MUDANÇAS GLOBAIS E TENDÊNCIAS DO CAMPO DA SAÚDE NO BRASIL

GLOBAL CHANGES AND TENDENCIES OF THE HEALTH FIELD IN BRASIL

Maria Cecília de Souza Minayo*

RESUMO

Neste artigo busca-se descrever, analisar e projetar a questão da saúde no Brasil, a partir das mudanças ocorridas a partir da década de 70 do século XX. O texto parte do conceito ampliado de saúde apresentado pela Organização Mundial de Saúde na chamada Carta de Otawa e pela Constituição Brasileira de 1988 no capítulo da Seguridade Social. Sendo assim, os temas desenvolvidos são: (a) a questão das políticas sociais, dentre as quais se destaca a de saúde; (b) a problemática ambiental; (c) um panorama sobre o desenvolvimento da biologia e sua relação com a saúde; e (d) a dinâmica de organização e de prestação de serviços de saúde à população. O texto termina colocando algumas tendências de curto e médio prazo para a construção social da saúde na sociedade brasileira.

Palavras-chave: Saúde e sociedade. Tendências da saúde coletiva. Conceito ampliado de saúde. Indicadores de saúde. Indicadores sociais.

INTRODUÇÃO

Freqüentemente se tem a impressão de que a globalização é um fenômeno pronto e acabado que nos surpreendeu no final do século XX. Esse imaginário não tem amparo na realidade concreta. O desenvolvimento acelerado da tecnociência e das áreas da informação, comunicação e informática transformaram os conceitos de espaço e tempo. E embora a globalização mais evidente venha ocorrendo nas áreas de produção da riqueza, também modificaram-se, totalmente, as relações de produção social, cultural e subjetiva. Aumentou o peso do consumo entre os fatores de caracterização da vida contemporânea. O mundo do trabalho se reduziu, provocando desempregos e novas maneiras de inserção do mercado de bens e serviços. Também o mundo simbólico e o universo da vida cotidiana estão marcados pela realidade de um novo tempo. E todas as transformações influem na visão de mundo e nos padrões de qualidade de vida e de saúde.

A idéia de que a saúde tem a ver com condições gerais de produção e ambientais é milenarmente reconhecida. No entanto, somente a partir do nascimento da medicina social, nos séculos XVIII e XIX, pesquisas sistemáticas começaram a referendar essa tese e a dar subsídios, tanto para políticas públicas quanto para bandeiras sindicais e de movimentos sociais. Estudos como *“A situação da classe trabalhadora na Inglaterra”* de Engels (1975) ; ou *“Mortalidade diferencial na França”* de Villermé, citados por Rosen (1980) na reconstituição da história da saúde pública, evidenciam as relações entre questões sociais, degradação ambiental e indicadores negativos de saúde. Tais preocupações atravessam a história da medicina social ocidental.

Desde a importante e seminal conferência de Otawa, realizada pela Organização Mundial de Saúde em 1986, oficializou-se o conceito do que modernamente se considera *Promoção da Saúde*, a partir de uma perspectiva social, política, técnica, econômica e médica. Nesse

* Professora titular da Fundação Oswaldo Cruz. Secretária Regional, para América Latina, do Fórum Mundial de Ciências Sociais e Medicina. Coordenadora do Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde (CLAVES/Fiocruz).

documento são explicitados os determinantes e as responsabilidades da saúde de um povo a partir de quatro dimensões:

- 1) as condições, situações e estilos de vida;
- 2) a situação ambiental;
- 3) o desenvolvimento da biologia;
- 4) a organização da assistência à saúde.

A chamada carta de Otawa (MS, 1996) ao tratar *saúde* como qualidade de vida, supera a dicotomia do coletivo e do individual chamando atenção dos deveres do poder público, da sociedade e da participação e o controle dos sujeitos sobre processos e padrões sanitários. Igualmente, na lei 8080/1990, que regulamentou o capítulo da Constituição Federal de 1988, referente à saúde da população brasileira, foi lembrado no seu artigo 3º, de forma inequívoca, que os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do país. Tais teses, defendidas em reuniões e documentos oficiais e se respaldam em investigações epidemiológicas clássicas como as de Mckeon & Lowe (1989) e dos atuais pesquisadores, gestores e profissionais da área.

Este artigo se desdobra numa breve configuração do esquema pluridimensional de saúde no Brasil e na indicação de perspectivas que se afiguram em curto e médio prazo para o setor.

INTER-RELAÇÕES ENTRE CONDIÇÕES, SITUAÇÕES, ESTILOS DE VIDA E SAÚDE NO BRASIL

Houve sensíveis mudanças demográficas, sócio-econômicas e culturais que influenciaram a queda das taxas de morbidade e de mortalidade das últimas décadas no Brasil, refletindo duas tendências importantes da dinâmica sócio-política brasileira: (a) de um lado, os avanços refletidos nos indicadores sociais e sanitários (IPEA/FJP/IBGE/PNUD, 1998); (b) de outro, as heterogeneidades regionais, intra-unidades da federação e entre classes e estratos sociais que se expressam em profundas desigualdades sociais e impedem o desenvolvimento sustentável na rapidez desejada (IPEA/FJP/IBGE/PNUD, 1998; HENRIQUES, 2001; IBASE, 1999; BARROS, 1999).

Construiu-se uma intensa modificação no cruzamento da questão social, da dinâmica populacional e dos padrões de saúde. A taxa média geométrica de crescimento populacional anual do país é hoje de 1,38%, totalmente diferente da década de 70, na qual atingia 05,2%. No entanto, mesmo com a queda no ritmo de crescimento, o aumento demográfico tem sido impressionante: a população brasileira passou de 41.165.298 em 1940, para 169.590.693 no ano 2000. Vivem hoje nas cidades 81,23% dos brasileiros, o que em números absolutos significa 137.755.550 mil cidadãos (IBGE, 2004). Proporcionalmente o Brasil tem hoje menos gente no campo que muitos países desenvolvidos.

