



FREE THEME ARTICLE

PARADIGMS THAT GUIDE THE MODELS OF ATTENTION TO THE HEALTH IN BRAZIL: AN ANALYTIC ESSAY

PARADIGMAS QUE PERMEIAM OS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL: UM ENSAIO ANALÍTICO

PARADIGMAS QUE ORIENTAN LOS MODELOS DE ATENCIÓN DE SALUD EN BRASIL: UN ARTÍCULO ANALÍTICO

Flávio César Bezerra da Silva¹, Francisca Marta de Lima Costa², Hamilton Leandro Pinto de Andrade³, Lúcia de Fátima Freire⁴, Patrícia Suerda de Oliveira Maciel⁵, Bertha Cruz Enders⁶, Rejane Maria Paiva de Menezes⁷

ABSTRACT

Objectives: to discuss the historical trajectory of health policies in Brazil, contrasting the paradigms flexenerian and the social production of health; to deal the range of cultural and ideological factors in historical development in the social field of health, relating them to the role of the University. **Method:** it was analyzed the subject from different authors who discussed the matter in order to detect the approach of the relationship between the paradigms and models of health care in the economic, political and cultural predominance. **Results:** the Universities have contributed to the discussions about the paradigms inherent in the social context of public health in Brazil, assuming the role of training, update and improve the content of their curricula, as well as to respond the demands arising from the society. **Conclusion:** It was concluded that this situation was crucial in the development of the emerging paradigm and that the University has an important role in the formation of professional critics, and reflective participants in structuring a new paradigm. **Descriptors:** healthy city; education; health policy.

RESUMO

Objetivos: discutir a trajetória histórica das políticas de saúde no Brasil contrapondo os paradigmas flexeneriano e da produção social da saúde; abordar o conjunto de elementos culturais e ideológicos coadjuvantes na construção histórica do campo social da saúde, relacionando-os com o papel da Universidade frente aos mesmos. **Método:** analisou-se a temática de diferentes autores que discutem o assunto no sentido de detectar as abordagens da relação entre os paradigmas e os modelos de atenção à saúde no contexto socioeconômico, político e cultural predominante. **Resultados:** as universidades têm contribuído com as discussões acerca dos paradigmas inerentes ao contexto social da saúde pública no Brasil, assumindo o papel de formar, atualizar e aperfeiçoar o conteúdo dos seus currículos, bem como responder às demandas advindas da sociedade. **Conclusão:** concluiu-se que essa conjuntura foi determinante na construção do paradigma emergente e que a universidade assume papel relevante na formação de profissionais críticos, reflexivos e participantes na estruturação de um novo paradigma. **Descritores:** cidade saudável; ensino; política de saúde.

RESUMEN

Objetivos: examinar la trayectoria histórica de las políticas de salud en Brasil, haciendo un contrapunto entre los paradigmas flexeneriano y de la producción social de la salud; discutir la gama de elementos culturales y ideológicos coadyuvantes en la construcción de la historia social en la esfera de la salud, cuanto a la función de la Universidad. **Método:** se analizó la temática de autores que han examinado la cuestión para detectar el enfoque de la relación entre los paradigmas y modelos de atención de la salud en los ámbitos económico, político y cultural predominantes. **Resultados:** las universidades han contribuido a los debates sobre los paradigmas inherentes al contexto social de la salud pública en Brasil, asumiendo la función de la formación, actualización y mejora del contenido de sus planes de estudio, así como satisfacer demandas derivadas de la sociedad. **Conclusión:** esta situación es fundamental en la construcción del paradigma emergente y la Universidad tiene un papel clave en la formación de profesionales críticos, reflexivos y participantes en la estructuración de un nuevo paradigma. **Descriptor:** ciudad saludable; educación; política de salud.

¹⁻⁵Enfermeiros. Mestrandos pelo Programa de Pós Graduação, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Brasil. E-mails: fcasarn@hotmail.com; enfermarta2001@yahoo.com.br; hamilandrade@hotmail.com; luciaff@ufrnet.br; patriciaedavi@hotmail.com;

^{6,7}Orientadoras. Professoras Doutoras, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Brasil. E-mails: bertha@ufrnet.br; rejemene@terra.com.br

INTRODUÇÃO

Política de Saúde é uma expressão que pode ser usada tanto para questões relativas ao poder em saúde (natureza, relações, estrutura, distribuição e lutas) como para as que dizem respeito ao estabelecimento de diretrizes, planos e programas de saúde.¹

Com vistas a entender a conjuntura atual e como as instituições de ensino formadoras dos profissionais de saúde podem contribuir com esse universo, faz-se importante analisar os paradigmas que permeiam os modelos de atenção à saúde no Brasil.

