



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva
Brasil

Fontes Teixeira, Carmem
Epidemiologia e planejamento de saúde
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 4, núm. 2, enero, 1999, pp. 287-303
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63042994005>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Epidemiologia e planejamento de saúde

Epidemiology and health planning

Carmem Fontes Teixeira ¹

Abstract *The utilization of epidemiological knowledge, methods and techniques in the process of health planning and programming has become an object of practical experimentation and theoretical, methodological reflection, particularly in the past 15 years, in the light of the process of reform of the health systems in Brazil and in Latin America. This paper discusses specifically the contribution of epidemiology to health planning in the process of building up the National Health Service in Brasil, based on a study of the trends of epidemiological practice presented in the Brazilian Congresses of Epidemiology held between 1990-1995. In addition, it discusses the theoretico-methodological perspectives of improvement and redefinition of the practice of planning and programming in health, taking into account the epistemological debates and the conceptual propositions which characterize the field of epidemiology today.*

Key words *Health Planning; Epidemiological Practice; Epidemiology in Health Services Research*

Resumo *A utilização de conhecimentos, métodos e técnicas epidemiológicas no processo de planejamento e programação em saúde vem sendo objeto de experimentação prática e reflexão teórico-metodológica, particularmente nos últimos 15 anos, em função do processo de reforma dos sistemas de saúde na América Latina e Brasil. Esse artigo discute especificamente a contribuição da epidemiologia ao planejamento no âmbito da construção do Sistema Único de Saúde no Brasil, tendo por base um estudo das tendências da prática epidemiológica apresentadas nos Congressos Brasileiros de Epidemiologia realizados no período 1990 a 1995. Em seguida discute as perspectivas teórico-metodológicas de aperfeiçoamento e redefinição da prática de planejamento e programação em saúde, levando em conta o debate epistemológico e as proposições teóricas que caracterizam o campo da epidemiologia hoje.*

Palavras-chave *Planejamento de Saúde; Prática Epidemiológica; Epidemiologia em Serviços de Saúde*

¹ Instituto de Saúde
Coletiva da Universidade
Federal da Bahia
Rua Padre Feijó 20,
4º andar, Canela
40110-170, Salvador
Bahia, Brasil
carmem@ufba.com.br

Introdução

A articulação entre a epidemiologia e o planejamento de saúde é um dos temas que mais tem mobilizado a atenção de pesquisadores, docentes e profissionais dos serviços, no contexto recente da Reforma Sanitária Brasileira. Isto tem ocorrido tanto a partir de um ponto de vista estritamente teórico, quanto a partir de demandas e necessidades geradas pelo processo de implementação de estratégias para a construção de um novo sistema de saúde no país.

De um modo geral, os aspectos abordados referem-se ao papel da epidemiologia na definição do objeto do planejamento de saúde, em vários níveis de gestão do sistema. Esta temática aparece, assim, em textos que apontam limites e possibilidades de utilização do chamado “enfoque epidemiológico” no processo de formulação de políticas, na definição de critérios para repartição de recursos, na elaboração de diagnósticos e análises de situações de saúde, na elaboração de planos e programas, bem como na organização de ações e serviços e avaliação de sistemas, políticas, programas e serviços de saúde em geral.

Ao longo da evolução histórica do planejamento de saúde, desde o método Cendes-OPS (OPS, 1965), até o mais recente debate no âmbito do chamado “pensamento estratégico”, a epidemiologia comparece como uma disciplina subsidiária, basicamente instrumental. Isto é, era utilizada na elaboração dos diagnósticos de saúde ao lado de outras disciplinas como a economia, a administração e as ciências políticas, bem como na formulação dos objetivos e metas, expressos em forma de redução de taxas e coeficientes de morbimortalidade, na programação de ações e nas propostas de acompanhamento e avaliação.

No Brasil, a utilização da epidemiologia no processo de formulação de políticas e estratégias no plano de “macro-sistemas” vem, recentemente, se expressando no debate sobre a utilização de critérios epidemiológicos para repartição de recursos federais no âmbito do SUS (Ugá, 1994). No plano operacional, o desenvolvimento de experiências de reorganização de serviços e implantação de distritos sanitários vem contribuindo para uma reflexão crítica acerca dos “Modelos Assistenciais” do SUS (Gonçalves, 1986, Schraiber, 1990, Mendes, 1993, Paim, 1994) colocando-se a possibilidade de construção de uma nova prática sa-

nitária entendida como uma forma de organização e operacionalização do sistema que enfatize as ações intersetoriais de promoção da saúde e as ações e serviços de prevenção de riscos e agravos junto a grupos populacionais priorizados.

Nesse perspectiva, vários avanços metodológicos e instrumentais vêm sendo propostos e aperfeiçoados, notadamente no que se refere aos Sistemas de Informação em Saúde (Tasca, 1993; Moraes, 1994) aos processos de análise da situação (Castellanos, 1991, 1991b, 1994) ao planejamento de ações da chamada vigilância da saúde (Teixeira, 1994; Sá & Artmann, 1994), às metodologias de capacitação gerencial (Teixeira, 1992) e de avaliação de sistemas locais de saúde (Barata, 1990).

Considera-se que a reorientação da gestão, do financiamento, da organização e, em última análise, do “modelo assistencial” do sistema são processos que não podem prescindir da epidemiologia, enquanto saber científico e prática instrumental que confere especificidade aos objetos de conhecimento e de intervenção no âmbito da saúde em sua dimensão populacional, isto é coletiva. Se este pressuposto é válido para países que já atravessaram a chamada “transição epidemiológica” e enfrentam uma situação de saúde em que prevalecem problemas derivados das modernas condições de vida típicas das sociedades urbano-industriais, é ainda mais pertinente em países como o Brasil, em que a situação de saúde reflete as extremas desigualdades sociais diante das condições de vida, definindo padrões heterogêneos no adoecer e morrer.

Essa idéia é colocada no âmbito deste trabalho como uma hipótese geral, a ser testada pelo confronto com o debate científico e com a prática social e histórica que vem sendo desenvolvida, principalmente no período mais recente, no qual, enquanto a implementação do SUS caminha para um cenário em que predominam as propostas basicamente racionalizadoras, aliás em consonância com os processos de “reforma da reforma” (Almeida, 1995) que se desenvolveram nos países centrais nos anos 80, a epidemiologia apresenta, enquanto campo de saber e práticas, um grande dinamismo, expresso no crescimento da produção científica na área (Teixeira, 1996).

Nessa perspectiva nos propomos a discutir, no presente texto, os limites e as possibilidades de desenvolvimento do enfoque epidemiológico no processo de reorientação da ges-

tão e da organização social das práticas de saúde, bem como analisar a contribuição da epidemiologia ao desenvolvimento teórico-metodológico do planejamento de saúde.

A contribuição da epidemiologia ao planejamento, gestão e organização do sistema de saúde

O debate em torno da direcionalidade do processo de implementação do Sistema Único de Saúde¹ tal como colocado na legislação constitucional e infraconstitucional vigente, abre algumas possibilidades para o desenvolvimento e consolidação do processo de institucionalização da “inteligência epidemiológica”² na gestão e operação do sistema, ao nível nacional, estadual e municipal.

De fato, a reorientação da condução política e da organização tecnológica do processo de trabalho no âmbito dos sistemas nacional, estaduais e municipais, tendo como perspectiva a planificação, programação e operacionalização de ações e serviços voltados à melhoria das condições de vida e saúde com redução das desigualdades sociais, exigiria, em primeiro lugar, um grande investimento na difusão do enfoque epidemiológico, paralelamente ao processo de descentralização da gestão do sistema para os estados e municípios.

Esse processo já vem ocorrendo, em algum grau, a partir da iniciativa de algumas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (SES, SMS) em promover a reorganização interna dos setores e departamentos responsáveis pela Informação, Planejamento e Vigilância da Saúde. Mais do que uma reforma administrativa de Secretarias de Saúde, a institucionalização de uma prática epidemiologicamente orientada ao interior dessas instituições corresponde a uma verdadeira “revolução cultural”, na medida em que deveria superar tanto a cultura assistencialista incorporada às instituições de saúde pública a partir da integração das estruturas do antigo Inamps, quanto a cultura “sanitarista tradicional”, construída a partir das campanhas, programas e sistemas desarticulados de vigilância epidemiológica e sanitária.

Nessa perspectiva, a redefinição das funções e competências das três esferas de governo do SUS ganha transcendência, constituindo-se um espaço de reflexão e experimentação política-organizacional em torno da no-

va “missão” do Ministério da Saúde, das SES e das SMS, por referência ao processo de descentralização e reorientação dos modelos assistenciais. A nova missão das instâncias de governo do SUS deveria, como assinala Mendes (1996), contemplar o desenvolvimento da capacidade de análise da situação de saúde e da intervenção sobre problemas e grupos populacionais prioritários, em uma perspectiva territorializada, isto é, com ênfase na montagem de sistemas de vigilância da saúde cujas ações fossem operacionalizadas a partir do “mapeamento inteligente” de danos e riscos que afetam a população ao nível local, em regiões, municípios e distritos sanitários delimitados.