Do ponto de vista sócio-econômico, embora em ritmos totalmente desiguais nas diversas regiões, estados e no interior desses espaços, o IDH (índice de desenvolvimento humano)¹ do país passou de 0,394 em 1960, considerado *muito baixo*, para 0,739, um *índice médio* que se aproxima do grau mais elevado, conforme Relatório do Banco Mundial (1999). Se na década de 70, o crescimento do PIB *per capita* muito influenciou nesses índices, nos anos 80 e 90, foram os indicadores de educação e saúde que mais melhoraram, promovendo elevação dos níveis de desenvolvimento em todas as unidades da federação. A educação, por exemplo: a proporção de analfabetos passou, na última década, de 17,2% para 10,3% da população de 10 anos ou mais e nas crianças de 10 anos a 14, de 11,3% para 3,5% ambos dados para 2003 (IBGE, 2004). Cresceram as matrículas no ensino médio e no ensino superior, e apesar de ainda muito baixas e insuficientes, a média dos anos de escolaridade passou de 4,0 no início dos anos 80 para 7,1 atualmente. Da mesma forma subiu a renda média das pessoas ocupadas, de 402,00 para 525,00 reais no mesmo período (HENRIQUES e col. 2001). Embora com altos e

¹ Classifica-se um país como de baixo desenvolvimento humano quando seu IDH, que inclui a longevidade da população, que se expressa expectativa de vida; os níveis educacionais que inclui taxas de alfabetização de adultos e a taxa combinada de matrícula dos primeiro, segundo e terceiro níveis escolares; e a renda ou PIB *per capita*, atinge até 0,500 pontos. Entre 0,500 até 0,800, são classificados como de médio desenvolvimento humano. E entre 0,800 a 1,000, de alto desenvolvimento humano.

baixos nos últimos anos, ela alcançou 692 reais em 2003 (IBGE, 2004).

O segundo aspecto estrutural da dinâmica sócio-econômica brasileira se exemplifica com alguns dados regionais referentes aos indicadores básicos. No estudo de Índice de Condições de Vida (IPEA/IBGE/FJP/PNUD, 1998) evidencia-se que enquanto a esperança de vida ao nascer para os homens, no Nordeste em 1995 era de 63 anos, no Sul ela já atingia a 75,8; e no Sudeste, 73,5. E para as mulheres, no nordeste ela atingia 70,7 anos, enquanto no Sul, Sudeste e Centro Oeste, a média já chegava aos 80 anos, nível bem próximo ao dos países desenvolvidos.

Houve sensível declínio da mortalidade de menores de 5 anos, que caiu de 24,2% do total dos óbitos entre 1979/1981 para 9,7% entre 1993/1995 no sub-grupo de 0 a 1 ano; e de 4,6% para 1,7%, nas faixas de 1 a 4 anos. (MELLO JORGE; GOTLIEB, 2000), no Sul as proporções de menores de um ano na mortalidade geral corresponderam no período a 5,5%; e no norte, elas ainda continuam acima de 18%. A mortalidade infantil pós-neonatal começa a perder importância como indicador relevante nas regiões sul e sudeste. Mas para quem vive nas áreas rurais, esse tipo de causa de óbito ainda representa 2/3 da mortalidade infantil.

Olhando a partir dos indicadores sociais, a desigualdade no Brasil é um problema estrutural, “inerte” na expressão de Henriques (2001) na medida em que há 25 anos a situação permanece imutável apesar da melhoria de todos os outros indicadores sociais. Embora os gastos com a questão social sejam expressivos e os mais elevados dentre os países da América Latina, são mal distribuídos, grande parte dos recursos não chega a seu verdadeiro destino ou não são canalizados para os mais necessitados (ROQUE; CORREA, 1999). Análises do Índice de Condições de Vida (ICV), índice criado para municípios, estados e regiões do país por pesquisadores do IPEA, FJP, IBGE e PNUD (1998), evidenciam combinações de desenvolvimento e subdesenvolvimento, riqueza, pobreza, e miséria no Brasil. (1) A primeira é a tendência à *dualidade*: expressa aprofundamento persistente das diferenças entre municípios muito carentes da região norte e nordeste e os de alto padrão do sul e do sudeste.

A segunda é a tendência à *disparidade* interna de desenvolvimento entre municípios de uma mesma região, olhados a partir dos 25% mais pobres e dos 25% mais ricos. (3) A terceira é a *desigualdade* evidenciada nas maiores tendências de diferenciações de renda *per capita* no interior dos próprios municípios, (mostrando variações com uma tendência histórica de crescimento, de 60% em 1970, passando para 70% em 1991); e muito acentuada entre as regiões.

Todos as considerações sobre indicadores sociais e demográficos oferecidas nos parágrafos anteriores mostram sua repercussão (não linear) nos dados referentes aos padrões de saúde da população brasileira. A taxa de fecundidade total, entre 1960 e 1995 reduziu-se em mais de 50%. A taxa bruta de natalidade diminuiu de 31,23 nascidos vivos por mil habitantes em 1980 para 23,64 em 1990 e estima-se que tenha atingido 18 por 1000 no ano 2000. A esperança de vida ao nascer atingiu 68,4 em 1999 (65 para os homens e 72 para as mulheres). Está diminuindo a proporção de jovens na pirâmide demográfica, de tal forma que, neste final de século, a chamada população dependente (os maiores de 65 anos para os quais, diga-se de passagem, o termo “dependente” se tornou totalmente impróprio); e os menores de 15 anos (que ao contrário poderiam ter sua faixa de dependência também dilatada, por razões de mudanças culturais), é de 33%, quando em 1970 correspondia a 50% do total.

Houve também sensível evolução positiva nos indicadores de morbidade e de mortalidade, sobretudo da população menor de cinco anos. No período que vai de 1980 a 1999, a proporção da mortalidade infantil na mortalidade geral decresceu de 24% para 9,8%, passando de uma média nacional de 56 por mil nascidos vivos em 1980, para 37,5 por mil, em 1991 e para 34 em 2000. As taxas de mortalidade materna que eram de 8,6 por 100.000 no período de 1979/1981 caíram para 4,0 por 100.000 mulheres em idade fértil entre 1993/1995, correspondendo a uma queda de 53% . (MELLO JORGE & GOTLIEB, 2000). Estudos realizados numa série histórica de 1979 a 1995 por Mello Jorge e Gotlieb (2000), revelam que a partir da década de 40, passou a haver um decréscimo relativamente alto não só na mortalidade infantil como na

mortalidade geral, embora a taxa de fecundidade tenha se mantido alta, somente passando a decrescer a partir da década de 70. Por outro lado, e conseqüentemente, a mortalidade proporcional do grupo acima de 50 anos subiu de 48,4% para 62,4% no período, o que é de esperar quando a população envelhece e cresce a expectativa de vida. Num balanço geral de dados aglomerados, observa-se um declínio de 10% da mortalidade masculina; e de 20% da mortalidade feminina no país, de 1979 a 1995.

