partir dos **"interesses do Estado"** por resoluções **"técnicas"**.<sup>39</sup>

A ação da tecno-burocracia não corresponderia a uma intermediação neutra pois ao operar como pivô nos sistemas de forças e alianças entre grupos de interesses, buscava-se, através do técnico, a superação da heterogeneidade, uma certa **unidade** da política econômica, dada pelo campo de forças sociais.<sup>40</sup>

Sonia M. F. TEIXEIRA (1989, p.22-3) referindo-se ao contexto atual brasileiro, considera que as análises relativas ao processo histórico de formulação de políticas tem possibilitado o conhecimento não apenas dos determinantes estruturais da intervenção estatal, mas os padrões de relação Estado/sociedade. Neste sentido, refere-se aos limites das análises baseadas em padrões de desenvolvimento:

**"A análise das políticas sociais deverá ter em conta não apenas os modelos de desenvolvimento**

---

39. Através do técnico ficam mascarados os mecanismos de privatização e de feudalização ou de corporativismo que se inscrevem também na ossatura estatal. (DRIBE, id., p. 50-5)

40. Naquele momento, segundo a autora, estas forças sociais sustentavam **"a presidência da república"**. (DRAIBE, id., p. 53-4)

nacionais como também a ordem política, os regimes que organizam as relações entre os cidadãos, as classes e as instâncias institucionais. (...) o sistema de representação de interesses e suas conseqüências ao nível da política (...)".

Segundo a autora, o estudo da constituição de padrões de cidadania em distintos contextos tem inspirado algumas pesquisas sobre a incorporação das demandas sociais. No caso dos países dependentes e periféricos corresponderia um padrão de cidadania regulada, referida à segmentação política e legal da classe trabalhadora, sendo que à heterogeneidade estrutural da economia corresponderia uma heterogeneidade social, a qual definiria, por sua vez, diferentes formas de inserção na produção.

Caracterizar-se-ia, desta forma, nestes países, um padrão Assistencial de Estado, cujo paradigma seria o trato compensatório da pobreza assentando em alianças conjunturais. Estas políticas corresponderiam a expressões secundárias de um Estado, que se apresenta como frágil e impotente e que compeliaria a sociedade civil e o próprio pauperizado a cooperar na produção dos serviços sociais. (TEIXEIRA, 1986)

Neste padrão, as políticas sociais envolvem necessariamente a participação estatal devido às condições estruturais de dependência e heterogeneidade, que impõem ao

Estado um padrão de interferência intensa e direta no processo de produção econômica. No entanto, o Estado não assume integralmente a produção de serviços sociais, utilizando-se mais frequentemente do seguro social, que apesar de tender à universalização do consumo, mantém o acesso excludente e diferenciado às políticas sociais. Esse caráter excludente deve-se, em grande medida, às relações entre o setor público e o privado, pela falta de mecanismos de controle e pela própria lógica de ampliação do capital, que impregna ambos os setores.

Segundo TEIXEIRA (1989, p.23), este padrão de políticas sociais traz embutida a lógica da cooptação e da segmentação dos setores da sociedade, pois os direitos são vistos como privilégios e funcionam como mecanismos de preservação e acentuação das desigualdades. Há um consenso que perpassa toda a sociedade sobre a necessidade de proteção social, sendo que, é o próprio Estado o mentor desse projeto e não os trabalhadores.

Como consequência desta diversidade ocorrida no nível da produção, a identidade é buscada no nível do consumo, na luta pela reprodução individual e social, cujo "locus", segundo a autora, é a família, a casa, o bairro. É esta busca de identidade que explica, para TEIXEIRA (id., p.24), o surgimento dos M.S. Urbanos, que tem por alvo o Estado como o provedor dos meios de consumo coletivo.

"A consciência alcançada, neste caso, é a da cidadania, sendo que a organização não poderá absolutizar o sindicato e o partido".

Conforme explanei suscintamente, para a compreensão das especificidades do Estado *dependente* e marcado pela heterogeneidade sócio-política-econômica, coloca-se a questão dos movimentos sociais. Tanto na utilização do referencial de modelos de desenvolvimento, como de vias de desenvolvimento ou de padrões de cidadania, estes movimentos tem sido salientados. Nesta perspectiva outros trabalhos têm buscado explicar sua emergência e especificidade.

Esta preocupação aparece também entre os autores que tem por referência os países centrais, como Poulantzas, os derivacionistas, os italianos, Offe e especialmente as correntes da Teoria Crítica.<sup>41</sup>

A temática dos M.S. refere-se de forma ampla à própria inscrição dos conflitos de classe na compreensão da natureza do Estado capitalista. Como vimos, este entendimento surge a partir do referencial marxista, através do qual o Estado passa a ser compreendido como apresentando uma especificidade histórica, tendo sua emergência enquanto

---

41.No Brasil foram publicados inúmeros trabalhos sobre o tema na década de 80, referindo-se à constituição de novos sujeitos sociais. Ver referências, por exemplo, em SADER (1988) ou SMEKE (1989).

capitalista com a manifestação dos conflitos de classes e, então, a separação contraditória entre o político e o social.

Através da crítica à economia política realizada por Marx tornou-se possível apreender com maior clareza a separação do Estado e da sociedade civil. Tratava-se, no entanto, segundo alguns autores, de uma análise referente a fase do capitalismo concorrencial em que o Estado não participava diretamente das relações de produção.

Como refere CHAUI (1990, p.281), atualmente, apesar de manter-se como poder político enquanto reposição jurídica das condições de existência da sociedade civil, esta distância entre o Estado e a sociedade civil perdeu nitidez.

Há uma certa concordância entre os marxistas em relação a esta tese, no entanto, é a explicação desta separação e das transformações do Estado, e assim, a compreensão de seu conteúdo que constitui alvo de polêmica e divergências.

De forma genérica esta divergência decorre da própria compreensão do poder e da política, de como o Estado mantém a aparência universal (repõe a igualdade e a liberdade) mas contraditoriamente tem um caráter particularista de classe.

As contribuições de GRAMSCI foram essenciais neste sentido ao enfatizar o papel do sujeito político e, em

especial, das classes dominadas. Através da noção de hegemonia e de Estado ampliado, o autor possibilitou a compreensão das relações entre a teoria e a práxis e do Estado (sociedade política mais sociedade civil) enquanto espaço contraditório de lutas e, assim, campo estratégico.

Em relação a esta ampliação do Estado, CHAUI (id., ib.) refere:

"Se, anteriormente, penetrava em toda a sociedade através das instituições públicas e da ideologia, se se espalhava pela sociedade através da verticalização das decisões e horizontalização das práticas de controle institucional, hoje sua presença ampliou-se porque penetrou também na esfera da produção econômica."

Em consequência desta ampliação surgiram, como cita a autora, outros problemas políticos para o Estado como: a ampliação da particularidade de classe e da divisão social; a efetuação da divisão social como divisão política; sua contribuição direta e intensiva na acumulação e exploração de mais-valia; sua inscrição como momento necessário e contraditório do imperialismo e do domínio de classe.

"(...) o Estado tornou-se a forma superior de alienação na sociedade contemporânea (...) (sendo que) a determinação mais marcante da existência

social contemporânea é a heteronomia." <sup>42</sup> (CHAUI, 1990, p.281-2)

Trata-se de um Estado que realiza a dominação por meio da submissão generalizada e da despolitização dos sujeitos sociais. Daí a necessidade dos procedimentos de legitimação, com caráter predominantemente economicista de eficácia racional, cujo lema, como refere CHAUI (id., p.282-3), é "**maximizar os ganhos e minimizar as perdas**", o que define a esfera do mercado como o paradigma de todas as práticas sociais.

Em linhas gerais estes procedimentos de legitimação referem-se: **a política social** de serviços públicos que garante sua presença onipresente e seu aspecto assistencial-tutelar<sup>43</sup>; **o planejamento e a administração**, enquanto tecnificação para a despolitização; **a crescente privatização** de toda a existência social através do controle do processo de trabalho, da manipulação do consumo, da

---

42. Heteronomia: "condição da pessoa ou de grupo que recebe de um elemento que lhe é exterior, ou de um princípio estranho à razão, a lei que se deve submeter". (FERREIRA, 1985, p.898)

43. "A onipresença do Estado torna-se tão natural e necessária que a idéia de gestão da coisa pública sem o Estado passou a ser inimaginável para o pensamento e prática políticos contemporâneos." (CHAUI, 1990, p.282)

despolitização administrativa; **a aparência de centro de uma sociedade dispersa**, através do controle e planejamento das esferas sociais pelo imperativo do mercado; **a política cultural**, através da família, da escola, dos meios de comunicação, da indústria cultural e política. (CHAUI, id., ib.)

O surgimento dos movimentos sociais é explicado, por seu lado, pela retração do espaço público e pela despolitização dos sujeitos. São grupos de pressão que se dirigem ao Estado para que atue como público, atendendo reivindicações sociais. (CHAUI, id., p.284)

De acordo com a autora, os movimentos sociais são o contraponto a este Estado que se coloca acima da sociedade. Surgem como sujeitos políticos novos no interior da sociedade civil e à distância do Estado. Colocando-se ao lado da opinião pública e, tendo por pressupostos a igualdade e a liberdade, buscam o reconhecimento de direitos civis e políticos e a criação de novos direitos.

Assim, a ênfase dos movimentos sociais como um contra-poder popular e democrático, em busca de expressão política se dá, como refere CHAUI (id., p.175), no plano da prática política, na apreensão da realidade econômica do poder político (o vínculo entre a exploração e a dominação).

Esses novos sujeitos abrem a possibilidade de **"surgir do interior da sociedade civil e à distância**

do Estado algo que, numa linguagem gramsciana, chamaríamos de sociedade política e para a qual o poder volta a ser posto como questão." (CHAUI, id., p.284)

Consequentemente, estas transformações ocorridas na sociedade tem exigido a reformulação da teoria de Estado. A eleição da teoria do **conflito de classes** permite compreender o papel contraditório do Estado, como representante das frações dominantes e condensação de uma relação conflitiva, apesar da aparência de neutralidade e de independência.

A ênfase dada aos M.S. tem por princípio a recusa da autonomia relativa do político, de um lado, e a do fundamentalismo economicista, de outro. Baseia-se também, segundo CHAUI, na reconsideração acerca do sujeito político, negando a definição que predetermina as classes sociais em seu conteúdo pela situação na produção.(CHAUI, id., ib.)

Permanece implícita a admissão de que as transformações nas condições de trabalho e de vida são fruto da ação dos trabalhadores e dos segmentos populares em geral e não o resultado predominante de leis econômicas identificadas como interesses das classes dominantes.

Eder SADER (1988) entre outros autores, construiu um importante referencial de análise dos movimento sociais.

No prefácio de trabalho de Sader, CHAUI (1988) refere-se à duas posições incorretas de análise dos movimentos sociais: a historiografia dos "mitos fundadores" que faz dos movimentos sociais a origem única das lutas democráticas; e "a periodização historiográfica oficial, onde a democracia se converte em "processo de redemocratização", cujos marcos, vindos do alto, seriam a "distensão", a "abertura" e a "transição"."

Sader, segundo a autora, apreende a dupla face dos M.S. Em primeiro lugar, o início de uma socialidade fundada na solidariedade de classe, como sujeitos criando a própria cena através da própria ação, na história, num espaço público além do sistema de representação política, "espaço da participação cívica e trabalhista". Na outra face, tem-se "os limites impostos ao projeto político que ali se desenha", e que foi derrotado pela política instituída. (CHAUI, 1988, p.15-6)

Segundo CHAUI (id., ib.), os limites teórico-metodológicos na compreensão dos movimentos sociais podem ser entendidos como os limites do julgamento da história "com as lentes do sujeito antigo -- o sujeito soberano do conhecimento objetivo --, mas foi justamente este sujeito que o novo sujeito político destronou ao entrar em cena, não podendo ser julgado por ele".

Esta observação é de especial interesse para a análise aqui proposta, pois são os mesmos limites impostos ao referencial da saúde, os limites do olhar objetivo estrutural-positivista que impossibilitam ultrapassar o paradigma do corpo morto e completamente determinável e compreender as relações e mediações dialéticas deste objeto com suas práticas e saberes.

Retomando a análise de SADER (1988, p.18), os M.S. ocorridos na década de 70 no Brasil representaram para o autor, um alargamento do espaço da política pela **invenção** de **novas** formas de política. Constituíram-se **novas** configurações de trabalhadores com **novos** padrões de ação coletiva.

Estas noções, como refere o autor, são contrárias à imagem de incapacidade de ação autônoma do trabalhador brasileiro, que o define numa representação de passividade e conformismo, determinada pelas características da formação histórica da sociedade. Trata-se de uma imagem frequente nas publicações anteriores a década de 70 e que foi reforçada pelas derrotas sofridas pelo movimento operário em 1964/68. (SADER, id., p.31)

A respeito destes pressupostos WEFFORT (1986, p.93-4) refere:

"(...) depois de 1968 a sociedade civil brasileira fora reduzida à impotência,

fragmentada no extremo limite. Foi este o momento da verdade das teorias que afirmavam o amorfismo e a incapacidade de organização e de representação da sociedade. Mais do que supostos vícios de formação do povo e do país, a verdade da teoria "oriental" só se revelava plenamente diante do "terror do Estado".

Com o surgimento dos M.S. redescobriu-se a sociedade civil polarizada em relação ao Estado.

Como refere WEFFORT (id., ib.), esta descoberta da sociedade civil não se dá pelos intelectuais, mas nas relações interpessoais, na família, na Igreja, na experiência do "terror do Estado".

Dá-se também, neste processo, no campo da saúde através das reivindicações que originaram o Movimento Sanitário.

É destas e outras experiências que deriva a elaboração da sociedade civil e a alteração do próprio modo de abordar as questões políticas. (WEFFORT, id., p.95)

Ao se fechar no regime militar, como refere SADER (1988, p.33-4), o Estado deixou de ser o parâmetro para medir a relevância das manifestações sociais e, nesse momento, os M.S. só puderam se desenvolver fora de sua intencionalidade.

Conclui assim o autor que os M.S. exigem um **novo** referencial de análise e levanta uma série de limitações acerca das explicações presentes:

.derivam as características políticas diretamente de fatores econômicos, operando uma naturalização destes e chegando a "**impasses insolúveis**".

.analizam os M.S. de acordo com "**condições dadas**", decorrentes do sistema social e não apreendem sua natureza e sua singularidade, como no caso dos referenciais baseados: em padrões de acumulação capitalista, no desenvolvimento urbano (ou sua crise), na forma do Estado, etc.

.deduzem tais movimentos sob a noção de "**necessidades objetivas**" que determinando "**condições objetivas dadas**" moveriam os atores.

.baseiam-se em referências analíticas que tomam as classes sociais em sua essência como previamente configuradas.

.entendem o Estado capitalista na fase monopolista enquanto interventor, como tendo perdido sua ambiguidade e apresentando-se sem máscaras e inimigo dos trabalhadores.

.consideram a "**autonomia**" dos M.S. como decorrente de um Estado inflexível em relação aos interesses dos trabalhadores. (SADER, id., p.37-43)

Esta crise dos referenciais políticos e analíticos que balizam as representações sociais sobre o Estado e a sociedade é constatada, segundo SADER (id., p.41), a partir da década de 70, quando o Estado deixa de ser visto como

lugar e instrumento privilegiado das mudanças sociais e estas mudanças passam a se expressar em pequenos atos sociais que aos poucos vão sendo valorizados como manifestações de resistência, autonomia e criatividade.

Desta forma, para o autor em seu referencial, ao se falar em ambiguidades e máscaras do Estado se está obrigado a falar nos "**processos de atribuição de significado e no mundo simbólico**" que definem fatos sociais nesses termos, ou seja:

"o estudo dos processos de atribuição de significados, pelos quais uma ausência é definida como carência e como necessidade, e pelos quais certas ações sociais são definidas como correspondendo aos interesses de uma coletividade".(SADER, id., p.41-3)

Em relação à elaboração cultural destas necessidades SADER (id., p.43-4) considera que além de uma definição geral daquilo que é necessário para as classes trabalhadoras (obtenção de bens e serviços necessários para a reprodução), interessa o **modo** (que tipo de ações para alcançar seus objetivos) como o **grupo** (sindicatos, comissões, clubes de mães, partidos, etc.) elabora suas necessidades e reivindicações.

Esta noção decorre da concepção de classe para SADER:

"Embora as pessoas se encontrem, de saída, numa sociedade estruturada já de determinada maneira, a constituição histórica das classes depende da experiência das condições dadas, (...) (através das quais) se identificam interesses, constituindo-se então: coletividades políticas, sujeitos coletivos, movimentos sociais".<sup>44</sup>

Não se trata, segundo o autor, de abandonar a conceituação marxista da existência "objetivamente dada" das classes sociais, mas de que esta realidade é o resultado das "ações sociais que se objetivaram", sendo concomitantemente exterior aos atores sociais e fruto de suas práticas institucionalizadas.

"Classe social desse modo designa uma condição que é comum a um conjunto de indivíduos. Mas ela é alterada pelo modo mesmo como é vivida". (SADER, id., p.47-8)

Na concepção do autor a reprodução, que implica a representação simbólica pela qual os agentes se reconhecem, identificam os demais e a si mesmos, representa um processo

---

44. Como refere o autor, "na medida em que tais movimentos constituem um agente ativo na formação social, mesmo aquela "estrutura já dada" é também produzida pelas interações e lutas de classe". (SADER, id., p.44-5)

que incide necessariamente sobre as condições dadas na esfera da produção.

Desta forma, refere SADER (id., ib.), a constituição dos movimentos sociais implica uma determinada elaboração (mental e prática) dessas condições, operando cortes e combinações de classe, configurações e cruzamentos que não estavam dados previamente.

Concluindo, é com estas referências que o autor construiu um referencial para os M.S.:

"(...) pensar as alterações nas práticas coletivas dos trabalhadores, como reelaboração do imaginário constituído, através de novas experiências, onde se produzem alterações de falas e deslocamentos de significados. Por aí surgem práticas instituintes".(SADER, id., p.46)

Como refere o autor, a base das mudanças ocorridas no conhecimento com o surgimento dos movimentos sociais está na valorização dos **sujeitos sociais**, pensados como **"senhores de suas ações"**. Trata-se de um movimento intelectual de oposição ao **"objetivismo"** preexistente, que não opõe um **"subjetivismo"**, mas concebe a **"realidade objetivada"** impregnada dos significados das ações sociais que a construíram enquanto realidade social. Sendo assim, os homens são produtos sociais e a realidade não é exterior ao homem.(SADER, 1988, p.45-6)

A noção de sujeito tem sido amplamente discutida, como refere SADER (id., p.54), apresentando muitas ambiguidades. Segundo o autor, ela vem associada à noção "de projeto e parte de uma realidade cujos contornos não estão plenamente dados e em cujo devir o próprio analista projeta suas perspectivas e faz suas apostas".

A noção de *projeto*, por sua vez, vincula-se a noção de *autonomia*, "como elaboração da própria identidade em projetos coletivos de mudança social a partir das próprias experiências". (SADER, id., ib.)

A noção de sujeito, no entanto, segundo SADER id., p.55), não está sempre vinculada a noção de autonomia. Quando referida, por exemplo, enquanto ator social, pode ser compreendida como aquele que representa um papel definido ao nível das estruturas. Já TOURRAINE (1989) retoma esta noção como elemento dotado de autonomia.

No Brasil, como refere o autor, este novo sentido se inscreve a partir dos discursos presentes nas comunidades de base (da Igreja católica) e trata-se de:

"(...) uma pluralidade de sujeitos, cujas identidades são resultado de suas interações em processos de reconhecimentos recíprocos, e cujas posições são mutáveis e intercambiáveis. As posições são desiguais e hierarquizáveis; porém

esta ordenação não é anterior aos acontecimentos, mas resultado deles. E, sobretudo, a racionalidade da situação não se encontra na consciência de um ator privilegiado, mas é também resultado do encontro das várias estratégias".(SADER, id. ib.)

Em relação a estas concepções, SADER utiliza-se do referencial de Castoriadis C.<sup>45</sup> que elabora a noção de sujeito, a partir da Psicanálise, podendo denotar tanto a autonomia como a heteronomia. Segundo SADER (1988, p.56-7), Castoriadis toma a premissa de Freud "Onde era o Id, será o Ego", " não como uma idéia reguladora com referência a um estado impossível, concluído, mas a uma situação ativa de uma pessoa que não cessa de retomar suas fantasias sem deixar-se dominar por elas".

Assim SADER (id., ib.) conclui em relação aos sujeitos sociais:

"Há, pois, uma inerência recíproca de sujeito e objeto na própria constituição do sujeito.(...) sujeito autônomo não é aquele que seria livre de todas as determinações externas, mas aquele que é capaz de reelaborá-las em função daquilo que define como sua vontade. Se a noção de sujeito

---

45.SADER refere-se a obra "A instituição do imaginário na sociedade", Paz e Terra, 1982.

está associada à possibilidade de autonomia, é pela dimensão do imaginário como capacidade de dar-se algo além daquilo que está dado".<sup>46</sup>

Seguindo esta corrente que enfatiza os movimentos sociais e o papel dos sujeitos na constituição das políticas sociais, Elizabeth SMEKE (1989, p.48-9) utilizando-se de um estudo de caso referente aos movimentos ligados à saúde ocorridos em Campinas no período de 77/81, buscou analisar as relações entre estes movimentos e a saúde:

"(...)uma tarefa cujo campo de análise deve estar no realizar-se do social em constante movimento de instituição e reinstituição. Um campo que intercepta as relações dialetizadas e conflitivas entre o individual, enquanto categoria de apelo ideológico; o coletivo, enquanto objeto mutante da política social; o social, enquanto conformação em movimento; e o político, enquanto jogo de forças capaz de estabelecer transformação. É uma tarefa que parece efetivamente operar no registro analítico preponderantemente supraestrutural, enquanto relações acontecendo entre o campo simbólico da representação do poder e o imaginário representado em esperadas práticas estatais, no

---

46. Idem, p.56.

seio da sociedade civil. Numa perspectiva onde a consciência da estrutura, pelo sujeito histórico, é que gera o movimento da superestrutura capaz de tornar a estrutura de *subordinante* a *subordinada*".

Para esta tarefa a autora propõe um referencial teórico-metodológico baseado na versão qualitativa da pesquisa sociológica, "associado a uma política orientada em direção à emancipação" (Thiolent), que valoriza a explicação das "relações interpessoais emocionais e sentimentais" entre pesquisador e pesquisado (Edison Nunes), e que inclui-se, desta forma, na linha da chamada sociologia crítica, onde se propõe substituir a *observação* pelo *questionamento*, rompendo tanto com o empiricismo como com o teoricismo.<sup>47</sup>

No sentido deste questionamento se introduz, como refere a autora, a concepção de *possibilidades*, que baseia-se

"(...) na noção de que a História se constroi através dos sujeitos, dos agentes, enfim daqueles

---

47.A autora refere-se aos trabalhos de THIOLENT, M. *Crítica metodológica investigação social e enquete operária* 2a ed. São Paulo, Polis, 1981; e de NUNES, E. *A aventura sociológica- objetividade, paixão, improviso e método na pesquisa social*. (SMEKE, 1989, p.51-3)

aos quais é dado o poder de reflexão e reformulação, tornando essencial o desejo - não enquanto pulsão atuando na esfera do Id - mas como algo a conquistar, traduzido na integralidade, liberdade e superioridade de um Homem Novo, de um HOMEM-SUJEITO onde a dominação, enquanto elemento nuclear das relações sociais, possa ser questionada e rompida".(SMEKE, id., p.53-4)

Segundo SMEKE (id., ib.)

"(...) o desejo de que essa possibilidade torne-se realidade precisa necessariamente estar por trás do desenvolvimento das análises que sustentam as práticas que possam concretizar tal utopia (...) numa relação dialética com as condições reais (...).

Através deste referencial e da concepção da saúde enquanto prática social, a autora interpreta os movimentos sociais em saúde - apesar de sua carga de funcionalidade e dos inúmeros mecanismos seletivos do Estado de atomização dos conflitos e contradições, como descreve - enquanto espaço de possibilidades, pois ao considerar a responsabilidade dos sujeitos sociais a saúde passa a ser percebida como direito de cidadania a ser exigido, o que "não garante mas permite a intervenção destas organizações populares numa nova

forma de relação saúde/sociedade potencialmente articulada aos seus interesses". (SMEKE, id., p.35-6)

*Algumas notas de referência teórica*

Através destas revisões busquei repensar e construir um referencial de análise das políticas sociais, enquanto formas de articulação entre o político e o econômico, entre o Estado e a sociedade.

Não se trata de escolher uma determinada corrente de pensamento mas compor conceitos e noções que se somam, se interrelacionam e se completam, possibilitando uma melhor aproximação da compreensão destas políticas.

Busquei, no entanto, dar maior ênfase aos determinantes político-ideológicos pois no caso das políticas de saúde estes determinantes apresentam importante papel, especialmente na APS, objeto deste estudo.

Fui, desta forma, destacando algumas idéias, noções e conceitos que pudessem explicar as questões levantadas. Entre outras destaquei a própria compreensão do que é o Estado e suas formas de intervenção, a conceituação de interesses e necessidades, a noção de sujeitos sociais e as idéias de crise, campo estratégico, ação coletiva, projeto e espaço de possibilidades.

Parti da compreensão do Estado capitalista enquanto estrutura jurídico-política da estrutura sócio-econômica que opera através desta separação, ocorrida com o modo de

produção capitalista, a função de reposição da igualdade e liberdade negadas na sociedade em decorrência de suas divisões internas. Esta separação do político foi explicada primeiramente por Maquiavel, depois por Hegel e Marx que buscaram compreender o Estado em seu conteúdo. Com a teoria marxista passou-se a compreender este conteúdo como o conflito resultante da luta de interesses entre as classes sociais. Trata-se da concepção de um Estado de classe, que surge da contradição entre os interesses individuais e coletivos, mas que assume enquanto poder separado da sociedade a aparência de uma comunidade ilusória. Em consequência desta concepção, para Marx é a sociedade civil o verdadeiro palco da luta de classes e, assim, da própria história.

O Estado ampliou-se progressivamente através da interferência direta na economia, somada ao aumento das práticas de controle institucional devido a ampliação da produtividade e do surgimento dos sujeitos sociais coletivos (sindicatos, partidos e outros). Consequentemente esta separação do político e do econômico perdeu nitidez fazendo-se necessário repensar a forma do Estado e principalmente seu conteúdo.

É através de Gramsci que se elabora a idéia de um Estado ampliado explicado como sociedade política + sociedade civil e a noção de poder como presente em toda a sociedade

(como referido anteriormente por Maquiavel), pois o poder resulta da ação da sociedade enquanto sujeito político.

O Estado passa, assim, a ser concebido como configurado pela condensação de forças sociais, expressão destas contradições e conflitos institucionalizados no e pelo Estado, que conseqüentemente torna-se palco de luta pela hegemonia. Através da noção de *guerra de posições* se presupõe uma luta político-ideológica na sociedade civil, sua organização através da sociedade política e a possibilidade de disputa pelo poder do Estado.

É também através desta noção de Estado ampliado que se compreende as crises de desenvolvimento como crises predominantemente político-ideológicas, enquanto manifestações das contradições expressas no interior do Estado.

Se por um lado, esta ampliação resultou em problemas políticos em decorrência do aclaramento dos conflitos de classe, por outro lado, inscreveram-se outros procedimentos de legitimação de caráter predominantemente economicistas. Há assim, a retração do espaço público e a despolitização dos sujeitos tendo-se uma sociedade marcada pela heteronomia.

Entre os procedimentos de legitimação surgem as políticas sociais, enquanto mediações entre o Estado e a sociedade. Surgem também os movimentos sociais que dirigem-se ao Estado buscando ampliar o espaço público.

Como conceitua OFFE, as políticas sociais são o conjunto de relações e estratégias politicamente estruturadas que participam da solução dos problemas estruturais. Não se trata de considerar as exigências do capital, por um lado, e necessidades ou interesses dos trabalhadores, por outro, mas de se levar em conta tanto problemas de integração sistêmica, como problemas relativos à elaboração política dos conflitos de classe e os relativos à elaboração das crises de desenvolvimento. Desta forma, estes problemas precisam ser pensados em sua especificidade histórica para cada formação social, o que implica também em funções intrínsecas específicas para as políticas sociais.

As políticas sociais representam interações conflitivas que ampliam sua aparência nos momentos de aprofundamento das crises, quando ocorrem maiores descompassos entre as necessidades e demandas; conseqüentemente seus resultados são ambivalentes e ficam em aberto, como refere o autor.

Pensadas enquanto mediações entre o político e o econômico, as políticas sociais compõem espaços estratégicos onde se inscrevem os conflitos de interesses entre as classes sociais.

Em relação à noção de sujeitos sociais, não se busca negar as classes sociais em sua determinação estrutural mas repensar este social como instituído a partir da ação de

sujeitos na luta de classes. Na ação, indivíduos, seus grupos e classes tem importante papel, como referido por Marx e enfatizado por Gramsci. Através da linhagem torna-se possível o surgimento destes sujeitos em busca de autonomia.

Retoma-se também a idéia de que a luta esta na sociedade civil; não como um luta essencialmente econômica, expressão da divisão social do trabalho mas uma luta político-ideológica que faz repensar as carências, as necessidades, os interesses, os direitos, a autonomia, e assim, a representação e o poder.

Esta noção de poder que perpassa toda a sociedade, enquanto dominação cotidiana, simbólica, invisível faz repensar as relações entre o Estado e a sociedade e também as políticas sociais.

No caso da saúde estas mediações se refazem especificamente por se tratar de uma política diretamente vinculada às necessidades e carências dos indivíduos e grupos sociais.

Em vários momentos da história, transformações ocorridas no social levaram a mudanças no nível das políticas de saúde, em seus conteúdos tanto práticos como teóricos. Tratam-se de políticas construídas no instituir do social, articuladas aos conflitos daí emergentes.

Buscarei assim, a partir deste referencial, apontar algumas destas especificidades das políticas de saúde, através da reconstituição histórica de seus saberes e práticas, articulados a seus objetos (ou seus sujeitos).

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS**  
**FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS**  
**DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL**

**A ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE - DISCUSSÃO DAS  
ESPECIFICIDADES DE SUAS PRÁTICAS E SABERES**

**VOL . 2**

Maria Alice Amorim Garcia

1991

G165a  
v.2  
16714/BC

UNICAMP  
BIBLIOTECA CENTRAL

## ÍNDICE

### CAPÍTULO I - CONSTRUINDO O OBJETO

O objeto .....	1
O percurso - alguns princípios metodológicos .....	18

### CAPÍTULO II - AS POLÍTICAS SOCIAIS E O ESTADO

#### CAPITALISTA MODERNO: UM REFERENCIAL TEÓRICO

A emergência das políticas sociais.....	25
As diversas correntes de análise do Estado e das políticas sociais. ....	30
Alguns apontamentos sobre as concepções pré-marxistas de Estado. A noção de interesses. ....	42
Os fundamentos da concepção marxista de Estado. A noção de interesses de classe. ....	47
A concepção gramsciana de Estado. O sujeito histórico.....	54
A concepção estrutural de Estado e a análise de Poulantzas. ....	64
As teorias derivacionistas.....	82
A análise das políticas sociais realizada por OFFE.....	87
A análise do Estado nos países dependentes ou periféricos. Do referencial economicista à ênfase aos movimentos sociais(M.S.) ....	102

Algumas notas de referência teórica.....	133
--	-----

CAPÍTULO III - AS ESPECIFICIDADES DA MEDICINA ENQUANTO  
PRÁTICA SOCIAL

Algumas relações entre os determinantes estruturais e intrínsecos das políticas de saúde .....	139
As disciplinas que sustentam as práticas de saúde.....	150
A constituição hegemônica da clínica: a configuração do corpo morto. ....	155
As origens da epidemiologia e a determinação social do processo saúde-doença. ....	171
A rearticulação da clínica e da epidemiologia através através da História Natural das Doenças (HND). ....	192
A crítica ao referencial positivista e a busca da aproximação ao objeto real. ....	205
A HND aplicada aos serviços através das ações programáticas.....	222

CAPÍTULO IV - A ATENÇÃO PRIMARIA A SAUDE (APS)

Uma tentativa de conceituação.....	228
As formulações originárias da APS.....	234
Breve histórico das políticas de saúde no Brasil. A emergência da APS.....	252
O período agroexportador da Velha República. A institucionalização dos	

serviços de Saúde Pública. .....	253
O desenvolvimento industrial. A Previdência e o modelo médico-sanitário de Saúde Pública.....	256
A inscrição do país no capitalismo monopolista. O modelo assistencial- privatista.....	263
O período pós-64 do regime burocrático- autoritário. O auge do modelo individual privatista.....	271
A crise do regime burocrático-autoritário. A efetivação dos modelos racionalizadores.....	276
A APS e o Movimento Sanitário. As possibilida- des de construção da consciência sanitária.....	298

.

CAPÍTULO III - AS ESPECIFICIDADES DA MEDICINA  
ENQUANTO PRÁTICA SOCIAL

*Algumas relações entre os determinantes  
estruturais e intrínsecos das políticas  
de saúde.*

A compreensão dos componentes históricos explicativos das políticas de saúde visa, no caso deste estudo, analisar a emergência da atenção primária (APS) como uma modalidade de práticas caracterizada por determinadas especificidades.

O termo medicina aqui empregado refere-se às práticas e saberes que compõem o conjunto das ações das políticas de saúde e não exclusivamente a modalidade de atendimento curativo individualizado.

De maneira geral, as relações entre o setor saúde e o social tem sido explicadas através da forma pela qual suas políticas participam da reprodução das estruturas econômicas e político-ideológicas, enquanto intervenções realizadas pelo

Estado no sentido do cumprimento de suas funções de reprodução das condições gerais do modo de produção capitalista.

Trata-se de funções relativas à reprodução e manutenção da força de trabalho, à constituição da hegemonia político-ideológica das classes sociais e à ampliação direta do capital, através da veiculação do consumo de mercadorias.