Para que isso possa acontecer seria necessário, antes de mais nada, a decisão política de desencadear um processo de mudança ao interior das instituições de saúde, tendo como objetivo implementar estratégias de descentralização administrativa, reorganização e redefinição do conteúdo das práticas de saúde em direção ao modelo de atenção que privilegie a promoção e a vigilância da saúde (Mendes, 1993; 1994; Paim, 1993, 1994). Em cada instituição como uma SES e uma SMS isto exigiria um movimento interno de aperfeiçoamento dos sistemas de informação, incluindo o desenho de novos indicadores de saúde, indicadores socio-econômicos, políticos e culturais, numa releitura crítica dos dados existentes. Nessa linha, haveria também que se desencadear um movimento de articulação com outras instituições governamentais, e também com a universidade, visando o aperfeiçoamento tecnológico do sistema de informação e a capacitação analítica e crítica dos sujeitos que manejam a informação.

Do mesmo modo, seria necessário a reorientação dos processos de planejamento e programação de ações e atividades, desde a formulação das políticas, a redefinição dos programas prioritários em função dos problemas, a programação descentralizada e participativa das ações de enfrentamento dos problemas. Esta é, reconhecidamente, uma área crítica no contexto atual, expressando-se na “fragilidade das bases político-institucionais e metodológicas dos processos de planejamento e gestão do SUS” (MS/Abrasco, 1993, 1993b; Abrasco, 1996).

A adoção de políticas econômicas de ajuste estrutural conduziu à restrição do volume de recursos financeiros para a saúde, da ordem de um terço do montante disponível há

cerca de cinco anos atrás, ao tempo em que se elevou de um terço a demanda pelos serviços públicos (Leucovitz, 1995). Este quadro é agravado pela adoção de mecanismos de financiamento que privilegiam a lógica do mercado, transformando o próprio setor público em prestador de serviços, o que torna o exercício de planejamento um mero instrumento de captação de recursos e induz o processo de gestão a concentrar-se em aspectos administrativos, distanciando-se do reconhecimento dos problemas e necessidades de saúde da população e da gestão de processos de mudança na organização da produção de serviços em função desses problemas.

O processo de descentralização intensificado a partir de 1993, se por um lado vem permitindo o desenvolvimento de experiências inovadoras de planejamento e gestão, notadamente no âmbito municipal, por outro lado tem ocasionado a reprodução de um estilo de gestão e de um modelo assistencial que privilegiam a gerência contábil e o atendimento à demanda por serviços médico-ambulatoriais e hospitalares em detrimento das ações promocionais e de prevenção de agravos e danos à saúde coletiva, reforçando a iniquidade no acesso aos serviços e a desigualdade das condições de vida e saúde da população.

Some-se a isso a insuficiência de quadros qualificados a exercer as atividades de planejamento e gestão de sistemas e serviços, decorrente da inexistência de uma política de recursos humanos que contemple a formação, capacitação e valorização das carreiras de dirigentes e técnicos administrativos no âmbito político-gerencial do sistema, além da incipiência de uma política de investigação e desenvolvimento tecnológico em Planejamento & Gestão (P&G) que contribua à modernização e aperfeiçoamento das práticas de gestão, planejamento e avaliação em todos os níveis do sistema de saúde.

Assim, ao lado de outros desafios estratégicos no processo de construção do SUS, relacionados com a definição mais ampla do papel do Estado³, com a reorientação dos mecanismos de financiamento, a redefinição dos papéis das distintas esferas de governo (MS, SES e SMSs) do SUS e o estabelecimento de novas regras para a regulação das relações público-privado (CONASS, 1995), vem se colocando a necessidade de reestruturação da capacidade gerencial do aparato estatal, em todos os níveis. Para isso é necessário o desen-

cadeamento de um conjunto de estratégias voltadas ao desenvolvimento teórico-metodológico e operacional do P&G em saúde em todos os níveis e instâncias de governo do SUS, o que pressupõe o fortalecimento dos processos de investigação, formação e capacitação de pessoal e cooperação técnica interinstitucional visando a difusão tecnológica e organizacional das experiências bem sucedidas.

A produção recente nesta área aponta uma gama de possibilidades para o desenvolvimento conceitual e metodológico do P&G em saúde. A análise crítica das diversas correntes de pensamento em planejamento e a experimentação prática de alternativas nos sistemas locais e nos serviços, tem gerado distintas contribuições que poderíamos classificar em duas grandes linhas:

- a reflexão crítica sobre as bases conceituais e metodológicas do planejamento a partir da análise crítica da contribuição de Matus, buscando uma aproximação com a teoria da ação comunicativa de Habermas (Rivera, 1992), ou aproximando-o da moderna teoria da administração (Merhy, 1995).
- a reconstrução prática das metodologias de planejamento e programação de saúde a partir da experimentação técnica e operacional com base na reflexão sobre a condução política e organizativa de sistemas locais de saúde (Mendes, 1994, Teixeira, 1993, 1994, 1996; Cecílio, 1994, 1995, Sá & Artmann, 1994) e da prática programática em serviços de atenção primária (Schraiber, 1990, 1995).

Ainda que um tanto arbitrária, desde que a identificação dos autores que trabalham nas perspectivas apontadas não significa uma filiação exclusiva a vertente “teórica” ou “prática”, o que vale a pena ressaltar é o papel atribuído à epidemiologia em cada uma dessas vertentes. Na primeira, pelo caráter basicamente teórico, vinculado à reflexão acerca do planejamento à luz do debate atual no campo das ciências sociais, a ênfase é concedida aos aspectos políticos do processo de planejamento em saúde, enquanto que na segunda, pela aderência à especificidade do processo de trabalho em saúde, a epidemiologia aparece como um campo de saber e práticas essencial à delimitação do objeto de intervenção e à organização das ações de promoção, prevenção de riscos e agravos e recuperação da saúde.

Pode-se considerar, todavia, a possibilidade de articulação das distintas contribuições

a um processo de recomposição política e operacional da prática de P&G no âmbito do SUS, que contemple, tanto os aspectos políticos quanto técnicos, voltados à construção de novas bases na definição do sujeito, do objeto, dos métodos, técnicas e instrumentos de planejamento, programação, organização e gestão, em todos os níveis do sistema de saúde. A epidemiologia, nessa perspectiva, é um campo de saber e práticas necessário ao processo de formulação de políticas, definição de prioridades, organização de serviços e avaliação de ações, tanto ao nível de “macro-sistemas” quanto e principalmente, ao nível “micro”, nos sistemas locais, especialmente no que diz respeito à redefinição dos “modelos assistenciais” do SUS e reorganização dos processos de trabalho em saúde.

Ao nível “macro”, o grande desafio, sem dúvida, é a formulação e implementação de políticas de financiamento e gestão do SUS que tenham como propósito a promoção da equidade, isto é, a redução das desigualdades sociais expressas em termos de indicadores epidemiológicos e sócio-sanitários. Do ponto de vista político-institucional este seria um movimento “contra-hegemônico”, na medida em que iria de encontro às tendências predominantes na atual política de saúde, que privilegia a reprodução de um sistema em que a distribuição territorial da infraestrutura de recursos reforça as desigualdades no acesso aos serviços e na quantidade e qualidade da atenção recebida pela população.

A dinâmica de reprodução do sistema, portanto, teria que ser radicalmente alterada, com a introdução de novas formas de financiamento e gestão, temas aliás colocadas no centro do debate atual. No que se refere ao financiamento, dois aspectos são relevantes: o incremento do volume total de recursos e a incorporação de critérios epidemiológicos para sua repartição entre as distintas regiões e estados do país, de forma a se priorizar o enfrentamento de situações de saúde marcadas pela desigualdade das condições de vida, com ênfase nas ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos. No que se refere à gestão, a questão central diz respeito à intensificação do processo de descentralização, com conseqüente redefinição da missão das instâncias superiores do sistema, especialmente as SES, a quem caberia a condução política estratégica de distintos “SUS”, heterogêneos em função das situações socio-sanitárias dos estados e muni-

cípios e coerentes com as possibilidades econômico-financeiras e técnico-organizativas em cada unidade da federação.

Nessa perspectiva, algumas propostas já vêm sendo elaboradas e discutidas, embora sem alcançarem grande repercussão a ponto de influenciar as decisões políticas dos gestores do sistema. Com relação à utilização de critérios epidemiológicos para repartição de recursos no SUS, por exemplo, chegou a ser realizada uma Oficina de Trabalho durante o Congresso da Abrasco, em julho de 1994, e outra semelhante durante o terceiro Congresso de Epidemiologia, sem que, entretanto, tivesse sido formulada uma proposta consensual entre os participantes. Mais recentemente, com a implementação da Norma Operacional Básica 001/96, foi estabelecido o PAB – Piso Assistencial Básico, calculado a partir de um valor mínimo definido por habitante e transferido aos municípios que ingressam no processo de municipalização, que, entretanto, privilegia o aspecto demográfico.

Com relação à redefinição das funções e competências de cada esfera de governo do SUS, algumas Secretarias de Estado, a exemplo da do Paraná, Minas Gerais, Ceará e outras, vem avançando na reorientação de sua estrutura político-organizacional e da sua missão estratégica. Enquanto isso, o próprio MS não se reatualizou, pelo contrário, fortaleceu um processo de centralização das decisões de caráter financeiro na atual Secretaria de Assistência à Saúde, responsável pelos pagamento dos serviços prestados através do sistema SIA-SUS e AIH. Ou seja, consolidou a utilização de uma lógica de mercado ao interior do próprio sistema público, que passou a se reger pelas mesmas regras da relação do SUS com o setor privado contratado e conveniado, reproduzindo o modelo médico assistencial de alto custo e baixa eficácia, no qual aproximadamente 70% dos recursos são gastos com atenção hospitalar (Buss, 1995).