É importante observar, no entanto, que os ganhos decorrentes da queda da mortalidade por diferentes enfermidades verificada nos últimos 20 anos, quase foi anulada pelo aumento da mortalidade masculina nas faixas de 15 a 19 anos; e de 20 a 29 anos; de 30 a 39 anos, provocado pelo incremento da violência como causa de óbito e de morbidades. A redução da morte de mulheres por complicações do parto e puerpério e o aumento dos óbitos por homicídios, na população masculina, explicam, sobretudo, as diferenças de expectativa de vida entre os sexos. Por exemplo, a cada óbito de mulher de 15 a 19 anos, ocorrido em 1991, corresponderam 2,82 mortes de homens na mesma faixa etária, razão essa que aumenta para 3,24 na faixa de 20 a 29 anos e é de 2,55 nos grupos de 30-39 anos. Mas foi a partir da década de 80 até o momento presente que se evidenciou, de forma radical, a transição das enfermidades infecciosas para as causas externas. Sobretudo atingindo e vitimando a população jovem.

Desta forma, os indicadores gerais, desde o início dos anos 80 apresentam um quadro tendencial das quatro primeiras causas de morte no país: (a) em primeiro lugar, *as doenças do aparelho circulatório* com cerca de 34% das ocorrências, incidindo, de forma prioritária na população acima dos 50 anos; (b) em segundo lugar, *as causas externas por lesões e envenenamentos* que correspondem a 15% dos óbitos do país, sendo que na região norte, essas causas têm valores mais elevados chegando a 19% do total e na região Centro-Oeste, a 20%. Elas correspondem, sobretudo, à população masculina jovem e em idade produtiva. Nesse grupo se destacam *os homicídios e os acidentes de trânsito* que assumem grande importância nas áreas metropolitanas e na maioria das capitais do

país; (c) como terceiro grupo aparecem as *neoplasias* responsáveis pela morte de 13% da população. Destacam-se entre a população masculina, as mortes por câncer de pulmão, próstata e estômago. E na população feminina, o câncer de mama e de colo de útero como principais sub-causas de óbito. (d) *As doenças transmissíveis* ainda ocupam o 4º lugar na mortalidade da população brasileira, respondendo por 11% dos óbitos, refletindo principalmente a situação social do norte e do nordeste do país.

As modificações nos padrões de morbimortalidade, em quase todos os países segundo vários estudos, vêm acontecendo desde o século passado. Mais recentemente, a partir da década de 60, as análises demográficas chamam atenção para a diminuição das taxas de mortalidade e redução das taxas de fecundidade no mundo inteiro. Frederiksen (1969) tenta explicar esse tipo de mudança por meio de um certo caminho paralelo seguido pela transição demográfica e perfil de morbimortalidade. Segundo o autor, ao passar do estágio tradicional para o moderno, as sociedades apresentariam tendência à redução das enfermidades infecciosas e ao predomínio das doenças crônico-degenerativas. Omran (1971) denominaria esse modelo de mudança como *transição epidemiológica*, aperfeiçoando assim, a proposta de Frederiksen. Para Omran, as sociedades se encaixariam em três modelos: (1) *clássico* caracterizado por progressiva passagem do predomínio das doenças infecciosas para as crônico-degenerativas e as causadas pelo próprio contexto social; (2) o *acelerado* marcado por mudanças drásticas no quadro de mortalidade e fertilidade e inversão no perfil de mortalidade; (3) o *tardio* ou *contemporâneo*, que corresponde ao dos países em desenvolvimento, nos quais, a queda da mortalidade não é seguida na mesma velocidade pela queda da fecundidade. Mais tarde o autor acrescentou outro estágio a seu modelo, referido ao declínio da mortalidade por doenças crônico-degenerativas, por causa de mudanças substanciais nos estilos de vida, sobretudo em países desenvolvidos (BARRETO; CARMO, 1995), assim como por desenvolvimento de uma nova geração de medicamentos voltados para compensar fatores de risco de *estresse* e de desgaste ou degenerescência provocada por

falhas orgânicas ou funcionais freqüentes no processo de envelhecimento.

O declínio da mortalidade geral da população brasileira, sobretudo por enfermidades, e o aumento da população de idosos que já corresponde hoje, em número, à sexta do mundo, é inegável. A contagem do IBGE para 2003, revela que há no país hoje mais de 16 milhões de homens e mulheres com mais de 60 anos. Esse avanço reflete a melhoria da situação de saúde, como já foi dito, resultante de uma combinação de fatores demográficos, econômicos e sociais com intervenções sanitárias planejadas e conjugadas. No caso do setor saúde, os programas de terapia de re-hidratação oral, imunizações em massa, incentivo ao aleitamento materno, ampliação da cobertura de saneamento básico e de progressiva universalização do atendimento e da assistência à saúde pela área pública foram de fundamental importância.

Num balanço geral a partir de dados agregados e numa visão de longo prazo, haveria muito que comemorar. As três principais causas de morte estariam assinalando aquela transição epidemiológica descrita primeiro por Frederiksen (1969) e depois por Omran (1971) tratada por esse último como o *modelo clássico ocidental*, que indica a progressiva redução da mortalidade e da fertilidade, acompanhada de um novo perfil, em que as doenças infecciosas passam a ser substituídas por outras enfermidades *causadas pelo homem*. Nessas, o predomínio da causalidade seria dado por variáveis ambientais e de estilo de vida. Esse quadro clássico estaria indicando a passagem de uma sociedade mais atrasada para um modelo moderno de desenvolvimento. No entanto, como discutem Barreto & Carmo (1995), essa linearidade do processo tal como visto no modelo de Omran, não se aplica ao Brasil, pois o que aqui existe é uma combinação entre as doenças que afetam os países desenvolvidos e a persistência ou a re-emergência das enfermidades infecciosas, expressivas do subdesenvolvimento, como é o caso da dengue e da tuberculose; ou de endemias como a malária e de hanseniose, dentre outras. As ainda elevadas taxas de mortalidade dessas várias enfermidades se coadunam com as condições de baixo desenvolvimento humano como fome e

desnutrição; e com condições ambientais adversas como ausência de saneamento básico, de água potável e de habitação adequada, evidenciando as extremas e inerciais desigualdades sociais do país. Até a AIDS que no início de sua eclosão como epidemia parecia ser “democrática” na distribuição de infectados e vitimados pela morte, hoje mostra um mapa de incidência maior nos grupos mais vulneráveis: pobres, mulheres e crianças.