Trata-se de um estudo do tipo ensaio analítico, partindo da discussão dos conceitos e entendimentos de diferentes autores que estudam e discorrem sobre a temática anteriormente citada; esta pesquisa foi descrita em quatro tópicos separados tecendo comentários acerca da retrospectiva das políticas de saúde no Brasil, as contribuições dos modelos assistenciais na implementação das estratégias de promoção à saúde, os paradigmas Flexeneriano e de Produção Social e o papel da Universidade nesse cenário.

• Breve retrospectiva das políticas de saúde no Brasil

No Brasil, as políticas de saúde acompanham o desenvolvimento histórico e econômico do país. Seu princípio se deu com o sanitarismo campanhista em resposta à ocorrência de epidemias e doenças pestilentas que ameaçavam os interesses do modelo econômico agrário-exportador do século XX. Em seguida, com a implantação das primeiras indústrias e a precariedade das condições de trabalho surgem as primeiras iniciativas de legislações trabalhistas e previdenciária que resultam na Lei Elói Chaves e as CAP (Caixa de Aposentadorias e Pensões) e a Reforma Carlos Chagas que implantou o novo regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública. A atenção à saúde era fragmentada em saúde pública, medicina previdenciária e medicina liberal.¹

Na chamada “Era Vargas” (1930-1964) a saúde pública passa a ter institucionalização federal pelo Ministério da Educação e Saúde, enquanto a medicina previdenciária e a saúde ocupacional ficam vinculadas ao Ministério do Trabalho. As campanhas de controle das doenças foram institucionalizadas na estrutura do Ministério da Saúde em 1953, que se concentrava na execução das campanhas e de programas especiais como materno-infantil, tuberculose, endemias rurais, hanseníase, dentre outros.¹

Por volta da segunda metade do século XX o desenvolvimento das políticas de saúde pelos governos militares privilegiaram o setor privado e em 1966 foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que seria responsável tanto pelas aposentadorias e pensões como pela assistência médica aos segurados e familiares. Nesse período o governo centrava suas ações em programas verticais como o Programa Nacional de Saúde Materno-infantil, a Campanha de Meningite, o Programa Nacional de Imunização, entre outros.¹

Na década de 80 houve grande intensificação dos movimentos sociais e grupos de profissionais engajados nessa organização social que difundiram a proposta de uma Reforma Sanitária debatida durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, considerada um marco na reestruturação de saúde no Brasil. Neste contexto foi criado o SUDS (Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde), logo entendido como uma estratégia-ponte para a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS demarcou princípios de descentralização, universalidade, equidade, integralidade e participação social. Visando implementar esses princípios foi criado um programa, denominado Programa de Saúde da Família.¹

A reforma sanitária decorre da indignação contra as precárias condições de saúde, da mercantilização do setor, da possibilidade política de se enfrentar o problema, dentre outros fatores. A sistematização dessa reforma deu início em 1986 na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS)² e nela criou-se a Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), com a incumbência de viabilizar medidas de benfeitoria quanto a princípios e estratégias da reforma sanitária no Brasil.²

A CNRS, portanto, teve um grande trabalho pela frente, iniciando pela mobilização do Legislativo-parlamentar para incluir um capítulo sobre Saúde na Constituição da República de 1988 e leis referentes ao funcionamento do Sistema Único de Saúde - SUS. Desse modo, seguiu-se o trabalho de mobilização na perspectiva sócio-política, mobilizando a opinião pública e setores organizados da sociedade civil para a democratização da saúde e participação na gestão por intermédio de conselhos de saúde, atualmente considerada um dos grandes avanços do SUS e razão pela qual é conhecida como política cidadã.

Assim surgiu uma mobilização institucional, por meio do desenvolvimento e organização dos Sistemas Unificados e Descentralizados de

Silva FCB da, Costa FML, Andrade HLP de et al.

Paradigms that guide the models of attention...