Como assinalamos anteriormente, em vários municípios se está tratando de avançar com a introdução de novas tecnologias de gestão, em busca de eficiência e elevação da qualidade dos serviços. Em alguns casos isto tem significado uma certa ênfase na adoção de uma perspectiva epidemiológica, conduzindo, inclusive, ao aperfeiçoamento dos sistemas de informação e à reorientação dos processos de planejamento, programação e organização das ações e serviços com base na promoção e vi-

gilância da saúde. A base político-administrativa desse processo têm sido os sistemas locais/distritos sanitários, entendidos como espaços geográfico-territoriais de programação e administração estratégica das operações de promoção da saúde, de prevenção de riscos e danos e recuperação. Inexiste, até o momento, um estudo abrangente que dê conta do significado dessas experiências, tanto em nível municipal quanto estadual, no sentido de promover uma real transformação das práticas de saúde e ao fortalecimento de uma concepção epidemiologicamente orientada das políticas e das ações socio-sanitárias em torno dos problemas de caráter coletivo.

À medida que ocorra a expansão e consolidação de um processo com estas características pode vir a acontecer a redefinição das práticas de vigilância epidemiológica e sanitária, numa perspectiva renovada. Isto pressupõe a ampliação e capacitação das equipes profissionais e a reorganização do processo de trabalho em si, com o desenvolvimento de métodos e técnicas adequados à especificidade dos problemas e dos grupos populacionais sobre os quais se exercerá o trabalho de vigilância⁴. Necessária também seria a institucionalização da prática de avaliação de tecnologias, programas e serviços, tanto visando a melhoria da qualidade da atenção médica assistencial ambulatorial e hospitalar, quanto e principalmente como subsídios ao aperfeiçoamento permanente das ações de vigilância da saúde sobre problemas e grupos populacionais prioritários.

Outro aspecto crítico é o reforço de um processo de educação permanente dos profissionais e trabalhadores de saúde, voltado à incorporação do enfoque epidemiológico na sua forma de pensar e de agir. Especificamente em relação ao ensino da epidemiologia o encaminhamento de propostas que visem superar os obstáculos existentes no âmbito da formação e capacitação de pessoal deveria partir de uma análise da situação atual dos distintos programas de pós-graduação, bem como da análise do “lugar” da epidemiologia nos cursos de graduação na área de saúde. A identificação dos enfoques teóricos, opções pedagógicas, formas organizacionais e produtos alcançados em termos do perfil dos egressos dos programas e cursos certamente subsidiaria propostas de mudança curriculares que podem vir a contribuir para o fortalecimento do enfoque epidemiológico na prática profissional das várias categorias de trabalhadores da saúde.

Vale ressaltar que a formação de epidemiologistas privilegia, tendencialmente, a qualificação de “epidemiologistas do singular”, especializados no campo da investigação causal ou na vigilância epidemiológica e controle de problemas singulares. Uma nova formação e capacitação, que implicasse em um outro perfil dos epidemiologistas, ao tempo em que enfatizaria o conteúdo da prática epidemiológica na formação de todo e qualquer profissional de saúde, implica em mudanças no processo formal de ensino universitário, técnico e, principalmente, no curto prazo, nos programas de educação continuada ou permanente dos profissionais e trabalhadores de saúde. Nesse sentido, os esforços desencadeados pelo Cenepi (1992) deveriam ser intensificados, podendo-se inclusive pensar na possibilidade de diversificação das propostas de capacitação, com alguma ênfase na qualificação específica para o exercício das atividades de vigilância da saúde, em uma perspectiva multiprofissional e interdisciplinar (Teixeira & Pinto, 1993b).

Perspectivas teórico-metodológicas da articulação entre a epidemiologia e o planejamento em saúde

Além das possibilidades concretas de contribuição do saber e da prática epidemiológica em serviços para o processo de construção do SUS, o debate realizado na área de epidemiologia (Teixeira, 1996) aponta algumas questões que contribuem para a reflexão crítica acerca da própria teoria e metodologia do planejamento em saúde. Desse modo, supera uma certa perspectiva “pragmática” com que sistematizamos as possibilidades de articulação da prática epidemiológica ao planejamento, apontando para os desdobramentos possíveis da reflexão crítica que ocorre na epidemiologia para o desenvolvimento teórico-metodológico da planificação de sistemas de saúde e da programação e avaliação de ações e serviços.

A primeira dessas questões, seguramente, deriva da reflexão epistemológica sobre a natureza do objeto de conhecimento em epidemiologia. Uma outra questão diz respeito aos enfoques teóricos com que contemporaneamente vem se tratando de construir modelos explicativos dos problemas de saúde em grupos populacionais específicos, com a revalorização dos estudos ecológicos. Finalmente,

uma terceira contribuição provém do debate acerca do aperfeiçoamento das técnicas de coleta e processamento de dados epidemiológicos, especialmente a discussão sobre o “quantitativo” vs. “qualitativo” em epidemiologia.

O embate teórico e político entre as várias vertentes do pensamento epidemiológico contemporâneo é o cenário em que se projeta grande parte da contribuição de autores como Barata (1990b), Possas (1990), Breilh (1995) Almeida Filho (1990, 1990b) e Castellanos (1995). Tomaremos, a seguir, a revisão de algumas das proposições dos dois últimos autores acerca do objeto da epidemiologia e das abordagens metodológicas, para sistematizar as possibilidades de contribuição da epidemiologia à reconstrução do objeto e da prática do planejamento de saúde.

Em suas reflexões sobre a distinção entre o objeto da epidemiologia e o objeto da clínica, Almeida Filho (1990a:212) observa que *enquanto o objeto da Clínica é essencialmente qualitativo, destacando diferenças em processos de doença nos corpos e vidas individuais, o objeto da Epidemiologia é por definição quantitativo, expressando relações numéricas entre eventos, processos e fenômenos*. Destaca que tal objeto situa-se além das categorias de saúde/doença em populações humanas, tomadas enquanto fatos biológicos, clínicos ou sociais, constituindo-se sob a forma de relações entre tais termos modeladas através de um código altamente estruturado – a matemática, em uma tradução probabilística. Assim, afirma que *o que concretamente existe em uma população não é morbidade, doença ou saúde, mas sim sujeitos doentes ou sadios, membros dos grupos considerados (...) o que implica em considerar o objeto primitivo da Epidemiologia como doentes em populações*⁵ (Almeida Filho, 1989).

Esta perspectiva foi desenvolvida em publicação posterior (Almeida Filho, 1992), fundamentando uma crítica à epidemiologia clínica e esboçando um programa de investigação teórico-epistemológica voltado à “desconstrução” do conceito de risco e o estabelecimento das bases para a construção de um novo paradigma em epidemiologia. A análise dos paradigmas vigentes, segundo a revisão do aporte de Kuhn, de fato foi preliminarmente apresentada no Congresso de Campinas, em texto referido no capítulo seis deste trabalho. Nele o autor, chama a atenção para que, apesar de aparentemente anacrônico e ultrapassado, o paradigma da causalidade (1) vem sendo re-

cuperado pela “epidemiologia clínica”, no contexto da crise epistemológica do paradigma do risco (2), dominante na maioria da produção epidemiológica moderna.

Como alternativa a esta “involução epistemológica”, o autor propõe a construção de um terceiro paradigma, “totalizado”, a partir da recuperação do modelo ecológico, em uma versão melhor fundamentada do que a tríade simplista agente-hospedeiro-ambiente, isto é, em sistemas dinâmicos que incluam a instabilidade dos fenômenos saúde-doença como parte do seu próprio processo de modelagem⁶, a partir dos quais se exercitaria uma inferência estrutural, em contraste com a demonstração experimental característica do paradigma 1 e a predição (inferência preditiva) utilizada nos estudos do paradigma 2.

A crítica à causalidade e à inferência é retomada pelo autor em texto que aborda as noções de “causa”, “causalidade” e “causalismo”, chamando a atenção para que, além do retorno da causalidade sem disfarces, no movimento da epidemiologia clínica o causalismo reaparece disfarçado como “causalismo probabilístico” em uma geração mais nova de epidemiologistas com sólida formação matemática (Almeida Filho, 1992). Reafirmando e aperfeiçoando suas propostas anteriores, sugere a retomada dos modelos sistêmicos e a construção de uma epidemiologia da *previsão* e não da *predição*, que é, segundo ele, a epidemiologia que conhecemos.

A crítica à inferência, portanto, já assume neste texto uma conotação mais radical, buscando romper com a validade do uso da predição em epidemiologia. Esta crítica encontra-se muito mais desenvolvida em um outro texto (Almeida Filho, 1994), onde sistematiza a revisão de alguns conceitos-chave da disciplina a partir de uma perspectiva “pós-kuhniana”⁷ enfatizando a compreensão do processo de construção dos objetos científicos na direção apontada em Bunge (1983)⁸.

Nessa perspectiva, revisa as formas de utilização da lógica inferencial em epidemiologia, demonstrando a não legitimidade da predição acerca da probabilidade de ocorrência de eventos mórbidos no futuro a partir de estudos epidemiológicos em uma amostra selecionada de indivíduos (população de referência), quer seja a partir da extrapolação à população em geral (superpopulação) quer seja por “intrapolação” de resultados do conjunto da amostra para seus componentes.