AS RELAÇÕES ENTRE SAÚDE E AMBIENTE

Existe uma complexa relação entre o processo demográfico, ambiental, social e sanitário. A área da saúde hoje convive com três visões da questão ambiental. A primeira, proveniente da história natural das doenças transmitidas por vetores para o ser humano, em determinado *habitat* (sinônimo de ambiente). Nesse modelo domina a idéia de uma linearidade causal, frente à qual, fundamentados em pesquisas sobre doenças infecto-parasitárias, sanitaristas tradicionais aplicaram soluções campanhistas e hoje propõem terapêuticas localizadas e focais. Nesse viés, educadores produzem e reproduzem modelos de intervenção verticais e pouco efetivos.

O segundo quadro de referência é o da engenharia sanitária. Privilegia o saneamento básico por meio do tratamento da água e de esgotos, entendendo que grande parte das enfermidades, sobretudo dos países subdesenvolvidos e desiguais como o Brasil, provêm da ausência dessa infra-estrutura básica. Essa acepção é verdadeira e se funda na compreensão histórica do desenvolvimento econômico brasileiro. Este se deu às custas de um processo de degradação ambiental e ausência de infra-estrutura dos espaços urbanos; da exclusão ou abandono das populações do meio rural em relação a seus direitos de infra-estrutura básica; ou da exploração predatória da natureza através de desmatamentos, assoreamento dos rios, exploração de minerais, grandes monoculturas; plantações com uso de agrotóxicos, por exemplo. Em todos esses casos são criados fortes desequilíbrios ambientais que freqüentemente acarretam domiciliarização de vetores e agentes infecciosos.

Os dados preliminares do Censo, por exemplo, mostram que em 1999 apenas 32,2% da população brasileira mais pobre viviam em domicílios com saneamento básico, enquanto dos 10% mais ricos, 80,1% usufruíam desse bem imprescindível à saúde, sendo essa distribuição totalmente desigual nas regiões metropolitanas. Na última década apenas Fortaleza, Salvador, Belo Horizonte e Curitiba investiram significativamente nesse item, sendo Belo Horizonte a região metropolitana com maiores proporções de domicílios com esgotamento sanitário (88,2%). O caso de Fortaleza, por exemplo, é significativo, pois apesar de ter mais que dobrado o percentual de habitações ligadas à rede coletora, tem apenas 34,7% de seus domicílios com saneamento básico.

O terceiro marco de referência da questão sanitária e ambiental, articula e supera o modelo biomédico e o do saneamento básico. Funda-se na idéia do ambiente como algo construído pelos seres humanos. Inclui portanto, análises das relações sociais de produção, dos processos de trabalho, dos processos de exclusão do trabalho, das repercussões dessa dinâmica na vida das famílias e sua reprodução e os efeitos sobre todos os organismos vivos. Integra igualmente as questões referentes à biotecnologia, aos organismos geneticamente modificados e a todas as novas invenções, descobertas e criações propiciadas pela intervenção do ser humano sobre a natureza e sobre os mecanismos de geração da própria vida. Esses parâmetros dizem respeito não só às doenças infecciosas ou às endemias, mas às enfermidades crônicas e as de origem social e ambiental, assim como aos acidentes de trabalho, às contaminações, às doenças emergentes como as lesões por esforços repetitivos “LER”, e às várias formas de violência que crescem assustadoramente nos ambientes insalubres e conflituosos socialmente. Neste sentido, os princípios da saúde e ambiente coincidem com os parâmetros da sustentabilidade ecológica; da democracia (uma vez que o interesse coletivo tem que prevalecer sobre os interesses econômicos); dos direitos humanos e da qualidade de vida.

A questão ambiental tal qual colocada hoje no campo da saúde tem mão dupla: do ponto de vista negativo, a compreensão de que as desigualdades sociais são estruturantes e afetam

todos os domínios da vida social brasileira e a determinam; do lado positivo, caminha dentro da utopia da construção da equidade social e da sustentabilidade. Repudia a idéia arraigada em todo o período da história moderna de que os humanos, têm direito de “dominar a natureza” e dela extrair o que bem quiser. O movimento ambientalista moderno reformulou os paradigmas que justificaram o uso predatório da natureza, introduzindo a idéia da solidariedade intrínseca e profunda entre a humanidade presente e futura e toda a biosfera (MINAYO, 2000; 2002).

RELAÇÕES ENTRE DESENVOLVIMENTO DA BIOLOGIA E PADRÕES DE SAÚDE

Um dos principais desafios da sociedade atual, sobretudo num país como o Brasil, é conseguir avançar seus conhecimentos para estabelecer uma hierarquia de determinações biológicas e sociais, entre fatores globais (os de natureza social, econômica e política) e as mediações, através das quais esses fatores incidem sobre a saúde dos indivíduos e dos grupos. O final do século XIX foi marcado pela pelas descobertas da bacteriologia, fato que provocou verdadeira revolução científica na medicina. E no início do século XX se fixaram as bases para o desenvolvimento dos processos de imunização em massa das populações e o foco da saúde pública no “combate” a doenças biologicamente definidas, sobretudo por meio de campanhas de erradicação. O início do século foi também marcado por excessivo otimismo em relação à medicina e à sua capacidade de cura; pela reorganização do ensino médico em bases científicas oferecidas pelo avanço da biologia, (NUNES, 1995), tornando realidade a atenção e o tratamento por especialidades.