No entanto, estas funções de caráter estrutural são insuficientes para explicar as relações que imprimem determinadas especificidades à medicina pois ela guarda um ritmo próprio em sua historicidade, decorrente das características de seu objeto, o corpo social, e de suas funções relativas à vida, à cura e à morte.

Este objeto, para além de suas características biológicas, se define histórica e socialmente, o que o torna um corpo social.

Trata-se, conseqüentemente, de uma política que fundamenta-se em um processo de trabalho que responde, juntamente com outras formas de trabalho, a necessidades humanas, representando uma unidade de troca à qual é atribuído um valor social e histórico. (AROUCA, 1975)

É este fundamento que confere um papel eminentemente político-ideológico indicando que suas práticas e saberes devam ser estudados como **objeto** determinado pelas

estruturas, mas também como *sujeito*, que contribui para a recriação destas estruturas sob novas formas. (GONÇALVES, 1979, p.1-30)

Por estas especificidades, corre-se o risco de simplificações metodológicas, ao separar-se analiticamente funções intrínsecas e extrínsecas, ou estruturais (externas) e próprias (internas), que não correspondem à concretude da prática e de seus objetos.

Propõe-se, desta forma, pensar as disciplinas que compõem a saúde, enquanto saberes que relacionados a práticas articulam-se a seus objetos e apresentam especificidades sociais e históricas. Sob este referencial, busca-se superar algumas simplificações pois trata-se de pensar dialeticamente práxis e teoria, determinações sócio-econômicas articuladas contraditoriamente a determinações político-ideológicas, que expressam funções intrínsecas também dialeticamente relacionadas a funções estruturais.

Estas relações podem ser demonstradas, por exemplo, através da análise do vínculo da medicina com as ciências físicas, biológicas e sociais.

É o relacionamento com estas ciências que confere a aparência de neutralidade e de ahistoricidade à medicina, ao possibilitar a utilização regular de técnicas cientificamente comprovadas. Esta característica corresponde à fórmula encontrada por Laura Conti (citada por DONNANGELO, 1979,

p.16) da "**historicidade dos meios e anistoricidade dos objetivos**", que explica o caráter dessa história cronológica escrita em termos de "**uma história progressiva por parte da humanidade dos meios mais idôneos para curar a enfermidade**".

Por outro lado, como refere Madel T. LUZ (1988), é esta aparência que completa seu caráter social pois, através da neutralidade, a medicina cumpre o papel de normalização de seu objeto.

De forma sistematizada, as relações entre a medicina e o social passaram a ser analisadas, a partir da constituição da Medicina Social no século XVIII, quando a Medicina, segundo LUZ id., p.91-3), ao compor interdisciplinarmente com as ciências sociais positivas, tornou-se "**a pioneira da racionalidade científica moderna**".

A partir da clínica instaurou-se um discurso objetivo através das categorias relativas ao fato patológico, corpo doente, lesão, etc. que nas Ciências Sociais foram utilizadas enquanto desvio, disfunção ou desequilíbrio social. Através do quadro de verdades do discurso da racionalidade científica, o corpo doente ajudou a constituir o indivíduo moderno através da noção de normalidade; transformando o sujeito em objeto individual, ordenado e

racionalizado, um ser natural mas que precisava ser socializado. (LUZ, id., ib.)

Como refere a autora, os conceitos de normal e patológico, tornaram-se subordinados a outros que os supõem e embasam, através do postulado de unificação do Natural-Social de Comte. Neste, as leis da natureza e as humanas são as mesmas porque fundamentam-se na razão humana, que encontra na ciência moderna seu apogeu e lugar verdadeiro.

É através desta relação da medicina com a ciência social positiva que se estabelece, segundo LUZ (id., p.83), a contradição básica relativa ao objeto da medicina. A constituição deste corpo normalizado, corresponde a um longo processo de deslocamento epistemológico da medicina, "de uma arte de curar indivíduos doentes para uma disciplina das doenças".

"A saúde passará a ser vista não como afirmação da vida, mas como ausência de uma patologia. A cura será substituída pela cessação de sintomas, sobretudo dos sintomas principais, ou chaves das doenças".

Segundo interpretação de CHAUI (1990, p.34-5), na perspectiva teórico-metodológica do positivismo, a racionalidade deste corpo objetivo e "completamente determinável" configura um discurso ideológico fundado na dominação e no objeto morto.

"A racionalidade tomada, então, à luz do ideal da objetividade desemboca na noção de lei do objeto, que, por estar referida ao objeto morto, permite cálculo, revisão, manipulação (...) controle e a instrumentalização do real. O objeto completamente determinado, isto é, a objetividade, é o objeto completamente dominável, tanto no nível do saber, quanto no nível da ação".

De acordo com interpretação de SMEKE (1989, p.32) esta racionalidade "constitui-se na forma por excelência, pela qual o objeto torna-se, a um só tempo, exterior ao sujeito do conhecimento e a ele subordinável".

Configura-se assim, o papel ideológico da medicina pois as articulações entre saberes, práticas e objetos são construídas através de uma racionalidade que busca esgotar as propriedades positivas destas relações, **retirando** a possibilidade de reflexão interna de seu objeto e o surgimento de contradições e conflitos.

Através desta racionalidade a medicina tornou-se um discurso "instituído" e "competente". Como refere CHAUFÉ (1990, p.7), trata-se de:

"(...) um discurso no qual os interlocutores já foram previamente reconhecidos como tendo o

direito de falar e ouvir, no qual os lugares e as circunstâncias já foram predeterminados para que seja permitido falar e ouvir e, enfim, no qual o conteúdo e a forma já foram autorizados segundo os cânones da esfera de sua própria competência".

Este discurso tem por competência a normalização dos corpos tornando-os sociais funcionalmente.

Como discutido por CANGUILHEIN (1978), a medicina cumpre este papel na normalização da vida ao dirigir-se ao seu objeto buscando determinados efeitos orientados pelas concepções de normalidade que são históricas pois decorrem das formas de vida, das relações estabelecidas entre os homens e a natureza, enquanto "modos de andar a vida".

As noções de normal e patológico são ditadas pela sociedade, que define as necessidades para as quais o trabalho médico se dirige, manipulando essas concepções durante esse mesmo processo. (CANGUILHEIN, id.)

Esse papel de normalização ampliou-se com a generalização do cuidado médico principalmente nas últimas décadas, caracterizando-se, como descreve DONNANGELO (1979, p.33), um processo de "medicalização" que,

"(...) não corresponde a um fenômeno simples e linear de aumento de um consumo específico e sim que ela se deu através de uma complexa dinâmica econômica e política pela qual se expressam os

interesses e o poder de diferentes classes sociais."

Trata-se de um processo de redefinição das necessidades de saúde que "embora transcendam o campo médico, encontram nele sua área privilegiada de expressão. (DONNANGELO, id., ib.)

O processo de *medicalização*, ao mesmo tempo que redefine as necessidades, redefine os corpos, enquanto seu objeto, sendo essencial para a efetivação do papel político-ideológico da medicina. Através deste processo a medicina aproxima-se das tensões sociais; por um lado, contendo-as através da elevação dos níveis de consumo e do mascaramento e tradução das necessidades reais e, por outro lado, possibilitando o surgimento de novas necessidades, interesses e falas, e assim, de sujeitos sociais.

Outra especificidade da medicina referida por DONNANGELO (id., p.22), deve-se a que, tanto o seu *objeto*, quanto o seu *produto de trabalho*, consubstanciam-se no corpo, através da imediatez da prática identificando os momentos da produção e do consumo, o que também explica a característica predominantemente político-ideológica do trabalho médico.

Trata-se de pensar que para além das funções estruturais da medicina, seu papel é recriado no dia-a-dia, nas relações estabelecidas em suas práticas, que apresentam

um caráter eminentemente pedagógico; normalizador e, contraditoriamente, espaço possível de transformações.

Segundo DONNANGELO (id., p.21), com a medicalização houve um processo de **politização** do ato médico que desdobrou-se em várias direções:

"(...) as pressões pela generalização dos benefícios das ciências médicas; a constatação do gigantismo tecnológico da medicina e do seu consequente efeito de dominação sobre o modo de vida dos homens; a negação dos efeitos do progresso tecnológico sobre o prolongamento da vida humana e o bem estar do paciente; a identificação do caráter discriminatório de classe, que se manifesta na manipulação dos recursos médicos, e outras tantas orientações (...)".

Em consequência destes processos, como refere NOVAES (1987, p.49), o social passou a **escapar** do controle médico e a medicina foi obrigada a lidar com o social, mas de forma contraditória.

"(...) pela sua forma de articulação social, refletida no seu corpo conceitual, (a medicina) não tem como pensar o biológico e o sujeito historicamente, a não ser de forma desarticulada".

Enquanto discurso, a medicina coloca-se como técnica única para a cura e prevenção da doença, mas não consegue ignorar sua insuficiência, reconhecendo por exemplo, como refere NOVAES (id., ib.), a diversidade consequente à organização dos serviços.

Estes reconhecimentos, no entanto, precedem e justificam o discurso da neutralidade e da externalidade, sendo colocados como impeditivos ou dificultadores da efetivação do caráter científico da medicina. Através da razão positiva, mais uma vez, o social é colocado fora da esfera de sua competência.

É através deste discurso instituído, ao mesmo tempo social e científico, que se completa o papel político-ideológico das políticas de saúde. Trata-se de um papel que cumpre funções intrínsecas e estruturais, ocorrendo em vários níveis de relações; desde a relação cognitiva entre o médico e o paciente, até as articulações entre as instituições e a sociedade de forma genérica, enquanto política social.

Enquanto um processo contraditório inscrevem-se conflitos sociais cujos resultados não estão dados *a priori* ou pre-determinados estruturalmente. Ao estar diretamente relacionada às necessidades, a medicina impõe-se neste processo do constante instituir-se do social, dos sujeitos que dele surgem na contradição entre a heteronomia e a autonomia. Este papel torna-se mais complexo ao tratar com

corpos que apesar de pensados dualmente em mente e físico, tem estas funções integradas na concretude da vida. Ao lidar com necessidades relativas a um **objeto** que é social, a medicina incorpora-se a esta dinâmica, onde surgem possibilidades de fala, de recomposição daquilo que foi **retirado**, fragmentado e isolado, pois trata-se na realidade com **sujeitos**.

Desta forma, quando este estudo se refere ao objeto da medicina, busca-se pensar dialeticamente em um objeto/sujeito, que a medicina tem por função normalizar mas cujo processo de normalização inscreve-se no social, onde o político-ideológico apresenta-se permeando, em sua invisibilidade, todas as relações ali instituídas.

*As disciplinas que sustentam as práticas de saúde.*

Apontando algumas características intrínsecas da medicina, dialeticamente referidas às funções estruturais das políticas sociais, este estudo concentra-se na reconstrução histórica do processo de produção dos saberes diretamente referidos às políticas de saúde e que sustentam as práticas realizadas nas estruturas de seus serviços.

Genericamente estes saberes constituem duas disciplinas: a Clínica (ou as Ciências Médicas) e a Epidemiologia, cuja diferenciação decorre da especificidade de seus objetos, respectivamente o processo saúde-doença individual e coletivo.

Trata-se de uma diferenciação de caráter analítico, pois estes dois objetos configuram-se concretamente em um só corpo, social e histórico; e é esta historicidade que marca especificamente as características destes objetos e de suas articulações.

Desde a inserção da medicina na racionalidade científica moderna, iniciada com o desenvolvimento da Anatomia no século XVI, a Clínica tornou-se dominante e a Epidemiologia sua auxiliar ou subordinada, sendo chamada a

resolver questões postas no nível do coletivo, em grande parte das vezes, como fornecedora de descrições acerca da magnitude e da distribuição das doenças.

Entretanto, de uma maneira geral, são os conhecimentos relativos ao coletivo que têm permitido a organização das práticas, identificando as condições de salubridade necessárias para o desenvolvimento da sociedade e para a construção dos conhecimentos acerca do indivíduo doente. A Epidemiologia tem sido também a disciplina responsável pela sinalização de perigo colocando em questão "o pretense caráter absoluto das ciência médicas, o que a faz oscilar entre a possibilidade de assumir todo o seu caráter heurístico e tecnológico, por um lado, e a resignação a recolher-se à humildade de pequena disciplina auxiliar, por outro". (GONÇALVES; NEMES e SCHRAIBER, 1990, p.41-2)

Estes fatos evidenciam o caráter singular do objeto da epidemiologia, que diferencia-se na explicação e na intervenção sobre esta realidade -- no sentido dado às possibilidades de instrumentalização da prática e da produção de conhecimentos relativos ao processo saúde-doença.

Segundo palavras de BREIHL (1989), por ser a Epidemiologia uma "herramienta para el quehacer, y sobre todo como "termómetro" de la calidad de vida que reflexa el éxito de un sistema social", ela se encontra

"inmerso en un ámbito de presiones y se desenvuelve entre los fuegos cruzados de distintas fuerzas e intereses".

Por sua implicação social mais evidente a Epidemiologia tem sido alvo de frequentes questionamentos no tocante à metodologia empregada e aos limites de seu referencial teórico. Na base destes questionamentos, que buscam torná-la uma disciplina autônoma, encontra-se a concepção de seu objeto.

Como refere Ricardo Bruno GONÇALVES (1990, p.13), trata-se inclusive de considerar a existência de dois objetos pretensamente epidemiológicos: o constituído pela doença no nível do indivíduo e do biológico através da História Natural das Doenças, que subordina a epidemiologia à clínica; e o objeto inscrito com a Medicina Social, de caráter coletivo e histórico, "a gênese e o devir dos processos saúde-doença em populações concretas".

Recentemente, como refere o autor, agregaram-se a problemática teórico-metodológica da Epidemiologia duas novas perspectivas: a busca de conexões mais explícitas entre o conhecimento epidemiológico e a organização social das práticas de saúde, enquanto viabilização de um projeto de organização coerente com as explicações do processo saúde-doença e, por outra parte, a busca da compreensão teórico-

filosófica de suas relações com a produção de conhecimentos. (GONÇALVES, id., p.1-2)

Não esqueçamos, no entanto, do caráter intrinsecamente social da medicina, efetivado tanto pela Clínica como pela Epidemiologia, através da aparente neutralidade e cientificidade destes saberes e suas práticas, que se inscrevem no processo de normalização da vida.

Neste sentido, é interessante registrar como este processo tem sido realizado historicamente por estas disciplinas, o que possibilita especificar o caráter político-ideológico da medicina enquanto prática social.

Na APS através das ações programáticas que buscam articular saberes e práticas coletivas e individuais, as relações entre a Clínica e a Epidemiologia estão sempre presentes, levantando-se questionamentos.

Pelas características de sua emergência enquanto modelo simplificado de atendimento voltado para populações excluídas socialmente, propôs-se uma certa reordenação das práticas baseadas no coletivo, no sentido do barateamento de custos e aproximação das necessidades sociais, para seu mascaramento e redirecionamento funcional. Houve um realinhamento das relações entre a clínica e a epidemiologia por mudanças vindas do social, pela inscrição de **novos** sujeitos, **novas** necessidades e exigências relativas às políticas de saúde.

Com o objetivo de entender estas articulações este estudo orientou-se para a revisão da constituição histórica dos saberes da clínica e da epidemiologia.

*A constituição hegemônica da clínica: a configuração do corpo morto.*

"Para os nossos olhos já gastos, o corpo humano, constitui por direito e natureza, o espaço de origem e repartição da doença (...)" . (FOUCAULT, 1980, p.1)

É a partir do Renascimento, no final do século XV, que inicia-se o processo de configuração da doença no corpo humano e a medicina deixa de ter um caráter filosófico de cunho totalizante e passa a ser um campo nosológico estruturado de conhecimentos construídos empiricamente, no qual o paciente é o suporte accidental da doença e objeto da Clínica. Desta forma, são reestruturadas as concepções do processo saúde-doença, sua base explicativa e as práticas de saúde.

São transformações decorrentes da transição do feudalismo para o modo de produção capitalista, com a conseqüente emergência das classes sociais. Com a ampliação do comércio e, posteriormente, o início da industrialização, cresceram os burgos, sua população e os problemas decorrentes desse processo: as epidemias e a piora das condições de vida.

Como descreve LUZ (1988, p.16-20), para o conhecimento e transformação da natureza e, principalmente, para a implantação da nova ordem social, se fez necessário instituir uma nova visão de mundo. Houve uma revitalização do humanismo, que reafirmava o homem como proprietário da natureza e esta objeto de investigação. No dizer de Bacon (citado por LUZ): **"só se governa a natureza conhecendo-a"**.

Assim, conclui a autora:

**"O movimento típico do conhecimento científico moderno é prático, transformador de realidades"**.(LUZ, id., ib.)

Trata-se de parte do processo de desenvolvimento da ciência moderna, na busca da verdade através de **"teorias explicativas"** e da construção de **"objetos discursivos"**. Para o desenvolvimento científico, através da metodologia empírico-indutiva, a Natureza tornou-se objetiva e independente do mundo humano, o que possibilitou a prática sistemática da observação, da descoberta e da invenção.(LUZ, id., ib.)

Constata-se uma oscilação entre o racionalismo e o empirismo. Busca-se, por um lado, ordens lógicas de eventos (razão racionalista) e procura-se, por outro lado, reafirmar repetidamente através da observação sistemática, a existência

independente desses eventos como fundamento para as ordens de sentido anunciadas pela razão. (LUZ, id., ib.)

É uma razão dualista, como refere LUZ (id., ib.), que induz a rupturas: epistemológica, social e psicológica; apresentando-se, secundariamente, inúmeras dualidades: entre o homem e a natureza, entre a matéria e o espírito, entre o corpo e a alma, entre o organismo e a mente.

A Medicina inscreveu-se nesta racionalidade, através da Clínica, como uma disciplina do social que produziu um discurso natural sobre a realidade social e construiu o corpo do homem de forma naturalizada através da morte e da doença. Constitui-se, então, em um discurso social por seus efeitos políticos ao ter contribuído (e contribuir até os nossos dias) para a ordenação sócio-econômica e política do indivíduo e das classes sociais. (LUZ, id., p.94)

Foi a partir do século XV, com o desenvolvimento da Anatomia, que o corpo humano passou a ser o objeto de configuração da doença, desenvolvida através de três eixos principais: o da anatomia-patológica, o da fisiologia e o da etiopatogenia. (NOVAES, 1987, p.26-30)

No caso do saber anátomo-patológico, realizado principalmente nos cadáveres, a morte precisou ser desmistificada, através de um longo processo que acompanhou a secularização (ou dessacralização) das sociedades ocidentais.

Como descreve LEPAGNEUR (1987, p.16-24), na Idade Média com o advento do cristianismo, predominavam as concepções religiosas do processo saúde-doença. Tanto a dor como a própria morte eram valorizadas culturalmente, como formas de purificação.

"(...) conciliar a doença é amansar a morte". "A morte é que faz os imortais".

Predominavam também as práticas religiosas, sendo que as instituições ligadas à saúde encontravam-se, na época, sob o controle da Igreja. Os hospitais tinham por função abrigar os doentes pobres, isolando-os do restante da sociedade e as práticas baseavam-se em rituais religiosos.(LEPAGNEUR, id., ib.)

O processo de secularização da sociedade, coadjuvante da transição para o capitalismo, iniciou-se, segundo o autor, no século XVI na Europa pelos humanistas e reformadores. A igreja, neste processo, deixou de ter o monopólio sobre a educação e o cuidado do corpo, que lhe vinha sendo assegurado desde a invasão dos bárbaros no século V.(LEPAGNEUR, id., ib.)

Com o positivismo a morte passou a integrar um conjunto técnico-conceitual, adquirindo um valor fundamental para a experiência clínica. Como a razão, a morte foi desubjetivada para compor o **quadro de verdades** da ciência moderna.

Segundo FOUCAULT (1980, p.153), foi Bichat um dos principais responsáveis pelo processo de desmistificação da morte.

"Durante vinte anos, noite e dia, se tomarão notas, ao leito dos doentes, sobre as afecções, (...) e o resultado será apenas confusão nos sintomas que, a nada se vinculando, oferecerão uma série de fenômenos incorretos. Abram alguns cadáveres: logo verão desaparecer a obscuridade que apenas a observação não poderá dissipar."<sup>48</sup>

Nesse processo de transformação das instituições na transição para o capitalismo, também os hospitais se modificaram. As religiosas foram substituídas pelos médicos e de um enfoque caritativo e moralista o hospital passou a ter um cunho sócio-político e receptivo à técnicas clínicas, investigatórias e administrativas.

Como descreve FOUCAULT (1986, p.99-111), houve um processo de disciplinarização das instituições educativas, médicas e do próprio exército, para que pudessem responder às necessidades da sociedade emergente e, no caso dos hospitais, para possibilitar a produção do saber médico.

---

48.BICHAT, X. *Anatomie générale*. Citado por LUZ (1988, p.90).

As principais mudanças ocorridas nos hospitais evidenciam-se: na reformulação do espaço físico, com a separação de salas de cirurgia e a individualização dos leitos, para diminuir a contaminação e facilitar a observação dos doentes; no controle do desenvolvimento das ações através da observação e registro contínuos; no estabelecimento de funções e de uma hierarquia entre os profissionais, assumindo o médico o comando técnico, no lugar das religiosas. (FOUCAULT, id, ib.)

Sob a influência do positivismo as disciplinas científicas multiplicaram-se em busca da objetivação através de dados empíricos. Para a medicina, inicialmente, foi a Botânica e as Ciências Naturais que contribuíram para a construção do sistema classificatório das doenças, a Medicina das Espécies Patológicas. (NOVAES, 1987)

Na Medicina das Espécies as doenças foram sistematizadas e ordenadas por analogias e metáforas de similaridades, sendo que as enfermidades correspondiam a construções abstratas baseadas em séries "**históricas**" de características naturais, pois observadas no ambiente do homem. Tratava-se, segundo FOUCAULT (1980, p.32), de um modelo de conhecimento produzido através da observação do paciente, na prática clínica, "**(...) é o confronto do saber com a percepção**".

A Anatomia desenvolvida inicialmente por Leonardo da Vinci(1452-1519) e por André Vesálio(1514-1564), fez com que o corpo humano se tornasse objetivo, verdadeiro, rompendo-se com as concepções pré-científicas. Numa concepção mecanicista, o corpo passou a ser pensado como uma máquina com características superiores, movendo-se segundo uma lógica articuladora, que constituirá, segundo LUZ (1988, p.84), a base da racionalidade da medicina.<sup>49</sup>

Já, com a Anatomia Patológica buscou-se uma dupla objetivação: das doenças e do corpo. Através dos estudos de Bonet, Malpighi, Boerhave e Morgani, durante os séculos XVII e XVIII, o corpo passou a ser o depositário das doenças e as espécies mórbidas tornaram-se entidades patológicas. Por influência do positivismo, buscava-se a objetivação dos sintomas através de dados empíricos, observados nas lesões pós-morte.

Como descreve FOUCAULT (1980, p.153-7), a produção de conhecimentos se transformou pela substituição do "método das identidades sintomáticas por uma análise, que se poderia denominar em *tabuleiro* ou em *extratos* (...) a *determinação do ponto fixo (sede das doenças) que se*

---

49. Esta característica do corpo enquanto máquina pode ser constatada no título da obra de André Vesálio, "*De Humanis corporis fabrica*".

revela por três referências, a da localização, do foco e pela primitividade."

Em relação ao modelo de causalidade manteve-se, neste percurso, a concepção ontológica de mal externo que invade o organismo causando as lesões observadas. Apesar de não se ter visualizado a bactéria, as noções de invasão, contágio e contaminação constituem a base explicativa deste modelo.

Em relação à prática, a Anatomia introduziu as técnicas de inspeção, palpação e ausculta, visando a objetivação dos sintomas referidos pelo paciente.<sup>50</sup>

Essa mentalidade invasiva, ainda é priorizada nos nossos dias, levando à intensificação do desenvolvimento de métodos de investigação que penetram no corpo em busca das lesões encontradas inicialmente no cadáver, e agora através das cirurgias e dos os exames radiológicos, endoscópicos, nucleares, etc.<sup>51</sup>

O segundo eixo de configuração da doença no corpo humano foi o da fisiologia, desenvolvida a partir: do

---

50.O estetoscópio foi introduzido por LAENNEC (1781-1816). (NOVAES 1987, p.28).

51.A cirurgia desenvolveu-se inicialmente separada da medicina, no conhecimento relativo à gestação e crescimento fetais, tendo facilitado a observação das lesões no ser vivo.

aprimoramento do microscópio; da introdução do conceito de tecido por Bichat(1771-1882), que recuperou a produção de Morgani e da teoria celular (a histologia) iniciada por Rudolf Virchow(1821-1902). (NOVAES 1987, p.26)

Iniciou-se, então, um processo de mudança das concepções sobre as doenças, pois foram incorporados os conceitos advindos do *Vitalismo*, como o de transformismo e o de mecanismo de geração, que tornaram dinâmica a explicação do processo saúde-doença. Houve, para CANGUILHEIN (1978), a partir de Claude Bernard, uma ruptura na produção do saber médico, que deixou o cadáver e passou a ser realizado nos laboratórios.

Com a fisiologia ampliaram-se as relações com a química, a física e as ciências biológicas. A doença deixou de ser uma entidade patológica e passou a ser um estado, como variação material e energética, sem solução de continuidade com o estado de saúde (teoria das lesões orgânicas). (FOUCAULT, 1980, p.220-1)

Entre o normal e o patológico passaram a ser estabelecidas uma série de variações quantitativas independentes e a doença passou a constituir-se na soma dessas séries.

A partir de então, intensificou-se o fracionamento do corpo em órgãos, tecidos, células e funções, o que tornou

difícil a recomposição de sua unidade biológica e mais difícil ainda sua recomposição com a psique e o social.

Desta feita, a fisiologia, denominada a ciência do homem normal, reinstitui o discurso normatizador da saúde e da doença e disciplinarizador dos corpos. Sob este referencial, o corpo individualizado e repartido no saber, também não se recompõe na prática, pois *cada caso é um caso* que não se insere no social. O controle sobre os corpos foi ampliado na perspectiva de se encontrar alterações subclínicas, tornando-os iguais e potencialmente doentes. (CANGUILHEIN, 1978, p.94-5)

Neste sentido é interessante a observação feita por CANGUILHEIM (id., ib.)

"(...) estas funções orgânicas de representação comum do normal são tiradas num meio social, num dado momento(...) (como) conceitos descritos em ideais biológicos e retomam à fisiologia estes ideais já normatizados(...) (e assim) o normal é aquilo que é como deve ser e o que deseja restabelecer, estados que são apreendidos sob a forma de valores negativos, sendo a vida de fato uma atividade normativa (...) faz do normal biológico um conceito de realidade estatística".

Apesar de incorporar através do Vitalismo uma concepção dinâmica sobre a doença, a fisiologia não pode

caracterizar uma ruptura epistemológica pois manteve-se o paradigma da doença e o corpo biologizado como objeto.

Essa concepção do processo saúde-doença enquanto estados fisio-patológicos, como discute AROUCA (1975), tornou-se a base da história natural das doenças, na busca de uma reordenação do conhecimento médico no movimento preventivista. Nesse movimento a Clínica e a Epidemiologia reaproximaram-se sob o paradigma da doença e, conseqüentemente, com a dominância da Clínica.

O desenvolvimento da etiopatologia, terceiro eixo de configuração da doença no corpo, deveu-se, em parte, à incapacidade da fisiologia responder às especificidades das alterações e lesões encontradas.

Através da confirmação da existência do microrganismo a teoria da unicausalidade estabeleceu-se, reafirmando as relações de causa e efeito dos achados anteriores. No entanto, a base para o desenvolvimento dessa teoria vinha sendo cunhada desde a Antiguidade, através de concepções ontológicas que interpretavam as doenças como mal externo, com existência própria e transmitidas através do contágio e da invasão.<sup>52</sup>

---

52.AROUCA (1975) cita como ontológicas as interpretações pré-científicas dos egípcios, hebreus, caldeus e assírios, que consideravam as doenças como conseqüentes a fatores sobrenaturais e místicos.

Como descrito por Rita BARATA (1985, p.16-7) a idéia de contágio advem da Antiguidade, como se constata em escritos romanos:

"Talvez vivam nos lugares pantanosos, pequenos animais que possam ser percebidos pelos olhos e penetrem no corpo, pela boca e pelas narinas, e causem desordens graves".

Na Idade Média, de forma mais elaborada, Michele Piazza refere-se à peste de 1374 na Itália:

"Devido a uma infecção do hálito, que se espalhou em torno deles enquanto falavam, um infestava o outro (...) e não só faziam morrer quem que falasse com eles como, também, quem que comprasse, tocasse ou tirasse alguma coisa que lhes pertencesse". (BARATA, id., ib.)

Girolano Fracastoro (1478-1553) (relacionado a história do surgimento da epidemiologia) estudou o princípio ativo do contágio, que denominou de *seminária* (que advem da semente):

"Os seminaria se disseminam escolhendo os humores pelos quais tem afinidades, sendo lançados nos vasos por atração. Podem ser absorvidos pela respiração e aderir aos humores que os levam ao coração". (BARATA, id., ib.)

Desenvolvendo estas categorias de invasão e contágio e utilizando-se do achado dos microorganismos por LEUWENHOCK(1623-1723), PASTEUR introduziu a teoria bacteriana através da análise da fermentação da cerveja, descartando a teoria da geração espontânea. KOCK(1843-1910) e KLEBS(1843-1913) acrescentaram outras concepções à teoria e identificaram algumas doenças específicas. (NOVAES, 1987, p.31)

Com esses achados, estabeleceram-se definitivamente as relações entre as lesões e disfunções (os efeitos), descritos respectivamente pela Patologia e a Fisiologia, e suas causas, os agentes microbianos.

Trata-se de uma categoria de determinismo, classificada por BUNGE (1972, p.29-31) como **determinação causal** ou **causação**, na qual o efeito se dá por uma causa eficiente, externa, própria das ciências positivas, como proposto por Mill e Locke.

Para Locke, **"aquilo que produz qualquer idéia simples ou complexa, recebe o nome geral de causa, e aquilo que é produzido de efeito"**. (BUNGE, id., p.21)

Para Mill, toda vez que um determinado efeito ocorre, há a presença de um suposto fator causal e sempre que não ocorra o fator há a ausência do efeito. (ALMEIDA, 1989, p.28)

Com a teoria bacteriana a concepção ontológica foi retomada mantendo-se como base explicativa dominante até os nossos dias. É essa concepção unicausal o elemento chave da nosologia médica e o fundamento para o desenvolvimento da terapêutica alopática, que possibilitaram a ampliação do caráter científico e neutro da medicina e seu estabelecimento como saber único e verdadeiro no que se refere à cura.

A terapêutica alopática desenvolveu-se desde a época clássica, mas sobretudo a partir do século XVIII, através dos avanços da Botânica e posteriormente da Química. Como refere LUZ (1988, p.88) esta terapêutica ao se utilizar do pressuposto do mal externo caracteriza-se como contrária à visão da medicina hipocrática, que visava o "**estado de saúde**" de forma "**naturalista**" e que buscava ajudar "**a força curativa da natureza**", princípio que deu origem à homeopatia.

Entre outros fatores, a descoberta do microorganismo e o desenvolvimento da indústria de medicamentos ampliou a eficiência da medicina e possibilitou um grande crescimento das indústrias e empresas ligadas ao setor, com altos índices de rentabilidade.

Ampliou-se progressivamente também a especialização do conhecimento e a fragmentação do corpo, que tornado completamente determinável constituiu-se, como refere CHAUI (1990, p.40), em objeto dominado.

Conseqüentemente, como refere LUZ (1988, p.87-8), na evolução deste conhecimento, a **saúde** tornou-se um conceito ausente e negativo em sua dimensão **em si**, sendo as doenças definidas em sua singularidade. A medicina deixou de ter como objetivo a **cura** e passou a buscar a eliminação de um **agente**, que se instala em um **hospedeiro**, **objeto** da medicina.

Nesse processo, os conhecimentos relativos a homeopatia, a psicanálise e a própria Epidemiologia nascida com a Medicina Social, foram secundarizados, pois não se adequaram à racionalidade das ciências médicas.

Através então, do discurso científico, a medicina fortaleceu-se de forma hegemônica, revestida de enorme prestígio social devido à sua aparente competência pois, para a consciência pública, a diminuição das doenças deve-se ao êxito médico, especialmente da Clínica e seu arsenal de medicamentos.

Como refere CANGUILHEIN (1978, p.74), não se trata de negar as contribuições do positivismo no conhecimento médico:

"Não negamos, por certo, que essa terapêutica científica, seja superior a uma terapêutica mágica ou mística. É verdade que conhecer é melhor do que ignorar, quando é necessário atuar, e nesse sentido o valor da filosofia da

**Ilustração e do positivismo, inclusive o cientificista, é indiscutível".**

Busca-se, entretanto, levantar os limites deste referencial em sua aplicação na saúde, pelas características deste objeto/sujeito, individual/coletivo, social/natural.

O papel da Epidemiologia tem sido frequentemente realçado, buscando-se rearticular as determinações sociais do processo saúde-doença através da retomada dos princípios levantados no Movimento da Medicina Social ocorrido nos séculos XVIII e XIX. Deve-se levar em conta, no entanto, que estas possibilidades estavam postas para outro momento histórico, no qual as necessidades e exigências que determinaram tais articulações referiam-se àquelas formações sociais e não podem ser simplesmente transplantadas para situações atuais.

Assim, a referência histórica a estes movimentos limita-se à compreensão das articulações sociais da disciplina, às raízes de sua constituição e configuração, que contribuiriam para o entendimento de seus limites e possibilidades de aproximação das necessidades.