Em suas palavras: *quando estudamos uma amostra, buscamos derivar associações, medidas, observações, que são legitimadas em sua transposição da amostra para a população de referência por uma medida do grau de confiança do investigador de que os achados na amostra são equivalentes ao que se pode encontrar na população de referência. Porém, essa inferência não é preditiva, no sentido rigoroso de predição, antecipação do futuro, uma proposição que antecipa um evento no tempo. Quando se infere da amostra para a população, na realidade se está fazendo uma inferência ao passado, referida ao momento em que se selecionou a amostra. (...) Em geral, os epidemiólogos não fazem inferências baseados apenas na população de referência, tentando projetar seus achados à população de todos os seres disponíveis naquele momento, isto é a superpopulação. Embora esta inferência seja mais ampla, tampouco é preditiva, visto que não se encontra baseada nas leis da teoria matemática das probabilidades que pareciam justificar a inferência da amostra para a população de referência. (...) Finalmente, a terceira “pseudo-predição” é a que se faz da amostra para os indivíduos membros desta amostra, operação que implica aceitar o suposto da homogeneidade das amostras, procedimento ainda menos defensável quando se passa a outro nível inferencial e se fazem “intrapolações externas”, de achados da amostra para indivíduos que são as unidades de composição da população de referência. (Almeida Filho, 1994:8-10)*

Estas observações críticas são essenciais, na medida em que *para a operacionalização do saber epidemiológico (ou seja, a transformação do saber epidemiológico em tecnologia epidemiológica) em seus dois campos principais de aplicação, o campo da planificação-administração em saúde e o campo da clínica, o que é importante é a predição verdadeira, quer dizer, uma antecipação no tempo, de agora para o futuro* (Almeida Filho, 1994: 11). Pelo exposto anteriormente, entretanto, percebemos que a utilização da inferência, quer no campo da planificação (extrapolação), quer no campo da clínica (intrapolação) fundamentam pseudo-predições, válidas apenas nos limites estreitos dos pressupostos teóricos que orientaram a realização das investigações concretas.

A superação desses impasses teóricos e consequentemente tecnológicos pode vir a se dar pela abertura de novas perspectivas epistemológicas em epidemiologia, que impliquem repensar a lógica de construção do seu objeto

e os métodos de abordagem epidemiológica aos **eventos, nexos e fluxos**, metáforas com que Almeida Filho (1994) tenta se aproximar à complexidade espaço-temporal que marca a ocorrência e acumulação no tempo, dos fenômenos, processos e determinantes epidemiológicos⁹.

Algumas das possibilidades apontadas pelo autor incluem o emprego da *fuzzy logic*, que trata os eventos sem uma preocupação estrita em delimitar os limites, começos e fins. Com respeito ao objeto saúde-doença, tratar-se-ia de pensá-lo não como uma dicotomia, saúde em oposição a doença, e sim com uma quebra dos limites em que se encontram “manchas” que chamamos de doença em uma figura imprecisa. Isto implicaria na superação da epidemiologia preditiva, tanto no sentido de sua aplicação ao indivíduo quanto a sua aplicação em geral, em direção a uma epidemiologia previsional ou “previsionária”, capaz de propor visões, formas, figuras e cenários ao invés de predizer medidas e efeitos (Almeida Filho, 1994:12).

Outro desafio nessa reconstrução seria a descentração (Santos, 1989), isto é, a redefinição da relação sujeito-objeto no processo de investigação epidemiológica, com a produção de um conhecimento sobre saúde-doença em que este não seja um objeto alheio ao produtor desse conhecimento. Para Almeida Filho, essa perspectiva conduziria, inclusive, a uma aproximação maior com a prática mais além do que a simples produção de tecnologia derivada do conhecimento epidemiológico, constituindo-se a própria investigação um espaço de experimentação e reconstrução da *praxis* social relativa à saúde.

Do ponto de vista teórico, aponta a possibilidade de se buscar a integralidade do objeto saúde-doença incorporando em sua construção a relação com a atenção à saúde, ou seja, propondo a delimitação de *integrais de saúde-enfermidade-atenção*, referenciados como um tecido de pontos sensíveis em vez de cadeias de causalidade ou relações de produção de risco. Do ponto de vista metodológico propõe a revalorização dos “estudos de caso” e dos estudos de agregados (estudos ecológicos).

Acerca dos primeiros, assinala que a definição de “caso” depende do nível de análise e interpretação, sendo que o que é uma caso para um determinado nível de complexidade pode ser o universo para outro. Assim, “um estudo populacional complexo pode ser um caso a

considerar em uma análise mais ampla sobre o processo saúde-enfermidade-atenção em uma sociedade" (Almeida Filho, 1994:13).

A "reengenharia" dos estudos de agregados, por sua vez, é um tema que vem sendo abordado por outros autores como Castellanos (1995). Partindo do pressuposto que a epidemiologia é uma disciplina básica da saúde pública cuja *principal función es la descripción y explicación de fenómenos de salud, a nível de coletivos humanos, para su transformación*, o autor faz referência à mudança de paradigma que ocorreu ao longo da história da saúde pública, isto é, a substituição do enfoque eminentemente populacional que marcou o seu surgimento e desenvolvimento nos séculos XVIII e XIX, pelo franco predomínio de uma visão de indivíduos enfermos, correspondente à ascensão da clínica no campo da saúde. Atualmente, entretanto, têm aparecido críticas aos limites de uma saúde pública fundamentada em estratégias de intervenção sobre indivíduos, apontando-se a necessidade de estratégias populacionais de intervenção. Castellanos cita especificamente um estudo de Rose (1992) para quem, se bem estas estratégias não são excludentes, *o predomínio de cada uma delas confere uma racionalidade e uma direcionalidade ao conjunto da saúde pública, mais orientada a ser subsidiária da clínica ou mais orientada a transformar as condições de vida e os perfis de saúde das populações, com ênfase na promoção da saúde* (Castellanos, 1995:2).

A epidemiologia, para Castellanos, mais que o estudo da saúde-doença em populações, deve ocupar-se do estudo da saúde e da enfermidade das populações humanas, chamando a atenção para que uma população não é qualquer conjunto de indivíduos agrupados segundo os critérios utilitários do investigador. Um atributo essencial de toda população é a interação entre seus membros. "Como toda interação gera organização e hierarquias, no sentido de Simon (1979), uma população é, portanto, uma agrupação de subpopulações que interatuam entre si como sistemas complexos, hierárquicos e quase decomponíveis"¹⁰. O desafio da epidemiologia, portanto, é recuperar o nível populacional, já não como subsidiário dos estudos de nível individual senão que como outro nível da realidade.

Nesse sentido, Castellanos desenvolve uma reflexão sobre a realidade como sistema complexo e quase estruturado e suas implicações para a investigação epidemiológica. Basean-

do-se em Samaja (1993), assinala que *trabaja- mos com realidades que constituem sistemas que são abertos por cima e por baixo, em níveis que se incluem uns aos outros de forma quase infinita para os fins práticos da investigação científica. Isto significa que qualquer fenómeno que estudemos estará ineludivelmente afetado, em algum grau, pelas interações que ocorrem a níveis infinitamente distantes para cima e para baixo. Entretanto, nem todas estas interações tem o mesmo efeito sobre os fenómenos que estudamos (...) as interações mais relevantes para o estudo em um determinado nível, na prática são aquelas que correspondem às desse mesmo nível e aos níveis imediatamente superior e inferior a nosso nível de abordagem. Isto habitualmente é recuperado com a denominação de variáveis estruturais, contextuais e analíticas. Esta condição não é inerente à variável mesma, senão ao nível de abordagem, assim, uma mesma variável pode ser estrutural para um nível, analítica para o seguinte e contextual para o inferior* (Castellanos, 1995:9).

Com essa abordagem de sistemas complexos Castellanos propõe o ecológico como um nível da realidade epidemiológica, enfatizando que os estudos ecológicos em epidemiologia são aqueles nos quais a população não é só a unidade de análise, senão que o universo ao qual se inferem os resultados. Nesse caso, as unidades de estudo são coletivos, inclusive populações de populações, e o universo de referência são também coletivos de populações¹¹. Nesse sentido, os estudos ecológicos não são apenas outra das alternativas de desenho para o estudo dos problemas de saúde individuais, e sim o nível adequado para o estudo da saúde das populações. "Todos os desenhos epidemiológicos, tanto observacionais como de intervenção, sejam transversais ou longitudinais, podem ser realizados a nível individual ou a nível de agregados (ecológicos)" (Castellanos, 1995:10).

Como podemos perceber, as proposições dos autores acima citados constituem um convite ao repensar da epidemiologia em seus fundamentos epistemológicos, teóricos e metodológicos, de fato uma reconstrução da epidemiologia enquanto campo de saber e prática, partindo da delimitação do seu objeto ao nível populacional da realidade, com todas as implicações para a reorientação da planificação, programação e avaliação das práticas de saúde em geral e para a reconstrução da prática de saúde pública/coletiva, em particular.

Em primeiro lugar cabe ressaltar que esta reflexão reforça a crítica ao planejamento normativo, já desenvolvida no contexto latino-americano por vários autores a partir da segunda metade dos anos 70, como referido na introdução deste trabalho. Além disso, porém, se articulam com as contribuições mais recentes de autores como Testa e Matus, e de autores brasileiros que analisam o enfoque estratégico e situacional da planificação. A reflexão de Almeida Filho sobre o objeto do conhecimento em epidemiologia, superando a delimitação deste objeto como “doentes em população” com a proposta dos “integrais de saúde-enfermidade-atenção”, por exemplo, nos parece extremamente relevante para a reflexão em torno do objeto do planejamento, bem como suas sugestões de se incorporar uma lógica previsional e a consideração do sujeito produtor de conhecimentos como parte do objeto que investiga.