Não há dúvida de que a base da medicina é o conhecimento biológico que, na era moderna, foi transformado pelos avanços da biologia molecular e celular, da imunologia, e mais ultimamente, pelos estudos do genoma. Ao colocar como um tema importante no esquema pluridimensional da saúde a questão do avanço da biologia, os documentos da Organização Mundial da Saúde, partem do princípio de que sua apropriação é fundamental para melhorar a qualidade de vida da humanidade. O século XX

que começou com a revolução bacteriana, terminou sob o signo de outra importante revolução da biologia que, junto com as inovações da microeletrônica e da informação, elevou a sociedade pós-moderna à categoria de *sociedade do conhecimento*. Esse apelo se pode ouvir tanto por quem sofre enfermidades até hoje incuráveis, degenerativas ou por quem aspira a mais e melhor qualidade e quantidade de vida. Como diz uma portadora de anemia falsiforme “é preciso que se saiba que tanto nos leitos de nossos hospitais, como perambulando por todo o país e pelo mundo, existem milhares de pessoas contando com a descoberta do DNA, pessoas aflitas, assim como eu, precisando de uma solução rápida para nossos problemas” (BARBOSA, 2000, p. 49). Assim, existe hoje uma expectativa, mais que uma certeza de que, as aplicações da biologia molecular e celular e, sobretudo, da genética podem ser infundáveis, para tratamento, assistência e prevenção de problemas de saúde.

Como observa Verjovski-Almeida, (2001) o sucesso no cumprimento das metas do projeto Genoma Humano, dentro do prazo previsto, está trazendo à pauta, a discussão sobre a importância fundamental da aquisição de conhecimento como pré-condição para os avanços da área de saúde e do bem-estar do ser humano, para o dia a dia do cidadão. No entanto, lembra Salzano (2001), o deciframento do genoma se refere apenas a um dos pares (a estrutura) da dialética entre estrutura e função do organismo. Há ainda passos essenciais a serem alcançados nos estudos. Portanto esse autor lembra que é importante fugir de dois perigos: o determinismo e o reducionismo biológico. No nosso modo de ver, o maior risco determinista e reducionista é, sobretudo, imaginar que os seres e a própria vida se resumem a elementos biológicos.

A palavra chave do desenvolvimento e da aplicação da biologia pós-moderna ao campo da saúde, não se reduz ao termo *prevenção*; e muito menos se refere apenas à idéia de *promoção*. Hoje, a semântica forte é a da *predição*. Por testes genéticos moleculares se podem prever malformações congênitas, retardo mental, doenças neurodegenerativas e alguns tipos de câncer de mama; de ovário; de colo; de próstata; e outras doenças como mal de Huntington; mal

de Alzheimer; síndrome de Down; fibrose cística, por exemplo. É também importante o papel dos estudos da nova biologia para o desenvolvimento de medicamentos e imunobiológicos de última geração (LLERENA JR, 2000).

O Brasil, acompanhando o desenvolvimento científico internacional, também tem feito importantes investimentos no campo da biologia molecular, celular e no projeto genoma. Algumas conquistas já foram alcançadas, sobretudo, por meio de investimentos dentro do modelo de cooperação coordenada entre laboratórios de pesquisa, o que se iniciou no Estado de São Paulo e mais recentemente começou a ser incentivado e financiado pelo CNPq. Todos os investimentos brasileiros têm sido feitos com verbas públicas, o que se torna um pré-requisito para garantir acesso da população brasileira aos resultados dos novos conhecimentos.

Apesar dos grandes avanços da biologia, não se pode esquecer de que as novidades trazidas pelos estudos do campo biológico e que afetam ao desenvolvimento da vida no planeta e, sobretudo, a vida humana, passa por um cruzamento cultural e ideológico muito forte que afeta crenças e relações entre a ciência, as condições, os estilos de vida e expressam poder. Na ordem cultural, a *predição* e a *prevenção* de enfermidades genéticas levantam discussões e polêmicas sobre a legitimidade de diagnósticos pré-natais, interrupção seletiva de gravidez; invasão da intimidade dos seres humanos; perda de direitos civis dos portadores de alguma enfermidade ou de problemas “predizíveis” no futuro; discriminação por seguradoras e planos de saúde e outros, levando a sérias considerações éticas de proteção da privacidade individual contra a aplicação inescrupulosa dos conhecimentos genômicos.

Enquanto a discussão ética está acontecendo na busca de colocar alguns limites ao poder dos cientistas, a aplicação do conhecimento genômico já gerou, em países desenvolvidos capitaneados pelos Estados Unidos, uma indústria de descoberta e patenteamento de genes. Llerena mapeia quatro modelos básicos de empresas atuando no campo dessa indústria: as de tecnologia genômica; as de estrutura genômica; as de função do genoma, voltadas

para o desenvolvimento de produtos; e a das drogas genômicas (LLERENA, 2000).

Sobre o desenvolvimento extraordinário da biologia que o valor da vida humana e da vida do planeta justifica, a pergunta crucial é: caso essas descobertas estejam vinculadas a interesses econômicos, comerciais e da tecnociência a quem elas servirão? O antropólogo francês Lucien Sfez realizou um estudo de campo nos Estados Unidos (de forma central) e secundariamente na França e no Japão, e sobre essa pergunta, tem a seguinte opinião: nesse momento do desenvolvimento impar da biologia nesses países, está se criando um *mito da saúde perfeita*, que para ele se constitui quase da idéia de “uma religião ecobiológica” cujos textos sagrados estão sendo escritos nos laboratórios de genética e ecologia, sendo seus objetos de culto, os produtos da biotecnologia, as drogas de terceira geração e os alimentos dietéticos (SFEZ, 1995).

Desenvolvida sob a liderança do país economicamente mais poderoso do mundo, a utopia da *saúde perfeita* se move no terreno do dinheiro, fazendo que a biotecnologia atropela as diferenças culturais. Desta forma, acirrando as desigualdades, à população mais pobre e aos países subdesenvolvidos caberia agora, também a *exclusão genética*. Além disso, está se gestando uma nova noção de saúde, onde a *idéia* de saúde coletiva ou saúde pública dá lugar a um reducionismo (para o qual chama atenção Salzano, 2001) da soma da saúde de cada indivíduo saudável geneticamente, vivendo num ambiente puro ou purificado.

A visão do campo da saúde pública e coletiva brasileira é de que o progresso da biologia (da mesma forma que o progresso econômico) deve estar a serviço da sociedade de forma universal; e a ciência e a tecnologia, relacionadas a um projeto de qualidade de vida definido socialmente. Segundo Llerena (2000), existem hoje 33 serviços de genética médica distribuídos nas principais cidades do Brasil e cerca de 35.000 famílias sendo atendidas, segundo dados de 1995. O enorme impacto médico e social que as doenças genéticas trazem aos afetados e a suas famílias justifica todo o empenho para o projeto do Genoma Humano,

nascido a partir das preocupações da Genética Médica.