*As origens da epidemiologia e a determinação social do processo saúde-doença.*

A epidemiologia, segundo Ricardo Bruno GONÇALVES (1986, p.97-8), poderia ser conceituada como a disciplina e método de investigação científica do processo saúde-doença na coletividade, consistindo na apreensão *coletiva* dos corpos anátomo-fisiológicos e no estabelecimento de vinculações com o meio, o que permitiria instrumentalizações alternativas da prática médica, não necessariamente opostas às individuais.<sup>53</sup>

Esta conceituação não corresponde à encontrada na maioria dos manuais de Epidemiologia havendo vários enfoques relativos à sua abrangência, aplicabilidade, métodos e principalmente no que concerne à concepção de seu objeto e seus referenciais teóricos.

Em geral, sua conceituação refere-se às suas aplicações. Para alguns, ela teria um caráter predominantemente descritivo relativo à distribuição das doenças, agravos, acidentes e mortes e seus fatores e condições, em grupos populacionais. Para outros, trata-se de um campo relativo à busca das causas, dos determinantes ou ainda das relações referidas ao processo entre a saúde e a doença.

Logicamente estas discussões são repercussões de transformações ocorridas no social e das conseqüentes mudanças no nível da produção do conhecimento referente a este mesmo social.

Não se trata também de considerar a epidemiologia enquanto uma disciplina isolada da Clínica (as Ciências Médicas) ou a ela subjugada, mas busca-se compreender as relações estabelecidas entre elas em suas articulações históricas.

A origem da epidemiologia é discutível, sendo referida por alguns na Antiguidade, com Hipócrates.<sup>53</sup>

GONÇALVES (1986, p.100-14) refere-se a uma "**longa gestação**" que iniciada então, "**finda**" na terceira ou quarta décadas do século XX, quando apresenta-se definitivamente enquanto método científico.

Em relação ao conceito de epidemiologia, NAJERA (OPAS/OMS, 1989, p.3) considera ter surgido com Hipócrates, a partir dos termos **epidêmico** e **endêmico** derivados de *epidemeion* e *endemeion*, que visavam incorporar uma perspectiva comunitária à compreensão das doenças. O verbo *epidemeion* que significa **visitar**, era utilizado para

---

53. Vários autores referem-se a origem hipocrática da Epidemiologia, como: GONÇALVES, 1986; ALMEIDA, 1989; NAJERA, TERRIS e LLOPIS in: OPAS/OMS, 1989; LILIENTFELD, 1980 (C).

diferenciar as doenças que visitavam a comunidade, das que nela residiam e, para as quais, se fazia necessário criar uma metodologia diferenciada.

A medicina hipocrática baseava-se numa concepção dinâmica do processo saúde-doença, estabelecido nas relações entre o homem e o meio ambiente, como se constata na obra "**Aires, aguas y lugares**", citada como trabalho inaugural da epidemiologia.<sup>54</sup>

A concordância em relação a origem da epidemiologia neste período deve-se, segundo ALMEIDA (1989, p.8), ao:

"(...) espírito de primazia do coletivo, base da democracia da polis ateniense, (...) Os herdeiros de Hipócrates voltaram-se para o individualismo, a fim de fundamentarem a supremacia de sua prática frente às dezenas de seitas que, no mundo antigo, prometiam a saúde para o homem. Nesse sentido, a Epidemiologia também morreu com Hipócrates."

Tendo ficado **esquecida** por um longo período a epidemiologia **renasceu** nos séculos XVII e XVIII com a Medicina Social, inicialmente em resposta aos problemas

---

54.HIPOCRATES Aires, aguas y lugares. In: OPAS/OMS 1989, p.18-9.

relativos ao crescimento populacional e efetivamente das questões de saúde colocadas ao nível do social e do político.

Segundo refere ROSEN (1979, p.25-82), são descritos durante este período intermediário, inúmeros trabalhos que relacionavam as questões de saúde às condições de vida e trabalho, no entanto, não se considera que a epidemiologia tenha sido incorporada, pois tratavam-se de observações que não se tornaram objeto de investigação ou substrato real para o estabelecimento de políticas, como o ocorrido com a Medicina Social.

De forma mais sistematizada, foi a partir do século XVII, com o início da manufatura e da industrialização, que intensificaram-se as publicações que relacionavam saúde, trabalho e condições de vida.

RAMAZZINI, considerado o pai da medicina do trabalho, propôs medidas para o controle das condições da trabalho, no sentido do aumento da produtividade. Nehmanh GREW(1707) e John BELLERS(1714), propuseram também verdadeiras políticas de saúde. (ROSEN, id., p.28)

Apesar de não terem sido totalmente implementados, esses e outros trabalhos influíram decisivamente na constituição da Medicina Social e da Epidemiologia.

Ainda em relação as origens da Epidemiologia são citados os seguintes fatos:

-a realização de trabalhos estatísticos demográficos e nosológicos por William PETTY (1623-1697) e John GRAUNT (1620-1674), considerado pioneiro da **Estatística Médica**. (LILIENTFELD, 1980 (A))

-o trabalho sobre a pelagra (mal da rosa) de Casal, médico espanhol da primeira metade do século XVIII. Casal concluiu através da observação dos costumes das pessoas que tratava-se de uma doença resultante do regime alimentar. (NAJERA in: OPAS/OMS, 1989, p.3)

-o surgimento do vocábulo **epidemiologia** na Espanha, no fim do século XVI, por Angelerio, um médico da época, que escreveu um estudo sobre a peste intitulado **Epidemiologia**. Pela segunda vez, o termo foi encontrado na obra **Epidemiologia Española** de Villalba, em 1802, onde foram compiladas todas as epidemias ocorridas na Espanha desde o século V A.C.. (OPAS/OMS, id., p.3-4)

-o trabalho publicado em 1825 em Paris pelo médico e matemático P.C. Alexandre LOUIS (1782-1872), referente ao estudo estatístico de 1960 casos de tuberculose, dado como o trabalho precursor da avaliação de eficácia dos tratamentos clínicos. (ALMEIDA, 1989, p.2)

-a criação em 1839 por William FARR de um registro civil de mortalidade e morbidade para a Inglaterra e País de

Gales, que marca a institucionalização da Estatística Médica.  
(ALMEIDA, id., ib.)

-os trabalhos de FARR (Inglaterra) que relacionavam as condições existentes nas indústrias têxteis e a mortalidade e, de VILLERMÉ (França) que analisava as desigualdades entre os vários setores sociais de Paris. Ambos buscaram demonstrar as relações entre a mortalidade e a pobreza. (OPAS/OMS, id., p.4-5)

-a criação da primeira Sociedade Epidemiológica em Londres em 1850. (SUSSER, 1985)

-a obra de John SNOW, "*Sobre o modo de transmissão do cólera*", referida por uns como "a melhor ilustração histórica do sucesso da aplicação da epidemiologia", ou a síntese original do método epidemiológico (LILIENTFELD, 1980 (B)) e; por outros, como uma importante investigação que permite repensar "o processo de produção do conhecimento no campo da saúde", pois integrou os conhecimentos disponíveis na época (físicos, químicos, biológicos, sociológicos e políticos) ressaltando os eventos singulares e tendenciais, com os quais em sua

totalidade apontou claramente para a teoria de causa e do mecanismo de infecção. (COSTA e COSTA, 1990, p.46)<sup>55</sup>

-a histórica publicação de F. ENGELS "**A situação da classe trabalhadora na Inglaterra**", talvez a obra inaugural da Epidemiologia Social ou crítica.<sup>56</sup>

Considera-se que os conhecimentos originários da Clínica e da Epidemiologia foram diversos, tendo a Clínica surgido das espécies mórbidas e a epidemiologia das epidemias.

As epidemias seriam caracterizadas através de um referencial coletivo, configurando-se singularmente dependendo do lugar e da época onde surgissem. Falava-se, por exemplo, na **epidemia de Paris de 1785**. Sua base explicativa predominante era a teoria miasmática, pela qual as doenças provinham de emanções advindas do acúmulo de dejetos ou putrefações do subterrâneo e, sendo assim, seus prováveis fatores causais encontravam-se no meio ambiente.

---

55.Os autores referem-se ao trabalho de Cameron e Jones, que discordam das interpretações clássicas da obra de SNOW. Por considerarem um trabalho abrangente, os autores convidam a uma leitura pois consideram que além de permitir pensar o processo de produção do conhecimento na saúde, estimula o debate com quase todas as construções teóricas das vertentes da epidemiologia.

56.FERNANDES, F(org.) **K.Marx e F. Engels: história**. São Paulo, Atica, 1983. F.Engels:Manchester p.308-318.

Já a Clínica teria por base a noção de contágio, responsável pela consolidação da unicausalidade'

Estas diferentes explicações eram constatadas também nas discussões entre autores da época (políticos, em sua maioria). No entender de TERRIS (OPAS/OMS, 1989, p.4-5), até 1874 (data da descoberta da bactéria) dominou a tese da teoria miasmática sobre a do contágio. Tratava-se de uma "briga" política entre conservadores, reacionários (representantes do antigo regime) e outros como HENLE (considerado exceção por ser liberal), partidários do contágio e; por outro lado, liberais e radicais como VIRCHOW da Alemanha, VILLERMÉ da França, ALISON da Escócia, que atribuíam as doenças às condições sociais e FARR e SIMON da Inglaterra, propugnadores do miasma.

Discordando de Terris, para NAJERA (OPAS/OMS, id., ib.) a dominância da unicausalidade através da noção do contágio é anterior a Pasteur. Devido à Revolução Industrial com a piora das condições sociais, as doenças infecciosas intensificaram-se e também a preocupação em resolvê-las e assim, segundo o autor, muitos trabalhos (anteriormente citados) basearam-se na noção de contágio, inclusive o de SNOW.

Como se observa através das considerações precedentes, não se pode traçar uma delimitação exata entre as teorias explicativas e seus resultados, pois ambas, a

teoria miasmática e a do contágio, foram empregadas na explicação social das doenças, dependendo da ênfase dada pelos investigadores.

A inserção social do conhecimento da epidemiologia é constatada, segundo ALMEIDA (1989, p.1), com a crise do feudalismo, quando surgiram preocupações com as dimensões populacionais. Tinha-se por base as noções de Estado, Governo, Nação e Povo e a Estatística (precedente da Epidemiologia) foi instituída para contar o povo, o exército, ou seja, o Estado; pois a idéia de riqueza de uma nação encontrava-se aliada à de povo, e a de poder político à idéia de poder dos exércitos.

Com o incremento do processo de industrialização e de urbanização foram as questões de morbo-mortalidade que tornaram-se preocupações sociais do Estado e da sociedade que se reordenavam, ampliando-se então, como questões de caráter social e político-ideológico.

Como refere GONÇALVES (1986, p.103), a incorporação do social na explicação do processo saúde-doença não ocorreu anteriormente à inscrição dos Estados no capitalismo mercantilista, mas no próprio processo de transição, de constituição do Estado moderno.

**"Não obstante a importância de cada um dos eventos (ligados às origens da epidemiologia), parece mais adequado datar o nascimento no momento em**

que seu discurso toma sua estrutura epistemológica típica, em que a percepção do seu objeto segue pela primeira vez um percurso distinto, em que o sentido de sua praxis se revela como novo."

É neste sentido que o autor se refere a conceituação da epidemiologia trabalhada por ALMEIDA enquanto "doentes em população"<sup>57</sup> como de caráter abstrato-formal e genérica, pois abstrai o objeto de suas dimensões históricas, sejam as sociais, sejam as biológicas. Segundo GONÇALVES (1990, p.12), "só com o capitalismo o objeto "doentes em população" se adensa no real, com seu sentido humano concreto".

Assim, a Epidemiologia ressurge no momento em que a medicina, por determinações sócio-políticas, se insere no processo de transformação do modo de produção capitalista, o que caracteriza o movimento da Medicina Social.

A este movimento corresponderam projetos discursivos e práticos diversos, determinados pela natureza das necessidades e interesses das formações sociais das quais emergiu. Estas diferenças são importantes pois

---

57. Trata-se da conceituação proposta por Naomar ALMEIDA (1979, p.1-3).

constituirão as premissas de proposituras e discussões surgidas posteriormente na epidemiologia e na Saúde Coletiva.

Segundo BARRETO (1990, p.20):

"Uma revisão dos acontecimentos desta época permite identificar diferentes correntes de conhecimento, relativamente autônomas, de cuja agregação irá nascer, em futuro próximo, a nova disciplina. Esta diversidade na sua origem é de fundamental importância, já que nessas correntes encontravam-se as sementes para os diferentes movimentos que surgirão no interior da disciplina, em diferentes momentos do curso da sua história."

Madel LUZ (1988, p.93-6) distingue três tipos de discurso advindos da Medicina Social: 1) o **higienista** ou conservador, que constitui um projeto racionalizador, civilizatório, com implicações moralizantes através da "**ordem médica**"; 2) o **sanitarista** ou reformador, que propõe a intervenção sobre o meio e as pessoas, mas de acordo com os princípios da normalidade médica; e, 3) o **revolucionário** que ao creditar a determinação e a manutenção das doenças à estrutura social, privilegia como estratégia a mudança da sociedade.

Como descreve a autora, a realidade social foi tematizada diferentemente nesses três modelos,

respectivamente como: **causa, origem e determinação** das doenças, retomando as categorias ligadas à saúde, esquecidas pela racionalidade do corpo morto que tornou a Clínica hegemônica entre as ciências médicas. (LUZ, id., ib.)

A tematização da realidade social enquanto causa das doenças caracterizou o movimento ocorrido Alemanha denominado de Polícia Médica (Wolfgang Thomas RAU-1764), modelo baseado no cameralismo, de caráter administrativo, centralizado pelo Estado e voltado principalmente para o crescimento populacional.<sup>58</sup>

A idéia de polícia (derivada do termo grego **politeia**, constituição ou administração de um Estado) em relação aos problemas de saúde nasceu com o cameralismo, na medida em que para o bem-estar e prosperidade do povo, manifestados em seu crescimento, deveriam ser tomadas medidas para a proteção da saúde (Seckendorff).<sup>58</sup>

Para ROSEN (1983, p.31-42), a Polícia Médica representou uma verdadeira política de bem-estar-social, que

---

58. Tratavam-se de ações amplas de caráter higienista, autoritário e paternalista, dirigidas à população e aos indivíduos, para o controle das doenças e crescimento populacional. Esta política foi pormenorizada em extensa obra por Peter FRANK ("System einer volk tandigen medicinischen Polizcys"-1779/1817), que influenciou a organização dos serviços de saúde em vários países e deu origem à Administração Pública e ao seu ramo, a Administração em Saúde. (ROSEN, id., p.169)

apesar de não ter sido totalmente implementada serviu para a ampliação do poder e a ordenação do Estado alemão (até então, composto por feudos rivais e isolados). Possibilitou também, a análise mais sistematizada das relações entre o Estado, a saúde e a sociedade.

A tematização da realidade social como origem das doenças refere-se ao modelo inglês de Medicina Social (o Sanitarismo ou Medicina do Trabalhador) que desenvolveu-se de forma definitiva a partir das epidemias ocorridas nas primeiras décadas do século XIX, como a de cólera de 1832.

Foi uma política de caráter predominantemente reformador, cujo objeto era o pobre enquanto força de trabalho potencial para a industrialização e foco de contágio (para os ricos) das epidemias. Com a revolução industrial o proletariado urbano em formação, encontrava-se submetido a intensiva e extensiva exploração e péssimas condições de vida, como descrito por Engels, na obra citada anteriormente.

O sanitarismo inglês sofreu também importante influência das teorias econômicas e filosóficas da época e de trabalhos franceses e alemães sobre as condições e políticas de saúde. Segundo ROSEN (1979, p.230), foi marcante a influência dos chamados Radicais Filosóficos, encabeçados por Jeremy Bentham, que propunham tratar os problemas públicos em bases racionais e científicas, através de reformas em todos

os setores que levariam os interesses privados a coincidir com o interesse público.

Através de Edwin Chadwick, como descreve ROSEN (id., p.228-31), as idéias de Bentham foram fundidas à economia política clássica (de Smith, Malthus e Ricardo), produzindo-se uma filosofia social que foi a base para a reforma da Lei dos Pobres (Poor Law).

Tratava-se de um período no qual surgiram inúmeros movimentos sociais e políticos, como o *Cartismo*, de 1837 a 1848, que reivindicava o sufrágio universal, a renovação anual do parlamento e outros direitos *democráticos*. (STERN, 1983)

Do social surgiram, então, exigências que se transformaram em ações de caráter predominantemente coletivo, orientadas pela epidemiologia.

Alguns autores consideram que foi realmente com a Revolução Francesa que se instituiu a *verdadeira* Medicina Social. Segundo NAJERA (OPAS/OMS, 1989, p.5-6), nesse momento se deu, pela primeira vez, a incorporação da comunidade à organização social do Estado:

**"Antes, o rei era o Estado; seus interesses e os da nobreza eram as únicas considerações que estavam presentes no Estado".**

Na França, como refere GONÇALVES (1986, p.106), a Medicina Social de caráter supra-individual e político, inscreveu-se enquanto projeto revolucionário de transformação social.

A partir de então, a incorporação do social na explicação das doenças enquanto determinante, vem se dando periodicamente, principalmente nos momentos de maior visibilidade das crises do capitalismo, nas quais afloram as contradições sociais e quando a epidemiologia é chamada a participar da resolução dos problemas coletivos.

Partindo dos conhecimentos produzidos nos vários movimentos da Medicina Social e principalmente na França, VIRCHOW, NEUMANN e LEUBUSCHER sistematizaram a Medicina Social enquanto disciplina responsável pela análise das relações entre as concepções de saúde, as práticas, as condições de vida e as condições econômicas e sociais de determinados grupos. (ROSEN, 1979, p.77-84)

**"A medicina é uma ciência social e a política nada mais é do que a medicina em grande escala"(...) (ela) deve intervir na vida política e social.(VIRCHOW - 1849).**

A formulação de Medicina Social proposta por esses médicos baseava-se nos seguintes princípios:

1o) a saúde do povo é um objeto de inequívoca responsabilidade social.

2o) as condições econômicas e sociais têm um efeito importante sobre a saúde e a doença e que tais relações devem ser submetidas à investigação científica.

3o) devem ser tomadas providências no sentido de promover a saúde e combater as doenças e que as medidas concernidas em tal ação devem ser tanto sociais quanto médicas. (ROSEN, id., ib.)

No entanto, como refere ROSEN (id., ib.), para além destes princípios a medicina social representou, para estes autores, um projeto revolucionário para a época.

**"A proposta de VIRCHOW consistia em uma radical reforma social que, em termos gerais, compreendia democracia completa e irrestrita, educação, liberdade e prosperidade".**

A própria denominação de **medicina social** também demonstra a relação estabelecida entre a medicina, as ciências sociais e a política, pois o emprego do termo Medicina Social por Jules Guérin em 1848, se deu no mesmo cenário no qual Pierre Leroux, em 1834, utilizou o termo **socialismo**, para caracterizar a economia e a política como ciências sociais devido ao **fator humano** dominante. (ROSEN, 1983, p.48)

Como refere ROSEN (1979, p.1) no início de seu livro:

"A história da Medicina Social é, em grande parte, a história da política e da ação sociais em relação aos problemas de saúde. Neste sentido, a medicina social é uma disciplina aplicada."

A epidemiologia por sua vez foi responsável, ao ressurgir com a Medicina Social, pela incorporação do social na explicação do processo saúde-doença. Inscreveu-se como resposta às exigências colocadas pelo Estado e pelas classes sociais.

No entanto, como refere LUZ (1988, p.93), tanto a Medicina Social, como a Epidemiologia, mantiveram-se subordinadas à Medicina e à Clínica. Apesar de tematizarem o social e definirem afirmativamente a saúde, nunca chegaram a ser dominantes na racionalidade científica médica.

Com a ascensão da burguesia na França em 1848, o discurso revolucionário foi **esquecido** e as questões sociais passaram a ser colocadas como externas à razão médica e fora da competência e objetivos da medicina. Na **nova** ordem político-econômica, a Medicina Social tornou-se um ramo da Medicina e a Epidemiologia, um método **auxiliar** da Clínica. (LUZ, id., p.93-6)

Como interpreta a autora, o discurso médico positivo sobre o conceito de saúde da Medicina Social, não teve a possibilidade de legitimar-se e permanecer como **verdadeiro** no contexto epistemológico e político da ciência

das doenças. Por sua vez, a epidemiologia enquanto "**especialidade**" passou a destinar-se através principalmente da Saúde Pública, à normalização de grupos, instituições e segmentos sociais através de práticas higienistas, compondo com a clínica, um processo racionalizador e civilizatório, a nova "**Ordem Médica**".

É interessante o registro da "**clivagem**", como denomina ROSEN (1979, p.78-9), entre Virchow e Behring, ou melhor, entre a concepção social do processo saúde-doença e o estabelecimento da unicausalidade. Em 1893, referindo-se aos postulados de Koch, BEHRING observou que a partir de então,

**"(...) o estudo das doenças infecciosas podia ser levado adiante sem a necessidade de um desvio para considerações e reflexões sociais sobre política social".**

Não se tratam, no entanto, de concepções excludentes, sociais por um lado e biologizantes, por outro. Segundo GONÇALVES (1986, p.110-3), pode-se considerar inclusive que a Medicina Social tenha contribuído para a produção do discurso natural sobre a realidade social através da doença e da ampliação do processo de medicalização, pois foi um movimento decisivo para o estabelecimento das condições para a superação da fase intuitivo-normativa da produção de conhecimentos e a instituição do positivismo cientificista.

A concepção unicausal da doença ao favorecer o processo de individualização do doente afastando o doente de seu meio ambiente e social, limitou o desenvolvimento da epidemiologia nascida com a Medicina Social. Entretanto, este mesmo referencial possibilitou os avanços da clínica e da epidemiologia baseada nos corpos anátomo-fisiológicos.

O papel da epidemiologia no período da Medicina Social era ampliado também pelo fato de não haver distinção entre a medicina e a Saúde Pública. São registrados nesse período inúmeros trabalhos de investigação e proposituras de ações.<sup>59</sup>

Após esse movimento, a Saúde Pública então separada da Medicina clínica e a ela subjugada em termos de política, passou a limitar-se ao controle das doenças epidêmicas e endêmicas, tendo por referencial um coletivo fragmentado e desubjetivado, enquanto soma de indivíduos.

Como refere ALMEIDA (1989, p.3):

"(...) a versão britânica da Medicina Social evoluiu para uma vertente apenas pretensamente técnica, (...) e o conhecimento básico sobre as doenças transmissíveis cresce muito rapidamente, monopolizando o avanço do conhecimento epidemiológico, dirigindo-o para os processos de

---

59.Ver ROSEN (1979) e STERN (1983)

transmissão e controle das epidemias então prevalentes."

Segundo o autor, essas razões talvez expliquem "o retardamento no processo de constituição da Epidemiologia enquanto disciplina autônoma", o que tem sido buscado ao se "retomar a tradição médico-social de privilegiamento do coletivo, visto como mais que um conjunto de indivíduos." (ALMEIDA, id., ib.)

Entretanto, a saída desse impasse que se refere à construção do objeto da epidemiologia tem sido buscada predominantemente através de respostas técnicas e principalmente através da incorporação de novos métodos estatísticos.

Neste sentido, são registrados inúmeros trabalhos que influíram na retomada da epidemiologia e em sua definição como método científico:

- .os trabalhos sobre as doenças ocupacionais realizados pelo Serviço de Saúde Pública dos EUA, a partir de 1910;
- .os trabalhos de W.H. FROST (1880-1938), que pela primeira vez usou técnicas estatísticas para o estudo das variações na incidência e prevalência das doenças;
- .o trabalho de Casimir FUNK de 1912 de enunciado das doenças por deficiência nutricional;
- .a pesquisa de GOLDBERGER sobre a pelagra iniciado em 1914;

.os estudos sobre doenças crônicas realizados a partir da década de 20 pelo Departamento de Saúde do Estado de Massachusetts, em resposta a pressões sociais;

.os estudos publicados em 1935 relativos ao câncer e outras doenças de Major GREENWOOD (1889-1949), primeiro professor de epidemiologia na London School of Hygiene and Tropical Medicine e principal responsável pela introdução do raciocínio estatístico na investigação epidemiológica;

.a organização do Instituto Nacional do Câncer nos EUA na década de 30. (ALMEIDA, 1989, p.3-4 e OPAS, 1989, p.87-8)

Estes e outros estudos e programas contribuíram para a construção da História Natural da Doença (HND) sistematizada por John RYLE em 1936, momento que marca a retomada da epidemiologia junto às ciências médicas, como resposta: à fragmentação do conhecimento médico, à "transição epidemiológica"<sup>60</sup> e à piora das condições de vida e trabalho, reflexo do aprofundamento da crise político-econômica mundial.

---

60.A transição epidemiológica é caracterizada por SUSSER nos EUA, como a diminuição da mortalidade infantil, o aumento das doenças crônico-degenerativas (doenças da civilização), a diminuição das infecto-contagiosas e o envelhecimento da população. (SUSSER, 1985, p.149-50).

**A rearticulação da clínica e da epidemiologia  
através da História Natural das Doenças  
(HND)**

Com o aprofundamento da crise mundial iniciada na década de 20, registraram-se inúmeras manifestações no setor saúde, como: a mudança do perfil sanitário da população, com a crescimento das doenças ocupacionais, carenciais, crônico-degenerativas e mentais; a fragmentação do conhecimento médico e de seu objeto, o corpo; a especialização e a ênfase aos procedimentos complementares; os altos custos do atendimento e a capitalização do setor e; a conseqüente impossibilidade de expansão do atendimento médico universalizado.

Essas críticas originaram o Movimento Preventivista, surgido na Inglaterra como disciplina do ensino médico e levado a seguir para os Estados Unidos e Canadá, de onde foi **transplantado** para os países da América Latina, principalmente após a II Grande Guerra.

Limitado inicialmente a reformas curriculares este movimento foi recebendo novas denominações como as de Medicina Integral e de formação do médico generalista, tendo sido posteriormente incorporado a projetos alternativos de

serviços de saúde relativos a Medicina Comunitária, que prescendeu a APS.

Segundo AROUCA (1975, p.9-11), a crítica realizada pelo Movimento Preventivista centrava-se na "**medicina curativa**" (adjetivação conseqüente a esse movimento), no que se refere: 1) a ineficiência dos procedimentos terapêuticos, que ao descuidar da prevenção da ocorrência das doenças, levou ao encarecimento e à redução do rendimento do ato médico; 2) a especialização do conhecimento e a fragmentação do corpo, que gerou um atendimento desumanizado e instrumental; 3) a base biológica do conhecimento médico, que alija o psicológico e o social para segundo plano<sup>61</sup>; 4) a desvinculação entre a prática e os problemas de saúde da população; e 5) ao ensino médico baseado na medicina curativa.

Buscava-se a transformação do ato médico individualizado visando a divulgação do discurso higienista através da incorporação e mudança de atitudes dos profissionais na prática clínica.

---

61.Como observa AROUCA (1975, p.149-50), a conceituação da OMS (1946) "**saúde é o estado de completo bem-estar físico mental e social e não somente ausência de doenças**", advem dessa crítica, baseada na Medicina Social da França, da Alemanha e da Inglaterra, acrescida da dimensão psicológica desenvolvida por Freud.

Para isto foram criados os departamentos de preventiva junto às escolas médicas e introduzidas as disciplinas para o ensino de Estatística, Epidemiologia, Administração, Higiene e Ciências Sociais. Tratavam-se, segundo AROUCA (id., p.233), de "**disciplinas tampões**" que se mantinham à margem do discurso oficial da medicina, pois não se consubstanciaram na prática limitando-se ao discurso ideológico.

Foi a HND o substrato explicativo do processo saúde-doença destas formulações.

Não se trata, como refere AROUCA (1976, p.15), do surgimento de um novo conhecimento (pois condutas preventivas são descritas desde a Antiguidade) mas de um discurso que visava a reorganização do saber médico e a reorientação da prática, utilizando-se da episteme clássica, de estabelecimento da "**ordem**", uma ordem que organiza o fenômeno (no caso o processo saúde-doença) e o seu conhecimento em uma "**estrutura**", através da **História Natural das Doenças** (HND).

Desta forma, através da HND foi rearticulada a racionalidade científica com base no positivismo que inscreveu a medicina no campo da ciência no século XVIII mas, segundo novas categorias como ambiente, agente e hospedeiro e segundo uma nova taxonomia, a dos níveis de prevenção.

Foi retomada também a configuração fisiopatológica do processo saúde-doença, enquanto um contínuo gradativo entre dois polos tomados como fenômenos simultaneamente idênticos e diversos. Idênticos quando considerados enquanto continuidade de valores biológicos e diversos qualitativamente enquanto estados fisiológicos. (AROUCA, 1976, p.15-9)

A novidade, segundo AROUCA (id., p.16), está na reordenação do conhecimento através da HND compartimentalizada em dois momentos qualitativamente diversos. O **período pré-patogênico**, no qual surge a doença na relação entre o hospedeiro com os fatores ou agentes no meio ambiente, introduz o conceito de interação e envolve determinações múltiplas e a interdisciplinaridade. Já o **período patogênico**, que se instala com a doença e vai até a morte, se localiza no indivíduo e configura o momento da clínica.

Para a reconstrução abstrata do período pré-patogênico foram incorporados os conhecimentos da epidemiologia e os das ciências sociais positivas. O meio ambiente refere-se a uma "**combinação homogênea**" dos fatores físico-químicos, biológicos e sociais, com a exclusão do homem, sendo caracterizado como "**o que está em**

redor", "environment" ou como denominou AROUCA (id., ib.), a "capa misteriosa".<sup>62</sup>

Na busca da valorização do meio ambiente foi desenvolvido também o modelo ecológico:

"(...) um conceito holístico onde não existem determinantes para a doença mas, múltiplos fatores exógenos e endógenos numa relação ecológica entre o homem, seu ambiente e o(s) agente(s) causal(is), num processo de adaptação e equilíbrio". (SAN MARTIN, 1968)

Neste modelo, entre os fatores exógenos, o social é considerado importante pois atua como "predisponente", podendo ser também "provocador ou mantenedor" da condição mórbida. Apesar de não ser considerado uma causa direta, o fator social é "de importância fundamental pois sempre se chega à conclusão de que elas (as múltiplas causas) derivam de imperfeições da organização social humana".<sup>63</sup>

Com a HND e o modelo ecológico, através da explicação multicausal ou multifatorial, buscava-se uma maior

---

62. Idem, ibidem.

63. O autor denomina as doenças assim caracterizadas de patologias sociais, dentre elas as doenças ocupacionais e as deficiências nutricionais, por exemplo. (SAN MARTIN, id., p.19-26)

eficiência da medicina e a possibilidade de ampliação das ações relativas a um perfil que apresentava um crescimento das doenças não infecciosas, além das dificuldades de resolução das infecciosas.

Esta justificativa para a aplicação da multicausalidade é constatada, por exemplo, nas palavras de MacMAHON (1970):

" (...) quanto mais claramente definidas e delineadas estão as doenças e o processo biológico em questão, maiores são as possibilidades de êxito na observação epidemiológica."

Registra-se com a HND a ampliação do processo de medicalização ocorrido a partir do movimento preventivista.

Este processo decorreu, entre outros fatores, da aplicação da multicausalidade, pois através deste modelo explicativo as determinações foram substituídas por fatores intervenientes, presentes em qualquer momento da HND. Este fato tornou o indivíduo um doente em potencial e a medicina uma necessidade contínua para a manutenção ou para o restabelecimento do equilíbrio perdido.

Consequentemente foram incluídas no espectro de ação da medicina atividades da Higiene Privada que encontravam-se no âmbito da família e da cultura popular,

através da Educação Sanitária e do trabalho multiprofissional.

A HND possibilitou também a incorporação do social de maneira positiva num mesmo nível que o individual, enquanto fator quantificável, e através da epidemiologia ampliou-se o espectro de ações sobre os indivíduos e grupos populacionais.

Em relação a Epidemiologia enquanto corpo de conhecimentos, registra-se neste período uma discussão relativa às mudanças ocorridas na disciplina. Tendo por referência a transição do perfil de morbo-mortalidade descreve-se também uma transição para a disciplina, para alguns entre a **velha e nova**, para outros entre a **epidemiologia das moléstias infecciosas** e a das **não infecciosas**, ou ainda, como refere NAJERA (OPAS/OMS, 1989, p.87-100), a transição para uma epidemiologia de todos os problemas de saúde.

Trata-se de uma transição ocorrida nas décadas de 40 e 50, iniciada por GREENWOOD, GOLDBERGER e outros citados,

e reafirmada com RYLE na busca de uma metodologia de investigação das doenças através da HND.<sup>64</sup>

Esta transição para alguns autores foi decorrente da mudança do perfil sanitário com o aumento das doenças não infecciosas, e para outros, foram determinantes os fatores advindos da sociedade, como a pressão política dos trabalhadores, a influência dos profissionais ligados à saúde pública ou mesmo, a necessidade de legitimação da própria medicina em crise.<sup>65</sup>

Nesta discussão, NAJERA OPAS/OMS, id., p. 91-8), por exemplo, busca explicar a transição ocorrida nos Estados Unidos, na Inglaterra e outros países da Europa, através de fatos políticos acontecidos na época, como a influência da revolução russa ou o aparecimento de movimentos socialistas e de trabalhadores na Inglaterra, que reivindicavam melhores condições de trabalho e de saúde e atendimento médico, ou ainda, a forma como foram organizados os serviços de saúde

---

64. Entre os mais importantes para a constituição do movimento preventivista e a retomada da epidemiologia são citados os trabalhos de GORDON, J.E., "**Epidemiologia, vieja e nueva**", apresentado na 84a Sesión Anual de la Sociedad Médica del Estado de Michigan em setembro de 1950 e o de RYLE, J.A., "**Medicina social**" y "**Salud Pública**" de 1948. (OPAS/OMS, 1989, p.126-47)

65. OPAS/OMS 1989, Parte II: De la antigua a la nueva epidemiología. Discusión. BUCK, NAJERA, LLOPIS, TERRIS. p.87-91.

pública. Através de vários exemplos, o autor demonstra a importância dos determinantes político-ideológicos. Na Espanha, o grande avanço ocorrido na epidemiologia e na saúde pública, segundo o autor, se deu com a Guerra Civil da década de 20.

