

---

**POLÍTICA MÉDICA**

---

**E MEDICINA TROPICAL<sup>1</sup>**

---

---

*João Carlos Pinto Dias<sup>2</sup>*

**RESUMO**

Em razão das relações entre medicina e sociedade, observa-se ao longo da história um progressivo envolvimento político e social no processo de promoção da saúde. Nessa relação estão em jogo pressupostos de ética social embasados nos princípios de equidade e universalidade. Tais princípios, mais recentemente expressos, como na Reunião de Alma Ata, originam-se de fundamentos filosóficos, bem como das grandes religiões e da Revolução Francesa, dentre outros. As relações entre política e saúde tornam-se cada vez mais evidentes e interdependentes, ensejando várias reflexões e direcionamentos por parte dos profissionais e cidadãos envolvidos. No âmbito específico da Medicina Tropical, são observadas e discutidas várias situações, indagações e desafios que conferem aos governos, administradores e tropicalistas importantes possibilidades e compromissos ligados à construção geral da sociedade, particularmente no cenário do Brasil e de outros países em desenvolvimento.

**DESCRITORES:** Política. Medicina. Doenças Tropicais.

As relações entre política e saúde constituem um tema atual e pertinente entre os estudiosos da Patologia Tropical, particularmente no Brasil. Na esteira de Oswaldo, de Ribas e de Chagas, a vocação maior dos nossos “tropicalistas” tem sido a conciliação entre serviço, ensino e pesquisas sobre as principais doenças endêmicas de nosso país, a maioria delas apresentando condicionantes político-sociais (6). Desde a Antiguidade, as epidemias e mazelas endêmicas foram relacionadas com o comportamento humano, com o clima e o ambiente, com as ações antrópicas, políticas e sociais. Registram-se na História os escritos de Hipócrates, as posturas sociais e religiosas de judeus, islâmicos, babilônios e chineses e os profundos

---

1 Resumo de uma conferência realizada no XXXIX Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, Belém, 2003.

2 Pesquisador titular da FIOCRUZ.

Endereço para correspondência: Centro de Pesquisas René Rachou, Av. Augusto de Lima, 1.715, Barro Preto, 30190-002, Belo Horizonte, MG. E-mail: jcpdias@cpqr.fiocruz.br

Recebido para publicação em 10/2/2004. Aceito em 26/12/2004.

marcos políticos de compromisso com o bem-estar coletivo em momentos do Cristianismo e da Revolução Francesa, assim como em Marx e em Leão XIII. Com Pasteur cristalizou-se uma era de progresso em que Virchow e J. Snow ampliaram o conhecimento sobre as bases sociais e políticas das doenças. Ao início do século XX, no Brasil, surge o movimento da prática sanitária e da construção nacional, representado fundamentalmente por Oswaldo e Chagas.

Constituem marcos diretos e recentes da relação política-saúde o Congresso Internacional de Berlim (1890), a Declaração Universal dos Direitos Humanos, a Constituição Italiana (1947: “saúde como direito de todos”), a Reunião de Alma Ata (1978: “saúde para todos como desejo dos povos”) e, no Brasil, a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986: “saúde como direito do cidadão e dever de Estado”) (1, 5, 8, 10).

O presente tema tem sido explicado por alguns dos muitos e bons cientistas políticos e sociais que em toda a América Latina vêm se empenhando na luta pela reforma sanitária fundamentada na equidade e na ética social (2, 10, 12, 16). Abordado também por médicos da área e, portanto, tratado de forma genérica e pragmática, o tema tem um perfil notadamente interdisciplinar, em caráter basicamente introdutório.<sup>3</sup>

Como fundamento desta reflexão, pode-se tomar uma advertência memorável de Rossi Doria, no início do século XX:

Da consciência individualista e imediatista primitiva tem-se evoluído para uma consciência sanitária que assiste o outro, a coletividade e o ambiente, e, mais adiante, busca a prevenção de doenças, a promoção da saúde e a seguridade social. O que pode fazer um indivíduo isolado? A saúde requer ação coletiva: para cada dez que curou e dois que saram de verdade, outros vinte ficam doentes devido à persistência dos fatores etiológicos. A saúde requer uma intervenção política, levando-se sobretudo em consideração a Biologia e a História, com base no fato de que “nós somos como a natureza nos fez, os homens nos educaram e o ambiente nos acostumou”. (13, grifo no original)