Dentro dessa postura ética, Llerena, enquanto geneticista atuando num hospital público, chama atenção para alguns pré-requisitos a serem preservados na aplicação dos conhecimentos e nos programas de prevenção e assistência baseados em testes genéticos: (a) a *autonomia* do cidadão quanto a aceitar ou não, voluntariamente, se submeter ao teste; (b) *privacidade* quanto às informações obtidas a partir dos testes; (c) *justiça* que assegure os direitos dos juridicamente incapazes; (d) *qualidade* dos serviços prestados, submetendo-os a auto-avaliação e avaliação externa nos serviços; (e) *equidade* que assegure o direito ao acesso aos serviços, independente de classe social, raça, local de moradia (LLERENA JR. 2000).

AS POLÍTICAS, O SISTEMA E OS SERVIÇOS DE SAÚDE

O último elemento a ser aqui considerado é a participação setorial nos determinantes da situação saúde. A oferta de serviços do setor é pautada pela dinâmica das mudanças no interior do estado e seu papel, e pelas conquistas da sociedade, frente à dominação de classes e de grupos específicos. Nesse particular, no Brasil existe uma longa história que vem desde o início do século quando Oswaldo Cruz e muitos outros pioneiros deram origem não só ao avanço do conhecimento das doenças infecto-contagiosas que assolavam o país, mas uniram a atividade de pesquisa, com a formulação de políticas de intervenção e serviços de prevenção e atenção aos enfermos.

O sistema de saúde vem passando por constantes modificações desde então, de certa forma, acompanhando as transformações econômicas, sócio-culturais e políticas do país. Estudos de Luz (1978), Costa (1985) e Buss (1995) mostram que nos anos 30 a 40, a assistência aos doentes era prestada por médicos de clínicas privadas e a assistência hospitalar, realizada nas casas de misericórdia, pertencentes a instituições religiosas. Em 1942 foram criados os “Serviços Especiais de Saúde” (SESP) que tiveram grande expressão primeiro na Amazônia por interesses voltados para prover as

necessidades dos aliados, no contexto da 2ª Guerra Mundial, e em seguida, no interior do país, visando ao saneamento e à assistência da população que vivia nas áreas rurais.

A partir dos anos 50, enquanto na área pública continuava a vigir o modelo campanhista de prevenção e tratamento de doenças, uma rede hospitalar privada foi se estabelecendo, no vazio deixado pelo estado, de tal forma que, ao final da década, sua magnitude era muito mais significativa que a das Casas de Misericórdia e dos estabelecimentos públicos. *Pari passu*, à organização de um sistema de saúde ainda muito fragmentado, na década de 20 já se iniciava uma preocupação com a previdência social e com a assistência médica corporativas que, então, a partir de um dispositivo denominado “Lei Elói Chaves”, organizaram-se por meio de Caixas de Aposentadorias e Pensões, (CAPs). Essas Caixas se estruturaram por empresas e eram administradas por empresários e trabalhadores. Esse germe da “previdência social atual” constituía o início de substituição do modelo campanhista, por não corresponder mais às necessidades do período de industrialização. O processo de substituição que se intensificou nos anos 60, acabou por configurar o que Luz (1978) denominou *modelo médico assistencial-privatista*, que vigorou, de forma hegemônica até meados dos anos 80.

A partir de 1964, no período de governo militar autoritário e caracterizado por políticas públicas centralizadoras, o modelo das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) passou a ser substituído por uma nova forma de previdência social, mais condizente com a abertura do país ao capital internacional. Em 1966 foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que, se é de triste memória para os trabalhadores alijados do controle dessa “máquina”, correspondeu à aliança entre uma tecnoburocracia federal e o setor médico empresarial. Durante o regime militar houve um crescimento geométrico de estabelecimentos hospitalares privados conveniados ao INPS, sendo que, de 1969 a 1984, ou seja, em 15 anos, a expansão do número de leitos da rede privada foi de 465%. Essa rede regida por interesses empresariais chegou a receber 70% dos recursos do INPS

para a assistência hospitalar (BUSS, 1995). Vem desse momento histórico a consolidação do modelo hospitalocêntrico que até hoje domina o mercado da saúde, assim como povoa o imaginário da população brasileira como sendo o ideal para o tratamento da saúde. Mas na verdade esse paradigma de assistência se mostrou como um mercado muito caro; consumidor de tecnologias frequentemente desnecessárias; visando mais ao lucro do que as necessidades da população e a qualidade dos serviços; e baseado mais nas doenças e na clínica do que na prevenção e promoção da saúde. Esse modelo gerou um tipo de subjetividade médica muito mais comprometido com as especialidades e, sobretudo, discriminador e excludente.

Nos anos finais da ditadura militar as críticas que vinham se gestando em setores contra-hegemônicos começaram a se expressar de forma organizada e por meio de experiências assistenciais públicas mais próximas às reais necessidades da população. A Conferência de Alma-Ata em 1979, que colocou questões muito importantes relativas à promoção, a ações básicas e definiu metas para a melhoria dos padrões de saúde no mundo, coincidiu com o momento de abertura e anistia política do país, permitindo a ampliação da consciência pública sobre o modelo insustentável do INPS. Na verdade, a década de 80 foi um momento histórico privilegiado para a consolidação das expressões organizadas de cidadania. Houve grande expansão do movimento *sanitarista*, que envidou teorias, experiências e práticas de saúde que saíram do aprisionamento do modelo excludente, discriminatório e ineficiente do INPS. Foi um marco essencial nesse percurso, a realização da VIII Conferência de Saúde que contou com a presença de 5000 pessoas, após amplo processo de mobilização nacional de 50.000 participantes nas instâncias estaduais e municipais. O relatório final desse evento serviu de base aos constituintes que, em 1988, produziram o capítulo dedicado à definição da saúde no interior da Seguridade Social e como direito universal e como dever do Estado. A Lei Orgânica da Saúde de 1990 detalhou os princípios básicos expressos na Carta Magna.