Registra-se também nesta época, como refere ROSEN (1979, p.129), a retomada da Medicina Social de caráter diferenciado do movimento anterior e como disciplina referida às ciências médicas. Foi RYLE um dos responsáveis pela criação do Instituto de Medicina Social de Oxford em 1943 e pela redefinição de Medicina Social então utilizada, "**a idéia de medicina aplicada ao serviço do homem enquanto *socius***" (referente a *societa* ou comunidade), que visaria uma melhor compreensão e uma assistência mais constante a todos os principais problemas que impediriam a melhoria do estado de saúde e não a simples remoção ou alívio de patologias existentes.

Assim, é através da epidemiologia, então despojada da politização da Medicina Social, que se amplia o campo de ação técnico para as populações, ampliando-se a eficiência e o domínio da medicina. Com a HND redescobriu-se o social, mas de caráter diferenciado da Medicina Social, pois sob o referencial positivista, trata-se de um social naturalizado, dessubstanciado, enquanto soma de indivíduos e mais um fator do meio ambiente.

A partir de então, a metodologia epidemiológica ficou estabelecida, enquanto modo de aplicação do método indutivo, o qual se denominou **raciocínio epidemiológico**. (ALMEIDA, 1989, p.27)

Como na Clínica trata-se da mesma lógica de um modelo de determinação geral do tipo causal que, como refere ALMEIDA (id., p.27-9) vincula-se ao mecanismo cartesiano, que resgata a teoria das probabilidades através da multicausalidade. Esta teoria, segundo o autor,

**"(...)apenas delega a identificação da natureza dos nexos hipotetizados a uma comparação valorativa e, portanto, ideológica, de um conjunto de achados científicos".**

ALMEIDA esquematiza os vários planos de determinação em relação aos objetos da clínica e da epidemiologia, da seguinte maneira: ao objeto fisiopatológico corresponde o plano das determinações mecânicas; ao objeto clínico, as determinações causais; e ao objeto epidemiológico, as determinações probabilísticas. No entanto, como refere, há uma tendência geral na Epidemiologia, ao privilegiamento das determinações mecânicas e causais, buscadas através dos modelos matemáticos tendentes à experimentação como padrão de cientificidade. Os vários desenhos tendem a potencializar o controle das variáveis, em

busca de uma generalidade que aumenta a artificialidade dos resultados e a fragmentação do objeto.<sup>66</sup>

A partir de então, nos países desenvolvidos, segundo ALMEIDA (id., ib.):

"(...) a epidemiologia impõe-se aos programas de ensino médico e de saúde pública como um dos setores da pesquisa médico-social mais dinâmicos e frutíferos. Aparece uma clara hegemonia do conhecimento epidemiológico em relação às outras disciplinas da Medicina preventiva."<sup>67</sup>

---

66.Segundo esquema de ALMEIDA (id, p.30-3), aos modelos tendentes à generalidade (estudos de caso, estudos de coorte, simulações e modelagens) referem-se as qualidades de fechamento, controle, artificialismo e fragmentação; e aos modelos tendentes à profundidade (histórico de vida, estudos de caso, estudos de grupos e sub-grupos, estudos de corte transversal) corresponderiam as qualidades de abertura, descontrole e totalização da realidade na apreensão do objeto da pesquisa.

67.Esse processo de institucionalização da disciplina culminou com a fundação da International Epidemiological Association, em 1954. (ALMEIDA, 1989, p.5)

A primeira cadeira da disciplina foi criada em 1921 na Escola de Saúde Pública da Universidade de John Hopkins, nos EUA, o que simboliza, para BARRETO (1990, p.22), o início da afirmação da Epidemiologia no espaço acadêmico.

Vários acontecimentos contribuíram para o reconhecimento da Epidemiologia enquanto importante disciplina, junto às ciências médicas, como: o desenvolvimento dos desenhos de pesquisa; a delimitação do conceito de risco, fundamental para o instrumental analítico; o estabelecimento de técnicas de identificação de casos para investigação; as técnicas de computação e os modelos matemáticos para a análise dos dados. (SUSSER, 1985 e ALMEIDA, 1989)

O desenvolvimento da Epidemiologia Clínica estimulou a autonomia e valorização da disciplina enquanto instrumental de investigação subordinado às Ciências Médicas.

Os avanços técnicos da disciplina tornaram-na, também, cada vez menos acessível aos não iniciados.

Trata-se de um movimento, segundo BARRETO (1990, p.24), que do interior das Escolas Médicas (dos EUA e Europa) "busca recuperar a credibilidade científica da prática clínica, redefinindo suas bases, de modo a colocá-la no mesmo patamar de outras disciplinas bio-médicas, referenciadas no modelo experimental".

Desta forma, constitui-se definitivamente uma disciplina para a investigação da saúde-doença nas populações enquanto subsidiária das Ciências Médicas.

"O campo da Epidemiologia encontra, assim, identidade provisória, justificando a

consolidação de sua autonomia enquanto disciplina. Impõe-se na pesquisa sobre a saúde/doença com o recurso da Matemática (...) (que) serve ideologicamente como poderoso mito de razões, indispensável para o confronto com a experiência clínica ou a demonstração experimental, enquanto supostos fundamentais da pesquisa médica. Resulta que, afinal, os epidemiologistas também se afirmam como metodólogos da área médica, abrindo a possibilidade de uma epidemiologia clínica, regredida à negação do caráter social da disciplina." (ALMEIDA, 1989, p.7)

***As críticas ao referencial positivista. A  
busca da aproximação ao objeto real.***

Buscando recuperar este caráter social da epidemiologia e também da medicina, a partir da década de 60 surgiram inúmeras críticas ao referencial positivista de explicação do processo saúde-doença.

Inicialmente, já na década de 30, com início da sistematização que culminou com a estruturação da HND, estas críticas dirigiam-se aos limites do conhecimento clínico e buscavam, dentro do próprio marco funcional-positivista, dar maior ênfase ao social separando-o do individual, enquanto sistemas interrelacionados.

Destacam-se, neste sentido, as abordagens que operavam no nível micro-social, como a teoria do *stress* e a do *papel do doente*.

A teoria dos papéis surgiu em meio à crise social da década de 30, através de PARSONS. Nessa teoria, a doença é tratada como um fato social e é proposta a especificação do papel do doente que tem uma enfermidade (*illness*), estado subjetivo experimentado pelo indivíduo, distinta da doença

(disease), conjunto de eventos físicos, biológicos e psíquicos com existência objetiva.<sup>68</sup>

Na sociologia médica parsoniana o papel do doente dependeria de seu papel social delimitado por quatro expectativas básicas: a) a "**irresponsabilidade**" do doente frente à sua incapacidade; b) a dependência em relação a uma instância social (médica) legitimadora; c) a isenção em maior ou menor grau dos outros papéis sociais; d) a obrigação de buscar uma saída para este papel. (ALMEIDA, 1989, p.66)

Desenvolveu-se, posteriormente, a teoria do **stress**, na qual o social opera como fator predisponente na alteração do equilíbrio endócrino do indivíduo. Segundo POSSAS (1988, p.200), o **stress** tem sido utilizado como conceito estratégico para a análise das relações entre as condições de exploração do trabalho e a doença.

Destacam-se também como importantes referenciais as reflexões de CANGUILHEIM ("**os modos de andar a vida**") e de FOUCAULT, citadas neste trabalho.

Estas e outras críticas constituíram-se em manifestações setoriais de reformulações que vinham ocorrendo nas Ciências Humanas, por correntes estruturalistas e marxistas,

---

68. Essa teoria, proposta por PARSONS (1951) e (SUSSER) 1973, é aplicada a setores da Psiquiatria e da Psicologia, mas desconhecida da medicina em geral. (ALMEIDA, 1989, p. 11-2)

e que caracterizaram o processo de construção da Saúde Coletiva. Surgiram também, neste período, as críticas ao planejamento normativo em saúde e desenvolveram-se as correntes ligadas ao planejamento estratégico e situacional.<sup>69</sup>

Tratavam-se de expressões da crise do capital monopolista que se aprofundara, manifestando-se nos países do terceiro mundo através da ampliação dos movimentos sociais e da piora do quadro sanitário da população.

Os questionamentos incidiram inicialmente sobre o modelo assistencial, por sua baixa cobertura, irracionalidade e ineficiência, o que levou a ampliação da efetivação da APS. A seguir, concentraram-se nas relações entre a estrutura social e a saúde; na inadequação metodológica e, posteriormente, teórica no tratamento de seus objetos.

Como em outros momentos de crise, a Epidemiologia por seu caráter implicitamente social passou a ser retomada para a explicação e manipulação das doenças no coletivo. Tornou-se também alvo preferencial de críticas, principalmente, nos países da América Latina, havendo uma

---

69.Ver: Carlos MATUS, **Planificacion de situaciones**, Fundo de cultura economica, México, 1980; C.MATUS, **Politica y Plan**, 1982; F.J.U.RIVERA, M.TESTA e C.MATUS, **Planejamento e programação em saúde-um enfoque estratégico**, São Paulo, Cortez, 1989.

evidente politização através da retomada dos pressupostos da Medicina Social e a busca de um referencial adequado à realidade sócio-político-econômica destes países.

Em relação ao objeto da epidemiologia as críticas referiam-se a naturalização ou *coisificação* do social incorporado através da HND e sua fragmentação e consequente incapacidade de explicar o quadro sanitário.<sup>70</sup>

Como refere LAURELL (1980, p.11-22):

" (...) lo que ocurre no és que se biologiza o social y no sociologiza o biológico sino que se desnaturaliza ambos."

Estas críticas foram sistematizadas pelo movimento denominado de Epidemiologia Social, de questionamento do referencial positivista da Epidemiologia enquanto método exclusivo e produtor de *verdades*, relativizando-se sua capacidade explicativa e instrumental. Propunha-se a adoção

---

70. Entre as mais expressivas encontram-se as críticas elaboradas por Jaime BREIHL e Asa Cristina LAURELL.

A coisificação do social, aplicado a HND, como refere BREIHL (1980. p.26-7), havia sido proposta por Durkein, seguindo o pressuposto de Comte da assimilação do social ao natural. Para Durkein, a primeira e fundamental regra do método de conhecimento do social é a consideração de que os fatos sociais não passam de coisas submetidas a leis naturais e que a sociedade seria um sistema de órgãos diferentes, cada um dos quais cumprindo uma função específica.

do referencial histórico-estrutural como teoria adequada para a análise da determinação social e um **novo** paradigma para a conceituação e explicação da saúde-doença.

" (...) o modo específico pelo qual ocorre no grupo o processo biológico de desgaste e reprodução, destacando como momentos particulares a presença de um funcionamento biológico diferente com conseqüências para o desenvolvimento regular das atividades cotidianas, isto é, o surgimento da doença". (LAURELL, 1983, 133-58)

Através deste paradigma, o social e o biológico são pensados como simultâneos e ambos sociais, porque históricos. Como refere LAURELL (id., ib.): "**o estudo concreto se realiza nos indivíduos**", porém a interpretação dos resultados se dá para o conjunto, pois não se busca o singular pela medicina clínica, mas o comum que caracteriza o grupo. Segundo a autora, a história social do paciente assume importância pois determina a probabilidade de adoecer, mas esta probabilidade se efetiva no grupo social.

Enquanto crítica centrada na metodologia epidemiológica, BREIHL (1980, p.23-42) questiona a objetividade e a neutralidade propostas pelo método positivista e enfatiza a vinculação social do "**ponto vista de classe**" do investigador. Reconceptualizando a saúde-doença, "**como processo histórico-natural**" que amplia o

objeto da epidemiologia "ao estudo dos efeitos (vitalizantes y patogênicos)", o autor coloca a necessidade de se despojar dos procedimentos empírico-positivistas que reduzem a investigação à experimentação e propõe a adoção de um método tanto indutivo como dedutivo cujo critério absoluto é a *prática transformadora*.

Em relação a metodologia LAURELL (1980,p.11-22) refere:

" (...) a necesidad de recuperar el análisis de los elementos que intervienen en la determinación del proceso salud-enfermedad como una estructura jerarquizada y como un proceso en desarrollo, lo que significa apreciar la especificidad de lo social y lo biológico y elucidar como los procesos sociales llegan a expresarse en procesos biológicos."<sup>71</sup>

Compreendendo tratar-se de um método em construção, a autora levanta algumas "tarefas" a serem cumpridas, como: a explicação do caráter social e histórico, tanto da saúde como da doença, como também de sua conceituação, que, segundo a autora, "apresenta um componente claramente ideológico"; a construção do objeto abordado sob um ângulo diferente, como fenômeno coletivo e social ao nível da população, através da verificação empírica do caráter social

---

71.LAURELL 1980, p.11-22.

do processo saúde-doença; a substituição da causalidade pela determinação enquanto explicação causal do processo no coletivo, no qual os transtornos biológicos não estão separados dos modos de vida, como foi estabelecido dicotomicamente pela Clínica. (LAURELL, 1983)

Para a autora, apesar de demonstrada empiricamente, a relação entre o processo social e o processo saúde-doença não está resolvida em seu caráter, fazendo-se necessário

**" (...) reconhecer a especificidade de cada um (do social e do biológico) e, ao mesmo tempo, analisar a relação que conservam entre si, o que implica em conseguir as formulações teóricas e as categorias que nos permitam abordar seu estudo cientificamente".**

Neste sentido é interessante a consideração feita por AGUDELO (1985) e LAURELL (1983) de que a construção da explicação da saúde-doença enquanto determinação social não se encontra acabada, não sendo suficiente a simples aplicação do referencial das Ciências Sociais à saúde, mas a construção deste paradigma através de investigações teóricas e empíricas.

BREIHL (1980, p.154-7) e CASTELLANOS (1987) procurando repensar o conceito do processo saúde-doença do ponto de vista epidemiológico, levantam algumas categorias e

variáveis para a articulação das dimensões do problema de saúde no espaço do singular (que ocorre ao nível do indivíduo), do particular (que ocorre ao nível dos grupos) e do geral (que ocorre ao nível da reprodução da sociedade).

No espaço do singular, como especifica CASTELLANOS (id., p.4-13), se inscreve a epidemiologia do "que", na qual os problemas aparecem como variações entre indivíduos, os "estilos de vida" que constituem os "grupos de risco". Recorre-se assim à forma como os processos sociais e biológicos de determinação e condicionamento se articulam de maneira singular para produzir as manifestações da saúde-doença. No espaço do particular está a epidemiologia de "quem", ou seja, dos problemas dos grupos explicados pelos processos de reprodução social (a qualidade de vida), no qual se distinguem os momentos de reprodução: biológica, das relações ecológicas, das formas de consciência e de conduta e das relações econômicas.

Segundo o autor, é neste espaço que se inscrevem as ações programáticas e a APS, enquanto um "conjunto de ações sociais dirigidas para a promoção da transformação da qualidade de vida de todos os setores da população"; possibilitando-se recuperar as mediações entre os processos gerais e suas manifestações ao nível do singular. (CASTELLANOS, id., ib.)

Através da crítica à Epidemiologia positivista surgiram também questões relativas a sua relação com a Clínica, no que se refere a dependência da descrição fisiopatológica das doenças. Com a HND, buscou-se construir um objeto próprio, incorporando o populacional ao clínico, através da relação entre o agente, o hospedeiro e o meio ambiente, no entanto, manteve-se a subordinação ao biológico, na busca da interdeterminação causal.

Sob este modelo não há uma distinção entre o social e o biológico, conformando-se múltiplos fatores agrupados num mesmo plano de determinação e separados por cortes arbitrários e probabilísticos, definidos segundo os efeitos destes fatores.

Assim, a HND ao colocar o homem como objeto do conhecimento e das práticas, busca tornar-se ahistórica e neutra e amplia o campo de ação técnico da medicina no controle e determinação completa de seu objeto, o corpo anátomo-fisiológico, então agrupado, de forma homogênea e estratificado através de atributos que não explicam ou categorizam o social.

Como refere GONÇALVES (1986, p.104-5), a biologização do objeto clínico se dá através de dois processos. O primeiro decorre da captação das características fisiopatológicas do corpo e pela desqualificação das demais características pois a doença é considerada ahistórica e

neutra. Num segundo processo, estas mesmas características são utilizadas pela prática que reproduz a concepção biologizada.

Distinguem-se, segundo o autor, quatro propriedades principais do saber epidemiológico instituído sob o positivismo: 1) trata-se de uma disciplina científica que se utiliza do método funcional-positivista empírico-indutivo; 2) caracteriza-se como o método exclusivo capaz de explicar o coletivo e que bloqueia enfoques alternativos como não científicos; 3) compõe-se como disciplina que se relaciona com a clínica, pois se utiliza desta para a delimitação da doença como característica fisio-patológica e invariante; e 4) enquanto método indutivo-quantitativo não se adequa à apreensão do social, torna-o fragmentado e dessubstanciado.

Estas propriedades, segundo GONÇALVES (id., p.106-7), tornam a epidemiologia limitada a "**ciência das circunstâncias, ao conhecimento das cercaduras, das variações externas**", pois o social é colocado como condição modeladora, favorecedora ou dificultadora de um fenômeno já dado, acabado e definido pela Clínica.

Outra consequência da subordinação da Epidemiologia à Clínica é interpretação corrente de que o relativo sucesso no controle das doenças se deve exclusivamente à segunda. (GONÇALVES, id., p.112)

Como conclui GONÇALVES (id., p.121-2):

"(...) a Clínica foi a tecnologia historicamente capaz, no capitalismo, de tornar a medicina uma medicina social (...). A forma específica da Clínica de negar a socialidade dos objetos que conceptualiza e manipula revela-se assim uma forma de afirmar aquela mesma socialidade.(...) não há incompatibilidade alguma de caráter essencial entre a Clínica e a Epidemiologia, que obrigue uma a subordinar-se à outra, no plano exclusivo do conhecimento. Já no plano da prática, quando se determinam como tecnologias, determinar-se-ão necessariamente como polos contrários, tendencialmente em direção aos quais o trabalho se orientará de conformidade com o sentido que tiver que assumir dadas as suas articulações sociais concretas, mas também aqui, essa oposição tendencial não deve ser compreendida como contradição insolúvel, e sim como complementaridade dinâmica do movimento."

Nos últimos anos, em função das mudanças políticas e sociais, novas exigências foram impostas à Medicina Social e à Epidemiologia. Surgiram inúmeras críticas à visão totalizadora do estruturalismo e abriram-se perspectivas de diversificação teórica e de revisão epistemológica do paradigma científico, de ordem natural, de leis naturais separadas de leis históricas.

Vários autores concordam com a evidência de que não deva existir uma metodologia pronta, convencional, para tratar de um objeto tão complexo como o processo saúde-doença, que sofre inferências individuais e supra-individuais das mais variadas ordens.

Enquanto crítica metodológica de caráter geral AGUDELO (1985, p.300), citando Marx, refere:

"(...) o ponto de partida do método cientificamente correto, não é algo absoluto, nem está determinado arbitrariamente ou aprioristicamente, ou seja, à margem do trabalho concreto de investigação científica ou da história real da ciência. Este ponto está condicionado pelo nível de desenvolvimento alcançado historicamente pela ciência de que se trata e pelo desenvolvimento da matéria pesquisada (...)" ou seja, mediante a análise das "relações gerais abstratas determinantes".

Registra-se também outras duas ordens de questionamentos: os relativos às conexões entre a epidemiologia e a organização das práticas de saúde e, os que buscavam compreender a disciplina através da teoria do conhecimento, a construção de seu objeto (coletivo, populacional e social) e seu referencial teórico (as relações

entre o individual e o coletivo, entre o natural e o social).(GONÇALVES, 1990, p.2)

Em relação à organização dos serviços busca-se a viabilização de um projeto coerente com as explicações do processo saúde-doença em sua concretude, que originaram as discussões relativas às ações programáticas enquanto ordenação das práticas sob a gerência epidemiológica na busca da aproximação às necessidades reais.

Estas questões se entrecruzam com as questões teóricas e as relativas ao próprio objeto da Epidemiologia.

Como discute GONÇALVES (id., p.13-15), impõe-se à epidemiologia o reconhecer-se como teoria (e não só como um método) como busca da máxima adequação do pensamento ao seu objeto real. Ao se limitar à discussão metodológica tende-se a **encaixar** o objeto à metodologia, ao conjunto de estratégias de investigação e a um repertório de técnicas e análises, desqualificando as dimensões reais do objeto e reduzindo a metodologia a uma formalização vazia.

Devido às características do objeto epidemiológico, justifica-se, como referem ALMEIDA (1989, p.38) e GONÇALVES (1990, p.15-8), o emprego de um "**pluralismo metodológico**" por equipes interdisciplinares (do cientista social ao clínico), que busquem a simultaneidade do aprofundamento e da generalização. GONÇALVES ressalta, no entanto, as dificuldades para a realização concreta deste pluralismo e

levanta como princípio a incorporação da teoria do objeto, que possibilitaria a determinação de suas características reais e a delimitação das estratégias de pesquisa adequadas à captação deste real.

Buscando sistematizar esta crítica que vem sendo construída na disciplina, GONÇALVES (id., p.15) propõe repensar a epidemiologia como:

"(...) provisoriamente a disciplina científica que se propõe à construção da teoria de um certo objeto real, a saber, a dinâmica do processo saúde-doença em populações como gênese e devir de uma totalidade parcial histórica e social, imediatamente histórica e social(...) assim posta, a teoria epidemiológica pretende ser práxis emancipadora, por conduzir a possibilidades de exploração técnica e aplicação eficaz que reencontrem as necessidades radicais dos sujeitos históricos efetivamente engajados na emancipação do Homem".

Segundo o autor, ao buscar a aproximação de seu objeto real coloca-se para a Epidemiologia a tarefa de resistir ao sufocamento imposto progressivamente pelas ciências médicas positivas, que buscam eliminar a teoria do processo saúde-doença no coletivo. Esta resistência se constituiria na

"(...) reafirmação das necessidades sociais traduzidas na constituição da epidemiologia como teoria de um objeto que as objetiva, e de um objeto cujo nome, não por acaso, foi sempre tão difícil de dizer".(GONÇALVES, id., p.19)

Estas críticas não se limitam à Epidemiologia, mas à Saúde Coletiva como um todo, no repensar de seus objetos, referenciais teórico-metodológicos e aplicações.

Por tratar-se de um campo diretamente relacionado ao social, as transformações ocorridas neste, exigem mudanças de práticas, novos aprofundamentos teóricos e revisões de estratégias, o que denota uma complexidade dinâmica entre práxis e teoria. Por tratar-se também de um campo caracterizado por uma multiplicidade de práticas e referenciais, questiona-se inclusive se estes saberes deveriam continuar englobados sob uma mesma denominação de Medicina Social ou Saúde Coletiva. (TEIXEIRA, 1990)

De uma maneira geral são levantados os limites dos referenciais positivo-estruturais em articular as relações entre as disciplinas que compõem a Saúde Coletiva, do clínico ao social, passando pela Sociologia em Saúde, a Epidemiologia, a Educação em Saúde, o Planejamento e a Administração. entre outras problemáticas impõem-se,

principalmente, os limites referentes ao conceber de seus objetos.<sup>72</sup>

Trata-se da limitação do paradigma científico assentado sobre a noção de causalidade de ordem natural, biológica, embasado na racionalidade científica do corpo morto e completamente determinável e, assim, dominado. É esta racionalidade que impregna predominantemente as práticas e os saberes da medicina, como é ela também que através da objetivação e neutralidade confere o caráter político-ideológico às políticas de saúde.

Tanto a clínica como a epidemiologia encontram-se submetidas a esta lógica e esta mesma razão positiva, que confere o papel normalizador às práticas de saúde. No entanto, essas práticas se inscrevem junto ao social, à dinâmica do conflito de interesses de classes, o que lhes imprime um caráter contraditório e imprevisível.

Ao se falar da busca da aproximação das necessidades, coloca-se a questão do resgate do repensar destas práticas e seus saberes através de um outro referencial e, assim, de um outro paradigma que leve em conta estas contradições.

---

72.Ver discussões feitas por: FRANCO,S. Tendencias de la medicina social en America Latina. **Divulgação em saúde para debate**-2. Londrina/PR, CEBES, 1990, p.40-5.

É do social que surgem estas exigências dadas às ações que, por sua vez, impregnam este social e o transformam.

Sob este referencial buscar-se-á pensar o papel da APS em sua emergência e efetivação em nosso país.

Ao articular, por determinações estruturais e intrínsecas, ações individuais e coletivas, a APS seria a responsável pelo surgimento de inovações da políticas de saúde, de suas práticas e saberes, como também de seu papel político-ideológico, contraditoriamente normalizador e transformador.

**A HND aplicada aos serviços de saúde através  
das ações programáticas.**

Enquanto aplicação da Epidemiologia e do Planejamento à organização dos serviços de saúde derivada também da HND, surgiu a **programação** (ou as **ações programáticas**).

Tratavam-se de reformulações que buscavam articular ações curativas e preventivas, individuais e coletivas, incorporando a epidemiologia enquanto instrumental que através do diagnóstico do coletivo imprimiria uma direção aos planos de saúde.

Estas reformulações, entretanto, não se limitaram a técnicas isoladas, mas inscreveram-se no cumprimento de objetivos político-ideológicos das propostas originadas do Movimento Preventivista e que buscavam a expansão da cobertura de serviços de saúde para populações anteriormente marginalizadas do cuidado médico, e que por razões diversas passaram a exigir e/ou a necessitar deste tipo de benefício.

Trata-se de tema a ser melhor explorado no capítulo seguinte, mas aqui mencionado no sentido de se apontar a inserção histórica destas propostas tecnológicas de simplificação e barateamento do atendimento médico, entre as quais aparece a programação em saúde.

Tais propostas surgiram a partir da inserção dos países da América Latina no capitalismo monopolista, nas décadas de 50/60, e sob a influência das teses cepalinas desenvolvimentistas, baseadas no planejamento econômico-social e no ciclo vicioso da pobreza-doença.

Para a saúde foi elaborado o Método CENDES-OPS de Programação Sanitária (CENDES/OPS, 1965), que introduz o planejamento normativo visando maximizar recursos para a ampliação da produtividade do atendimento médico individual através da racionalidade epidemiológica.

As ações programáticas surgem, assim, na sequência das Reformas Médicas iniciadas com o Movimento Preventivista, passando pela Medicina Integral, pelo propositura de formação do médico generalista e pela Medicina Comunitária, que darão origem a APS.

Estas reformas inicialmente limitadas ao ato médico individual baseavam-se na crítica ao caráter fragmentário da medicina, questionando o corte entre aspectos orgânicos e psico-sociais.

Propunham através do ser *bio-psico-social*, a globalização do indivíduo e sua localização no tempo e no espaço (no caso a família) considerando os fatores que influenciam no processo de adoecimento, afim de que a

interferência das ações curativas fossem mais precoces (uma Medicina Integral). (DONNANGELO, 1979, p.75-87)

Para a efetivação destas formulações surgiu também a proposta de formação do médico generalista enquanto profissional capaz de incorporar ao processo de trabalho as relações do indivíduo com o meio e o reconhecimento de que a doença envolve fatores naturais, sociais e psicológicos. Para isto o médico estabeleceria relações não só com o indivíduo, mas com a família e a comunidade e passaria a atuar como agente de uma mudança capaz de transcender os limites do ato médico individual e atingir o meio social. (DONNANGELO, id., ib.)

As estratégias destas reformas centravam-se no profissional enquanto o agente por excelência da reforma, pois pensava-se que com a acumulação de atos médicos corrigidos se modificaria a totalidade da atenção médica e inclusive as necessidades de saúde.

Em sequência destas reformas e para a sua consolidação surgiu a Medicina Comunitária onde acrescentaram-se às críticas ao conhecimento médico, o problema da inadequação da prática às necessidades da população e as questões relativas ao alto custo dos serviços que impossibilitavam sua expansão à populações marginalizadas.

Assim, as preocupações levantadas com a Medicina Integral acerca da articulação entre as ações curativas e preventivas foram ampliadas para os grupos populacionais, surgindo os programas de atenção integral segundo faixas etárias ou doenças definidas por critérios de risco populacional.

O planejamento epidemiológico, enquanto um meio para a organização dos recursos disponíveis, surgiu nesta sequência, para possibilitar a padronização do trabalho executado; ao interferir com todas as atividades, contrastando-as através do diagnóstico e da avaliação com os indicadores de saúde. (GONÇALVES, NEMES e SCHRAIBER, 1990, p. 56)

Desta forma as ações programáticas não respondem às necessidades relativas à saúde e à doença, mas à produção de serviços e seu consumo, independentemente dos resultados sanitários. (GONÇALVES, NEMES e SCHRAIBER, id., ib.)

Alternativamente, no entanto, em outras inserções históricas e cumprindo outros objetivos, as ações programáticas vem sendo pensadas e utilizadas não só como técnica de planejamento, mas como modelo assistencial, como discute Lilia B. SCHRAIBER (1990, p.19-20). Segundo a autora, distingue-se em sua história, a programação enquanto técnica de planejamento, que precede e informa a situação da programação enquanto modelo assistencial, confrontando-se

duas lógicas assistenciais opostas: o *modelo da consulta*, do trabalho clínico individualizado; com o *modelo de controle da saúde/doença*, do trabalho sanitário de proteção e promoção da saúde.

Enquanto técnica de planejamento de característica ascendente baseia-se no diagnóstico epidemiológico, que introduz os conceitos de vulnerabilidade, magnitude e transcendência, nos quais se funda a eficiência e a eficácia buscando a rearticulação das práticas às necessidades da população. Já, enquanto modelo, agregam-se a estes fundamentos, os princípios da integração sanitária e da hierarquia do cuidado, procurando desfazer a dicotomia prevenção/cura e os níveis de acordo com a complexidade tecnológica. Também enquanto modelo, ao responder como tecnologia de trabalho, defronta-se com as necessidades demandadas introduzindo questões sociais e políticas. (SCHRAIBER, id., ib.)

Buscando controlar estas questões, tecnicizando-as e neutralizando-as, a programação através do planejamento normativo tem-se utilizado da epidemiologia para o maior controle do processo de trabalho, o que tem possibilitado a ampliação da intervenção estatal e o rebaixamento dos custos dos serviços.

Através da HND, a programação reforça o caráter de *ordem* e de *estrutura*, que submetem as ações coletivas e

individuais a uma regulamentação externa, elaborada através de parâmetros de eficiência baseados na relação custo/benefício.

Em geral, apesar do discurso de um planejamento ascendente, ele é delegado a equipes administrativas e de gerenciamento que estabelecem parâmetros de produtividade baseados em instrumentos técnicos.

Neste sentido, a programação não se aproxima das necessidades mas delas se afasta, pois se afasta dos usuários e dos profissionais diretamente relacionados ao serviço.

Registra-se, no entanto, uma certa confrontação na APS dos modelos de consultação e do controle da saúde-doença na dependência de sua inserção enquanto modalidade de práticas referida à política de saúde. A **preferência** por um ou outro modelo, não depende isoladamente da vontade dos técnicos, mas das relações de interesses impressas nestas políticas.

No capítulo seguinte, passarei a analisar a emergência da APS internacionalmente e em nosso país, buscando entender seus determinantes estruturais e intrínsecos, responsáveis pela configuração de suas práticas e saberes.

## CAPÍTULO IV - A ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE (APS)

### *Uma tentativa de conceituação*

Desde o seu surgimento a APS tem recebido outras denominações, como as de: cuidados primários, serviços de primeira linha, serviços básicos de saúde que, por sua vez, englobam inúmeras modalidades de práticas ligadas à saúde, bem como projetos com determinações e características diversas.

De forma esquemática distinguem-se três tipos principais de interpretação da APS: 1) especificamente como nível de atenção do sistema de saúde, 2) como modelo de saúde de tecnologia simplificada e, 3) enquanto uma estratégia de reordenação do setor saúde.

Esta tipologia apresenta grandes limitações para a compreensão das características de uma política de saúde, mas sua referência é importante pois contituem visões frequentemente encontradas nas análises dessa modalidade de práticas.

Ao ser interpretada como um nível de atenção há uma evidente simplificação e um mascaramento da historicidade da prática médica, encobrendo-se as determinações de seu surgimento, bem como, a desigualdade social manifesta no setor através do acesso aos serviços de saúde. Trata-se de uma restrição da análise no nível da estrutura interna dos serviços, que não leva em conta as questões relativas às políticas de saúde em suas determinações estruturais e intrínsecas.

A segunda interpretação acarreta a mesma restrição analítica ao conceituar a APS como forma de tecnologia simplificada que se contrapõe a uma de maior complexidade. Como exemplo tem-se um informe da OMS de 1976, em que a APS é conceituada como:

"(...) aquelas medidas que, sendo simples e eficazes quanto ao custo, técnica e organização, são facilmente acessíveis e permitem melhorar as condições de vida." (OMS, 1976, p.4)

Esta interpretação corresponde à caracterização de **medicina simplificada**, enquanto um conjunto de técnicas mais simples, baratas e com a utilização de profissionais de menor qualificação, o que permitiria o rebaixamento dos custos e a resolução dos problemas mais comuns da comunidade. Baseia-se, em geral, na criação de serviços alternativos, através de orçamentos adicionais, advindos de entidades

internacionais e filantrópicas, sendo características a utilização do trabalho voluntário do agente de saúde e a participação comunitária.

Enquanto tecnologia simplificada, apresentam-se divergências, sendo que se tem utilizado o termo **tecnologia apropriada** quando se quer referir a utilização de uma **tecnologia adequada** a determinados padrões ou perfis de morbidade. A **apropriação** para alguns autores está intimamente relacionada a uma busca de **eficácia** e para outros baseia-se na utilização de técnicas simples e baratas (uma adequação à pobreza). A eficácia de determinadas práticas e saberes, por sua vez, relaciona-se à resolução de uma problemática posta. Fala-se de uma **eficácia comprovada e apropriada** quando, ao se referir a um determinado nível de atenção, propõe-se a cobertura universal da população, não havendo diferenciações para um ou outro grupo social. Denotam-se, desta forma, propostas **democratizantes**, mas que por vezes, através de uma pretensa cientificidade e neutralidade encobrem uma política compensatória de desigualdades sociais.