Esta perspectiva contribuiria para a superação da diversidade de compreensões acerca do objeto de trabalho do planejamento em saúde, diversidade que se revela na utilização de expressões como *planejamento de saúde*, *planejamento de serviços de saúde*, *planejamento de sistemas de saúde*, ou mais genericamente como temos utilizado neste trabalho *planejamento em saúde*. Este tema vem sendo, inclusive, abordado em encontros recentes de especialistas da área admitindo-se diversas possibilidades de recorte do objeto do planejamento em saúde, isto é, necessidades/problemas de saúde, serviços, ou sistema de saúde, concluindo-se, geralmente, que os recortes devem ser vários, de acordo com o nível da realidade considerado. (MS/Abrasco, 1993, 1993b)

Uma proposta abrangente aponta como objeto do planejamento “a relação¹² que se estabelece, em cada realidade social e sanitária específica, entre, por um lado, os problemas de saúde e, por outro, as formas de resposta da sociedade aos mesmos. É a relação entre esses dois termos – e não um e/ou outro separadamente – que deve constituir o objeto de trabalho de um planejamento estratégico em saúde, ainda que as intervenções que se façam, a partir da análise de como se caracteriza tal relação em uma sociedade concreta, possam recair sobre um e/ou outro desses termos” (Sá, 1993).

Com essa perspectiva, segundo Sá (1994) *reduzimos os riscos de definirmos objetivos e*

ações de intervenção que meramente reproduzem as respostas usualmente dadas pelos serviços de saúde (bem como) ampliamos a possibilidade de um recorte mais integral dos problemas de saúde (...) facilitando, especialmente nos processos locais de planejamento em saúde, que se identifiquem problemas relativos às capacidades de resposta, de produção, problemas considerados intermediários, mas nem por isso menos importantes que os problemas terminais de saúde.

A questão que se coloca, portanto, é como articular distintas racionalidades na explicação da situação de saúde e no planejamento da intervenção sobre os problemas de saúde, ou seja, uma racionalidade “técnica” com uma racionalidade “política” e uma racionalidade “administrativa”, entendendo-se que no plano “técnico” reproduz-se a tensão entre um enfoque clínico (individual) e epidemiológico (coletivo) dos problemas de saúde.

Esta questão foi contornada, provisoriamente, por Testa (1979, 1995) com a proposta de diagnósticos administrativo, estratégico e ideológico. As proposições de Castellanos (1987, 1991), nos parecem, entretanto, uma vertente mais fecunda para a redefinição do objeto do planejamento de saúde, de modo a integrar na explicação dos problemas os determinantes gerais e condicionantes particulares que incidem sobre as situações de saúde de grupos populacionais específicos. Esta abordagem permite que se incorpore a análise dos padrões de utilização dos serviços como parte da explicação dos problemas, na medida em que fazem parte das condições de vida dos diversos grupos populacionais concretos. Sua contribuição mais recente acerca do desenvolvimento dos estudos ecológicos, inclusive, aponta as formas de operacionalização de Análises de Situações de Saúde em vários planos e espaços situacionais, a partir da delimitação da população que se constituiria, ao mesmo tempo, unidade de análise e universo de referência (Castellanos, 1995).

Indica-se assim, a possibilidade de “integrar” na explicação das situações de saúde de grupos populacionais específicos que se toma como objeto de análise e de intervenção as *relações* que se estabelecem entre os problemas de saúde e as respostas sociais aos mesmos, perspectiva sugerida tanto por Almeida Filho com a proposta de “integrais de saúde-doença-atenção” quanto por Castellanos, ao considerar a utilização dos serviços como parte da ex-

plicação dos problemas de saúde. Além disso, um caminho potencialmente promissor para a reconstrução do objeto do planejamento nos parece aquele indicado por Minayo (1992) em sua reflexão sobre as *representações sociais* de saúde-doença.

Para a autora, *Saúde/Doença enquanto fenômeno social tem seu esquema interno de explicações que parte de um marco referencial de especialistas (doutores, curandeiros, rezadores, mágicos) mas também compõe o quadro da experiência do dia-a-dia que se expressa através do senso comum. Ambas as modalidades de representação do fenômeno se influenciam mutuamente, de forma dinâmica, embora o saber do especialista seja dominante. Portanto, na construção histórica da saúde e da doença tanto são atores e autores, os intelectuais e técnicos do setor como a população* (Minayo, 1992: 193-194). Na sociedade capitalista (...) as representações dominantes são particularmente elaboradas pelos profissionais médicos, categoria hegemônica, intelectuais orgânicos na elaboração tanto do conhecimento como na imposição de normas e atitudes a respeito do corpo e da definição social do doente e da doença. No entanto, suas idéias são perpassadas dinamicamente e perenemente pelo senso comum que “contamina” o chamado “saber científico”, com suas próprias categorias de interpretações, esse mundo de significados sobre a vida e a morte (idem, p. 195).

Nessa perspectiva, a “Epidemiologia Social é o espaço no interior do setor dominante que recompõe (de forma dominada) uma representação abrangente de saúde, ao englobar o social como determinante e os indivíduos como componentes de classes em oposição (...) no entanto a epidemiologia social encontra seu limite no paradigma que institui apenas o corpo como o espaço da saúde/doença. Seu desafio atual é encontrar na teoria e na prática a totalidade fundamental do ser humano” (Minayo, 1992: 196), *totalidade que se expressa no perene conúbio entre mente e corpo, matéria e espírito (...) na aparente simplicidade de sua manifestação sobre saúde, os sujeitos individuais projetam sua visão da sociedade e da natureza, a historicidade das relações e condições de produção inscritas no seu corpo, seu espaço hodológico, sua temporalidade social, seus infinitos culturais, seus fetiches, seus fantasmas e seus anseios de transcendência.* (idem, p. 252) Este nos parece o grande desafio para a prática de planejamento em saúde, ou seja, articu-

lar em seu interior como prática social, tanto a explicação dos problemas de saúde dos distintos grupos populacionais na perspectiva apontada pela “epidemiologia crítica”, enfatizando as *relações* entre os problemas de saúde, as condições de vida e seus determinantes histórico-estruturais, quanto a compreensão das *representações sociais* acerca da saúde-doença e atenção à saúde dos diversos grupos, o que indica a necessidade de um planejamento participativo, em que os especialistas e população sejam atores e autores das respostas sociais aos problemas.

Sobre a possibilidade de uma “epidemiologia previsional ou previsionária”, o pensamento estratégico em planificação já vem introduzindo a noção de “cenários” como parte do processo de definição de situações-objetivo, isto é, rompendo com a planificação normativa, admite a incerteza, a indeterminação, como parte das projeções acerca do futuro. Matus, por exemplo, afirma que a planificação não é um desenho de futuro e sim um guia de ação para o momento presente, propondo, entretanto a construção de cenários como técnica que permite aos distintos atores antecipar possíveis ações futuras, a serem desencadeadas em função do chamado “espaço de governabilidade” em que sujeitos atuam.

Estas proposições sobre a utilização da técnica de cenários em planificação estão referenciadas em uma análise política e social acerca da distribuição do poder. A “novidade” nas formulações de Almeida Filho, entretanto, é a possibilidade de se trabalhar com cenários referidos a padrões epidemiológicos em determinadas populações, superando a mera projeção estatística de tendências dos coeficientes e taxas de morbi-mortalidade. O próprio autor assinala que a superação do paradigma epidemiológico existente representa uma tentativa na qual a epidemiologia passe a ser mais que uma espectadora da planificação estratégica e se ponha a alimentar essa planificação da prática, através da constituição de “laboratórios virtuais”.

Em suas próprias palavras “é possível e desejável nesse estágio do processo de superação do paradigma dominante na epidemiologia propor uma espécie de planificação virtual. Os economistas já começam a fazê-lo. Em epidemiologia é ainda mais factível a construção de hipersimulações, quer dizer, simulações gerais, integrais e complexas, porquanto não somente quantitativas, porém também simula-

ções de cenários, com o uso de previsões em vez de predições (Almeida Filho, 1994b).

Contemporaneamente, vem se concedendo grande ênfase na literatura sobre gestão estratégica à ação comunicativa no espaço da vida cotidiana, no âmbito das organizações políticas e sociais, propondo-se a “administração da incerteza” como o núcleo central da condução de processos coletivos de trabalho (Mota, 1992). No caso da planificação e programação em saúde, podemos pensar que a condução política-estratégica dever-se-ia combinar com a ação comunicativa, no sentido de garantir a construção e reconstrução permanente dos projetos coletivos de intervenção sobre os problemas nos vários âmbitos do sistema de saúde. Ou seja, além da utilização de uma “epidemiologia previsional” que subsidie a elaboração de cenários de referência para a definição das políticas e estratégias, o mais importante seria o desencadeamento de ações comunicativas voltada à construção do consenso em torno de propostas de organização e gestão cotidiana do trabalho em saúde orientados ao enfrentamento e solução dos problemas de saúde da população em sua dinâmica social e histórica.

Isto se relaciona com a possibilidade de redefinição da relação sujeito-objeto no processo de investigação em epidemiologia. Assim como a planificação em saúde, em uma perspectiva estratégica e comunicativa supõe o descentramento do sujeito (visão policêntrica), a produção de conhecimentos epidemiológicos sobre uma dada situação de saúde de forma descentrada poderia implicar na assunção da perspectiva do “outro”, isto é, os sujeitos que sofrem os problemas de saúde-enfermidade-atenção. Isto não significa necessariamente sua “participação” enquanto pesquisadores no sentido tradicional da palavra, senão que sua participação enquanto sujeitos da produção do conhecimento coletivo sobre a situação de saúde, ainda que mais não seja pela identificação dos suas representações simbólicas acerca do processo saúde-doença e suas manifestações culturais com relação à promoção e recuperação da saúde.