Saúde (SUDS) para transformar um sistema de saúde descoordenado, centralizado e fracionado em múltiplas instituições públicas e organizações privadas, em um SUS de caráter público, descentralizado e complementado pela iniciativa privada.²

Vale ressaltar que entre os anos de 1987 e 1990 sucederam-se fatos como a constituinte, eleições diretas municipais, presidenciais e estaduais ocasionando turbulência política que repercutiram inviabilizando a proposta de reforma sanitária.

● Contribuições dos modelos assistenciais na implementação das estratégias de promoção à saúde

Deste processo social surgem intervenções setoriais de alcance limitado pela instalação de modelos assistenciais que visam promover articulações tecnológicas utilizadas pela organização dos serviços de saúde em espaços-populações, incluindo ações sobre ambiente, grupos populacionais, equipamentos e usuários de diferentes unidades prestadoras de serviço de saúde.²

Nessa direção, o debate das macropolíticas no setor saúde não tem privilegiado a questão dos modelos assistenciais. O sistema de saúde brasileiro é hoje palco da disputa entre modelos assistenciais diversos, com a tendência de reprodução conflitiva dos modelos hegemônicos. O modelo médico assistencial privatista (ênfase na assistência médico-hospitalar e nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico) e o modelo assistencial sanitarista (campanhas, programas especiais e ações de vigilância epidemiológica e sanitária), co-existem sem harmonia ante os esforços de construção de modelos alternativos.²

Essa situação tem contemplado, ao longo desse processo, tentativas de articular ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, na dimensão individual e coletiva, que passaram a ser operacionalizadas no processo de distritalização dos serviços de saúde desencadeado a partir do Sistema Único e Descentralizado de Saúde – SUDS (1987-1989) e desenvolvido, posteriormente, em alguns municípios do país. Desse modo, ao nível micro, vem se acumulando experiência na construção de modelos alternativos ao modelo assistencial hegemônico, incorporando, de certa forma, métodos, técnicas e instrumentos provindos da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais em saúde.²

Estas experiências apontam possibilidades concretas de construção de um modelo de

atenção à saúde voltada para a melhoria da qualidade de vida, tal como proposto no temário da 10ª Conferência Nacional de Saúde. Essas possibilidades foram reconhecidas no Encontro de Secretários Municipais de Saúde realizado no Ceará, em 1995, no qual foi elaborada a Carta de Fortaleza, documento que reconhece as conferências de Alma-Ata (1978), Ottawa (1986) e Bogotá (1992) como marcos referenciais do conceito de saúde para todos como direito fundamental do ser humano.²

Deste documento considerou-se que a crise do financiamento do modelo de saúde centrado na doença exige o estabelecimento de novas estratégias que recuperem o paradigma da saúde centrado na qualidade de vida e no desenvolvimento global das comunidades com participação dos cidadãos.²

O exemplo brasileiro deste setor demonstra que é possível a construção de um novo paradigma em saúde em nível municipal a partir de um processo integrado, participativo e criativo que dependa fundamentalmente da decisão política das autoridades locais.³

A municipalização, na medida em que venha a significar uma efetiva redefinição de funções e competências entre os níveis de governo do SUS, implica a constituição de sistemas municipais de saúde, nos quais se pode identificar o modelo de gestão e de atenção à saúde ou modelo assistencial.³

Sabendo da existência da problemática do financiamento do SUS, atrelado à capacidade de produção de serviços, o Ministério da Saúde desenvolveu o modelo assistencial da Estratégia de Saúde da Família, cujos resultados positivos em termos do impacto sobre alguns indicadores de saúde vêm contribuindo para legitimá-la, a ponto de ser considerada hoje o eixo do processo de reorganização dos serviços básicos, assim como da rede de serviços de saúde no SUS.⁴

Do mesmo modo, esforços mais recentes no âmbito do Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI), acenam com a possibilidade de apoio financeiro e técnico para a implementação de sistemas de vigilância da saúde, entendidos como vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, em um amplo programa denominado VIGISUS.⁴

No tocante ao VIGISUS, trata-se de um projeto que objetiva o estabelecimento do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, financiado pelo Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD) e pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS).

Nesse aspecto, o objeto da vigilância está concebido na perspectiva das relações entre

Silva FCB da, Costa FML, Andrade HLP de et al.