Ao se interpretar a APS enquanto tecnologia em sentido restrito, adequada a um nível de atenção e responsável pela resolução de questões que se apresentam universalmente, depara-se na realidade, com um quadro sanitário complexo e diversificado. Somam-se às doenças da **pobreza** ou do **atraso**, redutíveis por medidas

suficientemente comprovadas, as doenças crônico-degenerativas, mentais e ocupacionais, ou da **modernidade** caracterizando-se um **novo** padrão que se diferencia regionalmente e localmente de acordo com as condições sociais de vida e trabalho. (POSSAS, 1988)

Esta problemática agrava-se também ao se registrar padrões existenciais e culturais que instituem diferentes **modos de andar a vida** e, principalmente, necessidades e exigências político-ideológicas diversas, estabelecidas nas relações entre as classes e segmentos sociais.

É desta forma, que a interpretação da APS enquanto estratégia de reformulação do setor saúde possibilita a ampliação do referencial, pois permite compreendê-la em sua forma e conteúdo histórico-específico, buscando-se o entendimento de seu caráter estratégico, contraditoriamente espaço de controle social e espaço possível de transformação. Neste sentido, se faz necessário não superestimar o papel da APS na reordenação do sistema, como também o papel dos técnicos ou do setor que se antepõem a própria sociedade organizada, mas compreendê-la em suas possibilidades, enquanto parte da política social em saúde, que tem por referência uma determinada formação social e se encontra intrinsecamente articulada à dinâmica deste mesmo social.

Trata-se de agregar as três interpretações pensando-se a APS enquanto uma certa modalidade de práticas

referidas ao primeiro nível de atenção que apresenta determinadas características tecnológicas que não se definem exclusivamente por técnicas, mas por sua inserção social enquanto parte da política de saúde.

Algumas de suas especificidades se destacam por sua generalidade como: a incidência preferencial sobre populações anteriormente marginalizadas pelo sistema de atendimento médico dominante; o caráter alternativo a este sistema decorrente da característica anteriormente citada; a configuração na articulação das ações individuais e coletivas.

No caso de nosso país, apesar de ter-se consolidado efetivamente junto a política de saúde nas décadas de 70/80 enquanto resposta à necessidade de expansão de cobertura assistencial, decorrente do aumento das tensões sociais e do processo de racionalização administrativa do Estado, sua emergência é anterior. Registram-se em outros momentos históricos formulações e mudanças nas quais algumas de suas características encontravam-se delineadas. São momentos nos quais ao aflorarem contradições sociais registram-se mudanças das políticas de saúde o que denota o caráter estratégico da APS.

Partindo desta concepção aqui apontada, farei inicialmente uma descrição das principais características dos movimentos e das proposituras internacionais que precederam a

APS, para então buscar compreender sua inserção em nosso país e algumas das especificidades dos saberes e práticas que a compõe.

*Um delineamento das proposituras originárias  
da APS*

A APS oficializou-se definitivamente em nível internacional em 1978, através da Conferência sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata na União Soviética. (OMS/UNICEF, 1978)

No entanto, sua origem é citada anteriormente com a Medicina Comunitária (MC) enquanto proposta alternativa de expansão de serviços de saúde para populações marginalizadas.<sup>73</sup>

Como refere DONNANGELO (1979, p.81), ao se constituir em práticas que respondiam a necessidade de extensão do cuidado médico, a MC inscreveu-se no processo de medicalização, de expansão da urbanização e ampliação da **marginalização**, processos determinados, por sua vez, pela expansão do capital monopolista e pela necessidade do Estado reproduzir-se.

---

73.0 surgimento de serviços com a denominação de MC é registrado na década de 20 em colônias inglesas da África mas, sua emergência com as características determinantes, ocorre na década de 60 nos EUA com a ampliação do capitalismo monopolista.

Nos EUA, segundo a autora, surgiu como resposta às tensões sociais, enquanto uma **"nova estratégia de guerra contra a pobreza"**, institucionalizada enquanto política social nos governos Kennedy e Johnson. Através de Programas de Ação Comunitária pretendia-se reduzir a pobreza revestida sob a representação da falta de oportunidades sociais e participação, em substituição às concepções relativas ao desvio social e incapacidade. (DONNANGELO, 1979, p.88-9)

Desenvolveu-se, neste país, como uma proposta de reforma parcial de organização dos serviços de saúde que encontrava-se baseada na privatização com pouca interferência do Estado e na separação radical entre a Saúde Pública e a medicina privatizada. Esta característica possibilitou a compatibilização de **"reformas"** com a preservação da estrutura dominante de atenção médica. (DONNANGELO, id., p.78-9)

Na América Latina a institucionalização da MC ocorreu, a partir da década de 50, inicialmente via organizações internacionais como a OMS, a OPAS e fundações americanas como a Kellogs, a Ford e a Rockefeller. Essas instituições subsidiaram projetos junto aos departamentos de medicina preventiva em função da reformulação do ensino médico para a formação do médico generalista e programas voltados para populações carentes, como os de controle de

endemias (ancilostomíase, malária e outros) ou de grupos populacionais de risco.

Registra-se, neste período, com a inserção destes países no capitalismo monopolista mundial, uma certa preocupação dos governos com as questões sociais, que marca a influência das teses cepalinas desenvolvimentistas.

Baseadas no planejamento econômico-social estas teses contribuíram para o estabelecimento das políticas sociais e em especial as da saúde.

Num primeiro momento, sob a influência do pensamento keynesiano, propunha-se a intervenção deliberada e global do Estado na economia com o intuito de promover o investimento e o consumo, visando o crescimento do produto interno bruto. Num segundo momento, em decorrência dos problemas sociais provenientes da alta concentração de renda, estas teses passaram a se preocupar com o desenvolvimento **global** da sociedade e, principalmente, com as categorias excluídas que tornaram-se **obstáculos internos** a este desenvolvimento. (RIVERA, 1989, p.25-9)

Nesta mudança de estratégia de desenvolvimento das teses cepalinas, constata-se o abandono relativo da taxa de crescimento do PIB e a ênfase à formulação de planos setoriais que pressupunham uma certa noção de integralidade, servindo o planejamento para a mudança racional da sociedade. Através também da noção de participação buscava-se a superação

das desigualdades sócio-econômicas, decorrentes do modelo proposto anteriormente. (RIVERA, id., ib.)

Este discurso de preocupação com o social e o político compunha também a proposta da **Aliança para o Progresso** feita pelo governo americano que recomendava a realização de reformas sociais como um dos requisitos para a obtenção de empréstimos externos.

Em 1961, em decorrência desta proposta, foi assinada a Carta de Punta del Este pelos Ministros de Estado da América Latina, que comprometiam-se a preparar um programa integrado de desenvolvimento econômico e social.

É neste processo que se inscreve também a elaboração do método CENDES-OPS de Programação Sanitária (1965), que introduz o discurso do planejamento econômico e social no setor saúde. (OPAS/OMS)

Através da idéia de eficiência (enquanto análise custo-benefício) na utilização de recursos e de um quadro diagnóstico (realizado com base na HND), este plano de caráter eminentemente tecnocrático centrava-se na definição de prioridades para a programação a nível local. (RIVERA, 1989, p.25-9)

Este e outros planos elaborados pelas instituições internacionais influenciaram de forma mais ou menos decisiva o planejamento setorial ou global de alguns países da

América Latina. No Brasil esta influência tornou-se visível nos planos elaborados pelos governos Kubsticheck e Goulart, em especial no discurso sanitarista-desenvolvimentista construído no início da década de 60 e, posteriormente, no segundo Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND) de 1974.

É interessante registrar como determinantes do surgimento das teses desenvolvimentistas, não só a necessidade da ampliação do mercado para a acumulação do capital monopolista, mas também a Revolução Cubana de 1959 e a expansão das organizações populares e sindicais ocorrida nesta época em vários países da América Latina.

A APS se inscreve a nível internacional, nesta sequência de preocupação com o social das teses cepalinas, enquanto proposta de ampliação de cobertura de serviços de saúde para populações carentes, onde se inserem as questões relativas à comunidade e à participação como meios para este desenvolvimento. Numa concepção sistêmica foi difundida pela OMS especialmente através da proposta de **Alma-Ata** (OMS/UNICEF, 1978)

Baseada em um diagnóstico mais abrangente (em relação aos documentos oficiais anteriores) das condições de saúde da população e da situação do próprio setor, esta propositura visava uma reestruturação do sistema de saúde através de estratégias internas, com a finalidade de

minimizar o custo social decorrente da diversidade econômica retratada na desigual distribuição de renda e serviços.

"La atención primaria de salud es la clave para alcanzar, en todo el mundo y en un futuro previsible, un nivel aceptable de salud, que forma parte del desarrollo social y se inspire en un espíritu de justicia."(OMS/UNICEF, 1978)

Ou como proferido pelo diretor da OMS em 1978:

"(...) la medida mas importante para reducir algunas de esas flagrantes desigualdades que separan los hombres (...) concebida como un derecho humano sin discriminación social e económica alguna (...)".(MAHLER, 1978)

Outra importante justificativa expressa nos documentos oficiais relacionava-se ao alto custo e ineficiência do modelo dominante de atendimento médico:

"(...) al haber un vasto sistema profesional concentrado en los complicados problemas de una minoria (...) los problemas de la enfermedad e la muerte, la prevención de la enfermedad y el fomento de la salud quedan relegados a un triste segundo plan (...)".(MAHLER, id.)

Enquanto derivação destas justificativas, a participação comunitária era colocada como elemento essencial das propostas, "(...) como parte de uma política social

global que vise o desenvolvimento sócio-econômico da sociedade".

"A educação da comunidade para a saúde e a participação de extensos setores da população na execução de todos os programas de saúde pública, são essenciais para a efetivação da responsabilidade pessoal e coletiva de todos os integrantes da sociedade na proteção da saúde humana (...) criar no indivíduo um sentido de responsabilidade e capacidade de participação consciente e construtiva de programas (...)."  
.(OMS, 1976)

Como refere DONNANGELO (1979, p.91-3), nos projetos de MC das organizações internacionais, a participação respondia precipuamente ao papel higienista advindo da medicina preventiva e racionalizador da própria MC, ampliando sua eficiência dentro de um projeto submetido à lógica da relação custo/benefício. Mas, para além dessa função de barateamento dos custos pela utilização de recursos técnicos mais simples e da própria comunidade, a participação serviu de sustentação ideológica para a implementação de uma rede alternativa destinada a populações carentes.

Os recursos da **comunidade** e da **participação** comportavam-se na MC e na APS, como elementos articuladores entre as práticas e a estrutura social, enquanto parte da política desenvolvimentista.

De forma genérica, segundo DONNANGELO (id., ib.), a dimensão comunitária referia-se:

a) ao espaço de delimitação geográfica que indicava, por um lado, a população-alvo e, por outro, a externalidade ao hospital, referindo-se à dimensão ecológica do processo saúde-doença (a HND), que embasava a medicina integral e no caso da MC possibilitava a recomposição dos meios de trabalho, as ações coletivas e individuais e o trabalho multiprofissional.

b) a identificação entre comunidade e sociedade como grupo homogêneo socialmente e com os mesmos interesses, possibilitando a racionalização das ações e a execução do projeto político de legitimação através da prática participativa.

Por esta característica a MC encontrava-se mais próxima das necessidades reais da população o que implicava na possibilidade de criação e de reorientação dos interesses. Daí seu papel eminentemente político que determinou a configuração, em algumas conjunturas, de projetos de caráter predominantemente conservador, de atenuação de conflitos e de legitimação de um projeto político-ideológico dominante; como também, em outros locais e momentos, surgiram projetos que buscavam dar maior ênfase à ampliação das possibilidades de criação de sujeitos sociais. Como constatado em diferentes análises sobre a construção do movimento sanitário brasileiro, a partir de alguns destes programas foi

introduzida a discussão relativa à gestão democrática dos serviços, bem como, e principalmente, se reforçou a necessidade da construção da consciência sanitária.

Relacionadas diretamente às noções de comunidade e de participação apresentam-se na MC e na APS, as questões da pobreza e da marginalidade.

A base conceitual da marginalidade, como descreve PELEGRINI (1978 (A)), era o modelo "**psico-sócio-cultural**", de caráter funcionalista que referia-se à participação como **resolução** da questão da marginalidade, mantendo-se intacta a estrutura social. Buscava-se a integração do indivíduo e o melhor aproveitamento dos recursos locais.

Este modelo foi colocado, segundo o autor, como crítico às explicações "**físico-ecológicas**" da marginalidade, surgidas após a II Grande Guerra para o estudo da urbanização. Estas interpretações preocupadas com a disfuncionalidade dos agrupamentos marginais, explicavam a **natureza** do homem marginal através da psicologia. Já, o modelo **psico-sócio-cultural**, enquanto desdobramento do modelo anterior, introduziu o conceito de **cultura da pobreza** que interpretava as populações de baixa renda como componentes de um universo cultural próprio, carente a nível psicológico, econômico, social e político. O pertencer a esta **sub-cultura** implicaria: na falta de integração e participação; na falta de organização mínima, verificada

apenas a nível familiar; na instabilidade na família e, no sentimento de alienação do indivíduo em relação à sociedade. (PELEGRINI, id.)

A questão da pobreza assim colocada, apresentava por referencial, segundo análise realizada por FELICIELLO (1987, p.15), o "círculo vicioso da pobreza", enquanto "elaboração mais acabada e dinâmica" da teoria desenvolvimentista para os países dependentes.

"Esta abordagem pretende reter a dinamicidade da situação de subdesenvolvimento pela identificação de mecanismos *internos* de integração e de expansão econômica, onde a baixa oferta de capital e o pequeno estímulo ao investimento decorreriam do baixo nível de renda, que por sua vez seria conseqüente à baixa produtividade, a qual é devida à baixa oferta de capital e de estímulo de investimento, fechando-se o círculo".

A proposta de ALMA-ATA sugere, como refere o autor, a quebra deste ciclo pela oferta de serviços de saúde que levariam à melhoria das condições de vida e um aumento das oportunidades sociais de se ganhar a vida elevando a produtividade e o nível de renda, capaz de influir positivamente no desenvolvimento sócio-econômico. (FELICIELLO, id., p.16)

Nesta visão a pobreza e a marginalidade seriam resolvidas por ações restritas à própria comunidade e não por transformações estruturais.

Modificava-se, no entanto, o caráter essencialmente assistencialista e paternalista da política social de ajuda aos pobres, dando-lhe uma certa aparência de conquista de um direito individual de cidadania, que dependeria do esforço de cada um no exercício de uma prática comunitária.

Este papel funcional de **enquadramento social** visava também a redução dos custos, possibilitando a expansão do processo de medicalização através de modelos alternativos simplificados, além do redirecionamento das demandas e necessidades sociais.

Assim, como elementos agregados a estes e componentes essenciais das propostas de APS, haviam: a equipe multiprofissional na qual o auxiliar ou congênera e o médico generalista, desempenhavam um importante papel; a utilização de tecnologia apropriada ou simplificada; e o planejamento local, com características participantes.

Ao ter por referência as reformas médicas, a APS incorporou algumas das características destes movimentos, reordenando as práticas no sentido de torná-las suscetíveis de interferência, controle e racionalização. Enquanto modalidade de práticas tidas como **simplificadas**

possibilitava a ampliação da intervenção estatal com maior controle do processo e menores custos. Configurava-se também como uma solução técnico-científica a problemas sociais, mascarando suas determinações estruturais.

BREIHL realiza uma análise da MC comparando-a à Polícia Médica ocorrida na Alemanha dos séculos XVII e XVIII. Ao considerá-la enquanto resposta a crise econômica de transição para o monopolismo, caracteriza-a como:

"(...) formas de prática médica comunitaria, cuyo efecto beneficia principalmente a los intereses de las clases hegemónicas. (...) es una nueva modalidad del labor policial más refinada y menos manifiesta. En lugar de la orientación sanitaria compulsiva y explícita, controla mediante la penetración subrepticia. Persuade, llama a la participación de la población y jerarquiza a las gentes de manera "invisible" (...)"<sup>74</sup>

Segundo o autor, a MC mitifica as classes através de métodos sofisticados de penetração e do "fetichismo" da auto-gestão (a participação), que realiza as funções básicas de estímulo, racionalização e redistribuição da produtividade, "cuya finalidad, en última instancia, es la estabilidad de la producción capitalista y la

---

74. BREIHL, J. La medicina comunitaria, una nueva policía médica? (mimeo) p.57-71.

**legitimación de su sistema político.**" Para o cumprimento dessas funções, a MC, segundo o autor, utiliza-se dos seguintes mecanismos: 1) ampliação do mercado de bens de consumo relativos à saúde, na esfera da circulação, 2) estímulo à ampliação da produtividade diretamente, ao expandir a cobertura através de um modelo racionalizador, 3) como forma de redistribuição de renda. A coerção e a legitimação se realizam através das funções: 1) da aparência de Estado humanitário e igual, 2) do encobrimento de necessidades reais, 3) de mecanismos disciplinares e normatizadores, dados pelas atividades de vigilância e educativas, 4) de mecanismos repressivos-coercitivos de controle das organizações populares e da própria equipe de trabalho. (BREIHL, id.)

Eymard M. VASCONCELOS (1989) interpreta a APS sob o referencial da administração científica do trabalho, o **Taylorismo** e o **Fordismo**, pois considera que apresentam a mesma racionalidade.

Segundo o autor, a APS corresponderia a uma solução racional e técnica para a expansão de cobertura de populações carentes, de caráter ideológico e aparência científica que lhe conferiria uma certa legitimidade. Considera, assim, a incorporação de críticas ao modelo dominante e seu entendimento enquanto transformações internas da prática,

" (...) na medicina destinada às classes populares, vem se assistindo, como no resto da

sociedade, a uma progressiva alienação profissional, uma redução da abordagem dos problemas de saúde a procedimentos técnicos bem delimitados e ao crescimento do poder de uma ampla categoria de burocratas gestores do sistema".(VASCONCELOS, id., p.55))

Em linhas gerais, os principais aspectos da administração científica do trabalho incorporados à APS, analisados por VASCONCELOS (id., p.48-53) são:

**1.a utilização dos auxiliares de saúde e congêneres** enquanto profissionais não qualificados e recrutados na comunidade, que executam um trabalho padronizado, fragmentado e simplificado por normas e rotinas pre-estabelecidas, não participando do trabalho global. Estas características, segundo o autor, demarcam a "**alienação**" destes profissionais no processo de trabalho, pois perdem o controle da totalidade do produto. Caracteriza-se também um aprofundamento da separação entre trabalho intelectual, de concepção e planejamento, e o manual, tarefeiro.

**2.a utilização de tecnologia apropriada ou simplificada**, que se comparam com a introdução das técnicas para a simplificação e barateamento da produção de automóveis, criando-se uma linha de montagem em que cada profissional tem sua função e cumpre seu papel com maior rapidez e produtividade (o Fordismo). Cita por exemplo, a organização dos programas específicos que possibilitam o

estabelecimento de metas numéricas de produtividade e mecanismos de controle do ritmo de trabalho. A priorização das ações de caráter preventivo (vacinas, educação sanitária, privadas, etc), segundo o autor, deve-se ao seu menor custo.

**3.o planejamento regionalizado** que apesar de proposto como estratégia de adequação do planejamento às variações regionais, responde para o autor, na lógica do taylorismo, à divisão social do trabalho criando uma hierarquia funcional complexa voltada ao controle e ao aumento da produtividade. Por justificativas técnicas, o planejamento na realidade é descendente e a **adequação** não ocorre devido às condições infraestruturais.

**4.a hierarquização dos serviços** que corresponde aos complexos industriais dos grandes monopólios, onde cada setor se ocupa de etapas do processo produtivo, e assim, "o gigantismo e a complexidade do sistema de saúde torna opaco para cada um de seus trabalhadores a globalidade de seu funcionamento".

**5.a participação comunitária:** vista enquanto iniciativa do Estado no sentido de legitimar-se politicamente, serviria para: aumentar a produtividade e diminuir os custos através da incorporação de recursos da própria comunidade, ampliar a eficiência das ações propostas, controlar a produtividade dos funcionários, ajudando a diminuir o custo da supervisão.

Numa visão alternativa DONNANGELO (1979, p.71-2) considera a MC uma

"(...) extensão da medicina sob a forma de serviço individual (que) requer uma nova estruturação dos elementos que compõe a prática médica, sobretudo uma nova forma e um novo uso do trabalho médico (...) o uso do trabalho auxiliar de outras categorias profissionais, constituindo-se o que poderia ser designado por trabalho médico coletivo, no sentido de que, por um processo de distribuição de tarefas, o cuidado se desenvolve através de um conjunto de práticas complementares. (...) novas práticas que encontram seu campo privilegiado de exercício na manipulação do comportamento social dos grupos humanos. (...) uma modalidade de serviço social."

Através destas análises registra-se, como aspecto essencial, o caráter contraditório da APS decorrente de seu vínculo social evidente, expresso inclusive nas proposituras internacionais. Enquanto parte da política social em saúde, responde tanto a interesses como a exigências, se aproxima das necessidades e as mascara, mas também as faz aflorar.

Como refere DONNANGELO (1979, p.92), em relação à dimensão comunitária:

"(...) apesar da homogeneidade conceitual não garante a homogeneidade do real e seu projeto não se esgota no plano de identificação social de interesses."

Parece que mais uma vez o social ao escapar do controle da medicina a politiza, levantando no caso, principalmente a problemática do acesso, mas também sua ineficiência e inadequação para a resolução do quadro sanitário.

Por encontrar-se impossibilitada de neutralizar este social, a medicina através da APS, o incorpora assumindo seu papel normalizador, que reeduca, que refaz atitudes, que incorporadas serão retransmitidas. Para isto, constroi um discurso sobre o social, o medicaliza para então neutralizá-lo e torná-lo racional.

Neste processo constata-se uma **apropriação**, dos elementos introduzidos pela medicina preventiva, pela medicina integral, pelo planejamento e pela programação, como também uma rearticulação destes elementos com uma população de características marginais.

Parece perfeito no sentido de sua funcionalidade, mas trata-se na realidade de um social que contem conflitos que geram contradições.

Registra-se, em alguns lugares e momentos, a concomitância de projetos e movimentos nascidos da sociedade civil que reivindicam junto ao Estado serviços e outros benefícios. Destas relações gestaram-se programas onde

desenharam-se espaços de transformação social, de um Movimento Sanitário em construção.

Trata-se da inscrição de novas funções para a medicina, novos papéis para os técnicos e seus saberes e também para os usuários, o que faz recriar o papel social da medicina e suas relações com o social.

Como refere PELLEGRINI (1978 (B)):

"Todo instrumento de controle social é dado à priori como tal. (no entanto) sua função de controle deve se efetivar na prática no contato com o real, através de um processo que é essencialmente contraditório, e portanto, pressupõe sempre a possibilidade do surgimento de um projeto político e ideológico que lhe seja contrário."

Retomando o propósito deste trabalho, registra-se a necessidade de que estas modalidades de práticas enquanto participantes das políticas sociais, sejam interpretadas através de um referencial baseado na teoria do conflito e luta de classes e na instituição dos sujeitos sociais, pois constituem espaços políticos contraditórios nos quais se realizam inúmeras mediações, decorrentes de seus objetos e funções.

*Um breve histórico das políticas de saúde no  
Brasil. A emergência da APS.*

No Brasil os primeiros reflexos das formulações internacionais relativas a MC e a APS são registrados na década de 50, quando surgem programas voltados a populações carentes financiados por instituições americanas e a criação dos primeiros departamentos de medicina preventiva junto às escolas médicas.

São citadas, no entanto, já na década de 20, sob a influência do movimento preventivista americano emergente, propostas de reformulações para a Saúde Pública no sentido da implantação de uma rede permanente de serviços básicos preventivos e curativos. Assim, apesar da efetivação da emergência da APS ter ocorrido com o aprofundamento da crise da década de 70/80, algumas de suas características vinham sendo delineadas anteriormente.

Através da reconstrução histórica da política de saúde do país busca-se registrar os momentos nos quais afloraram estas propostas e reformulações que passaram a compor posteriormente a APS.

O período agroexportador da Velha República. A  
institucionalização dos serviços de Saúde  
Pública.

A institucionalização das práticas de saúde no Brasil, como descreve MERHY (1985, p.47-51), iniciou-se tardiamente em relação a Europa, mas de forma análoga, acompanhando o desenvolvimento do modelo agro-exportador da Velha República (1889 a 1930) baseado na cafeicultura. Até então, as relações entre a saúde e a sociedade não eram explicitadas enquanto preocupação da administração colonial e esporadicamente haviam sido tomadas medidas referentes a normalização dos cemitérios, controle público do abastecimento de água, destinação de lixo e dejetos e controle das doenças "**pestilenciais**".

Assim, a saúde inscreve-se como questão social com a emergência do trabalho assalariado, assumindo ainda que de forma embrionária, o caráter público de política social.

Buscava-se o controle das endemias e o saneamento dos núcleos urbanos ligados ao complexo exportador, São Paulo, Santos e Rio de Janeiro, criando-se condições mínimas indispensáveis para a realização do comércio e o êxito da política de atração de mão de obra migrante. (BRAGA e PAULA, 1981, p.42-85)

Constata-se durante este período um grande investimento no sentido de se instalar serviços de saúde pública e saneamento, principalmente, a partir da epidemia de febre amarela ocorrida na década de 80 do século passado no Estado de São Paulo:

- 1.a criação do Instituto Vacinogênico e da Comissão de Vigilância Epidemiológica para a zona rural, em 1892.
- 2.a regulamentação do Laboratório Bacteriológico e do Serviço de Desinfecção, em 1893.
- 3.a redação do 1o Código Sanitário Estadual e o funcionamento do Hospital de Isolamento, em 1894.
- 4.a fundação do Instituto Butantã em 1901 e do Instituto Pasteur em 1903.
- 5.a criação do Serviço Sanitário do Estado de S.P., em 1891.  
(MERHY, 1985, p.48 e GONÇALVES, 1986, p.145)

Este último fato citado marca, para GONÇALVES (1986, p.145), o início da história da Saúde Pública paulista, enquanto campo de práticas permanentemente institucionalizadas.

Analisando a correlação de forças políticas desta época, MERHY (id., p.69-75) conclui que estes acontecimentos foram possibilitados pela descentralização formalizada na Constituição de 1891. Segundo o autor, havia uma constante disputa entre o poder oligárquico estadual e municipal que determinou a existência de períodos de maior ou menor

descentralização da saúde pública. A centralização respondia à necessidade de se "atuar no processo de realização do capital agrário, através de sua ação junto ao financiamento e comercialização da produção". Já a defesa da municipalização das ações sociais "dava-se em nome da autonomia dos cidadãos perante a ação estatal" o que respondia à busca de " hegemonia do poder oligárquico, no interior do bloco no poder."

O desenvolvimento inicial da Saúde Pública no Brasil, aqui somente apontado, foi baseado no modelo tecnológico da epidemiologia bacteriológica, realizado principalmente através de campanhas e da polícia médica, que centravam suas ações na disciplinarização das famílias e do espaço urbano na busca dos vetores.

Tratava-se de um modelo, como analisa GONÇALVES (1986, p.147-8), que ao ser instituído com a identificação dos agentes microbianos apresentava por corolário negativo a possibilidade de desvincular o estudo das doenças infecciosas de seus determinantes de natureza social (a clivagem entre Virchow e Behring, como descrevi anteriormente).

Consequentemente, como interpreta MERHY 1985, p.100-4), apresentava-se como um modelo autoritário mas eficaz no controle (em seu foco de origem) das epidemias, sendo pertinente à estrutura econômica da época, que tinha sua realização no exterior.

O desenvolvimento industrial. A Previdência e  
o modelo médico-sanitário de Saúde  
Pública.

No final da década de 20, com a crise do modelo agro-exportador e a aceleração do processo de industrialização, as questões sociais (dentre elas a saúde) ganharam foros **políticos**. Registra-se a reestruturação das práticas sanitárias e a instituição definitiva da previdência social.

No cenário político, como interpreta MERHY (1985, p.102), as oligarquias ligadas às propriedades agrárias deixaram de ser as únicas detentoras do poder e a burguesia industrial emergente buscava ampliar suas bases de sustentação; por outro lado, as categorias produtivas instauraram-se definitivamente como ator político.

Em decorrência destas mudanças e da rápida passagem da fase urbano-comercial para a urbano-industrial, principalmente em São Paulo, o modelo autoritário de Saúde Pública tornou-se disfuncional, sendo substituído pelo modelo "**médico-sanitário**", que baseado no consenso, priorizava a educação sanitária, apesar de manterem-se as campanhas como principal instrumento de práticas. (MERHY, id., p.102-3)

Através deste modelo buscava-se retomar a relação entre a saúde e a sociedade, a partir de um referencial funcionalista que explicava a pobreza como atributo individual, causador de doenças e passível de prevenção. Daí ser a **Educação Sanitária** o instrumento preferencial da saúde pública que passava a atuar sobre o indivíduo, por ser considerado o principal fator na causação das doenças. Propunha-se a criação de uma consciência sanitária através da inculcação permanente de hábitos. (MERHY, id., ib.)<sup>75</sup>

Este modelo marca a influência do Movimento Preventivista emergente nos EUA, ocorrida de forma específica através do Dr. Geraldo de Paula Souza, formado na Universidade de John Hopkins e diretor do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo a partir de então. Na reforma da Saúde Pública deste Estado foi sendo incorporado o modelo americano de ações médico-sanitárias fundamentado na Administração Pública, na Educação Sanitária e na instalação de postos de saúde permanentes.

---

75. Como interpreta GONÇALVES (1986, p.152-3), as campanhas permaneceram a partir de então sob a forma de técnicas de ação, perdendo seu significado original, na medida em que deixaram de corresponder às necessidades de articulação das práticas na estrutura social, como o ocorrido em relação ao modelo bacteriológico.

A nível federal este processo se deu de forma mais lenta, a partir de 1923, sob a coordenação do Dr. Carlos Chagas. (MERHY, id., ib.)

Para São Paulo foram propostos 5 centros de saúde, mas só foi criado um, em 1922, no qual o médico, com consciência higienista, era responsabilizado pela realização de exames periódicos para a prevenção das doenças. Segundo GONÇALVES (1986, p.156), parece adequado identificar na Educação Sanitária o instrumento privilegiado do modelo naquele período, e menos no aparelho centro de saúde, pois este não se generalizou, como proposto.

Pode-se considerar, no entanto, que este modelo de saúde pública correspondeu ao primeiro esforço no sentido de planejar uma estrutura permanente de serviços básicos (que comporão a APS), baseada na regionalização, coordenação interinstitucional e mobilização da comunidade, vista aqui como parte de um projeto higienista que buscava tornar os indivíduos permeáveis às mudanças de hábitos.

A partir de então, e principalmente no **Estado Novo**, a Saúde Pública de carácter nacional e centralizado, se estruturou burocrático-administrativamente enquanto prática permanente e institucionalizada mantendo-se enquanto polo dominante do setor até o final da década de 40.

Em 1934 foi criado o Ministério da Educação e Saúde e, durante este período, o Departamento Nacional de Saúde foi estruturado, sendo que esta organização foi praticamente mantida ao serem divididos os ministérios em 1953. (BRAGA e PAULA, 1981)

A Previdência Social também se estruturou, a partir da década de 20, enquanto instrumento de política do Estado, o que explica, para GONÇALVES (1986, p.157), a não ocorrência do desenvolvimento da Saúde Pública com a mesma velocidade que no período anterior.

Até então, as demandas advindas das categorias de trabalhadores eram respondidas pelas próprias empresas através de relações contratuais, sem a intermediação do Estado. Registra-se, no entanto, durante as décadas de 10/20, a ampliação destas demandas, manifestadas pelos trabalhadores através de suas organizações emergentes e greves tornadas históricas.

A partir de 1923, com a Lei Eloy Chaves, o Estado passou a controlar as CAPs-Caixas de Aposentadorias e Pensões existentes (ferroviários, estivadores e marítimos), inscrevendo-se como interventor no âmbito da problemática trabalhista. (TEIXEIRA e OLIVEIRA, 1985, p.19-57)

Trata-se, neste período inicial, de uma regulamentação que mantinha um certo caráter privado da

Previdência, organizada até então por empresas e financiada e gerida pelos empregados e empregadores. Suas ações voltavam-se principalmente para a obtenção de benefícios sendo que somente 8% da receita era destinada à assistência médica. (MERHY, 1989, p.62)

Com a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) na década de 30, ampliou-se a centralização e a intervenção do Estado pois os benefícios foram unificados e expandindo para toda a categoria e o Estado passou a participar diretamente de sua administração e financiamento.

Essa expansão, como descreve TEIXEIRA e OLIVEIRA (1985, p.58-148), transcorreu sob a lógica do seguro social e do "**regime de capitalização**", que visavam a ampliação das reservas e a contensão dos gastos, tornando o sistema superavitário. Respondendo aos interesses do bloco no poder e

a hegemonia da ideologia desenvolvimentista<sup>76</sup>, possibilitou-se grande afluxo de recursos para outros setores da economia.<sup>77</sup>

Apesar da participação do Estado no financiamento da Previdência e em sua administração realizada de forma tripartide (trabalhadores, empregadores e Estado), esta

---

76. Realizando um sucinto esclarecimento em relação a este tema segundo PEREIRA (1980, p.88-105), a ideologia desenvolvimentista foi sendo construída desde o final da II Grande Guerra e queda do Estado Novo, quando se intensificou o processo de industrialização, baseado na substituição das importações. Os governos populistas de democracia representativa, baseados num pacto entre a burguesia industrial, respaldada pelas classes médias urbanas e com o apoio de grupos de esquerda, desenvolveram políticas de industrialização tendo como referência esta ideologia. O autor distingue três fases distintas em sua construção: a primeira de defesa da industrialização, ocorrida com o Estado Novo; a segunda nacionalista; e a terceira, do intervencionismo desenvolvimentista, que defendia a participação do Estado na proteção e planejamento da economia e relacionava a pobreza ao atraso, sendo superável com o desenvolvimento econômico (quando se inscreve a ideologia da segurança nacional).