Do ponto de vista científico, esta perspectiva vem sendo apresentada como a possibilidade de construção de uma “etnoepidemiologia”, (Almeida Filho, 1992) com base em uma crítica às disjuntivas e polaridades estabelecidas no campo da epidemiologia, entre teoria-prática, sujeito-objeto, individual-coletivo,

biológico-social e quantitativo-qualitativo. Todas estas oposições, para Almeida Filho (1994), não constituem contradições no sentido rigoroso do termo. A crítica à falsa oposição entre quantitativo e qualitativo, permite inclusive ao autor avançar para a desconstrução da oposição entre descritivo e analítico, muito popular nos manuais de epidemiologia, porém insustentável, tanto porque “não há ciência sem descrição, isto é, não há ciência sem o estabelecimento de limites, propriedades, formas e conteúdos dos objetos de conhecimento (Bunge, 1972; Samaja, 1993)”, quanto porque “o oposto lógico da análise é a síntese e jamais a descrição” (Almeida Filho, 1992).

A “etnoepidemiologia”¹³ teria uma vocação de disciplina aplicada ainda mais radicalmente definida do que a epidemiologia convencional. Segundo Almeida Filho (1992) “o conhecimento produzido a partir dessa perspectiva deverá encontrar seu sentido último no processo de transformação das realidades concretas de saúde, fazendo-se prontamente disponível para profissionais de saúde, planejadores, administradores e outros pesquisadores, e sobretudo, para os pacientes e populações”.

Nesse sentido, a implicação mais importante do processo de construção de um novo paradigma e de uma nova prática epidemiológica, não seriam apenas a criação de uma nova vertente em termos de estudos epidemiológicos senão que, como aponta Castellanos (1994), a elevação do potencial político-estratégico do processo de produção do conhecimento epidemiológico no âmbito da prática de planificação, programação e avaliação da atenção à saúde. Ou seja, “a Epidemiologia pode contribuir para a construção de um espaço privilegiado de consenso entre aqueles grupos sociais com projetos e aspirações sociais gerais similares e de um espaço de compreensão do conflito que se estabelece em relação àqueles grupos não beneficiados ou em oposição aos referidos projetos” (Castellanos, 1994).

Finalmente, um último comentário sobre a contribuição da epidemiologia à reconstrução das práticas de planificação e gestão em saúde, seria a possibilidade de se repensar a avaliação de ações e serviços. Para Almeida Filho (1994), “a nova epidemiologia vai propor um conceito de avaliação além da conhecida (e superada) avaliação de impacto ou análise de risco, sempre dentro dos limites da tríade eficá-

cia-efetividade-eficiência, desenvolvendo a concepção de uma avaliação por analogia”.

Segundo o autor, essa é mais uma importante contribuição de Samaja (1993), em seus esforços para aplicar a lógica abdutiva de Pierce à filosofia da ciência na área de saúde, justificando epistemologicamente os fundamentos lógicos do que se conhece como “sítios-sentinela”. Trata-se de um monitoramento por seleção e “isso implica o desenvolvimento de uma lógica que não é somente referencial, porém é uma lógica do que proponho chamar “representatividade especial”, no seguinte sentido: a inferência estatística tem como tradução de suas regras de seleção de amostra o que se chama de representatividade, quer dizer, se pensa a amostra como uma representação da população em geral. Pode-se considerar esta representatividade como uma “representatividade parcial” na medida em que depende de pressupostos como o da homogeneidade da população, não sendo útil para o que queremos. A representatividade que aparenta ser mais representativa da complexidade dos integrais de saúde-enfermidade-atenção é a “representatividade dos tipos selecionados”, equivalente à idéia de “representatividade de amostras finalísticas” de que fala Samaja (1993) (Almeida Filho, 1994:14).

A proposta de utilização dessa lógica da representatividade é desenvolvida por Castellanos em suas formulações metodológicas para a montagem de “sistemas nacionais de vigilância da situação de saúde segundo condições de vida e do impacto das ações de saúde e bem-estar” (1991), especificamente revisando o uso da técnica de “populações-sentinela” e suas possibilidades de redefinição para a vigilância das desigualdades na situação de saúde segundo condições de vida, assim como recuperando a noção de “traçador”, provinda da administração de serviços de saúde.

Na perspectiva apontada pelo autor, uma “população-sentinela” seria uma unidade geográfico-populacional selecionada por sua representatividade das condições de vida de um grupo populacional, da qual se coletará informações sobre um número reduzido de variáveis selecionadas, referentes a condições de vida e de saúde e sobre dados demográficos. A incorporação da noção de “traçador”, por sua vez, permitiria a seleção preliminar de um conjunto de indicadores, que poderiam ser utilizados como traçadores dos problemas selecionados como prioritários e das condições de

vida (riscos) a eles relacionados (Castellanos, 1991).

Considerações finais

O processo de construção do SUS, em que pesem os limites estruturais e conjunturais, derivados das opções políticas em curso, abre uma gama de possibilidades ao desenvolvimento de um processo de elaboração teórica, metodológica, técnica e instrumental no campo do planejamento, gestão e avaliação em saúde. Nesse contexto, o processo de descentralização, particularmente com a NOB 001/96 (MS, 1996), vem implicando no estabelecimento de novas relações entre o planejamento e o mercado de serviços de saúde, especialmente com as experiências estaduais e municipais de “programação pactuada integrada”, a serem acompanhadas e avaliadas em suas dimensões metodológicas e operacionais.

A tensão que se instala entre um processo de planejamento orientado à racionalização da oferta de serviços ao lado da implementação de “programas especiais” subsidiários da proposta de configuração de “pacotes básicos de serviços” (Possas, 1995) e a busca de institucionalização de processos gerenciais assentados no planejamento de intervenções dirigidas a problemas de saúde, em bases territoriais definidas com ênfase nas ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos em grupos populacionais específicos (Teixeira et al., 1998) constitui hoje o aspecto central de novas investigações sobre os limites e possibilidades de articulação entre a epidemiologia e o planejamento de saúde.

Nessa perspectiva, o diálogo interdisciplinar entre as propostas de construção de um novo paradigma em epidemiologia com as formulações teórico-metodológicas desenvolvidas a partir da incorporação do pensamento estratégico e situacional, sustentado na experimentação de práticas de vigilância da saúde, principalmente ao nível local, é um caminho promissor ao repensar e refazer o planejamento em saúde.

A especificidade dessa proposta conceitual e metodológica deriva da possibilidade de articulação da racionalidade epidemiológica a um processo de reorientação do processo de trabalho em saúde, no qual a prática de planejamento e programação se coloca como dimensão constitutiva, isto é, espaço de reela-

boração de concepções e práticas que tomam como finalidade a superação de problemas de saúde em sua dimensão populacional.

A institucionalização de um planejamento epidemiologicamente orientado, em suas múltiplas dimensões, desde a formulação de macro-políticas até a programação de ações de intervenção sobre problemas singulares no espaço de uma unidade de saúde local, portanto, é uma opção política radical, que leva em conta a especificidade do(s) objeto(s) no campo da saúde e, por outro lado, permite o envolvimento de novos sujeitos nas práticas de saúde coletiva.

Notas

¹ Direcionalidade se refere à trajetória de situações intermediárias que vão sendo construídas em um processo social, tendo como referência a situação-objetivo definida pelos atores que participam do processo. Ver Matus (1987). Entendemos que a direcionalidade do SUS se constrói cotidianamente pelo embate entre proposições, estratégias e táticas dos vários atores políticos, nos vários planos e níveis em que ocorre a formulação de políticas, a elaboração de planos e programas e, principalmente, no cotidiano dos processos de trabalho, ou melhor, das práticas de saúde. O debate atual sobre a direcionalidade do processo de implementação do SUS aponta a possibilidade de configuração de um “SUS para pobres”, responsável pelo atendimento médico-assistencial da maioria da população – cerca de 100 milhões de pessoas – que não têm acesso aos serviços do sub-sistema de assistência médico-supletiva, tendência atualmente hegemônica se considerarmos as restrições de caráter financeiro e as concepções políticas prevalentes nas instâncias de poder. Em contraposição, configura-se um projeto contra-hegemônico que tem como elemento central a defesa de uma proposta de reorientação dos modelos assistenciais, em uma perspectiva epidemiológica e socialmente orientada, privilegiando a redução das desigualdades sociais em termos das condições de vida e saúde. Ver Mendes (1993), Paim (1994), Teixeira et al. (1998).

² A “inteligência epidemiológica”, no plano institucional, se refere à capacidade de compreender e intervir sobre problemas, necessidades e demandas de saúde coletiva, o que exige, por parte da instituição a modificação de suas práticas, a qualificação dos seus agentes, o aperfeiçoamento de suas técnicas e instrumentos de trabalho, a adequação de suas estruturas normativas e organizacionais, enfim, um esforço permanente de “reengenharia institucional”. Ver Teixeira (1994).

³ A crise do Estado e as propostas de reforma são hoje o tema mais importante na agenda política brasileira. Ver, entre outros, Gerschman, S. e Viana, M. L. W. (orgs.), (1997); Bresser Pereira, L. C. e Spink, P. (orgs.), (1998).