Paradigms that guide the models of attention...

os modos de vida dos distintos grupos populacionais e suas diversas expressões no processo saúde-doença. Destacam-se também os meios de trabalho, com seus métodos, técnicas e instrumentos gerenciais necessários para a operacionalização das práticas de vigilância da saúde.⁴

Tais práticas também diferem das ações tradicionais de vigilância epidemiológica e sanitária ao apontarem a possibilidade de incorporação de outros sujeitos, gerentes de serviços, técnicos e representantes de grupos organizados da população.⁴

Comparando esta concepção de Vigilância da Saúde com os modelos assistenciais vigentes (médico-assistencial e sanitário, hegemônicos) constatam-se as diferenças com relação aos sujeitos, objeto, métodos e forma de organização dos processos de trabalho.⁴

Entretanto, a Vigilância da Saúde propõe a incorporação de novos sujeitos, extrapolando o conjunto de profissionais e trabalhadores ao qual corresponde à ampliação do objeto, que envolve as determinações clínico-epidemiológicas no âmbito individual e coletivo, bem como, as determinações sociais que afetam os distintos grupos populacionais em função de suas condições de vida.⁴

Assim, para intervir na saúde, faz-se necessário o uso dos conhecimentos e tecnologias médico-sanitárias mediante tecnologias de comunicação social que estimulam a mobilização, organização e atuação dos diversos grupos na promoção e na defesa das condições de vida e saúde.

A Vigilância da Saúde corresponderia, assim, a um modelo assistencial que incorpora e supera os modelos vigentes, implicando na redefinição do objeto, dos meios de trabalho, das atividades, das relações técnicas e sociais, bem como das organizações de saúde e da cultura sanitária.⁴

Com a intenção de superar a dicotomia entre as chamadas práticas coletivas (vigilância epidemiológica e sanitária) e individuais (assistência ambulatorial e hospitalar) é importante a incorporação das contribuições da nova geografia, planejamento urbano, epidemiologia, administração estratégica e ciências sociais em saúde. Para tanto se utiliza como suporte político-institucional o processo de descentralização e de reorganização dos serviços e das práticas de saúde ao nível local.⁴

● Paradigmas flexeneriano e de produção social

Concebe-se paradigma como conjunto de elementos culturais, suposições teóricas

gerais, leis, e técnicas adotadas e partilhadas por uma comunidade científica. Ele sofre influencia direta do contexto socioeconômico, político, cultural e tecnológico vigente, e da mesma forma influencia esse contexto.⁵⁻⁶⁻⁷

Tecendo breve histórico quanto ao paradigma flexeneriano da saúde, o mesmo se deu mediante um esforço acadêmico direcionado à mudança do ensino médico, que não estava preparado para responder às novas evidências e idéias. Entre os vários projetos de reformulação, o da Fundação Carnegie para o Progresso do Ensino foi triunfante, sobrepondo-se e obtendo repercussão internacional, dando origem ao *Relatório Flexener*, de 1910, que veio a instituir o ideário hegemônico no campo da saúde ainda vigente nos dias atuais.⁸

O principal elemento desse paradigma é o *curativismo* (elemento primordial, pois a *prática sanitária passa a ser a busca da cura dos indivíduos que manifestaram alguma doença*) e, entre os demais elementos, o *mecanicismo* (causa atuante num corpo, sempre produzindo um efeito, incorporando-se a noção de unicausalidade); o *biologicismo* (as doenças e suas curas sempre ocorrem no nível biológico); o *individualismo* (o objeto das ações em saúde é um indivíduo, tratado por outro indivíduo, excluindo-se, portanto dessa ação o contexto ambiental, o social e o histórico); e a *especialização*.

Entretanto, a situação de morbimortalidade observada no transcorrer do século XIX foi se alterando com a diminuição da importância das doenças transmissíveis e conseqüente aumento das denominadas degenerativas, devido essencialmente às melhorias nas condições gerais de vida, mais do que aos progressos médicos mencionados.

Como conseqüência mais imediata desse processo houve o deslocamento da ênfase curativa para a prevenção, resultando no que se poderia reconhecer como uma crise no curativismo. Essa crise foi mais além, pois os fatores que condicionavam a saúde não se limitavam aos elementos tradicionais do processo saúde doença.