77. As "reservas" da previdência foram repassadas para setores estratégicos da economia, de incentivo à industrialização, através da compra de "papéis públicos" e da substituição de ações de companhias como: Carteira de Crédito Agrícola e Industrial do Banco do Brasil, Companhia Hidrelétrica do São Francisco, Fábrica Nacional de Motores e muitas outras.

política apresentava um caráter restritivo, mantendo um tratamento diferenciado entre as várias categorias de trabalhadores urbanos.

Até 64, a tendência foi a de centralização das ações da Saúde Pública em nível federal e a diminuição significativa da participação da união no orçamento. No correr das décadas de 30 e 40, as instituições de Saúde Pública e as previdenciárias foram trocando seus papéis tanto em termos financeiros como no volume de ações, sendo que no final desse período, o gasto com ações médicas realizadas pela previdência, era mais volumoso do que com a Saúde Pública. (MERHY, 1989, p.63)

Este processo lento de estagnação da Saúde Pública, segundo GONÇALVES (1986, p.157-8)

"(...) é indicativo de uma característica tecnológica implícita no modelo: seu objeto não é a consciência sanitária do conjunto indistinto da população, mas apenas de uma porção da população - aquela que se supõe incapaz de adquirir por seus próprios meios esta consciência. Essa afirmação está implícita no discurso da Educação Sanitária, mas também pode ser inferida das escassas dimensões do aparato institucional por referência ao conjunto da população(...)".

A Saúde Pública assumiu gradativamente um papel complementar e subordinado, não só na dotação orçamentária mas, principalmente, ao nível das representações ideológicas, "em que vai sendo identificada à imunização e ao saneamento básico". (GONÇALVES, id., p.159)

Em decorrência do caráter excludente da política de saúde surgiram instituições de cunho assistencialista e caráter paternalista e repressor, originárias de entidades voluntárias civis e religiosas, que progressivamente foram sendo controladas e mantidas pelo Estado. (BRAGA e PAULA, 1986, p.42-85)

A crise do populismo e a inscrição do país no capitalismo monopolista. O modelo assistencial-privatista.

Na década de 50, a inserção do país no capitalismo monopolista internacional e a aceleração da industrialização com a incorporação abrupta e fragmentada de tecnologia de alta concentração de capital, foram determinantes da heterogeneidade estrutural sócio-política-econômica do país, expressa na existência de uma classe trabalhadora altamente segmentada e com grandes parcelas de populações excluídas.

Com a internacionalização do capital e a ampliação da acumulação e da complexidade da estrutura de produção,

acentuou-se a dependência da importação de padrões de consumo, de tecnologia, de processos de produção, de insumos, de materiais e de capital; adicionaram-se, no processo, novos padrões sócio-culturais e políticos. Aumentou também a demanda por trabalho qualificado e por maior produtividade.

Em decorrência de todo esse processo, cresceram as pressões por gastos sociais e maior participação política.

Estas pressões são explicadas também pela crise do Estado nacional-popular e de suas mediações com a sociedade, entre elas as de **povo** (que homogeneiza as classes sociais) e de **nação** (que reunifica este social homogeneizado e estratificado).<sup>78</sup>

Tratava-se de um regime alicerçado na ideologia nacional desenvolvimentista e na mobilização controlada das massas urbanas e estas mediações compunham o discurso institucional do Estado, ao invés da noção de **cidadania** (que isola o indivíduo de sua classe). (TEIXEIRA, 1986, p.30)

Consequente aquelas mediações registra-se uma política social de caráter assistencial (enquanto proteção governamental ao povo carente) que mantinha parte das demandas canalizadas através de instrumentos corporativos e

---

78. Essas mediações são analisadas em várias obras, dentre elas: TEIXEIRA (1986, p.33), O'DONNELL (1985, p.16-20), TOURRAINE (1989, p.190-2), POULANTZAS (1980, p.60-140).

de cooptação. Segundo a autora, este caráter explica como no Brasil o regime populista consolidou ganhos substanciais em termos de justiça social, mas não deu origem ao desenvolvimento da cidadania.

No final da década de 50, com a redefinição das relações entre os diversos segmentos sociais e o Estado e a heterogeneidade apontada, caracterizou-se um quadro de crise.

Surgiram neste período, inúmeras críticas ao modelo de desenvolvimento e às concepções dadas à pobreza. Ampliou-se também a organização dos trabalhadores.

A crise de hegemonia do populismo significou, como refere LUZ (1979, p.82), a impossibilidade de continuar da "**harmonia social**" garantida pelo consentimento ativo (cooptado) ou ausente (submisso) das camadas populares. Tornou-se visível o descontentamento com o projeto de desenvolvimento realizado sem uma participação real, embora seu custo pesasse sobre os trabalhadores. Caracterizava-se um custo econômico, expresso nos baixos salários; um custo político, manifesto na crescente impossibilidade de acesso às decisões políticas e econômicas; e um custo ideológico, decorrente da impossibilidade de condução cultural do processo de desenvolvimento.

Pelo lado das políticas sociais e em especial, dos serviços de saúde deparava-se com a degradação do quadro sanitário; um modelo inadequado de Saúde Pública; a tendência

crescente à especialização e à fragmentação da medicina flexneriana, que impossibilitava a sua expansão; e o aprofundamento da crise financeira da Previdência.<sup>79</sup>

Surgiram também inúmeras manifestações advindas da sociedade, como: a insatisfação com a participação limitada dos sindicatos nos IAPs, os "quebra-quebras" dos pacientes que sobravam nas filas dos hospitais e as greves do funcionalismo. (BRAGA e PAULA, 1986, p.81-5)

Ao mesmo tempo que ampliaram-se as demandas por benefícios e atendimento médico em especial, enquanto exigências decorrentes da expansão do processo de urbanização, da necessidade de manutenção e reprodução da mão de obra e das pressões exercidas por setores da sociedade civil, ampliou-se também o processo de privatização dos

---

79. Como referem BRAGA e PAULA (1986, p.75), apresentava-se um caos financeiro da previdência em decorrência da estreita base financeira do Estado por seu desenvolvimento retardatário. Ao longo da década de 40 a relação entre despesa total/receita total dos institutos manteve-se entre 33,5 e 47,1%, evidenciando uma larga margem para capitalização. A partir de 60 esta relação passou para 96,1%, crescendo para 102,6% em 1961 e mantendo-se em média acima de 94% entre 1960 e 1966.

serviços previdenciários, baseados predominantemente, a partir de então, no atendimento hospitalar.<sup>80</sup>.

Como referem BRAGA e PAULA (1986), a constituição de um setor saúde claramente capitalizado foi concomitante a entrada do país na etapa de acumulação capitalista (produção de bens de capital e diversificação do consumo). Devido às pressões internas e externas advindas principalmente das transnacionais e, sua ampla e diversificada estrutura, o setor saúde possibilitou uma acumulação com taxas maiores do que o restante da economia.

Antes da centralização da previdência, ocorrida na década de 60, a rede assistencial que serviria de base para os contratos e convênios do INPS-Instituto Nacional de Previdência Social, encontrava-se estruturada. Encontravam-se também estabelecidas as características principais do modelo previdenciário, a assistência médica individual curativa hospitalar privatizada, que se expandiria nas décadas de 60-70. (BRAGA e PAULA, id., ib.)

---

80. Do orçamento global da previdência as despesas com assistência médica passaram de 7,3% em 1949 para 29,6% em 1967. Do total de leitos financiados pela previdência, em 1950 52,9% eram particulares e 62,1% em 1960, o correspondente numérico a 87.539 e 159.845 leitos, respectivamente. De 1960 para 1967 o atendimento hospitalar ampliou-se nove vezes e o ambulatorial somente dobrou. (BRAGA e PAULA 1986, p.75)

Em consequência da crise apontada surgiu no período de 62-64, segundo Madel LUZ (1979, p.117-59), uma intensa polêmica entre quatro discursos: o **sanitarista-campanhista** baseado no modelo tradicional de saúde pública; o **assistencial-privatista**, correspondente ao discurso hegemônico da previdência social, baseado na assistência médica individual curativa privatizada; o **assistencialista-estatista**, caracterizado como moderno e que propunha a racionalização da atenção médica pela centralização e controle estatal; e o **sanitarista-desenvolvimentista**, o qual apresentava certa dominância.

Segundo a autora, o discurso "**sanitarista-desenvolvimentista**" nascido no Ministério da Saúde, resultou da crise de legitimidade do regime populista que se refletia na crise da previdência, na insuficiência do modelo de saúde pública, na piora das condições de vida e na ampliação das pressões das forças sociais na época.

Este discurso retomou em parte as propostas do modelo médico-sanitário, caracterizando-se em um discurso duplamente modernizador: desburocratizante e descentralizador, inspirado na racionalidade do planejamento. Originado no projeto desenvolvimentista e nacionalista do populismo, supunha um projeto de desenvolvimento nacional que implicava em um conjunto de "**reformas de base**" de elevação da produtividade e distribuição da riqueza, ao qual se sub-

meteria o modelo sanitário. Criticava o modelo do **ciclo vicioso da pobreza** e desvinculava o **sanitarismo** (médico) das **condições sanitárias** (condições de vida econômicas), distinguindo **estado sanitário** (médico)<sup>81</sup> e **saúde** (estado social).

Propunha-se a criação de uma rede nacional de saúde descentralizada e administrada de forma integrada através de uma política baseada na universalização, interiorização e municipalização dos cuidados médicos, prioritariamente preventivos e planejados de forma racional de acordo com as necessidades de saúde da população. A participação era colocada como forma de aderência aos planos. (LUZ, id., p.81-116)

O marco fundamental deste discurso foi a III CNS-Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em dezembro de 1963, com a participação do Presidente João Goulart, outros representantes do governo e técnicos do setor. Segundo GENTILE de MELLO (citado por LUZ), através desta conferência,

---

81.O conceito de **estado sanitário** utilizado por LUZ (1979, p.243-5) compreende além dos indicadores negativos de saúde, que se referem às doenças, o contexto mais amplo da "**conjuntura sanitária**" que exprime concretamente a evolução das condições de saúde da população, ilustrando-as por um estado sanitário específico, possível de expressão estatística num período conjuntural definido e que é dado pelas condições sociais de produção.

"(...) se conseguiu definir uma filosofia no que diz respeito à saúde, sobretudo: 1o)mostrando as íntimas relações entre saúde e economia;2o)definindo as necessidades da existência de uma estrutura permanente de saúde;3o)(...)responsabilidade municipal com assistência técnica da área estadual e da área federal;4o)(...)compatível, não só com suas(do município) possibilidades mas também com as necessidades de saúde.(...)recomendendo a ampla utilização de pessoal de nível auxiliar (nas unidades locais)".

A proposta de **serviços permanentes de saúde pública**, amplamente defendida na conferência, tornou o discurso campanhista (estabelecido no Ministério da Saúde na década de 40) dominado. Trouxe também para o cenário a polêmica entre a centralização e a descentralização, pois mesmo no Ministério da Previdência, nos próprios IAPs e sindicatos, a centralização-unificação encontrava duros opositores.(LUZ, id., p.105-9)

Mesmo com a dominância do discurso e das práticas favorecedoras da privatização e do modelo assistencial individualizado em alguns setores ligados a saúde pública, mantiveram-se projetos destinados às populações excluídas, como as unidades da Fundação SESP para as regiões norte e nordeste e os centros de saúde ligados as Secretarias dos

Estados, voltados para os focos de maior tensão da população trabalhadora. .

Em relação ao discurso sanitarista-desenvolvimentista, apesar de não ter sido colocado em prática naquele momento, sua importância decorre do fato de ter se constituído nas premissas que foram retomadas na década de 70, sob novas bases, pela Reforma Sanitária. As principais características do modelo tecnológico também se encontravam delineadas em seu discurso.

O período pós-64 do regime burocrático-autoritário. O auge do modelo individual-privatista.

O regime autoritário-burocrático, que se instalou no pós-64, rompeu com o populismo e, através de um aparato repressivo, impôs à sociedade um projeto de cunho modernizante, baseado num tripé formado pelo capital internacional, estatal e nacional, com nítida predominância dos dois primeiros.

Para a viabilização deste projeto de desenvolvimento, que inscreveu definitivamente o país no capitalismo monopolista, o elemento agregador foi a ideologia da segurança nacional, gestada desde o início da década de 50, como parte da construção da ideologia desenvolvimentista.

Tratava-se de um modelo do autoritarismo-burocrático, como refere O'DONNELL (1986), de caráter eminentemente político e no qual o Estado era colocado como "fiador e organizador da dominação exercida através de uma estrutura de classes subordinada às frações superiores de uma burguesia altamente oligopolizada e transnacionalizada", havendo uma "despolitização" em nome da "ordem" e a exclusão dos setores populares.

A ampliação da centralização do poder fundamentava-se na racionalidade técnica, que vinha sendo apregoada desde a década anterior com a internacionalização da economia. Buscava-se evitar o desperdício e o emperramento do processo de formulação e decisão pelo entrecchoque das tendências que ainda mantinham alguma possibilidade de voz, ligadas em geral às categorias médias (principalmente a tecnoburocracia estatal) e as empresariais. (TEIXEIRA, 1988, p.46-9)

Além do aparelho repressivo, foram implementadas as reformas administrativas e tributárias. Através do decreto-lei 200 de 1967, por exemplo, as instituições estatais foram unificadas e outras reformas foram promovidas no sentido de excluir do cenário político quaisquer projetos que consubstanciassem interesses distintos.

As reformas financeiras visavam a ampliação da arrecadação tributária e a revisão do gasto público, expandindo o investimento em infraestrutura necessária à

acumulação e controlando os gastos no setor de bem-estar-social, o que se deveu também ao esvaziamento financeiro dos municípios.(TEIXEIRA, id.,ib.)

Em relação ao setor social constata-se um processo extensivo de privatização como parte do discurso da modernização. A orientação dada às políticas sociais foi a de servirem como instrumentos de acumulação.

A política de saúde privatizante implementada após a década de 50 foi reforçada no pós-64, seguindo a lógica empresarial.

Tendo o INPS como macro-poder institucional e o hospital como o micro-poder e local privilegiado de produção e realização do saber médico, o discurso médico "**assistencial-privatista**" tornou-se único e hegemônico, rompendo, como refere LUZ (1979, 117-59), com a crise de hegemonia do discurso "**sanitarista-desenvolvimentista**".

Assim, o discurso ligado a Saúde Pública ficou **esquecido** e ampliou-se o processo de privatização através da criação do INPS em 1967, do MPAS(Ministério da Previdência e Assistência Social) em 1974 e da Lei 6229 do SNS(Sistema Nacional de Saúde) publicada em 1975. Inscreveu-se uma tendência à generalização do cuidado médico em resposta às demandas sociais, à urbanização, em suma, à piora das condições de vida, correspondendo a um processo de expansão

da medicalização, enquanto mecanismo seletivo das demandas sociais.

De acordo com Braga e PAULA (1986, p.99-104), por ocupar-se de uma população desarticulada politicamente e de pouco interesse para o capital em termos de produtividade e de expansão do mercado e, em decorrência principalmente do processo de privatização, o Ministério da Saúde tornou-se disfuncional, pois não visava retornos financeiros e políticos imediatos.

Mantiveram-se as campanhas e em alguns estados como o de São Paulo, algumas mudanças foram implementadas, respondendo a mesma lógica de todo o regime.

Segundo GONÇALVES (1985, p.159), a reforma administrativa do Serviço Público Estadual de São Paulo, realizada em 1967 através de decretos-lei, objetivava uma maior racionalização e modernização, propondo: a) a integração dos serviços, extinguindo-se os aparelhos verticais (25 na época) e tornando os CSS. polivalentes e os principais instrumentos de modernização dos equipamentos da secretaria; b) a centralização normativa para facilitar a supervisão e a administração; c) a criação de um sistema de informação com fluxo ascendente e capaz de conduzir o planejamento com base na Epidemiologia.

Para o autor, este processo de racionalização do setor público se fez necessário para a introdução crescente

da assistência médica individual na rede, que caracterizou centralmente "o terceiro modelo tecnológico na Saúde Pública paulista", enquanto resposta à política de expansão de cobertura às populações rurais e marginalizadas, acelerada em meados da década de 70.

Tratava-se da implementação da assistência médica individual no setor público, introduzida com o modelo médico-sanitário, "subordinada à idéia de ação programática, na qual aquela aparece como meio de realização de objetivos definidos epidemiologicamente sobre o coletivo (...) estruturado sobre a noção de *história natural da doença*". Como interpreta GONÇALVES (id., p.161-2), a novidade não está nesta relação de subordinação das ações individuais a um projeto coletivo, que já se apresentava nos programas verticais de controle das doenças infecciosas, mas na extensão desta idéia para grupos populacionais (Programa de assistência à criança, programa de assistência à gestante).

Não se trata, assim, da criação de novos equipamentos de Saúde Pública, mas da reordenação destes equipamentos, os Centros de Saúde, através de novos mecanismos legais de gerência unificada pelos médicos sanitaristas e a implementação da epidemiologia aliada ao planejamento normativo.

Apesar da exclusão social presente naquele momento, emergiram críticas advindas de técnicos do setor, principalmente relativas ao conflito potencial entre os dois modelos tecnológicos: da Previdência, individualizado e curativo e o da Saúde Pública, baseado predominantemente em ações coletivas.

Para Walter Leser, por exemplo, as propostas de integração sanitária **"poderiam conduzir à predominância das atividades curativas em detrimento da prevenção."** Em relação a idéia aventada de integração entre os Ministérios da Saúde da Previdência, levantava-se o dilema, por um lado, da subordinação da assistência médica individualizada à **"gerência epidemiológica"** e, por outro lado, a justaposição conflituosa de práticas excludentes.(GONÇALVES, id.)

A crise do regime burocrático-autoritário. A  
efetivação dos modelos racionalizadores.

O caráter excludente da política econômica e social implantada na década de 50, intensificado durante o regime autoritário, levou à ampliação das desigualdades e da pauperização das camadas populares.

No período de 74-75, a compressão salarial e o desemprego crescente foram agravados pela crise econômica

mundial expressa como *crise do petróleo*. Pioraram as condições de vida dos trabalhadores e as insatisfações passaram a se manifestar em vários setores, como nas eleições de 1974 ao vencerem as oposições aglutinadas no então MDB.

A partir de então temos *assistido* a um processo contraditório de redemocratização do país, em que o Estado busca recuperar a legitimidade para a garantia das condições de reprodução do capital, sob novos critérios de seletividade e com maior participação da sociedade.

Como refere JACOBI (1989, p.17-8), citando Offe, **esta crise** decorrente da acentuação da defasagem entre "**as necessidades**" e "**as exigências**", entre "**a apropriação de bens coletivos e o nível de desenvolvimento**", tem induzido a transformações das políticas (a "**administração das crises**"). Com o aumento das dificuldades econômicas e a necessidade de um afrouxamento do regime político reverteu-se a centralização e o autoritarismo.

Ampliaram-se em todo o país, as organizações da sociedade civil e os movimentos sociais articulados em torno das lutas relativas à reprodução das condições de vida e trabalho.

Para JACOBI (id., p.139-40), o caráter conjuntural da ampliação desses movimentos, delimitados no tempo e no espaço, vincula-se à inexistência de canais de representação, esvaziados no período autoritário, e ao fato do Estado gerar

um potencial reivindicatório ao negligenciar sua função de provedor de serviços de consumo coletivo às populações carentes.

Como discutido no capítulo II, inscreveram-se neste período estes **novos** sujeitos sociais, para os quais o poder se coloca como questão, mas sob um novo referencial, o da **autonomia** frente às formas instituídas de organização e prática políticas. Esta desconfiança, encarada como manipulação (o "**terror do Estado**" para WEFFORT, 1986, P.93), conduziu a uma intensa diversidade do movimento, alargando a própria noção de política, como refere SADER (1988, p.312) pois múltiplas esferas do seu cotidiano foram politizadas.

"Apoiando-se nos valores da justiça contra as desigualdades operantes na sociedade; da solidariedade entre os dominados, os trabalhadores, os pobres; da dignidade constituída na própria luta em que fazem reconhecer seu valor; fizeram da afirmação da própria identidade um valor que antecede cálculos racionais para a obtenção de objetivos concretos".

Em relação às políticas sociais, a exclusão da participação dos trabalhadores ocorrida durante o regime burocrático-autoritário em todos os setores, inclusive na formulação dos planos sociais, ampliou o caráter

discriminatório quantitativo e qualitativo do acesso aos serviços. Na saúde, este fato foi determinante da ampliação da diferenciação do setor.

Em consequência, principalmente, da piora das condições de vida, agravou-se significativamente o estado sanitário da população, demonstrado através do aumento da mortalidade infantil, da desnutrição, das doenças crônico-degenerativas e ocupacionais, como também das infecto-contagiosas, recrudescendo a tuberculose e a doença de Chagas e culminando com a epidemia de meningite de São Paulo de 1973/74.

Esse quadro sanitário em franca decadência manifestou-se concomitantemente à expansão e generalização da atenção médica, o que acarretou a concentração de críticas, naquele período, sobre a estrutura de serviços.

Por toda a sociedade surgiram denúncias ao modelo econômico, concentrador de renda e **causador** do arrocho salarial e da piora das condições de vida. Na saúde criticava-se a ineficiência dos serviços (em termos de relação custo/benefício), sua descordenação e inadequação (por **falta** de planejamento). Num segundo momento, as críticas concentraram-se nas relações entre o sistema de saúde e as condições de vida e a estrutura social e econômica. A sistematização destas críticas tiveram como foros principais as instituições de saúde pública, os departamentos de

medicina preventiva e organizações surgidas da sociedade civil, de onde partiram também as propostas alternativas de resolução da crise.

Enfatizando os processos sociais ocorridos ao nível da sociedade civil, alguns autores buscaram compreender o avanço dos movimentos populares enquanto favorecedores da abertura democrática e de espaços de questionamento das políticas sociais estatais.<sup>82</sup>

Iniciou-se um processo de retomada das entidades representativas de profissionais, levando-se em conta, em boa parte destes movimentos, a dimensão mais ampla do processo de redemocratização. Através de suas plataformas revelavam-se manifestações contra a mercantilização da medicina, contra a exploração dos trabalhadores e contra a estrutura social vigente, exigindo-se a redemocratização do país.<sup>83</sup>

Ultrapassando os limites acadêmicos, a questão saúde passou a fazer parte (como um dos pontos principais) das pautas de reivindicações por melhores condições de vida e

---

82.Ver JACOBI 1989, p.140-2.

83.Entre os médicos neste período surge o REME- Movimento de renovação médica que luta pela retomada das entidades associativas da categoria. Se organizam também associações de residentes, de alunos de medicina (ECEM- Encontro Científico de Estudantes de Medicina), congressos e encontros ligados ao setor.

trabalho, dos movimentos sociais urbanos. Neste sentido, deve-se levar em conta, como discute SMEKE (1989, p.229-30 e 259-99), o papel dos **"agentes externos"**, estudantes e técnicos do setor e membros das CEBs-Comunidades Eclesiais de Base, ou seja representantes de discursos estruturados em algum nível institucional, que se encontravam organicamente articulados a esses movimentos.

Como discute a autora inscreve-se neste período (final da década de 70 e início da de 80) a convergência de três elementos: a crise do modelo econômico, a exclusão política da sociedade e a interação desta população excluída econômica e politicamente com os chamados **"agentes externos"**; catalizadores do Movimento Social Urbano, enquanto momento de constituição da cidadania.

**"Não uma cidadania construída no plano individual, mas por referência ao coletivo inclusivo. É a cidadania, ou seja, um sentido de valor pessoal em sua singularidade, e não em sua individualidade".(SMEKE, id.,p.280-1)**

Todo esse processo de organização, críticas, denúncias e proposições relativas ao setor, vinculados à abertura do espaço institucional, à reorganização das associações das categorias, à reformulação dos discursos, articulados à exclusão da população, constituirão o chamado Movimento Sanitário, responsável pela propositura

organizativo-institucional de transformação do setor, a Reforma Sanitária.

Enquanto resposta institucional às demandas sociais, esta reforma iniciou sua configuração com o II PND-Plano Nacional de Desenvolvimento, considerado o momento chave para as políticas sociais, pois foi retomado, no discurso oficial, o papel estratégico destas políticas para o projeto desenvolvimentista. Com a crise manifesta, as questões sociais passaram a ser utilizadas pelo Estado como mecanismos de relação com as camadas populares, como forma de redistribuição de renda. Tratavam-se, na realidade, de concessões econômicas restritas, mas de cunho político-ideológico, pois mantinham um caráter repressor e paternalista. (TEIXEIRA e OLIVEIRA, 1985, p.288)

A partir de então, a chamada "**crise da previdência**", identificada pelo governo como de caráter financeiro, passou a ser alvo de medidas oficiais de cunho racionalizador, dentre elas: a criação do MPAS-Ministério da Previdência e Assistência Social (lei 6025 de 25/6/74); a criação do CDS-Conselho de Desenvolvimento Social (lei 6118 de 9/10/74), que constituía uma assessoria interministerial ao MPAS tendo por atribuição principal a formulação de uma Política Nacional de Saúde; a implantação do DATAPREV-Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social, para o controle financeiro do INAMPS; e a criação do FAS- Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social, para financiar os programas

e projetos traçados pelo II PND. (BRAGA e PAULA, 1986, p.120-25)

Em resposta às tensões sociais e às pressões por demanda de serviços médicos, advindos da população e dos próprios empresários do setor, algumas medidas foram tomadas para a expansão e a facilitação do atendimento. Forma ampliadas, de forma restrita, as modalidades de convênios por pré-pagamento com empresas, universidades e com o setor público, criou-se o PPA-Plano de Pronta Ação(MPAS-39 de 5/9/74) e, em 1975, foi sancionada a Lei do SNS-Sistema Nacional de Saúde(lei 6229 de 17/7/75), elaborada por técnicos do MPAS e discutida na V CNS-Conferência Nacional da Saúde. Em seu projeto inicial o sistema de saúde era identificado como ineficiente, descoordenado, mal distribuído e inadequado, propondo-se a formulação de um plano geral para o setor coordenado pelo Estado e baseado em prioridades.(TEIXEIRA e OLIVEIRA, id., p.252-6)

Como lembra GONÇALVES (1986, p,163-4), esta política introduziu a possibilidade de uma relativa dinamização das instituições de saúde pública na oferta de serviços, inclusive de assistência médica individual dirigida a populações marginalizadas.

Como resposta do regime às pressões e ao quadro sanitário, foram implantados no período programas do Ministério da Saúde voltados para populações carentes como o

PRONAN-Programa de Alimentação e Nutrição e o PIASS-Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento. Esse último, foi criado em 1976 enquanto estratégia operacional do SNS e gestado pelo setor de planejamento da previdência (IPEA-SEPLAN), com o objetivo de atender a população dos bolsões de pobreza do Nordeste.

Outras mudanças surgiram nas secretarias de Estado e no ministério para o estabelecimento do modelo baseado no atendimento individualizado, caracterizando-se, segundo GONÇALVES (1986, p.163-4), um realinhamento tecnológico da Saúde Pública. As práticas de educação sanitária, de polícia sanitária, as campanhas e mesmo os programas de controle das doenças infecciosas, adquiriram outros sentidos globais, através da **integração sanitária** que advogava a execução integrada de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.<sup>84</sup>

De 1980 a 1982 constata-se o clímax da crise do setor, ampliando-se a transparência da estrutura de poder. Apesar de sua identificação como crise financeira pelos governantes, tratava-se, segundo TEIXEIRA e OLIVEIRA, (1985,

---

84. Inscreveu-se também neste processo de racionalização e modernização do serviço público, a criação do primeiro curso de Especialização em Saúde Pública, em convênio da SES e a Faculdade de Saúde Pública da USP. Aos 190 especialistas existentes em 1975, foram incorporados mais 315, no período até 79. (GONÇALVES 1986,p.163-4)

p.269) de um processo gestado muito anteriormente, a partir da implantação do modelo previdenciário (pré-década de 30) e aprofundado após 64. Para esses autores, caracteriza-se uma "**crise estrutural**" devida à contradição decorrente, por um lado, da crescente expansão da cobertura tendente à universalização (modelo de cidadania) e, por outro lado, da inadequação do regime financeiro baseado no modelo contratual.

Como discuti no capítulo II, esta crise evidenciada no setor saúde, compreende muito mais do que uma repercussão de uma **crise estrutural**, e para além de uma crise de legitimidade do Estado, caracterizando-se predominantemente como uma crise político-ideológica da sociedade, da **aparência de igualdade** ou do sentimento de uma **comunidade de interesses e de destino**. (CHAUFÍ 1990, p.37-8)

Na saúde, por suas características relativas especialmente a manipulação de seu objeto -- normalizado, naturalizado, fragmentado e manipulado por saberes que buscam sua dominação através da racionalidade e sua determinação completa --, as **crises**, muito mais frequentes, intensas e visíveis, tomam a aparência estrutural, o que possibilita a inserção de propostas de reformas, que reordenam funcionalmente seu papel.

Com a agudização da crise da previdência, outras medidas foram tomadas, como: a proposição do PREVSAUDE-

Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde; a criação do CONASP-Conselho Consultivo de Administração da Saúde (Decreto-lei 86.329 de 2/9/81), órgão do MPAS com representação de sete ministérios, três entidades patronais e duas trabalhistas; a publicação do **Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social** (Portaria 3062 de 23/8/82); a edição das AIS-Ações Integradas de Saúde em 1984; a decretação do SUDS-Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde e a regulamentação do SUS-Sistema Unificado de Saúde, enquanto matéria da Constituição de 1988, pela Lei Orgânica da Saúde, sancionada em 1990.

O PREV-SAÚDE baseava-se na Conferência de Alma-Ata e nas experiências de atenção primária em execução no país e propunha a universalização dos cuidados primários a todo o território nacional, através da integração interinstitucional, da simplificação do cuidado, da regionalização e hierarquização dos serviços e da participação comunitária.

Segundo TEIXEIRA e OLIVEIRA (1985, p.269-301), este plano propiciou um "**realinhamento dos atores sociais do setor**", representados por: um grupo heterogêneo, dominante na área previdenciária, de ideologia liberal, composto pela FBH-Federação Brasileira de Hospitais, pela AMB-Associação Médica Brasileira e pela tecnoburocracia do MPAS; uma força, em ascensão na época, mas também dominante na formulação política, de empresários da medicina de grupo (ABRANGE), que

representavam (e representam, principalmente num projeto neoliberal) a expressão máxima da racionalidade do capital; e uma terceira força representada pela indústria farmacêutica e de equipamentos, que apostavam na lógica do privilegiamento do setor privado, mas tinham seu mercado assegurado por outras determinações decorrentes do modelo dominante de prática médica individualizada e curativa (pela dominância das ciências médicas sobre as práticas coletivas). Todos esses atores encontravam-se representados na direção do MPAS, que detinha através de sua tecnoburocracia a definição da política de saúde.

Contraopondo-se a estas forças, apresentava-se (e se apresenta) em construção um movimento heterogêneo, discutivelmente contrahegemônico (o Movimento Sanitário), composto por profissionais e estudantes ligados à área da saúde, em parte comprometidos com as propostas alternativas, muitos dos quais aliados aos usuários através dos Movimentos Sociais. Esses grupos, excluídos oficialmente das decisões, buscavam expressar-se organizadamente através de entidades civis de profissionais, populares e sindicais.

Como ocorrido em outras conjunturas de crise, o reconhecimento público, através dos meios de comunicação, centrava-se nos problemas relacionados ao atendimento médico, ficando salvaguardadas tanto as explicações econômico-financeiras, como as político-ideológicas e justificando-se medidas racionalizadoras por parte do governo. Entre estas

medidas, foi decretado, de forma autoritária, o **pacote previdenciário** que regulamentou o aumento da contribuição dos trabalhadores e criou o CONASP.

O principal instrumento criado pelo CONASP, o **Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social**, apresentava pela primeira vez, em um documento oficial, críticas ao setor previdenciário como: "baixos índices de qualidade de atendimento, produtividade e resolutividade e reduzido aproveitamento da capacidade própria instalada, induz a distorções indesejáveis, ao desperdício de recursos e à imprevisibilidade de gastos". (MPAS, 1983)

Propunha-se um rol de medidas a serem implantadas estrategicamente de forma gradual, a partir de prioridades que, em linhas gerais, consistiam: na extensão do atendimento ao trabalhador rural em igualdade de condições ao trabalhador urbano; na priorização das ações primárias como porta de entrada ao sistema, inclusive com a função de controle do acesso ao setor credenciado; num sistema integrado, regionalizado e hierarquizado das instituições mantidas pelo governo, estimada a capacidade de cobrir 75% das necessidades relativas as consultas ambulatoriais; na administração desburocratizada e descentralizada; no caráter complementar para a iniciativa privada; no pagamento do setor contratado por procedimentos em substituição a unidade de serviços. (MPAS, 1983, id.)

Através das AIS foram retomadas discursivamente as proposições iniciais do Prev-saúde e do discurso sanitarista-desenvolvimentista, de implementação de um sistema único, descentralizado, desburocratizado e baseado nas necessidades de saúde da população. (MPAS/MS/MEC, 1984)

Como refere CAMPOS (1989, p.53-60), as AIS e o SUDS, constituíram-se em projetos de um modelo que denomina "racionalizador/reformista"<sup>85</sup> surgido como alternativa à crise: financeira, de eficácia e de legitimidade ("a distribuição de benefícios entre os usuários e da renda entre os trabalhadores de saúde é desigual"), "bem como de uma certa debilidade dos movimentos sociais". Com estes projetos desenvolvidos de dentro dos organismos do Estado pretendia-se "corrigir as principais distorções da prática liberal sem pretender contudo liquidar a medicina de mercado. (...) apesar de suas limitações, terminaram por ampliar a capacidade do Estado de produzir serviços de saúde, (...) por introduzir a prática do planejamento em saúde como instrumento mais eficaz e mais justo do que o mercado na alocação de recursos. E ainda serviram como contra-

---

85. CAMPOS (1989, p.53-60) distingue três modelos assistenciais como os "mais significativos e ainda presentes na arena política nacional": o liberal-privatista, o racionalizador/reformista e o do sistema único de saúde como um "projeto a ser construído".

projeto aos serviços organizados segundo a ótica liberal."