Na mesma linha, Berlinguer postulava em 1987, ao definir o engajamento sociopolítico dos médicos:

Há muitos médicos que – ao invés de exercerem plena sua ação social, limitam sua atividade ao exercício da terapia individual, lutando mesquinamente entre si e se rebaixando. Mas há também médicos que

---

<sup>3</sup> O autor homenageia a Juan Cesar Garcia, Giovanni Berlinguer e Guilherme Rodrigues da Silva, personalidades emblemáticas da Medicina Social contemporânea, por sua indiscutível contribuição para a área.

em âmbitos distintos difundem o fermento de novas idéias, o eco de novas descobertas, contribuindo para a educação das massas e da comunidade. Há finalmente médicos que, depois de terem descoberto que o obstáculo principal na aplicação das boas normas aconselhadas pela ciência está nas más condições econômicas da maior parte da humanidade [...], sentem o dever de fazer, após o diagnóstico e a cura destes males, uma incursão na sociologia e um mergulho na luta política, procurando enfrentar as enormes dificuldades econômicas e políticas que se opõem à saúde e à ampliação dos limites da vida. (1)

Na perspectiva dos Direitos Humanos, a questão da saúde assumiu grande relevância social e ética nos dois últimos séculos, curiosamente em paralelo com sua crescente importância como negócio, poder e movimentação de divisas. Num âmbito maior, o próprio surgimento da Organização Mundial da Saúde (OMS) deu-se sobre os frangalhos da Segunda Guerra, quando o mundo buscava desesperadamente um traço de unidade e dignidade (11). O postulado italiano de 1947 considerava o “Direito à saúde como direito fundamental do indivíduo e interesse da coletividade”, conceito ratificado em Alma Ata, 1978, e na Constituição Brasileira, 1988. Como cenários de fundo se apresentavam a vitória sobre o eixo nazi-fascista e, no Brasil, a superação da ditadura militar (1964-1985), configurando-se momentos de euforia democrática e a emergência de novas perspectivas sociais e políticas nos países em desenvolvimento (4, 8, 10, 14). Como previsível, iniciou-se também paulatina reação ao novo movimento. Na Itália, por exemplo, quando dos primórdios de sua medicina social, já nas primeiras décadas do século XX, logo surgiram deformações: arquivamento informal de legislação aprovada, priorização de interesses, superconsumo etc. Assiste-se, portanto, a uma “reforma” mais retórica que concreta, em que mais se ensejam manobras de poder que elevação de consciências (1, 10, 11).

Avaliando esses problemas na Itália, postula Berlinguer que, entre os grandes responsáveis pelas dificuldades e fracassos do sistema público de saúde idealizado para seu país, sobressaiu a postura dos partidos políticos, que não incluíram nem mantiveram a saúde nos seus programas de ação, limitando-se aos jogos de interesse, ao imediatismo, à retórica e à negociação política (1). Já em nosso país, revendo a trajetória do Sistema Único de Saúde após uma década da VIII Conferência Nacional de Saúde, David Capistrano pontuou diversas dificuldades. Como antagonismos básicos assinalou o despreparo e a desarticulação das lideranças, o imediatismo, o menosprezo à reação dos interesses particulares, a onda da globalização e da economia de mercado, os jogos de poder e as manobras político-partidárias (3).

Entraves e possibilidades constituem algumas das múltiplas interfaces dessa questão. No rol dos empecilhos estão as macroestruturas políticas, como os governos e partidos políticos caracterizados pela falta de compromisso histórico e de referências éticas, pela corrupção e pelo imediatismo. No lado positivo desse quadro

histórico se observa a evolução da prática da epidemiologia social e das análises mais contextuais da saúde. Tal progresso constitui um epifenômeno político que pressupõe um enfoque multidisciplinar e dialético, amplamente embasado no dia-a-dia das relações sociais e políticas (2). De modo particular, programas e pesquisas em Doenças Tropicais foram sendo implementados em vários países, especialmente naqueles em desenvolvimento, facilitando a compreensão de muitas raízes políticas e sociais das enfermidades e ajudando a motivar uma nova consciência coletiva (4, 6, 9, 10). Nesse ponto, duas circunstâncias se apresentam e desafiam a Tropicologia, principalmente dos países emergentes:

- a) para o Estado, o grande apelo é o da equidade, com conotações de universalidade, princípios já presentes nas grandes religiões (misericórdia, fraternidade, solidariedade) e ratificados na Revolução Francesa, na criação da ONU, em Alma Ata, na Constituição do Brasil;
- b) quanto ao estudioso que vai aos males do coletivo, há que mergulhar na vida e nas circunstâncias da grande coletividade, no âmago da miséria e da exclusão, mas há também que adentrar os espaços do poder, da riqueza e da dominação, em todos esses âmbitos empenhando-se por sair ileso, ser justo, não se deteriorar, como referia Stavehagen em 1976 (apud Dias, 5).

O presente texto objetiva basicamente refletir de maneira bem simples, com os tropicologistas latino-americanos, que nossas doenças infecciosas e parasitárias, especialmente aquelas endêmicas e de maior peso social, além de seus condicionantes biológicos, têm muitas raízes sociais e políticas. E são profundas as implicações que têm essas raízes na produção de tais doenças e no impacto social causado por elas, assim como em seu manejo e controle. Tais agravos requerem, em seu enfrentamento, ações de cunho social. Habitados aos modelos mais biologistas, hospitalocêntricos e de oligocausalidade, nossos profissionais se debruçam sobre a pesquisa e o serviço muito intensamente e mesmo com alguns casos de ótimos resultados; mas sempre correndo o risco de se isolarem e se restringirem a ações pontuais, sobretudo de não participarem, com sua natural liderança, de uma ação mais ampla e mais geradora de promoção humana e social (2, 8, 13).

As profundas implicações nas doenças tropicais, numa perspectiva histórico-epidemiológica, podem ser vistas nos maiores e mais recentes cenários da humanidade. Estes mostram-se inter-relacionados e em intensa mudança, em grande parte, decorrente de ações antrópicas e políticas. Figuram nesses cenários (2, 6, 8, 11, 12):

- a) Elementos genéricos (sociais e políticos):
  - câmbios ambientais - desmatamento, buracos de ozônio, poluições (aérea, aquática e sonora), radiações;

- câmbios demográficos - aumento da expectativa de vida e superpopulação;
- urbanização explosiva, industrialização, migrações;
- câmbios políticos - polarização, articulações de blocos, economia de mercado, emancipação de classes e da mulher;
- câmbios sociológicos e comportamentais (competição, stress, terceira idade);
- câmbios epidemiológicos (decorrências) - crescimento dos agravos crônico-degenerativos;
- evolução em ciência, tecnologia e informação.

b) Elementos de crise na medicina e na política médica (limitações):

- os progressos e benefícios (incluindo alimento, saneamento, atenção) não atingem toda a humanidade;
- o crescimento progressivo de custos, a submissão ao mercado, o desperdício e o desvirtuamento da medicina como negócio e mera fonte de lucro.

Contraopondo-se a esses cenários, pressupostos fundamentais têm sido estabelecidos, numa concepção funcional e ética da saúde, como coisa social (4, 7, 8):

- existência de um estado de democracia, capaz de garantir o acesso e a equidade;
- de um estado de cidadania, capaz de viabilizar participação e controle social;
- de um processo de educação libertadora, na concepção de Paulo Freire, capaz de fazer ascender socialmente os excluídos e de formatar uma sociedade responsável;
- condições de mínima eficiência e organicidade institucional, para que o sistema se viabilize em estruturas estáveis e com capacidade de aprimoramento;
- um esquema de financiamento compatível e sustentado.

De forma geral, o aprofundamento de cada um desses pontos passa por uma nova lógica de cooperação e transdisciplinaridade. Avançando na compreensão do processo saúde-doença-sociedade, tão pertinente aos agravos infecciosos e parasitários, a chamada Epidemiologia Social tem crescido na América Latina, em que pesem tremendas dificuldades práticas (de ordem política, organizacional e econômica) e interesses contrários (2, 10), contextualizados por quatro posturas recentes:

- a) marco epidemiológico: não existe linearidade ou continuidade no fluxo dos eventos, especialmente dos avanços sociais; estes melhor se enquadram num modelo epidemiológico complexo e multifatorial, com características universais (modelo “planetário”) e dialéticas (2, 8, 9);