A implementação dos preceitos constitucionais de universalização da atenção à

saúde, de equidade no acesso aos serviços e de participação da sociedade nas definições das políticas, no acompanhamento de sua implementação e na fiscalização do uso dos recursos, é um processo em construção. Conforme resume Barros (1996), o sistema de saúde brasileiro deveria: (a) ser acessível a todo cidadão, independente de sua capacidade financeira ou de sua integração no mercado de trabalho; (b) ser capaz de responder às mudanças do quadro demográfico e do perfil epidemiológico; (c) ter como objetivo, a construção e a preservação da saúde e não apenas a cura da doença; (d) operar de modo articulado, sujeito aos mesmos princípios e diretrizes, visando à integralidade dos cuidados e oferecendo serviços de qualidade; (e) contar com uma gestão cujo processo decisório seja participativo nas esferas de governo e tendo a presença efetiva de setores da sociedade.

Estudo atual (CORDEIRO, 2001) sobre as políticas de saúde da década de 90 mapeia o percurso e os percalços da real efetivação de um sistema de saúde voltado para as necessidades da população, tal qual reza a Constituição de 1988. Esse autor descreve essa dinâmica como um processo de avanços e recuos, pactuações e conflitos. O âmago das contradições que o SUS vive hoje se centra no descompasso entre sua proposta de uma política pública universalista e os projetos neoliberais de reforma do Estado que foram receitados a toda a América Latina, buscando desonerar o setor público e focalizar sua atuação. Ora, numa sociedade como a brasileira, em que mais de 50 milhões de pessoas vivem em situação de pobreza e metade desse total, em situação de miséria (HENRIQUES e col. 2001), a garantia do direito à saúde não pode prescindir de uma estratégia integrada de ação estatal nos três níveis de governo. Nenhum ajuste proposto pelo mercado será capaz de garantir os serviços sociais essenciais, como no início da década de 90 foi aventado por alguns ideólogos do governo brasileiro, fortemente influenciados pela doutrina neoliberal (BARROS, 1996).

CONCLUSÕES

A reflexão sintetizada nas páginas deste trabalho pode, em alguma medida, ajudar a

levantar hipóteses sobre desafios de curto e médio prazo no campo da saúde no Brasil.

- 1) Do ponto de vista dos indicadores sanitários, apesar de, numa perspectiva histórica, se observar visível evolução positiva, seus limites estão dados pela questão social. Mais que nunca, é preciso investir na diminuição das grandes desigualdades econômicas no âmbito das classes, de gênero, de etnias, de regiões e entre e intramunicípios. Essa tese é hoje defendida inclusive por economistas que, no passado, tinham se guiado pela interpretação das teorias que consideravam benéfica a desigualdade social, sobretudo nos momentos iniciais de acumulação para o crescimento. Hoje está provado dentro das próprias teorias econômicas que, ao contrário, as desigualdades estruturais prejudicam o progresso econômico dos países.
- 2) No que concerne à questão ambiental, os desafios são imensos, em benefício de uma sociedade saudável. Muitos deles são seculares como a questão do saneamento básico. Outros são trazidos pela vida moderna como o *estresse* proveniente do trabalho ou do desemprego, do ritmo de vida, da poluição do ar, da água e dos rios; ou como ainda a violência que cresce nos ambientes sociais em que grande parte da população é excluída dos novos modos de produção e consumo e encontra guarita apenas em ocupações ocasionais, provisórias, de baixa remuneração ou em atividades ilegais. Alguns são trazidos pelo movimento ambientalista, como o cruzamento entre as desigualdades e a sustentabilidade e responsabilidade ecológica; a exploração e depredação da natureza e a viabilidade da vida para gerações futuras; a preservação e uso sustentado da biodiversidade. Há ainda, problemas provocados pela biociência que concernem à biossegurança, à bioética, à incerteza dos novos experimentos engenheirados, e ao uso das novas criações que promovem dispositivos artificiais, frequentemente competindo com a cosmovisão tradicional.
- 3) O desenvolvimento da biologia sem dúvida é uma das maiores esperanças, assim como uma das maiores incógnitas deste momento histórico. Esperança para uma infinidade de

peçoas que sofrem enfermidades hereditárias; para os que desejam envelhecer de forma saudável; para os que querem gerar filhos livres de problemas genéticos; esperança de cura de várias doenças. Por outro lado, há uma insegurança muito grande da sociedade sobre o alcance de muitas experiências. Há receios que rondam o imaginário sobre a criação de dispositivos artificiais e até a geração de novas vidas. Há questões de ética e de bioética que envolvem as concepções tradicionais de sacralidade e de qualidade de vida. Há questionamentos sobre o que até hoje foi considerado da esfera exclusiva do divino, ou seja, o direito de dispor sobre o nascimento e sobre o processo do morrer. Nada, porém, provoca mais conflitos do que a questão da privatização do acesso aos bens produzidos pela nova biologia. Esse temor se funda no fato de que os conhecimentos e tecnologias de genética têm alto valor econômico e um mercado em pleno florescimento. Dessa riqueza, grande maioria da humanidade poderá ficar excluída, se não houver um mecanismo superior de arbitragem sobre a universalização dos direitos humanos às tecnologias da saúde.

Em relação ao sistema de saúde, o momento atual de implantação do SUS traz algumas referências promissoras assim como questões

preocupantes. De um lado, se conseguiu a votação no Congresso Nacional de uma rubrica própria de recursos do Tesouro para a Saúde, assunto que vinha se arrastando desde o período pós-constituente. Essa conquista pode tornar, daqui para frente, menos inseguro o financiamento destinado a fortalecer e ampliar a universalização do sistema. De outro, existe forte movimento na direção de reverter o modelo hospitalocêntrico, por meio do fortalecimento de ações preventivas, de realização de políticas de promoção da saúde com bases intersetoriais nos municípios, de programas locais e domiciliares, e em consonância com as necessidades de atendimento mais comuns da população. Porém, os mecanismos de financiamento setoriais ainda estão fortemente centralizados; a participação social é frágil em todos os três níveis de execução da política; e mais que isso, a Reforma do Estado produzida no Brasil continua a atentar contra a universalização dos direitos e a protagonizar o desmantelamento da força de trabalho do setor público: inclusive o da saúde. Portanto, a ambigüidade e fragilidade com que se constrói a implementação do SUS não permitem hoje antever o futuro dessa política. Mas existe a certeza de que os movimentos sociais de saúde que construíram sua proposta dificilmente se esmorecerão no esforço de torná-la a expressão de seu compromisso social presente e com as gerações brasileiras no futuro.