Mais especificamente em relação ao Sistema Unico de Saúde-SUS, CAMPOS refere-se aos limites dos princípios de descentralização e unificação/integração, que não garantem isoladamente nem a modernização, muito menos a democratização do sistema, essenciais, por sua vez, para a efetivação e a manutenção dos dois princípios.

Como constatado por MERHY (1990, p.61-112) o modelo assistencial SUDS/AIS tem enfrentado "os processos coletivos das doenças através de um pronto-atendimento como primeira-ação, a partir da qual "sobram" os casos a serem enfrentados por uma ação médica mais instrumentalizada tecnologicamente". Na base se encontra a medicina de "queixa-conduta", oferecida pelo setor público à maioria da população; e nos outros níveis abre-se um leque do setor público e privado, com maiores investimentos, onde se realiza a "verdadeira" medicina. Para a população rica se tem um sistema paralelo de qualidade e com alta tecnologia.

É através destes projetos de cunho eminentemente racionalizador que se inscreve a APS na reformulação do sistema, articulando as ações anteriormente vinculadas a Saúde Pública às da Previdência. Estes ministérios foram

unificados e as ações descentralizadas para os estados e municípios.

Foram então criados, reformulados e expandidos postos e centros de saúde para as populações carentes de boa porcentagem dos municípios, onde inscreveu-se predominantemente o **modelo da consulta** com características de um atendimento tipo queixa-conduta ou de pronto-atendimento, de uma clínica realizada com recursos técnicos precários e por profissionais treinados inadequadamente para o mercado em reformulação.

Muitas das atividades da Saúde Pública realizadas tradicionalmente foram transformadas em atendimento médico individualizado para o cumprimento da demanda, principalmente após 1982, com o agravamento da crise da previdência e a aprovação do plano CONASP e das AIS em 1983. A justificativa política básica para estas mudanças correspondia a vantagem em substituir a rede privada conveniada (que além de não ter sido substituída, se ampliou após este período).

Efetivou-se o que vinha sendo esboçado desde a década de 20 por influência do Movimento Preventivista: a integração das ações curativas e preventivas executadas através de uma rede permanente de serviços básicos.

Constata-se, no entanto, a tendência ao predomínio do atendimento curativo de baixa qualidade semelhante ao modelo que vinha sendo realizado através da Previdência.

Registra-se também a dominância de um planejamento baseado em análises dos recursos disponíveis que ao invés de se aproximar, afasta-se das necessidades.

Como principal medida de efetividade deste modelo de expansão de cobertura surgiu, segundo NEMES (1990, p.107), a **resolutividade**, cuja conceituação era variável de um para outro documento: "**capacidade da unidade básica em resolver no seu nível a maioria dos problemas de saúde trazidos por seus usuários**"; ou "**necessidade de adequar os recursos humanos e materiais para uma efetiva incorporação da assistência médica e integração com a rede hospitalar e ambulatorial**"; ou ainda "**necessidade de implementar pronto-atendimentos nos centros de saúde**" ligada ao incremento de equipamentos médicos.

Ao analisar a implantação deste modelo no Estado de São Paulo, NEMES (id., p.107-10) registra uma contraposição evidente ao modelo da programação (ou do controle saúde/doença), sendo frequente nos discursos as críticas aos programas e suas atividades, caracterizados como tradicionais, burocratizantes e não respondendo às necessidades da população. Neste processo os profissionais ligados às atividades de programação, como os visitantes e educadores e também os médicos sanitaristas, foram progressivamente secundarizados.

Segundo SCHRAIBER (1990, p.26-7), no sentido de se contrapor a este modelo de consulta tornado dominante, tem surgido através de setores dos serviços públicos, das universidades e de experiências preocupadas com a qualidade desta organização das práticas, propostas que buscam a aproximação às necessidades da população, através de um modelo gerenciado pela epidemiologia, que expresse os anseios e a realidade concreta de seus usuários. Registra-se também a busca da efetivação de canais de gestão participativa não só dos usuários como também dos profissionais, como parte de um projeto de construção democrática da sociedade.

Para a autora, colocam-se em polos opostos nesta discussão os defensores da prática programática e os que consideram a programação burocratizante, compartimentalizada e impeditiva da agilização de um atendimento voltado às necessidades da população. Para os primeiros, o atendimento médico individual curativo de insere como,

"(...)a primeira oportunidade de desencadear muitos outros movimentos no interior de um mesmo ato, e muitos outros no interior de uma mesma ação assistencial (...) um diagnóstico é o começo de uma série deles: tantos quantos forem necessários para apreender todas as situações de risco referentes ao(s) grupo(s) a que cada caso individual pertence (...) a tecnologia de intervenção postula um processo de permanente

estímulo a demandas nem sempre reconhecidas pelo doente como necessidade já dada, fundada na própria noção da prevenção e promoção da saúde".

Em contraposição, segundo a autora, o modelo da consulta busca a extensão da cobertura de atendimento médico e promete, através desta extensão, uma igualdade social. Sendo assim, sua problemática se resume à questão do **acesso "a cargo do juízo individual, e a utopia de um coletivo dado no consumo estritamente de cada um"**.

Em relação ao modelo sanitário, ao acesso corresponderia, a porta de entrada; à extensão, a cobertura da rede; e ao pronto-atendimento, a atenção primária; diferenças decorrentes das características principais deste modelo: a demanda potencial estimulada, as ações planejadas e normatizadas e a preocupação com o acesso aos outros níveis de atenção ou à tecnologia de ponta. (SCHRAIBER, id., ib.)

No entanto, a insuficiência destes modelos se dá em sua efetivação prática, em sua aplicação, nas relações entre técnicos e planejadores e técnicos e usuários. Em muitos locais encontra-se inclusive, não uma oposição entre modelos, mas a sua concomitância ou até sua integração o que caracterizaria um terceiro ou quarto modelo.

Não se trata, assim, de escolher modelos por sua eficácia técnica caracterizada externamente ao contexto de sua inserção, mas de se abrir espaços para sua efetivação

prática e daí sua recriação através da teorização realizada por aqueles que o utilizam (profissionais e usuários).

Este princípio questiona o entendimento da Reforma Sanitária como um discurso unificador do Movimento Sanitário, pois corre-se o risco de priorizar a dimensão técnica, encobrendo-se os limites e potencialidades desta prática social.

Na avaliação e no repensar deste processo relativo à Reforma Sanitária brasileira, tem surgido inúmeros questionamentos, caracterizados por TEIXEIRA (1989, p.195) como "dilemas"<sup>86</sup>, por tratarem-se de questões essenciais mas não resolvidas.

Entre estes dilemas apresentam-se para a autora os limites do referencial relativo às políticas sociais e o Estado:

"(...)a simples introdução da noção de interesses de classe não garante que a análise política ultrapasse o nível da reificação das políticas sociais. A questão da análise dos determinantes da intervenção estatal passa assim a requerer uma reflexão mais acurada da própria natureza do Estado recuperando a noção básica de contradição

---

86. TEIXEIRA (1989, p.195.) ao analisar a reforma sanitária, se utiliza do termo "dilema" em analogia ao "Dilema Preventivista" de Sergio Arouca.

e de suas manifestações históricas concretas."

(TEIXEIRA, id., p.20)

Outra questão colocada em sequência e relacionada a anterior, interroga os limites de reformas setoriais:

"(...) a reforma sanitária, enquanto um movimento que pretende transformar conhecimentos, organizar politicamente, mudar instituições, reformular o plano legal, desenvolver a consciência sanitária, etc., seria um aspecto setorial da construção de uma nova hegemonia? Isto é possível, viável, ou a transição pactada, as estratégias governamentais, etc., vão reformar o reformismo?" (TEIXEIRA, id., p.109)

Registra-se, através destas questões, o entendimento da Reforma Sanitária enquanto um processo em construção, compreendendo-a como meio e não fim em si mesma.

Este processo, apesar de representar um **corpo** discutido em muitos momentos e meios e com uma **longa** história mantém-se limitado racionalmente e construído sob paradigmas funcional-positivistas.

Pelo lado da prática apresenta-se a incapacidade das medidas reformistas se efetivarem em mudanças no final da linha, no **dia a dia**, denotando-se as contradições entre saber-prática-política-ideologia inscritas nas relações entre os técnicos dos vários níveis e os usuários e a sociedade em

geral. Nestas articulações surgem diversas visões de mundo e diferentes níveis de consciência sanitária.

O Movimento Sanitário poderia ser colocado, assim, como o espaço de construção de um referencial de compreensão das relações saúde-sociedade e de formulação de estratégias no sentido da aproximação ao objeto/sujeito individual/coletivo. Nos meios acadêmicos se evidencia uma polêmica em relação ao seu alcance, abrangência e possibilidades.

Em relação a APS retoma-se sua característica de espaço estratégico onde diferentes modelos se confrontam, podendo surgir possibilidades de ações e de produção de saberes realmente voltados para as necessidades sociais.

*A APS e o Movimento Sanitário. As possibilidades de construção da consciência sanitária.*

Por constituir-se num processo político-ideológico, são inúmeras e contraditórias as conceituações e entendimentos referentes ao Movimento Sanitário brasileiro.

Em termos gerais, sua matriz teórico-conceitual se inscreve no campo da Saúde Coletiva, mas esta inserção diz pouco no momento, por tratar-se de uma área de conhecimento ampla e complexa devido às incontáveis mediações implicadas na questão da saúde.

A Saúde Coletiva tem sua origem com o movimento da Medicina Social no século passado, tendo sido retomada após a II Grande Guerra. Nas últimas duas décadas tem sido alvo de inúmeras críticas referentes aos limites teórico-metodológicos funcionalistas e estruturalistas, dados à explicação das relações entre a saúde e a sociedade. Estas mudanças decorrem da estreita relação entre a produção de conhecimento e a intervenção social que se dá neste campo, pois as transformações sociais exigem o aprofundamento teórico e a redefinição de estratégias.

Consequentemente, ao ter por referencial o social em suas manifestações concretas, a Medicina Social apresenta-se em constante reconstrução enquanto campo de análise e intervenção. Segundo interpretação de TEIXEIRA (1990) referente ao VI Congresso de Medicina Social ocorrido em dezembro de 1989, questiona-se se há semelhança suficiente entre as várias práticas e conhecimentos para serem englobados sob uma mesma designação de Medicina Social ou Saúde Coletiva.

Em decorrência desta problemática, também as interpretações referentes ao Movimento Sanitário são polêmicas e contraditórias. Outras dificuldades se devem ao seu caráter processual, ainda em construção, o que impossibilita o necessário distanciamento para sua análise histórica.

Assim, ao seu caráter dinâmico e contraditório, inerente às políticas sociais, somam-se as diferentes interpretações que correspondem a pontos de vista e inserções diferenciadas das várias correntes de elaboração teórica. Esta relação dialética entre o saber, a ideologia e a prática determina o acréscimo constante de novas exigências teóricas, práticas e políticas. Daí o caráter muitas vezes contraditório do Movimento Sanitário, bem como a existência de visões contrárias ou opostas. O próprio desenvolvimento do Movimento Sanitário, por sua vez, exigirá a ampliação do

referencial da Saúde Coletiva, essencial para o repensar de seu(s) objeto(s), sua(s) teoria(s) e sua(s) aplicação(ões) tecnológica(s).

O Movimento Sanitário é definido por TEIXEIRA (1988, p.197-8) como a forma como a Saúde Coletiva, que tem por base "o triedro: o conhecimento, a consciência sanitária e a organização do movimento", se articula "como conjunto de práticas ideológicas, verdadeiro movimento contra-hegemônico, cuja estratégia é a alteração da correlação de forças a partir do aprofundamento da consciência sanitária dos vários atores políticos".

Em termos gerais os autores concordam com esta definição dada por TEIXEIRA, no entanto, para além desta definição a polêmica se evidencia em relação às suas origens, estratégias de intervenção, possibilidades e, principalmente, quanto ao entendimento da participação dos sujeitos sociais.

Segundo refere ESCOREL (1989, p185), o Movimento Sanitário surgiu, na década de 70, como um "novo" ator (um sujeito político coletivo), um novo pensamento, uma alteração na arena política da saúde, tendo sido constituído inicialmente por profissionais e pessoas vinculadas ao setor.

"Algumas de suas principais características são o de ser um movimento *suprapartidário*, cuja *organicidade* é formada por um projeto e uma

linguagem comuns(...) o pensamento médico-social e o projeto é a transformação das condições de saúde da população brasileira (...) (como parte) da luta pela transformação da sociedade".

TEIXEIRA (1988, P.197-8) demarca a história do movimento sanitário através de momentos caracterizados pela prevalência de determinadas estratégias.

Um primeiro momento seria caracterizado como "um movimento de desenvolvimento de um novo saber, no espaço acadêmico", no qual, a partir da produção caracterizada como sanitarismo desenvolvimentista dos anos 60, se procurou recuperar as análises da determinação social da doença. Tendo por estratégia, além da produção de conhecimentos, a difusão vinculada a uma prática política, o movimento ampliou-se inicialmente nos espaço acadêmico, "um dos únicos redutos de resistência ao autoritarismo". Através dos projetos de medicina comunitária ligados aos departamentos de medicina preventiva, se abriu espaço para uma prática que buscava "na relação de cura, encontrar o aliado potencial: o trabalhador adoecido no processo de produção". Se buscou também uma organicidade através de núcleos e outras entidades acadêmicas: o CEBES com sua revista Saúde em Debate, a FINEP, a SBPC.

O segundo momento corresponderia a luta dos profissionais em aliança com o movimento popular pela saúde.

"Entre o movimento médico, o movimento sanitário de origem acadêmica e o movimento popular pela saúde foram estabelecidas alianças históricas, capazes de transcender os limites do corporativismo dos profissionais, a cultura elitista dos cientistas e a ausência de uma visão mais abrangente do movimento popular. (...) O fortalecimento dos movimentos sociais, com o início da redemocratização, propiciou o revigoramento dos movimentos sindical, popular e sanitário, sem que, contudo, fosse possível aprofundar, da mesma forma, as relações orgânicas entre eles". (TEIXEIRA, id.,p.198-9)

Ainda, nesse segundo momento, para a autora, teria havido uma ampliação do Movimento em decorrência de sua discussão para a Constituição de 1988.

"(...) o projeto sanitário se aproximou da prática de planejamento e organização de serviços, defrontou-se com novos atores em um cenário mais amplo: por um lado, os agentes de saúde trabalhando na base dos projetos de extensão da cobertura e os políticos interagindo no âmbito dos sistemas locais e estaduais de saúde; por outro, os produtores privados, que até aquele momento mantinham-se afastados do debate

(...) participaram dos debates nos simpósios de saúde".

O terceiro momento se caracterizaria, para TEIXEIRA, pela busca de uma maior organicidade em torno de estratégia e projeto comuns, tendo sido marcado pela "ocupação de espaços estratégicos no aparelho governamental. (...) Não se trata mais de organizar a sociedade em torno de um projeto de transformação do Estado, mas se requer a utilização, o manejo do aparelho estatal na direção proposta".

Em oposição a esta visão da Reforma Sanitária, Gastão CAMPOS (1988(A), p.179-94) levanta inúmeras limitações das mudanças ocorridas no setor e questiona a constituição de um movimento contra-hegemônico. O autor considera que mantém-se o mesmo modelo assistencial privatista individualizado em todos os momentos, não se caracterizando recortes, como os decritos, mas processos de correção interna "sobre novas bases". Para o autor, a Reforma Sanitária é "(...) a roupagem e a aparência da proposta de reorganização racionalizadora do sistema de saúde brasileiro", construída pelos técnicos do setor, ligados à burocracia

governamental e às universidades e que comporiam o "Partido Sanitário"<sup>87</sup>.

Para CAMPOS (id.,ib.) a Reforma Sanitária apresenta limites "transformistas" (no sentido gamsciniano, de

---

87.A questão do "Partido Sanitário" parece básica na mencionada polêmica sendo compreendida diferentemente pelos vários autores.

**TEIXEIRA** (1988, p.200) considera que a expressão foi cunhada "por aqueles que pretendiam ver a luta pela democratização da saúde como obra de manipulação de alguns indivíduos e assim ignorar a organicidade desse movimento social. (...) (No entanto,) não há como negar, em um movimento social, o lugar da direção na construção da unidade e da coesão (...) (e) foram essas condições de unidade que fundamentaram a (...) ocupação de espaços estratégicos no aparelho governamental".

**GALLO e NASCIMENTO** (1988, p.110) conceituam o partido sanitário como "(...) um conjunto de técnicos que tem em comum pouco mais do que um passado de preocupações progressistas, que vêem a si mesmos como componentes de um auto-proclamado e informal 'Partido Sanitário' e que ocupam hoje, com frequência, postos e posições no interior do aparelho de Estado". Para os autores o movimento sanitário iniciou a sua articulação através de um agrupamento mais amplo de pessoas ligadas ao setor.

**ESCOREL** (1988) também não considera que o movimento se deva a um agrupamento com características partidárias, "não se trata de um partido, mas de um movimento mais amplo de pessoas e de profissionais ligados ao setor".

reforço do bloco politicamente dominante), não participando da constituição do processo de construção de contra-hegemonia, pois não trabalha junto à sociedade, e assim, o período após a VIII CNS é "(...)marcado por uma definição mais precisa das consignas do período anterior, por sua transformação em discurso (...) e ainda pela transformação de parte importante dos intelectuais que elaboraram o novo pensamento sanitário em dirigentes da máquina governamental".

O autor não nega os "avanços administrativos e a modernização estrutural do sistema de saúde (...) na efetivação de inúmeras conquistas no campo da universalização da assistência médico-sanitária", obtidos com as AIS e o SUDS, cuja responsabilidade se deve em grande parte aos técnicos governamentais, que denomina de "intelectuais da ordem". No entanto, sua crítica concentra-se principalmente na prática política adotada por esse grupo (o Partido sanitário) que "por procederem uma redução do projeto gestado pelo movimento sanitário, (...) por privilegiarem o poder executivo enquanto campo de luta, de manobras e de discussão (...) (tornaram-se) intelectuais da ordem e não intelectuais orgânicos à um movimento pluriclassista e de frente ampla pela reforma sanitária". (CAMPOS, 1988(B) p.7-12)

Numa visão alternativa, GALLO e NASCIMENTO (1989) consideram o Movimento Sanitário

"(...) constituído por todas as forças progressistas desta área: partidos, sindicatos, entidades populares, setoriais e intelectuais. As propostas comuns, as modificações, os recuos ou conquistas são antes reflexos da luta política dessas organizações - inclusive em seu interior - e de suas bases de massa, do estágio da consciência sanitária dos setores subalternos, que da intervenção iluminada ou maquiavélica de uma elite. (...) Se, no início de sua articulação, o Movimento Sanitário, era basicamente um conjunto de intelectuais e técnicos de proporções reduzidas - e não apenas o "Partido Sanitário" , ao longo dos anos ganhou o reforço e a contribuição das lutas específicas de setores diversos da sociedade civil (...). Isso pode levar (...) à construção de uma alternativa contra-hegemônica no setor, representada por um Movimento Sanitário "ampliado", capaz de unificar progressistas e suscetível de uma hegemonia socialista".

Para estes autores, o Movimento Sanitário representaria num processo contra-hegemônico do setor saúde, um bloco ideológico e uma proposta político-organizativa (a Reforma Sanitária) contrária ao projeto neoliberal.

GALLO e NASCIMENTO (id., p.110-1) constataam a existência de duas concepções do Movimento Sanitário no interior do pensamento acadêmico, ambas tendo por referência o Partido Sanitário. Uma identifica o movimento como resultante exclusiva do acúmulo de conhecimentos e de lutas desse grupo, portador dos interesses populares e representante das forças contra-hegemônicas do setor e a outra corrente considera o partido como promotor de colaboração de classes e/ou interessado em um projeto pessoal de poder, voltado à legitimação do Estado.

**"Ambas partem do mesmo viés elitista: o fato de que as modificações político-organizacionais podem ser fruto da ação exclusiva de um determinado grupo".**

Outra análise feita por ESCOREL (1988, p.51-5), recupera a história do CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde), identificado pela autora como a "pedra fundamental" do movimento e o órgão de difusão, de representação na sociedade, de estudo e de articulação com outros movimentos sociais.

**"Defende os interesses da população sem estar diretamente vinculado a essa população, ou melhor, em sua trajetória esteve vinculado à academia ou à política institucional, parlamentar ou executiva (...) a entidade resurge a todo o**

**momento que o movimento sanitário precisa de uma entidade para representar sua luta".**

Esta entidade caracterizou-se em sua história, segundo a autora, pela presença de duas concepções básicas em seu interior. Uma dominante, que priorizava o trabalho junto aos profissionais de saúde e outra, que sem subestimar o trabalho nas entidades de profissionais, buscava desenvolver atividades voltadas diretamente à comunidade através de suas várias organizações.

A proposta da Reforma Sanitária baseada num sistema unificado e com a participação dos usuários surgiu, segundo a autora, desta polêmica em meados de 1977 como proposta de democratização da saúde, sendo retomada em 1985/86. No período 77/78 o CEBES enquanto um centro aglutinador de oposições, participou junto às outras entidades da sociedade da luta pela redemocratização. Dele surgiram as oposições sindicais da saúde e a partir de 1979, colocou-se como objetivo da entidade o fornecimento de uma base técnica para os movimentos sociais, para os parlamentares ligados ao setor e para a definição da política de saúde oficial. (SCOREL, id.,ib.)

Utilizando-se das noções gramscinianas de "**classe nacional**" e "**questão nacional**", SCOREL (1989, p.184-7) considera a questão saúde enquanto questão nacional, mas tratada pelo movimento sanitário sob diferentes estratégias.

Sob a ditadura, o Movimento Sanitário apesar de limitado ao círculo acadêmico tinha por diretriz "**saúde e democracia**". Num segundo momento da transição política, ao se buscar uma outra **direcionalidade** à política pública, se traçou a estratégia de **penetração dos aparelhos de Estado**. E, com a Constituinte, através do **estabelecimento de alianças**, o movimento conseguiu escrever o direito à saúde como direito de cidadania, aí como questão nacional.

Para ESCOREL (id., p.189), "**parece**" que o movimento sanitário tem conseguido hegemonizar a luta pela reforma sanitária "**porque estabelece um projeto comum e porque participa da luta ideológica mais geral pelo socialismo**", criando "**novos valores**", que constituiriam a contra-hegemonia.

No entanto, para a autora apesar de ampliado, o movimento ainda é nitidamente composto por intelectuais (que não defendem interesses próprios) e, sendo assim, considera-o um "**intelectual coletivamente orgânico**" das classes trabalhadoras no campo de luta da saúde, pois ainda se depara com o "**fantasma da classe ausente**".

Como apontei no segundo capítulo esta discussão referente à organicidade das classes populares vem recebendo outras leituras por parte de alguns autores na dependência do referencial analítico utilizado. Questiona-se se a **ausência** das classes populares não seria uma decorrência da visão de

mundo imposta pelos intelectuais, ou dos limites dados ao olhar estrutural-positivista, que nos vem sendo imposto racionalmente.

Neste sentido, Elizabeth SMEKE (1989, p.296-300) através da análise dos movimentos sociais relacionados à saúde emergentes na década de 70 (em especial "o caso Campinas"), observa que a concomitância entre a emergência do Movimento Sanitário e do Movimento Popular Urbano, não é casual, sendo produto de um mesmo processo político-econômico de exclusão, por um lado, dos profissionais e estudantes, e por outro, dos setores subalternos da sociedade. No caso da saúde somam-se fatores como a proletarização dos técnicos, "vista como irreversível, (e que) favoreceu o redirecionamento nas atitudes e práticas de parte significativa desses profissionais" e principalmente, os problemas decorrentes da crise de legitimidade do Estado e suas repercussões na área, com piora das condições de vida, que se cristalizaram na crise do setor.

"(...) a análise que coloca o discurso médico-social característico do movimento sanitário como antecedendo o Movimento Popular e a procura de uma classe ausente, falando em nome ou em favor de uma classe cujo lugar na estrutura social encontrava-se vazio, revela uma certa exterioridade frente à constituição do social.(...)Teria o Movimento Sanitário logrado

alçar o discurso Médico Social à categoria de uma prática não só discursiva *sensu strictu*, mas efetivamente social, se não estivesse em curso um processo de ressurgimento de instâncias participativas na sociedade civil, sobretudo das categorias excluídas?"

"(...) o não encontrar uma *classe pronta*, ou seja, verificar a sua ausência enquanto destinatária do novo discurso, sugere que essa classe se faz somente a partir de condições, características e articulações próprias e singulares subordinadas à vida concreta. Não decorre portanto, da idéia que um conjunto de intelectuais originários das *classe médias* possam fazer dela. (...) Esta concepção nega os poucos, mas reais avanços na organização da sociedade, deixando uma impressão de autonomia que a tecnologia alternativa efetivamente não tem demonstrado".

Assim, como discutem SADER, SMEKE, CHAUI dentre outros, estes novos sujeitos que emergem dos movimentos sociais, exigem um novo referencial que busque através de seu imaginário e das condições concretas de sua organização os momentos de sua articulação.

Da mesma forma, a consciência sanitária pensada enquanto processo de emancipação que busca rearticular as categorias relativas à vida, à cura, e à saúde (ao invés da

morte e doença), não pode ficar limitada ao referencial positivista que determina seu objeto de forma completa, tornando-o dominável. Esta consciência exige uma outra razão, uma razão que possibilite pensar objetos enquanto sujeitos em busca autonomia, abrindo-se a recriação do Eu e do Indivíduo, representante de um social, mas também seu instituinte.

A APS junto ao Movimento Sanitário, poderia representar espaços de possibilidades de instituição deste sujeitos?

Esta questão, que permeia todo este estudo, implica em articulações dadas pelas especificidades da saúde, sua institucionalização, as relações entre suas políticas e a sociedade e as especificidades históricas da própria APS, junto à Reforma sanitária e seu movimento..

Segundo interpretação de GALLO e NASCIMENTO (1989, p.107), a reforma sanitária constitui "a modernidade singular da saúde", sendo componente do processo de redemocratização do país, pois "sua realização passa pela intervenção do Estado enquanto um aspecto central do processo - ao contrário do neo-liberalismo, mas que essa intervenção se dará sob normas definidas nas instâncias da sociedade civil, o que exige uma nova consciência política e social". A modernidade singular, envolve duas dimensões: a da "modernização e a da

democratização"<sup>88</sup>, além da construção da cidadania e acima de tudo de uma "consciência sanitária plena".

Nesta concepção, uma reforma sanitária, que não constitua simples reformismos racionalizadores, resulta do movimento sanitário compreendido em sua dimensão ampliada, que por sua vez, depende predominantemente da construção de uma consciência sanitária, que só se processará através de um "agir-pensar" coletivo (Habermas), independente de uma organicidade vista sob aspectos técnicos. (GALLO e NASCIMENTO, id.)

Partindo destas premissas a Reforma Sanitária apesar de questionável enquanto finalidade em si mesma, pode constituir-se em espaço de transformações mais amplas através de inúmeras estratégias que busquem de maneira genérica a construção da consciência sanitária. Esta estratégia se ramificaria em outras que teriam por meta também genérica a busca da aproximação ao seu objeto concreto: a compreensão e interferência sobre o processo saúde-doença social/natural-individual/coletivo.

---

88. "Modernização - A institucionalização de regras técnicas e estratégias baseadas no saber empírico e analítico modernos, o `agir-racional-com-respeito-a-fins" (HÄBERMAS, 1975);

"Democratização - A criação de mecanismos de transparência (acesso e controle de informações), de controle social e participação popular, em que possam ser acordadas as normas sociais". (GALLO e NASCIMENTO 1989, p.107)

Como refere BERLINGUER (1988), é a singularidade da **saúde** que constitui o fundamento revolucionário da reforma.

Ou ainda, plajeando INGRAO (1980, p.142), como a democracia, a saúde "**é subversiva na medida em que revela seu caráter incompleto e exige ser complementada**".

Em relação a APS, como apontei em vários momentos deste trabalho, apesar de seu caráter eminentemente funcional, imposto em sua emergência e institucionalização, algumas de suas características tem possibilitado a construção da consciência sanitária, também como o demonstra sua história.

Trata-se de entendê-la como espaço estratégico caracterizado: pela articulação das ações individuais e coletivas, e assim, dos conhecimentos da clínica e da epidemiologia; pela reestruturação dos serviços tendo sob paradigma esta construção; pela democratização das práticas administrativas, de planejamento e gerenciais; pela valorização dos profissionais; pela aproximação dos movimentos sociais; pela real gestão participativa; e outras.

Retomando sua história em nosso país, registra-se sua precedência na década de 20, em meio a uma crise internacional e a emergência no país das classes

trabalhadoras. Sob a influência do sanitarismo americano que propunha a implantação de uma rede permanente de serviços básicos que integrassem ações curativas e preventivas, baseadas principalmente na Higiene Privada e na Educação Sanitária, os serviços de Saúde Pública iniciam sua adequação para a realização do atendimento individualizado, incorporando-se ao processo de medicalização da sociedade.

Na década de 60, com a inserção do país no capitalismo monopolista e a ampliação da exclusão social, parte destas idéias foram retomadas discursivamente através do sanitarismo desenvolvimentista, enquanto proposta alternativa para a Saúde Pública, inserida num projeto de desenvolvimento nacional através de reformas de base. Este discurso inspirado na racionalidade do planejamento econômico caracterizava-se como duplamente modernizador: desburocratizante e descentralizador. Propunha-se uma Política Nacional baseada na universalização, interiorização e municipalização dos cuidados médicos prioritariamente preventivos e planejados de forma racional de acordo com as necessidades da população. Nestas proposituras a participação surge como estratégia de aderência dos usuários aos planos.

A partir de então, a APS foi sendo incorporada a serviços ligados a Saúde Pública e projetos alternativos vinculados a instituições internacionais e escolas de medicina. Eram projetos voltados preferencialmente a populações marginalizadas e caracterizados pela utilização de

tecnologia simplificada para o barateamento dos custos de sua produção.

Com a transparência da crise na década de 70 e seu aprofundamento na década de 80, além do surgimento de novos sujeitos sociais, o discurso médico-sanitarista foi rearticulado e a APS passou a compor um projeto racionalizador, como resposta à ampliação da medicalização e ao discurso de cidadania. Institucionalizou-se no espaço de confluência das ações individuais e coletivas, aparentemente dicotomizadas em serviços de Saúde Pública e Previdenciários.

Com outras roupagens, algumas de suas características iniciais mantiveram-se como: seu endereçamento a populações anteriormente marginalizadas dos serviços médicos, uma tecnologia simplificada, um planejamento baseado na relação custo/benefício e de uma maneira geral, a participação que imprime diferentes inserções conjunturais e estruturais aos seus projetos.

Como decrito por alguns autores, em alguns locais e momentos a implementação da APS se deu junto aos movimentos emergentes da sociedade civil, enquanto propostas que buscavam um atendimento de qualidade e que respondessem às necessidades expressas socialmente. Tratavam-se de projetos articulados a movimentos que, em busca de certa autonomia e independência das instituições políticas em suas relações

reivindicatórias com o Estado, politizaram diferentes esferas do cotidiano.

A saúde representada principalmente, naquele momento, pela aquisição de serviços e sua melhoria, fazia parte das pautas de reivindicações como um dos principais itens. Registra-se também uma maior efervescência dos movimentos sociais em alguns locais onde surgiram estes serviços de atendimento básico.

Assim, analisada enquanto parte das políticas sociais, somada em sua singularidade por ser uma política em saúde, a APS se constitui em espaço de contradição social, o que lhe confere um caráter estratégico.

Este caráter se apresenta em várias de suas especificidades: em sua proximidade às necessidades da população, aos **modos de andar a vida**, dados ao seu caráter **comunitário** através da regionalização; em suas práticas individuais e coletivas, de proteção e promoção (higienistas ou emancipadoras); em seu planejamento (normativo ou estratégico); na participação (conservadora e autoritária ou transformadora); na utilização dos agentes de saúde e congêneres (de caráter simplificador e barateador, ou agentes aceleradores da consciência sanitária); na proximidade ao ensino dos profissionais de saúde, que também apresenta a possibilidade de projetos qualitativamente diversos.

Se por um lado, estas características lhe conferem um papel funcional privilegiado de normalizador da vida e de redefinidor das necessidades, por outro lado, podem lhe conferir um outro papel: o de promover o repensar as necessidades pelos próprios sujeitos, através da crítica e da valorização do sentido da vida a partir da racionalidade imanente das práticas comunicativas (HABERMAS).

Este caminho, que não é o único, e que busca incorporar a teoria do conhecimento no repensar do objeto/sujeito das práticas e saberes referentes à saúde, enfatiza a liberação da linguagem dos sujeitos e o desenvolvimento das relações intersubjetivas.

Acrescenta-se um referencial imprescindível para a compreensão e construção do Movimento Sanitário: o repensar das mediações entre a teoria e a prática.

Habermas, segundo FREITAG (1980), é considerado o último representante da teoria crítica da sociedade, associada à Escola de Frankfurt.

Segundo este autor, para se criar uma consciência *verdadeira*, se faz necessária uma *ação estratégica* ao lado da *argumentação comunicativa*. (FREITAG)

A *ação estratégica* continua sendo necessária no capitalismo tardio e não visa o entendimento mútuo, mas a competição pelo poder, travada entre grupos cujos interesses

são tão antagônicos que não estão dadas as condições para uma tematização discursiva.

No caso da saúde e em especial da APS, como argumentei anteriormente, conforma-se um real espaço de ações estratégicas, mas também, por seu caráter eminentemente pedagógico, os discursos podem mais facilmente ser recriados em determinados momentos e articulações.