Consideramos que isto pode vir a conferir uma nova direcionalidade ao processo de transformação das práticas de saúde tendo em vista a mudança nas condições e “modos de andar a vida” que determinam e condicionam os fenômenos saúde-doença em populações, abrindo espaço a que o movimento interno às instituições não se esgote em um exercício acadêmico ou em um “sonho” tecnocrático e ganhe efetiva dimensão de mudança cultural e comportamental por parte dos trabalhadores de saúde, dos profissionais de outros setores e da população em geral.

⁴ O campo da vigilância à saúde extrapola em muito o que se convencionou considerar como objeto das vigilâncias epidemiológica e sanitária, abarcando, a depender da caracterização das situações de saúde e dos problemas definidos como prioritários, a ação conjunta e articulada de serviços de saúde em distintos níveis de complexidade tecnológica e operacional, como por exemplo, hospitais de referências que, nesta perspectiva, teriam que ser também repensados (Teixeira et al., 1998).

⁵ Vale a pena comentar a crítica sutil que o autor faz à tentativa de se desenvolver uma “Epidemiologia da Saúde” conforme sugerido por Nájera (1992:123-132). Para Almeida Filho (1994:3) a saúde é um “ponto cego” da epidemiologia: “A epidemiologia não pode falar sobre saúde e por isso dá muitas voltas, inventa metáforas, descobre maneiras indiretas de falar sobre saúde, porém seu objeto é mesma a enfermidade. Nem mesmo a coletivização da enfermidade através do conceito de morbidade indica saúde”.

⁶ “Na abordagem dos sistemas dinâmicos os parâmetros são instáveis, quer dizer, mudam a cada momento as próprias regras de determinação e subvertem o próprio uso da modelagem. Haverá modo mais adequado à apreensão do objeto “risco” em epidemiologia, enquanto probabilidade mutante de ocorrência de patologia em grupos populacionais (social e demograficamente) dinâmicos?” Almeida Filho (1990:340-341).

⁷ A fundamentação teórica para a adoção desta perspectiva encontra-se em Almeida Filho (1992:138-156).

⁸ Segundo Bunge, os objetos são operacionalizados na produção de conhecimento enquanto “objetos-modelos”, que dizer, formas de compreensão, imagens de algo, imagens não especulares, figuras que são capazes de instrumentalizar o pensamento sobre as coisas, processos e eventos. Este autor também propõe que os objetos-modelos são de dois tipos: os modelos ontológicos e os modelos heurísticos. Os modelos ontológicos cons-

titem formas, figuras ou imagens que se referem a uma coisa em si, isto é, que tentam concentrar a designação dessa coisa. Por exemplo, risco, saúde, enfermidade, corpo são objetos-modelos ontológicos. Todavia, um objeto-modelo ontológico não esgota a capacidade de organização do conhecimento sobre ele, as possibilidades de descrição de suas propriedades. É necessário ter uma priorização da propriedade genética desse objeto, privilegiar o enfoque da sua determinação. A incorporação de um conjunto de proposições sobre a determinação desse objeto, de sua gênese, de sua origem, faz com que o modelo passe a ser um modelo heurístico, quer dizer, um modelo de compreensão (Almeida Filho, 1994:3-4). O objeto de conhecimento não é uma representação da coisa, um equivalente abstrato dos objetos concretos, não havendo uma determinação exclusiva do objeto de conhecimento pelo objeto concreto e sim uma relação de referência. O conceitual é construído, é criado através de uma prática de investigação, porém só sobrevive se faz referência aos objetos concretos (Bunge, 1983).

⁹ A utilização dos termos “fenômenos”, “processos” e “determinantes” deriva de uma interpretação que estamos efetuando das proposições de Almeida Filho, à luz da proposta de Matus (1987) acerca do “fluxograma situacional”, fonte de inspiração também para Castellanos que propõe um modelo explicativo da situação de saúde a partir da identificação de planos e espaços situacionais que se cruzam, configurando relações de determinação e condicionamento (Castellanos (1987).

¹⁰ Castellanos acrescenta que o investigador pode estabelecer muitas formas de agrupamento de indivíduos e populações de acordo às especificidades do problema de investigação, porém que nem todas elas podem ser consideradas como populações no sentido que ele dá ao conceito, isto é, “nem toda agrupação de indivíduos e subpopulações constitui uma totalidade funcional da qual emergem qualidades (comportamentos que lhe são

próprios) e portanto, nem toda agrupação pode ser considerada um nível organizativo da realidade”.

¹¹ Castellanos desenvolve uma análise das argumentações pró e contra os estudos ecológicos, em função dos riscos da chamada “falácia ecológica”, concluindo, entretanto que “parecem estar maduras as condições para que os desenhos ecológicos possam ser tão potentes.

¹² “Admitir tal relação como objeto de trabalho significa reconhecer, entre outras questões, que os serviços de saúde são apenas uma das formas de resposta da sociedade, não a única – embora hegemônica – a seus problemas de saúde. Os serviços, os tipos de ações que produzem e o modo de produzi-las são formas de resposta da sociedade à forma como esta representa, compreende e valora seus problemas de saúde (...) Tais respostas são as possíveis de serem dadas por uma sociedade, a partir de suas acumulações culturais e de conhecimento e da forma como se encontra distribuído o poder societário (Sá, 1994:36).

¹³ Esta proposta implica, do ponto de vista conceitual, na “construção de modelos interpretativos dos processos saúde-doença na sociedade moderna capazes de integrar as perspectivas etnológica e epidemiológica, mesmo particularizando material empírico produzido por uma abordagem epidemiológica convencional”. Além disso, a etnoepidemiologia poderá dedicar-se a explorar alternativas metodológicas para a pesquisa sobre processos e práticas sociais ligadas à saúde, aptas a combinar de modo competente as abordagens qualitativas e quantitativas (evidentemente superando a falsa oposição) em uma única estratégia metodológica. Em síntese, a *etnoepidemiologia se realizará como prática a partir do pressuposto fundamental de que os fenômenos da saúde-doença são processos sociais e, como tal, devem ser concebidos como concretamente são: históricos, complexos, ambíguos e incertos*. Ver Almeida Filho (1992:112-113).

Referências

- Abrasco 1996. *Redefinição de Papéis, Reorganização Institucional e Planejamento no Sistema de Saúde: Novos Desafios*. Relatório Oficina de Trabalho. IV Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Recife, 19-23 de junho, 19 pp.
- Almeida CM 1995. *As Reformas Sanitárias dos Anos 80: Crise ou Transição?*. Tese de Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz., Rio de Janeiro.
- Almeida Filho N 1989. *Epidemiologia sem Números: Uma Introdução Crítica à Ciência Epidemiológica*. Editora Campus, Rio de Janeiro, 108 pp.
- Almeida Filho N 1990. *Paradigmas em Epidemiologia*, p. 329-346. Anais do I Congresso Brasileiro de Epidemiologia. Unicamp/Abrasco, Campinas, Rio de Janeiro.
- Almeida Filho N 1990b. O problema do objeto de conhecimento em epidemiologia, p. 203-220. In Costa (org.) – *Epidemiologia, Teoria e Objeto*. Hucitec/Abrasco, São Paulo, Rio de Janeiro.
- Almeida Filho N 1992. *A Clínica e a Epidemiologia*. APCE/Abrasco, Salvador, Rio de Janeiro, 164 pp.
- Almeida Filho N 1994. Caos e causa em epidemiologia, p. 117-126. In MFFL Costa & RP Sousa (orgs.) – *Qualidade de Vida: Compromisso Histórico da Epidemiologia*. COOPMED/Abrasco, Belo Horizonte, Rio de Janeiro.
- Almeida Filho N 1994b. *Hacia una Crítica Teórica de la Epidemiología: Revisión de Algunos Conceptos-Clave de la Disciplina*. Anotações de Leitura para Conferências no Encuentro Panamericano de Educación en Salud. Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, e III Congresso Pan-Americano de Epidemiologia, Córdoba, 17 pp.
- Barata RCB 1990a. *Avaliação dos Sistemas Locais de Saúde: A Perspectiva da Epidemiologia*. São Paulo, mimeo.
- Barata RCB 1990b. *Epidemiologia: Teoría y Método*, p. 216-223. Anais do I Congresso Brasileiro de Epi-