Em decorrência destes fatos, a medicina preventiva, não dando conta de todo o processo saúde doença, nem do estudo de suas naturezas, mecanismos de atuação e meios para prevenir a sua existência, pôde identificar riscos e atuar sobre os mesmos. De fato, se é verdade que a medicina preventiva deu origem ao novo paradigma, não chegou a romper com o antigo.⁹

A nova visão da saúde não se deu somente pela visão preventiva. Entre várias áreas com

Silva FCB da, Costa FML, Andrade HLP de et al.

Paradigms that guide the models of attention...

afinidade para a nova abordagem holística da saúde, a ampliação do conceito de educação sanitária, afastando-se da abordagem higienista, contribuiu para um dos elementos mais importantes do *novo* paradigma, a promoção da saúde.¹⁰

A saúde de um indivíduo ou de uma comunidade passa a depender também da interferência que o homem exerce sobre as interações dos grupos sociais e políticas adotadas pelo governo. Isto influencia os próprios mecanismos de atenção à doença, o ensino da medicina, da enfermagem, da educação e das intervenções sobre o meio ambiente.

Nesse sentido, ser saudável não pode ser apenas ausência de doença, no sentido tradicional. Deve significar também a possibilidade de atuar, de produzir a sua própria saúde, quer mediante cuidados tradicionalmente conhecidos, ou por ações que influenciem o seu meio - ações políticas para a redução de desigualdades, educação, cooperação intersetorial, participação da sociedade civil nas decisões que afetam sua existência - para usar uma expressão bem conhecida, o exercício da cidadania.

Entre os pré-requisitos básicos para que uma população possa ser saudável, a partir de amplas concepções de saúde e bem-estar, segundo o paradigma da história social da saúde estão: paz; habitação adequada; educação; alimentação; renda; inserção no mercado de trabalho; ecossistema saudável; justiça social e equidade garantindo os direitos fundamentais dos cidadãos.¹¹

Com essa noção abrangente de saúde surge o movimento da *nova saúde pública* respaldado nesse referencial e na busca de métodos adequados à realidade política que tornem mais eficientes as ações sociais e ambientais para saúde e qualidade de vida.

A ideia de que a saúde é produzida socialmente implica o reconhecimento de que: os determinantes de saúde são mediados pelo sistema social bem como pelas relações sociais, excludentes, que operam o sistema; as ações que visam à resolução das distorções e desigualdades existentes nos padrões de saúde ultrapassam os limites de atuação do setor e exigem atos coordenados em várias esferas de governo.¹²

Assim, as propostas de consolidação do campo da saúde, como forma de superação da crise da saúde pública, podem oportunizar efetivamente a promoção da saúde e/ou cuidado da doença em uma nova perspectiva paradigmática, através de maior e mais efetiva participação da sociedade nas

questões da vida. Em suma, pretende-se propor que este movimento ideológico pode melhorar a articulação dos novos paradigmas científicos capazes de abordar o objeto saúde-doença-cuidado respeitando sua historicidade e integralidade.¹³

O crescimento e desenvolvimento dos grandes centros urbanos expõem a população a uma série de riscos à saúde, no entanto não lhes oferecem os recursos suficientes para atendimento das suas necessidades básicas de saúde. Dentre esses riscos se encontra a pobreza, condições inadequadas de trabalho, alimentação, segurança, uso excessivo de substâncias químicas, poluição, entre outros.¹⁴

Diante deste quadro, na década de 70, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e suas agências regionais, como a Organização Pan-americana de Saúde (Opas), iniciaram o movimento por cidades saudáveis como um projeto estruturante do novo paradigma.

Tal projeto, que se fundamenta numa visão de saúde como qualidade de vida, enfoca também a participação popular como forma de mobilização e de democratização, valoriza o compromisso político com a equidade e busca mudanças na forma de gestão nos diferentes níveis de governo, sobretudo o local.

● O papel da universidade nesse cenário

As universidades têm contribuído com as discussões acerca dos paradigmas inerentes ao contexto social da saúde pública no Brasil. Sua contribuição ocorre mediante ensino, pesquisa teórica/aplicada e participação no setor saúde em todas as instâncias governamentais.

Enquanto instituições de ensino, as universidades assumem os papéis de formar, atualizar e aperfeiçoar o conteúdo dos seus currículos, bem como responder às demandas advindas da sociedade.