Para Habermas (id., p.21-2), a **argumentação comunicativa** constitui-se em um **discurso terapêutico** que visa a **elucidação pedagógica** para a criação de uma teoria crítica, neutralizadora de uma ideologia tecnocrática e racionalizadora, que impede a tematização discursiva e exclui da comunicação pública o questionamento do poder.

A saúde cumpre seu papel eminentemente ideológico de normalizador da vida através de sua aparente neutralidade e cientificidade. Para se contrapor a esta razão positivista, dual e mecanicista, não basta que seja pensada como espaço estratégico, mas que sejam criadas condições e situações de argumentação discursiva, que possibilitem o repensar das relações de poder que perpassam suas práticas e produção de saberes. Trata-se de se promover possibilidades de construção de um teoria crítica, necessária para a construção da consciência sanitária.

É através do modelo psicanalítico, como descreve FREITAG (id., p.21-2), que Habermas concebe o papel da teoria crítica,

"(...) enquanto instrumento de elucidação pedagógica: ela deve propor interpretações que levem os sujeitos, imersos na falsa consciência, a reconhecer-se em tais construções, por processos autônomos de auto-reflexão."

O discurso terapêutico ou a crítica da ideologia (o autor refere-se a um processo análogo ao da neurose que inibe e obstrui a comunicação do sujeito consigo mesmo e com o mundo) busca re-simbolizar os conteúdos banidos (da saúde, do psíquico, da vida, do eu, etc) pela "**falsa consciência**", tornando-os verdadeiros para o sujeito e reintegrando-os na linguagem pública.

Desta forma, a relação entre a teoria e a prática, entre o verdadeiro e o falso, é repensada por Habermas através da teoria da validação consensual de afirmações e recomendações (proposições normativas). Como descreve FREITAG (id., p.18):

"A afirmação, problematizada, é debatida num *discurso teórico*; a norma, problematizada, é debatida num *discurso prático*. A afirmação é considerada *verdadeira* (ou *falsa*) quando o discurso teórico conduzir a um consenso quanto à

verdade ou falsidade: a norma é considerada legítima (ou ilegítima) quando o discurso prático desembocar em um consenso quanto a tal legalidade ou ilegalidade".

Segundo a autora, com esta teoria Habermas tenta revogar o interdito positivista retomando as questões hipocráticas relativas à *vida desejável* e tornando-as suscetíveis de validação,

"(...) mostrando como a lógica do discurso prático, no qual elas são debatidas, é idêntica à lógica do discurso teórico, no qual são debatidas as proposições descritivas".(FREITAG, id., p.18-9)

Nesta perspectiva o Movimento Sanitário deve superar o caráter técnico, normalizador, higienista, racional e neutro das práticas sanitárias, tornando-as um processo de emancipação, de construção de falas e de um discurso prático que considera as mediações individuais, as histórias de vida, o cotidiano, os modos de andar a vida, que instituem e são instituídos socialmente. Não se trata de encaixar os indivíduos em determinados grupos, ou submetê-los a concepções pré-estabelecidas, mas reorientar a construção destas articulações a partir de experiências concretas de vida.

Através do repensar de uma *vida desejável*, abre-se a possibilidade do repensar também das necessidades e

interesses, individuais e coletivos, que ao invés de constituírem **interesses de todos** poderão compor **interesses comuns**, que traçarão estratégias também comuns. Não se trata também de negar ou mascarar conflitos e diversidades, mas de aflorá-los, discutí-los através de um discurso prático.

Ao possibilitar repensar as relações biológicas e sociais e as individuais e coletivas, este discurso possibilitaria a criação de sujeitos, **donos** de seu corpo (aqui, necessariamente, rearticulado com sua mente) no repensar de uma **vida desejável**, que passa a poder ser incorporada na construção de um novo paradigma para a saúde.

Este não é um processo setorial, da saúde no sentido restrito, mas um processo emancipador, reintegrador dos sujeitos a uma linguagem pública, ou, como se diria, sob o referencial gransciano, de construção de uma contra-hegemonia através dos sujeitos históricos.

No entanto, recolocam-se os limites derivados do saber ligado ao social e mais especificamente à Saúde Coletiva. Partindo-se do princípio de que se trata de uma construção dialética entre prática, saber e ideologia, base do próprio movimento, surgem questões como: as referentes às explicações e formas de intervenção sobre o processo saúde-doença; o entendimento relativo aos sujeitos sociais, sua constituição e configuração, limites tanto teórico como

metodológicos dados a sua apreensão e tratamento. A não inclusão destes sujeitos tem implicado na desqualificação de determinadas táticas e a superestimação de outras.

Estas questões, por sua vez, remetem aos limites e possibilidades impostos às políticas sociais enquanto formas de intervenção do Estado. Há os limites institucionais que pressionam pela racionalização, tecnificando as questões sociais e, por outro lado, há as possibilidades da politização, da construção de um discurso que tenha a participação e a integração de todos os níveis em uma efetiva e real mudança. Uma mudança cujo caminho ou seus resultados, não estão previamente traçados ou determinados, mas se projetarão a partir dos próprios sujeitos.

Deve-se, entretanto, buscar diminuir a distância entre a intenção e o gesto e daí a importância do agir-pensar coletivo que se coloca enquanto principal estratégia na construção da consciência sanitária.

É fundamental recuperar, como conclui SMEKE (1989,p.289),

"(...)o papel desses novos técnicos do Movimento Sanitário<sup>89</sup> na própria instituição do social (...) na compreensão, no compromisso e na atitude que exige uma prática capaz de ver-se enquanto parte do processo de acontecer social".

Impõe-se a tarefa de teorização e politização, enquanto ações coletivas entre os interessados na questão, onde necessariamente se incluem os profissionais e os usuários, que também tornam-se técnicos, pois são os principais sujeitos produtores de saúde e deste conhecimento reconstrutor do paradigma da saúde no reinstituir-se da vida no social.

Trata-se de um conhecimento que é prático e teórico, e que, ao partir do senso comum (das necessidades), o teoriza e recria um discurso prático, pois sua validação se dá em sua aplicação no social, na vida e na cura, concebida neste processo.

Por algumas de suas características denota-se uma certa singularidade da APS, que pode reconstruir as relações entre as disciplinas que dão suporte às suas práticas (a

---

89.Os novos técnicos se constituem, segundo a autora, nos chamados "agentes externos", onde se incluem os agentes pastorais (das CEB's), os profissionais de diversas áreas, as pessoas ligadas a organizações da sociedade civil em geral, comprometidas com uma prática participativa/educativa. (SMEKE 1989, p.298)

Clínica e a Epidemiologia). Uma das formas de se *pensar/agir* estas relações corresponde ao gerenciamento epidemiológico, no entanto, esta ingerência por parte da Epidemiologia sobre as ações tanto coletivas como individuais, apesar de necessária, não é suficiente pois, como a clínica, se tem uma epidemiologia positivista que pensa seu objeto naturalizado, dessubstanciado, ou quando social, encaixado numa estrutura.

As relações e intervenções individuais poderiam também constituir momentos de complementação e de recriação dos sujeitos (usuários ou profissionais).

Esta proposição não corresponde uma simples valorização da clínica, pois também esta responde a uma ordem, a uma razão em que o homem é reduzido a um objeto, sede de patologias, separadas em mentais, físicas, sociais, etc. Esta razão científica, de caráter instrumental, objetivante, dual, comprovada necessariamente através da verificação empírica, dificulta, ou mesmo, impossibilita a reflexão no sentido emancipador e libertário, não instrumental, comprovada pela sobrevivência e pela aceitação reflexiva.

No entanto, tratam-se potencialmente de processos comunicativos onde as partes podem instituir-se simultaneamente enquanto sujeitos e objetos; sujeitos de suas ações e saúde, objetos de uma prática, saber, ou de um sistema. A saúde em sua concretude coloca-se como uma

problemática para o sujeito, **proprietário** de seu corpo e de sua doença, em sua singularidade.

Importa, então, repensar e trabalhar tanto a Clínica quanto a Epidemiologia, as práticas e os saberes, na busca de um referencial de aproximação a um objeto/sujeito que está por se contruir.

Colocam-se como importantes todos os momentos destas relação: na Clínica, na vigilância ou outras ações coletivas, no gerenciamento, no trabalho propriamente político, no ensino, treinamento, reciclagem, etc. Todos estes momentos podem se constituir em espaços de uso de uma linguagem que busque a compreensão conjunta, a consciência sanitária, a saúde e a emancipação.

Retomando o referencial proposto por HABERMAS (1989, p.39-42), distinguem-se dois modos de uso da linguagem: a que diz **o que é ou o que não é o caso** e a que diz **algo a outrem, de tal modo que ele compreenda o que é dito**.

Estas diferenças entre estes dois modos de uso da linguagem baseiam-se, segundo o autor, em pressuposições complexas em termos teórico-metodológicos, pois expressam as intenções de quem fala, o estabelecimento das relações e as visões de mundo.

Quem tem por intenção "dizer algo a alguém", assume uma atitude *objetivante*, pretendendo "ser expressão de alguma coisa" cuja validade se dá por posições tomadas em termos de sim/não. Por outro lado, quem busca "compreender o que é dito a alguém", participa realmente do agir comunicativo através de uma *situação de fala*, de entendimento mútuo, o que exige uma atitude *performativa*. Esta atitude permite uma orientação *mútua* por pretensões de validade (verdade, correção normativa, sinceridade) que o falante ergue na expectativa de uma tomada de posição sim/não da parte ouvinte, desafiando uma avaliação crítica com a finalidade de

"(...) que o reconhecimento intersubjetivo de cada pretensão particular possa servir de fundamento a um consenso racionalmente motivado. Ao se entenderem mutuamente na atitude performativa, o falante e o ouvinte estão envolvidos, ao mesmo tempo, naquelas funções que as ações comunicativas realizam para a reprodução do mundo da vida comum". (HABERMAS, id., p.42)

O uso desta linguagem comunicativa, criadora de falas e de sujeitos, possibilitaria a construção da consciência sanitária caracterizada como plena. Não se trata de traçar caminhos ou cartilhas, mas de se repensar *o agir e o pensar* em todas as suas mediações o que implicaria num repensar do papel dos técnicos e das técnicas, ou tecnologias

(em sentido amplo, como apontado), ou seja, uma renúncia à superioridade da posição de observador para a assunção de uma atitude performativa, pois como refere HABERMAS (id., p.43)

**"(...) não há nada que permita decidir a priori quem tem de aprender de quem."**

Pretendeu-se através desta dissertação compreender alguns questionamentos levantados no dia a dia assistencial, docente e de capacitação, no entanto, a falta de clareza, ou de especificação de um objeto desde o início deste trabalho, resultou na realização de muitas e extensas digressões. Em todo este processo, acrescentaram-se novas considerações, limites, possibilidades e, necessariamente, novos aprofundamentos relativos às articulações e relações levantadas. Mas, muitos questionamentos ficaram em aberto. Impõe-se, neste percurso as limitações de caráter pessoal, profissional e do próprio saber impregnado do positivismo.

Ao ter que finalizar este trabalho, fica a sensação, ou melhor a certeza, de algo impreciso, lugar comum, inacabado, imperfeito, parcial, como o é um objeto/sujeito em construção e a própria ciência...

Fica também um questionamento (talvez agora um pouco mais claro) para um futuro trabalho:

A APS entendida como uma modalidade técnico-assistencial, que não se define tecnicamente, mas como tendo uma história junto ao Movimento sanitário, conforma-se em uma

**brecha**, em um espaço de possibilidades de constituição de sujeitos em busca de autonomia, através da construção da consciência sanitária?

## BIBLIOGRAFIA

- AGUDELO, S.F. As doenças tropicais: da análise de "fatores" à análise de "processos". In: NUNES, E.D. (org.) **As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas**. Brasília, OPAS, 1985. p.293-306.
- ALMEIDA Fo, Naomar **Epidemiologia sem números: uma introdução crítica à ciência epidemiológica**. Rio de Janeiro, Campus, 1989. 108p.
- ALTHUSSER, L. **Ideologia e aparelhos ideológicos do Estado**. 3a ed. Lisboa/Portugal, ed. presença, 1980.
- AROUCA, A.S.S. **O dilema preventivista**. Tese de doutoramento, FCM/UNICAMP, Campinas, 1975.
- AROUCA, A.S.S. A História Natural das Doenças. **Rev. Saúde em Debate-n.1**. Rio de Janeiro, out-nov-dez 1976. p.15-9.
- BARATA, Rita de C.B. A historicidade do conceito de causa. In: **Textos de Apoio-Epidemiologia**. Rio de Janeiro, ENSP/ABRASCO, 1985. p.13-27.
- BARRETO, Maurício Lima A epidemiologia, sua história e crises: notas para pensar o futuro. In: COSTA, Dina C. (org.) **Epidemiologia: teoria e objeto**. São Paulo, Hucitec/ABRASCO, 1990. p.19-38.
- BERLINGUER, G. Medicina e política. **Rev. Saúde em Debate-23**. Londrina/PR, CEBES, 1988. p.62-5.
- BOBBIO, Norberto **A teoria das formas de governo**. 5a. ed. Brasília, Ed. Univ. Brasília, 1988. 179p.
- BOLDSTEIN, R.C.A. e FONSECA, C.M.O. Desafio da reforma sanitária: consolidação de uma estrutura permanente de serviços básicos de saúde. In: **Demandas populares, políticas públicas e saúde**. São Paulo/Vozes, Rio de Janeiro/ABRASCO, 1998. p.67-90.

- BORDIN, R. e SILVA, J.C. Medicina geral comunitária: novos rumos? **R. Bras. Educ. Med.** 12(1) Rio de Janeiro, jan/abr/1988. p.24-6.
- BRAGA, J.C.S. e PAULA, S.G. **Saúde e previdência- estudos de política social.** São Paulo, CEBES/HUCITEC, 1981. 226p.
- BRASIL **Constituição da República Federativa do Brasil.** Título VIII. Da ordem social- CAP. II. Da seguridade social- Secção I. Disposições gerais. IMESP/SP, 1988. p.36.
- BRASIL **Conferência Nacional de Saúde-VII.** Brasília, março/1980. Relatório final. (mimeo)
- BREIHL, Jaime **Epidemiologia: economia, medicina y política.** Rep. Dominicana, Ed. Universitaria, 1980. 228p.
- BREIHL, J. **La medicina comunitaria, una nueva policia médica?** (mimeo) p.57-71.
- BREIHL, J. **"La epidemiologia entre fuegos"**
- BUNGE, Mario **Categorias de determinacion.** In: **Causalidad. El principio de la causalidad en la ciencia moderna.** 3a ed. Buenos Aires/Argentina, Ed. Univ. 1972. p.29-31.
- CAMPOS, Gastão W.S. **A reforma sanitária necessária.** In: **Reforma Sanitária- Itália e Brasil.** São Paulo, Hucitec, 1988 (A) p.179-94.
- CAMPOS, G.W.S. **Tréplica: o debate necessário à construção de uma teoria sobre a reforma sanitária.** **Rev. Saúde em Debate** 23. Curitiba/PR, CEBES, dez/1988 (B) p.7-12.
- CAMPOS, G.W.S. **Os médicos e a política de saúde.** São Paulo, Hucitec, 1988 (C) 214p.
- CAMPOS, G.W.S. **Cap.4 Modelos assistenciais e unidades básicas de saúde: elementos para debate.** In: **Planejamento sem normas.** São Paulo, Hucitec, 1989. p.53-60.
- CANGHILHEIN G. **O normal e o patológico.** Rio de Janeiro, Forense, 1978. 270p.
- CARDOSO de MELLO, J.M. **O capitalismo tardio.** Tese de doutoramento, UNICAMP, Campinas, 1975.
- CARDOSO, Miriam L. **Ideologia do desenvolvimento.** In: **Brasil: JK, JQ.** 2a ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1978.

- CARDOSO, Fernando Henrique e FALETTO, Enso **Dependência e desenvolvimento na América Latina, ensaio de interpretação sociológica.** 2a ed. Rio de Janeiro, Zahar, 1973.
- CARNOY, Martin **Estado e teoria política.** 2a ed. Campinas-SP, Papirus, 1988. 340p.
- CASTELLANOS, Pedro Luis **La investigación epidemiológica: uso y perspectivas.** Set./1983 (mimeo) 39p.
- CASTELLANOS, P.L. **Sobre el concepto de salud-enfermedad: um ponto de vista epidemiológico.** Taller latino-americano de Med. Social. V Congresso Mundial de Med. social y IV congresso Latino-americano, julho/1987, Colômbia. (mimeo.) 16p.
- CEBES. Mesa redonda sobre a VII CNS. **Rev. Saúde em Debate-10** Rio de Janeiro, CEBES, ab., mai., jun./1980. p.16-22.
- CEITLIN, J. Bases conceptuales y desarrollo historico del Programa de enseñanza de Medicina de la Comunidad. In: **Medicina de la Comunidad.** FEPAFEM/KELLOGS
- CHAUÍ, Marilena S. **O que é ideologia.** 14a ed. São Paulo, Brasiliense, 1984. 125p.
- CHAUÍ, M.S. Prefácio In: SADER, ob.cit., 1988, p.9-16.
- CHAUÍ, M.S. **Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas.** 5a ed. São Paulo, Cortez, 1990.
- COSTA, Dina C. e COSTA, Nilson R. Teoria do conhecimento e epidemiologia: um convite à leitura de John Snow. **Divulgação em saúde em debate-2** Londrina/PR, março, 1990. p.46-52.
- COUTINHO, Carlos Nelson Representação de interesses, formulação de políticas e hegemonia. In: TEIXEIRA, S.M.F. (org.) **Reforma sanitária: em busca de uma teoria.** São Paulo/Cortez, Rio de Janeiro/ABRASCO, 1989. p.47-60.
- DEMO, P. **Metodologia científica em Ciências Sociais.** São Paulo, Atlas, 1981. 255p.
- DONNANGELO, Ma Cecília F. e PEREIRA, Luís **Saúde e Sociedade.** 2a ed., São Paulo, Duas Cidades, 1979. 124p.

- DRAIBE, Sonia **Rumos e metamorfoses: um estudo sobre a constituição do Estado e as alternativas da industrialização no Brasil, 1930/60.** Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1985. 399p.
- ENGELS, F. A origem da família e da propriedade. (1884)  
In: FERNANDES, F. (org.) **MARX, K e ENGELS, F.: história.** São Paulo, Atica, 1983. p.328-32.
- ESCOREL, S. Saúde e democracia, democracia é saúde. **Rev. Saúde em Debate 21** Curitiba/PR, CEBES, junho/1988. p.51-5.
- ESCOREL, Sara. Saúde: uma questão nacional. In: TEIXEIRA, S.M.F. (org.) **Reforma sanitária: em busca de uma teoria** São Paulo-Cortez, Rio de Janeiro-ABRASCO, 1989. p.181-92
- FELICIELLO, Domenico **Atenção primária e política de saúde.** In: **Campinas, uma experiência em saúde. Relatório final do Projeto de avaliação permanente em saúde.** PUCCAMP/FINEP, 1987.
- FEPAFEM **Plan operacional y programa de desarrollo de la FEPAFEM (Federação Panamericana de Escolas Médicas)- Conclusões da la Conterência.** (mimeo)
- FERNANDES, Florestan (org.) **K.Marx e F. Engels: história.** São Paulo, Atica, 1983. 496p.
- FERREIRA, Aurélio B.H. **Dicionário da Língua Portuguesa.** Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1985.
- FOUCAULT, Michel **O nascimento da clínica.** 2a ed. Rio de Janeiro, Forense, 1980. 241p.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** Rio de Janeiro, Graal, 1986.
- FREITAG, Barbara e ROUANET, S.P. (org.) **Introdução**  
In: HABERMAS, J. **Habermas: sociologia** São Paulo, Atica, 1980. p.9-67.
- GALLO, Edmundo e NASCIMENTO, Paulo Cesar **Hegemonia, bloco histórico e movimento sanitário.** In: TEIXEIRA, S.M.F., op.cit 1989. p.91-118.
- GERSCHMAN, Silvia **Sobre a formulação de políticas sociais.** In: TEIXEIRA op.cit. 1989. p.119-38.
- GEUSS, Raymond **Teoria Crítica: Habermas e a Escola de Frankfurt.** Campinas, Papyrus, 1988. 160p.

- GONÇALVES, Ricardo Bruno M. **Medicina e história- raízes sociais do trabalho médico.** Dissertação de mestrado, Pós-graduação de Med. Prev./FCM/USP, São Paulo, 1979. 209p.
- GONÇALVES, R.B.M. **Tecnologia e organização das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de CSS.- S.P.** Tese de doutoramento, FCM/USP, São Paulo, 1986 416p.
- GONÇALVES, R.B.M. **Contribuição à discussão sobre a relação entre teoria, objeto e método em epidemiologia.** Comunicação apresentada ao I Congresso Brasileiro de epidemiologia, Campinas, 1990.(mimeo.)
- GONÇALVES, R.B.M.; NEMES, M.I.B. e SCHRAIBER, L.B. Seis teses sobre a ação programática em saúde. In: SCHRAIBER, L.B.(org.) **Programação em saúde hoje.** São Paulo, Hucitec, 1990.
- GRAMSCI, Antonio **Concepção dialética da história.** Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1966.
- GRAMSCI, A. **Maquiavel, a política e o estado moderno.** 7a ed. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1989. 444p.
- GRUPPI, Luciano **O conceito de hegemonia em Gramsci.** Rio de Janeiro, Graal, 1978. 143p.
- HABERMAS, Jurgen **Habermas: sociologia** São Paulo, Atica, 1980. p.68-216.
- HABERMAS, J. **Consciência moral e agir comunicativo.** Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1989. 236p.
- HIPOCRATES **Aires, aguas y lugares.** In: OPAS/OMS 1989, p.18-9.
- HIRSCH, Joaquim **Observações teóricas sobre o Estado burguês e sua crise.** In: POULANTZAS, N. (org.) **O estado em crise.** Rio de Janeiro, Graal, 1977.
- INGRAO, Pietro **As massas e o poder.** Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1980.
- JACOBI, Pedro **Movimentos sociais e políticas públicas: demandas por saneamento básico e saúde-São Paulo, 1974-84.** São Paulo, Cortez, 1989. 166p.

- LAURELL, Asa Cristina **Introducción.** In: TIMIO, M. **Clases sociales y enfermedad: introducción a una epidemiología diferencial.** Mexico, Nueva Imagen, 1980. p.11-22.
- LAURELL, A.C. **A saúde-doença como processo social.** In NUNES, E.D. (org.) **Medicina Social: aspectos históricos e teóricos.** São Paulo, Global, 1983. p.133-58.
- LEAVELL, H. e CLARK, E.G. **Medicina preventiva.** Rio de Janeiro, MacGraw-Hill, 1976. 714p.
- LENIN, V.I. **Obras escogidas.** Tomo 2. Cap.I La sociedad de clases y el estado. Moscou, Ed. Progreso, 1960. p.297-310.
- LEPAGNEUR, H. **O doente, a doença e a morte.** Campinas, Papirus, 1987.
- LILIENTFELD, A.M. e LILIENTFELD, D.E. The 1979 health clark lectures. "The epidemiologic fabric". I- Weaving the threads. **Int. Journal of Epid. vol.9, n.3.** Great Britain, Oxford Un. Press, 1980. p.199-206. (A)
- LILIENTFELD, A.M. e LILIENTFELD, D.E. The 1979 Health clark lectures. "The epidemiologic fabric". II the London Bridge- It never fell. **Int. Journal of Epid. Vol.9, n.4.** Great Britain, Oxford Un. Press, 1980. p.299-304. (B)
- LILIENTFELD, A.M. e LILIENTFELD, D.E. **Foundations of epidemiology.** 2a. ed. New York, Oxford University Press, 1980. (C)
- LUZ, Madel T. **As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia.** Rio de Janeiro, Graal, 1979. 295p.
- LUZ, Madel T. **Natural, racional e social- razão médica e racionalidade científica moderna.** Rio de Janeiro, Campus, 1988. 151 p.
- MACMAHON, R. e PUGH, T. **Epidemiology: principles and methods.** Boston, Little, Brown & Co., 1970.
- MACMAHON, B. **Principios y metodos de epidemiologia.** Mexico, Prensa Med. Mex., 1975.
- MAHLER, H. **Obstáculos frente a la asistencia primaria a salud.** Discurso do Diretor Geral da OMS **Rev. Saúde em Debate-6.** Londrina/PR, jan/fev/mar 1978. p.27-31.

- MARX,K. e ENGELS,F. **A ideologia Alemã.** Vol.I Portugal, Ed. Presença/ Brasil, Martins Fontes, 1974. 306 p.
- MARX,K. e ENGELS,F. **Textos.** Vol.III Manifesto do partido comunista.(1847-48) São Paulo, Ed. Sociais, 1976.
- MATUS, Carlos **Planificacion de situaciones,** Fundo de cultura economica, México, 1980.
- MERHY, Emerson Elias **O capitalismo e a saúde pública: a emergência das práticas sanitárias no Estado de São Paulo.** Campinas, Papirus, 1985. 116 p.
- MERHY, E.E. Cap.V Brasil pós-64: financiamento e modelos dos serviços de saúde. In: NUNES,E.D.; CAMPOS,G.W.S. e MEHRY,E.E. **Planejamento sem normas.** São Paulo, Hucitec, 1989. p.61-112.
- MELLO,C.G. A formação do médico generalista e a Med. Preventiva. **Rev. Saúde em Debate-7/8** São Paulo, CEBES, abr/mai/jun/1978. p.30-8.
- MPAS **Reorientação da assistência à saúde no âmbito da Previdência Social.** 3a ed. Brasília, MPAS, 1983.
- NAVARRO, V. Classe social, poder político e o Estado e suas implicações na medicina. **Textos de apoio - Ciências Sociais 1.** 2a. ed. Rio de Janeiro, Abrasco, 1986. p.81-161.
- NEMES, Ma Ines B. Ação programática em saúde: recuperação histórica de uma política de programação. In: SCHRAIBER, L.B.(org.) **Programação em saúde hoje.** São Paulo, Hucitec, 1990. p.65-116.
- NOVAES, H.D. **Diagnosticar e classificar, o limite do olhar.** Tese de doutoramento, Dep.Med.Prev./FCM/USP, São Paulo, 1987
- NUNES, Everardo D.(org.) **Medicina social: aspectos históricos e teóricos.** São Paulo, global, 1983. 205p.
- NUNES,E.D.(org.) **As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas.** Brasília, OPAS, 1985. 474p.
- NUNES, Everardo D.; CAMPOS,G.W.S. e MEHRY,E.E. **Planejamento sem normas.** São Paulo, Hucitec, 1989. p.61-112.
- O'DONNELL,G. **Contra-pontos: autoritarismo e democratização.** São Paulo, Vértice, 1986. 158p.

- OFFE, Claus. **Problemas estruturais do estado capitalista.** Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1984. 386p.
- OLIVEIRA, Jaime A. Para uma teoria da reforma sanitária: "democracia progressiva" e políticas sociais. **Rev. Saúde em Debate** 20. Curitiba/PR, CEBES, abril/1988. p.85-93.
- OMS **Atividade de la OMS em 1975.** Actas oficiales 229. Ginebra, OMS, 1976.
- OMS/UNICEF. **Atención primaria de salud.** Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata/URSS. Ginebra, New York, OMS, 1978.
- OPAS/OMS **Problemas conceptuales y metodologicos de la programacion de la salud.** Public.Cient.n.111 OPS/OMS-Whashington/EUA, CENDES-VENEZUELA, 1965.
- OPAS/OMS **El desafio de la Epidemiologia. Problemas e lecturas seleccionadas.** Publ.Cient.N:505, Whashington D.C., OPAS/OMS, 1989
- PAIM, Jairnilson S. Medicina Comunitária, introdução a uma crítica. **Rev. Saúde em Debate-1** São Paulo, CEBES, out/nov/dez, 1976. p.9-12.
- PAIM, J.S. Medicina Familiar no Brasil: movimento ideológico e ação política. In: **Estudos de Saúde Coletiva - 4** Rio de Janeiro, ABRASCO, nov./1986. p.11-28.
- PELLEGRINI Fo,A.;RAMOS,C.L.;RIBEIRO,J.A.T. A medicina comunitária, a questão urbana e a marginalidade social. In:GUIMARÃES,R.(org.) **Saúde e medicina no Brasil: contribuição para um debate.** Rio de Janeiro, Graal, 1978.(A) p.207-24.
- PELLEGRINI Fo,A. Proposta de modelos de saúde. Comunicação realizada durante a V SESAC. **Rev. Saúde em Debate-7/8** São Paulo, CEBES, abr.mai.jun./1978.(B) p.14-7.
- PEREIRA,L.C.B. **Desenvolvimento e crise no Brasil.** São Paulo, Brasiliense, 1980.
- POSSAS,Cristina A. **Padrões epidemiológicos e política de saúde no Brasil.** Tese de doutoramento, ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1988. 301p.
- POULANTZAS, Nicos **As classes sociais no capitalismo de hoje.** 2a ed. Rio de Janeiro, Zahar, 1978. 368p.

- POULANTZAS,N. **O estado, o poder e o socialismo.** Rio de Janeiro, Graal, 1980. 307p.
- RIVERA,F.J.U.; TESTA,M. e MATUS,C. **Planejamento e programação em saúde, um enfoque estratégico.** São Paulo, Cortez, 1989. 222p.
- ROSEN,George **Da polícia médica à medicina social.** Rio de Janeiro, Graal, 1979. 401p.
- ROSEN,G. A evolução da Medicina Social. In: NUNES, E.D. **Medicina Social, aspectos históricos e teóricos.** São Paulo, Global, 1983. p.25-82.
- ROTHMAM,K.J. **Modern Epidemiology.** Boston, Little,Brown&Company, 1986.
- SADER, Eder **Quando novos personagens entram em cena: experiências, falas e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo, 1970/80** Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1988. 329p.
- SAN MARTIN,H. Epidemiologia de la salud e de la enfermedad. In: **Salud e enfermedad.** México, Prensa Med. Mex., 1968. p.16-26.
- SANTOS,N.R. Contribuição ao entendimento do novo médico geral ou de família. **Rev. Saúde em Debate-7/8** São Paulo, CEBES, abr/mai/jun/1978. p.39-43.
- SANTOS,Wanderley G. **Cidadania e justiça.** Rio de Janeiro, Campus, 1979.
- SCOTT,R. Las funciones del medico de la coletividad. In: La preparación para el ejercicio de la medicina generale. Ginebra, OMS, 1965. **Cuadernos de Salud Publica** 20.9.22.
- SMEKE,Elizabeth de L. M. **Saúde e democracia, experiência de gestão popular: um estudo de caso.** Tese de doutoramento, DMPS/FCM/UNICAMP, Campinas, 1989. 440p.
- STERN,B.J. A saúde das cidades e o primeiro movimento da saúde pública. In: NUNES,E.D. 1983, p.81-94.
- SUSSER,M. Epidemiology in the U.S. after World War II- The evolution of technique. **Epid. Reviews. vol.7,** 1985: 147-73.
- TAVARES,Ma.Conceição, **Problemas de industrialización avanzada em capitalismo tardios y perifericos,** CECADE, 1981.

- TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury e OLIVEIRA, Jaime A.  
**(IM) Previdência social, 60 anos de história da previdência no Brasil.** Rio de Janeiro, Vozes/ABRASCO, 1985. 357p.
- TEIXEIRA, S.M.F. **Cidadania, direitos sociais e Estado.** 8a. Conferência Nacional de Saúde, Brasília, 1986. (mimeo.).
- TEIXEIRA, S.M.F. (coord.) **Antecedentes da reforma sanitária. Textos de apoio.** Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ, 1988. p.46-9.
- TEIXEIRA, S.M.F. O dilema da reforma sanitária. In: BERLINGUER, G.; TEIXEIRA, S.M.F. e CAMPOS, Gastão, W.S. **Reforma Sanitária: Itália e Brasil.** São Paulo, CEBES/HUCITEC, 1988. p.195-207.
- TEIXEIRA, S.M.F. (org.) **Reforma Sanitária - em busca de uma teoria.** São Paulo-Cortez, Rio de Janeiro-ABRASCO, 1989. 232p.
- TEIXEIRA, S.M.F. Em defesa da seguridade social. **Rev. Saúde em Debate-26.** Londrina/PR, CEBES, set/1989. p.33-6.
- TEIXEIRA, S.M.F. E agora Medicina Social? **Rev. Divulgação em Saúde para Debate-2.** Londrina/PR, CEBES, mar/1990. p.5-8.
- TORNERO, N.L. et alli Uma experiência de assistência sanitária primária. **Rev. Saúde em Debate-6** São Paulo, CEBES, jan/fev/mar/1978. p.21.
- TOURAINÉ, Alain. **Palavra e sangue: política e sociedade na América Latina.** Campinas/SP, Trajetória Cultural/UNICAMP, 1989. 598p.
- VASCONCELOS, Eymard M. O taylorismo e a construção da medicina das classes populares. **Rev. Saúde em Debate-25** Londrina/PR, CEBES, junho/89 p.47-55.
- WEFFORT, Francisco **Por que democracia?** 2a ed. São Paulo, Brasiliense, 1986.

## RESUMO

Trata-se da análise das práticas e concepções que embasam a A.P.S. na Reforma Sanitária brasileira tendo por referencial as teorias do Estado e de sua intervenção através das Políticas Sociais, sob a ótica do conflito e das contradições decorrentes da luta de classes. Buscando-se a compreensão das especificidades político-ideológicas destas práticas de saúde enfatizou-se as relações estabelecidas historicamente entre a Clínica e a Epidemiologia, enquanto disciplinas explicativas e norteadoras das ações relativas ao processo saúde-doença. Discute-se a emergência da APS determinante de **novas** articulações entre práticas e saberes e relações entre **Indivíduo-Sociedade-Homem-Natureza** constituintes, por sua vez, de determinados espaços que possibilitariam o surgimento de sujeitos sociais e a construção de um **novo** paradigma para a saúde baseado nas categorias **Vida, Saúde e Cura**.