- demologia. Epidemiologia e Desigualdade Social: os Desafios do Final do Século. Unicamp/Abrasco, Campinas, Rio de Janeiro.
- Breilh J 1995. *La Epidemiología en la Humanización de la Vida: Convergencias y Desencuentros de las Corrientes*. Resumos. Epidemiologia: III Congresso Brasileiro/II Congresso Ibero-Americano/I Congresso Latino-Americano. Salvador, 408 pp.
- Bunge M 1972. *Teoría y Realidad*. Ariel, Barcelona. Edição brasileira: *Teoria e Realidade*. Perspectiva, São Paulo, 1974, 243 pp.
- Bunge M 1983. Nature des Objects Conceptuales (ch 3). In – *Epistemologie*, Maloine, Paris.
- Buss P, Labra E 1995. *Sistemas de Saúde: Continuidades e Mudanças*. Hucitec/Fiocruz, São Paulo, Rio de Janeiro.
- Castellanos PL 1987. *Sobre el Concepto de Salud-Enfermedad: un Punto de Vista Epidemiológico*. IV Congresso Mundial de Medicina Social. Medellín, julho, 15 pp.
- Castellanos PL 1991a. *Evaluación de la Situación de Salud y sus Tendencias en Grupos de Población*. IV Taller Latinoamericano de Medicina Social. V Congresso Latino-Americano de Medicina Social. Caracas, 14 pp.
- Castellanos PL 1991b. *Sistemas Nacionales de Vigilancia de la Situación de Salud según Condiciones de Vida y del Impacto de las Acciones de Salud y Bienestar*. Projeto. OPAS/OMS, 52 pp.
- Castellanos PL 1994. A Epidemiologia e a Organização dos Serviços de Saúde, p. 477-484. In MZ Rouquayrol – *Epidemiologia & Saúde*. 4.^a ed. Medsi, Rio de Janeiro.
- Castellanos PL 1995. *Lo Ecológico en Epidemiología Aplicada en Salud Pública*. III Congresso Brasileiro de Epidemiologia. Salvador, mimeo, 11 pp.
- Cecílio LC 1994. *Inventando a Mudança na Saúde*. Hucitec, São Paulo, 334 pp.
- Cecílio LC 1995. *Planejamento em Saúde: Possibilidades e Limites enquanto Apoio ao Processo de Implementação do Sistema Único de Saúde*. Oficina de Trabalho “Rearticulação da Área de Planejamento e Administração em Saúde no País”. FSP/Abrasco, São Paulo, 21 pp.
- Cenepi 1992. *Proposta de Capacitação de Recursos Humanos em Epidemiologia*. MS/FNS, Brasília, D.F., junho, mimeo, 13 pp.
- Conass 1995. *Regulação da Atenção à Saúde pelo SUS*. Oficina de Trabalho. Relatório Final. Brasília, D.F., 19-20 de julho, 33 pp.
- Gerschman S, Viana MLW 1997. *A Miragem da Pós-Modernidade: Democracia e Políticas Sociais no Contexto da Globalização*. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 226 pp.
- Gonçalves RBM 1986. *A Organização Tecnológica do Trabalho em Saúde*. Tese de Doutorado. DMP/FAMED/USP.
- Leucovitz E 1995. *Desafios e Perspectivas para o Planejamento e Gestão do Sistema Único de Saúde*. Oficina de Trabalho “Rearticulação da Área de Planejamento e Administração em Saúde no País”. FSP/Abrasco, São Paulo, 26-27 de outubro, mimeo.
- Matus C 1987. *Planificación, Política y Gobierno*. OPAS, Washington, D. C., 768 pp.
- Mendes EV 1993. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal, p. 19-91. In EV Mendes (org.) – *Distrito Sanitário: o Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde*. Hucitec/Abrasco, São Paulo, Rio de Janeiro.
- Mendes EV 1994. Planejamento e Programação Local da Vigilância da Saúde no Distrito Sanitário. *Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde* 13. OPAS, Brasília, D.F.
- Mendes EV 1996. *Uma Agenda para a Saúde*. Hucitec/Abrasco, São Paulo, Rio de Janeiro, 300 pp.
- Merhy E 1995. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil, p. 117-149. In E Gallo (org.) – *Razão e Planejamento: Reflexões sobre Política, Estratégia e Liberdade*. Hucitec/Abrasco, São Paulo, Rio de Janeiro.
- Minayo MCS 1992. *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. Hucitec/Abrasco, São Paulo, Rio de Janeiro, 269 pp.
- Ministério da Saúde/Abrasco 1993. *O Processo de Planejamento na Construção do Sistema Único de Saúde*. Seminário. Relatório Final. Brasília, D.F., 12-14 de maio, 25 pp. e anexos.
- Ministério da Saúde/Abrasco 1993. *O Processo de Planejamento na Construção do Sistema Único de Saúde*. Oficina de Trabalho. Relatório Final. Recife, 25-29 de outubro, 27 pp. e anexos.
- Ministério da Saúde 1993. *Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei* (Norma Operacional 001/93), Brasília, D.F.
- Ministério da Saúde 1996. Norma Operacional 001/96. Brasília, D.F.
- Morais I 1994. *Informações em Saúde: da Prática Fragmentada ao Exercício da Cidadania*. Hucitec/Abrasco, São Paulo, Rio de Janeiro, 172 pp.
- Mota P 1992. *Gestão Contemporânea: a Ciência e a Arte de Ser Dirigente*. Rio de Janeiro.
- Nájera E 1992. La Salud Pública, una Teoría para una Práctica: Se precisa su Reconstrucción? p. 123-132. In – *La Crisis de la Salud Pública: Reflexiones para el Debate*. Publicación Científica 540. OPAS, Washington, D. C.
- Organização Pan-Americana de Saúde 1995. Problemas conceptuales y metodológicos de la Programación de la salud. Publicación científica n° 111. Wahington, D.C.
- Paim JS 1993. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In EV Mendes (org.) – *Distrito Sanitário: o Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde*. Hucitec/Abrasco, São Paulo, Rio de Janeiro.
- Paim JS 1994. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais, p. 455-466. In MZ Rouquayrol – *Epidemiologia & Saúde*. Medsi, Rio de Janeiro.
- Pereira LCB, Spink P 1998. *Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial*. Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro.
- Possas CA 1990. *Perspectivas para a Ciência Epidemiológica numa Abordagem Interdisciplinar*, p. 316-328. Anais do I Congresso Brasileiro de Epidemiologia. Epidemiologia e Desigualdade Social: os Desafios do Final do Século. Unicamp/Abrasco, Campinas, Rio de Janeiro.
- Possas CA 1995. A articulação público-privado e o cuidado com a saúde dos pobres: implicações das políticas de ajuste estrutural na América Latina, p. 49-65. In C Eibenschutz (org.) – *Política de Saúde: o Público e o Privado*. Fiocruz, Rio de Janeiro.
- Rivera FJU 1992. O planejamento situacional: uma análise reconstrutiva, p. 41-92. In E Gallo, FJU Rivera & MH Machado (orgs.) – *Planejamento Criativo: No-*

- vos Desafios em Política de Saúde. Relume-Dumará, Rio de Janeiro.
- Rose G 1992. *The Strategy of Preventive Medicine*. Oxford University Press, New York.
- Sá MC 1993. *Planejamento Estratégico em Saúde: Problemas Conceituais e Metodológicos*. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- Sá MC, Artmann E 1994. O Planejamento Estratégico em Saúde: Desafios e Perspectivas para o Nível Local, p. 19-44. In EV Mendes (org.) – *Planejamento e Programação Local da Vigilância da Saúde no Distrito Sanitário. Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde 13*. OPAS, Brasília, D.F.
- Samaja J 1993. *Epistemología y Metodología: Elementos para una Teoría de la Investigación Científica*. Eudeba, Buenos Aires.
- Santos BS 1989. *Introdução a uma Ciência Pós-Moderna*. Graal, Rio de Janeiro.
- Schraiber LB 1990. *Programação em Saúde Hoje*. Hucitec/Abrasco, São Paulo, Rio de Janeiro, 226 pp.
- Schraiber LB 1995. Políticas públicas e planejamento nas práticas de saúde. *Saúde em Debate* 47: 28-35.
- Simon H 1979. *Science of the Artificial*. 2.^a ed. Institute of Thecnology, Boston. Edição espanhola: *Las Ciencias de lo Artificial*. A.T.E. Editores, Barcelona [1.^a ed.].
- Tasca R et al. 1993. *Sistemas de Informação em Saúde para Distritos Sanitários*. In EV Mendes (org.) – *Distrito Sanitário: o Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde*. Hucitec/Abrasco, São Paulo, Rio de Janeiro.
- Teixeira CF 1992. *A Questão Gerencial como Componente Estratégico da Implantação do Sistema Único de Saúde*. Seminário Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, novembro, mimeo.
- Teixeira CF 1993a. Planejamento e programação situacional em distritos sanitários: metodologia e organização, p. 237-265. In EV Mendes (org.) – *Distrito Sanitário: o Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde*. Hucitec/Abrasco, São Paulo, Rio de Janeiro.
- Teixeira CF 1994. A construção social do planejamento e programação local da vigilância à saúde no distrito sanitário, p. 45-59. In EV Mendes (org.) – *Planejamento e Programação Local da Vigilância da Saúde no Distrito Sanitário. Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde 13*. OPS, Brasília, D.F.
- Teixeira CF 1996. *Epidemiologia e Planejamento em Saúde: Contribuição ao Estudo da Prática Epidemiológica no Brasil (1990-1995)*. Tese de Doutorado. Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 300 pp.
- Teixeira CF, Pinto L 1993b. A formação de pessoal em vigilância à saúde. *Informe Epidemiológico do SUS II*(6): 5-21.
- Teixeira CF, Melo C 1995. *Construindo Distritos Sanitários: a Experiência da Cooperação Italiana no Município de São Paulo*. Hucitec/Cooperação Italiana em Saúde, São Paulo, Salvador, 107 pp.
- Teixeira CF, Paim JS, Villasboas AL 1998. SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. *Informe Epidemiológico do SUS VII*(2). Cenepi/MS, Brasília, D.F.
- Testa M 1979. *Planificación Estratégica en el Sector Salud*. Cendes, Caracas, mimeo.
- Testa M 1995. *Pensamento Estratégico e Lógica de Programação: o Caso da Saúde*. Hucitec/Abrasco, São Paulo, Rio de Janeiro, 306 pp.
- Ugá MA 1994. Sistemas de Repasses Financeiros a Unidades de Assistência à Saúde: uma Proposta Preliminar para a Rede Pública Brasileira. O Financiamento da Saúde no Brasil. *Série Economia e Financiamento 4*: 72-98.