A Universidade vem assim se reestruturando e atualizando respondendo de modo positivo e eficiente às demandas sociais do setor saúde, e participando de maneira construtiva, conseqüente e solidária na implementação do SUS.

Nesse aspecto, a Universidade Pública tem papel fundamental na viabilidade do exercício do controle sócio econômico e assistencial na defesa do Sistema Único de Saúde, numa visão de promoção à saúde e prevenção de agravos, além de reafirmar a sua função social a partir da troca de saberes e da formação profissional.¹⁵⁻¹⁶

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com o exposto, consideramos que o paradigma Flexeneriano permanece dominante apesar da existência de um paradigma emergente determinado socialmente. Entendemos ainda que essa sobreposição requer um posicionamento das instituições de ensino na formação dos profissionais de saúde capazes de efetivar essa mudança de paradigmas.

Com vistas a contribuir com a formação de profissionais atuantes na conjuntura social e assim influenciarem na construção e fortalecimento do modelo de paradigma emergente, a Universidade assume papel relevante tanto na construção do perfil crítico, reflexivo e participante dos indivíduos, como na defesa do Sistema Único de Saúde como direito universal e dever do Estado.

Percebemos que, para tanto, deve haver empenho de todos os atores envolvidos nessa conjuntura para que a saúde no Brasil, país que convive com uma realidade onde a desigualdade social prevalece e os direitos são negados a milhões de excluídos socialmente, venha a incorporar efetivamente os princípios da universalidade, integralidade e equidade, preconizados pelo SUS.

REFERÊNCIAS

1. Rouquayrol MZ, Almeida FN. Epidemiologia & saúde. 6ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Medsi; 2003.
2. Arouca ASS. Implementação da reforma sanitária através do SUDS. Saúde em Debate; (22): 49-54, out. 1988.
3. Paim JS. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: Costa MFL, Souza RP, organizadores. Epidemiologia & saúde. 4ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Medsi; 1: 455-66, 1994.
4. Teixeira CF, Paim JS, Vilasbôas AL. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. Iesus. 1998 abr/jun; 7(2).
5. Kuhn TA. A estrutura das revoluções científicas. 7ª Ed. São Paulo (SP): Perspectiva, 2003, p. 262. Tradução Boeira BV e Boeira N. Título original: The structure of scientific revolutions. Data de publicação original: 1969.
6. Chalmers AF. Teorias como estruturas: os paradigmas de Kuhn. O que é ciência afinal? São Paulo (SP): Brasiliense, 1993, p. 123-257.
7. Santos BS. Um discurso sobre as ciências. 2ª ed. São Paulo (SP): Cortez; 2004, p. 92.
8. Santos JLF, Westphal MF. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde:

o papel da universidade. Estud. av. 1999;13(13):71-88.

9. Stachtchenko S, Jenicek M. Conceptual differences between prevention and health promotion: research implications for community health programs. Canadian Journal of Public Health. 1990; Jan/Feb;81(1):53-55.
10. Ferraz ST. Promoção da saúde: viagem entre dois paradigmas. Rev. adm. publica. 1998; Mar/Abr;32(2):49-60.
11. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Ottawa: 1986; 21 Nov. 1.
12. Santos JLF, Westphal MF. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. Estud. Av.1999;13(35);71-88.
13. Paim JS, Almeida FN. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? Rev. Saúde Pública. 1998; Jun;4(32):299-316.
14. Mendes EV. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. In: Mendes EV. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Lucitec; 1996. p. 68-99.
15. Viana VP. A universidade e o controle social do Sistema Único de Saúde no estado de Pernambuco. Cadernos de extensa - PROEXT. 1998. p. 21-28.
16. Mendonça ET, Amorim WM. Tecendo as circunstâncias de reformulação e operacionalização do sistema nacional de saúde de 1973 A 1979. Rev Enferm UFPE On Line. 2009;3(2):133-140. [Acesso em: 2009 set 21]. Disponível em <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/enfermagem/article/view/272/365>

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2009/08/01

Last received: 2009/09/10

Accepted: 2009/09/11

Publishing: 2009/10/01

Corresponding Address

Flávio César Bezerra da Silva
Rua Gastão Mariz, 131, Nova Descoberta
CEP: 59075-208 – Natal (RN), Brazil