GLOBAL CHANGES AND TENDENCIES OF THE HEALTH FIELD IN BRASIL

ABSTRACT

The purpose of this paper was to describe, analyze and project the health issue in Brazil based on the changes that have been occurring since the 70th decade of the 20th century. The text is based on both the widely diffused health concept presented by the Health World Organization in the so-called Ottawa's letter and the Brazilian Constitution of 1988 in the Social Security chapter. Therefore, the following themes are developed: (a) the social political issues, evidencing health; (b) the environmental problem; (c) a view on the biology development and its relation with health; and (d) the dynamics of organization and health service rendered to the population. The article finishes embracing some short and long term tendencies for the health social construction in the Brazilian society.

Key words: Health and society. Collective health tendencies. Widely diffused health concept. Health indicators. Social indicators.

REFERÊNCIAS

- BANCO MUNDIAL. **Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial**. Washington, 1999.
- BARBOSA, G. C. A dignidade da pessoa vivendo com doença genética: um depoimento. In: (F. CARNEIRO & M.C.EMERICK (orgs). **Limite: a ética e o debate jurídico sobre o acesso e uso do genoma humano**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000, pp.45-50.
- BARRETO, M. L.; CARMO, H. Situação de saúde da população brasileira: tendências históricas, determinantes e implicações para as políticas de saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, v. 3, n. 3/4, p. 5-34 jul./dez. 1994.
- BARRETO, M. L.; CARMO, H. Mudanças em padrões de morbimortalidade: conceitos e métodos. In: MONTEIRO, C.A. (org.) **Velhos e novos males da saúde no Brasil**. São Paulo: Hucitec/NUPENS, 1995, Pp.7-32.

- BARROS, R. P. Análise do Programa Social do Governo. **Cadernos do Observatório**, v. 1, n. 0, p. 111-124, mar. 1999.
- BARROS, E. Políticas de saúde no Brasil: a universalização tardia como possibilidade de construção do novo. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.1 (1): 3-25. 1996.
- BUSS, P. M. Saúde e desigualdade: o caso do Brasil. In: BUSS, P.M.; LABRA, M.E (orgs.) **Sistemas de Saúde: continuidades e mudanças**. São Paulo: Hucitec, 1995, pp.61-101.
- BUSS, P. M. Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, 5(1):163-186, 2000.
- CORDEIRO, H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 6 (2): 319-328, 2001.
- COSTA, N. R. **Lutas urbanas e controle sanitário**. Petrópolis: Editora Vozes. 1985.
- DUCHIADE, M. P. População brasileira: um retrato em movimento. In: MINAYO, M.C.S. (org). **Os Muitos Brasis**. São Paulo: Hucitec/ABRASCO, 1995, pp.14-56.
- ENGELS, F. **A situação da classe trabalhadora na Inglaterra**. Porto: Editora Afrontamento, 1975.
- FREDERIKSEN, H. Feedbacks in economic and demographic transition. **Science**, 166: 837-847, 1969.
- HENRIQUES, R. (org.). **Pobreza e Desigualdade no Brasil**. Rio de Janeiro: IPEA. 2001.
- IBASE. Observatório da cidadania no Brasil. **Cadernos do Observatório**. v. 1, n. 0, mar. 1999
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Síntese de indicadores sociais*. Rio de Janeiro: IBGE, 2004.
- IPEA/FJP/IBGE/PNUD. **Desenvolvimento Humano e Condições de Vida: Indicadores Brasileiros**. Brasília: Trena Triângulo Editora Nacional, 1998.
- LLERENA JR. J. C. A genética médica nas interfaces da ciência, ética e sociedade. In: CARNEIRO, F; EMERICK, M.C. (orgs). **Limite: a ética e o debate jurídico sobre o acesso e uso do genoma humano**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2000, pp.73-80.
- LUZ, M. T. **As instituições médicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal. 1978.
- MCKEOWN, T.; LOWE C. R. **Introducción a la Medicina Social**. México: Siglo XXI, 1989.
- MELLO JORGE, M. H.; GOTLIEB, S. **As condições de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Ministério da Saúde. 2000.
- MINAYO, M. C. S. (org). **Os Muitos Brasis**. São Paulo: Hucitec. 1995.
- MINAYO, M. C. S. (org). **Saúde e ambiente no processo de desenvolvimento**. Série Fiocruz, (2): 2000.
- MINAYO, M. C S. Tendências do campo da saúde no Brasil no século XXI. In: DOMINIQUE, R; ÉRIKA, F. H. W (orgs). **Ciência e Tecnologia para século XXI**. Rio de Janeiro: Academia Brasileira de Ciência & Faperj ed. 2002, p.46-79.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Promoção da Saúde: cartas de Otawa, Adelaide, Sundvall e Santa Fé de Bogotá**. Brasília: MS/IEC. 1996.
- NUNES, E. D. (org.) **As ciências sociais e saúde na América Latina**. Washington: OPAS. 1985.
- OMRAN, A. R. The epidemiologic transition. **The Milbank Memorial Foundation Quartely**, n. 3: 509-583, 1971.
- ROQUE, A.; CORRÊA, S. A agenda do ciclo social no Brasil: impasses e desafios. **Cadernos do Observatório**, v. 1, (0): 11-21, mar. 1999.
- ROSEN, G. **Da Polícia Médica à Medicina Social**. Rio de Janeiro, 1980.
- SALZANO, F. M. A hora e a vez do Genoma Humano: realidade, fantasia e investimentos. **Jornal da Ciência**, p. 6-7, 23 de fevereiro de 2001.
- SFEZ, L. **La santé parfaite: critique d'une nouvelle utopie**. Paris: Édition du Séuil. 1995.
- VERJOVSKI-ALMEIDA, S. O Genoma Humano e o triunfo da "big science": a quem interessam? **Jornal da Ciência**, p. 6-7, 23 de fevereiro de 2001.

Recebido em 30/09/04

Revisado em 15/10/04

Aceito em 30/10/04

Endereço para correspondência: Maria Cecília de Souza Minayo. E-mail: cecilia@claves.fiocruz.br