- b) política como conformação de interesses: enfrenta-se o risco de políticas compensatórias diante das grandes mudanças estruturais e comportamentais, forjadas na educação, na participação e na equidade (4, 10, 12);
- c) necessidade de uma perspectiva processual: no atual clima de avanços, falta ao homem o compromisso com um processo que, ao longo das gerações, “busque o prolongamento e a qualidade de vida e desenvolva um código de valores para a convivência” (11, 12);
- d) realidade latino-americana: os efeitos socialmente benéficos dos valores da democracia representativa e dos direitos humanos têm sido parcialmente anulados na região. As democracias reinstaladas sobre as bases do poder das oligarquias e sobre os interesses corporativos em formação não resistiram às deformações desestabilizadoras geradas pela Guerra Fria e sustentadas pelos interesses dessas mesmas oligarquias e pelo temor que elas inspiram. Por sua vez, o Estado, refém dos interesses oligárquicos ou corporativos e herdeiro das deformações cartoriais, além de perder a capacidade de ação, passou a consumir a poupança do sistema e a fomentar dívidas externas e internas (10). Em particular, a avalanche neoliberal dos últimos tempos, em cumplicidade com a estratégia fundamentalista, sacrifica a região com cortes orçamentários, com a focalização – em caráter emergencial e assistencialista – nos setores mais pobres e com a privatização e descentralização (sem propiciar poder local nem recursos e fazendo o enxugamento do Estado, transferências do gasto e simplificações), conforme inúmeras avaliações (2, 8, 10, 12, 16).

Cabe analisar a saúde como fator de produção e bem-estar, como direito e dever, envolvendo as práticas sociais e políticas e os setores integrados, como habitação, nutrição, saneamento, educação. E uma vez que este estudo se atém à realidade imediata da América Latina, um continente de pobreza e em crise, discute-se a racionalidade para uma ação política em saúde especificamente nessa região. Aqui os agravos prevalentes, que têm um custo social e financeiro, apresentam diferenciadas expressões políticas, de mercado e de demanda social, conforme o mercado e a população em jogo. Na formulação das políticas de saúde, impõe-se na América Latina o papel de um Estado regulador e soberano, voltado ao provimento de saúde para todos (equidade). Um estado cujas necessidades fundamentais sejam a vontade política e a necessária massa crítica em recursos humanos. Implicam aqui – principalmente para os sucessos e realizações – créditos políticos de médio e longo prazos a serem auferidos pelos governantes.

O papel da academia (universidade e institutos de pesquisa) é fundamental nesse contexto, integrando e monitorando a ação política. Reclamam-se múltiplos indicadores epidemiológicos e de processo, capazes de ultrapassar metas físicas e concentrar-se nos produtos e no estado de bem-estar. Tornam-se igualmente indispensáveis fatores como entendimento entre técnicos e governantes, graus de

participação de políticos e partidos na questão da saúde, continuidade à evolução de programas, integração dos cidadãos, padrões de justiça e oportunidades, níveis de inclusão etc. (7, 9, 10, 12). A ação política internacional é um outro tema postulado na área da saúde e que pressupõe uma lógica própria, constituindo-se em desafio para a América Latina, no que tange a macropolíticas, ações e programas compartilhados – serviço e pesquisa (4, 8, 10).

Esse leque de desafios comprova que o tema da saúde não pode estar desvinculado da construção do Estado e da cidadania. Portanto todos os atores envolvidos na questão devem estar atentos às grandes transformações nas macropolíticas internacionais que hoje têm refletido na forma e constituição dos povos e nações, na concepção do mundo e nas relações internacionais, naturalmente desencadeando uma perspectiva política altamente trabalhosa. Nesse propósito várias perguntas precisam ser colocadas, em particular no âmbito dos países em desenvolvimento, como o Brasil (4, 8, 14): a) Estaremos diante do fim do Estado-Nação? b) Será que, nas sociedades globalizadas, o Estado conseguirá impor limites à exclusão e à concentração de renda? c) Políticas sociais nacionais são compatíveis com a internacionalização financeira e os novos fluxos de comércio? d) Como agregar alianças com setores privados e organizações não-governamentais, igrejas e corporações representativas de toda a sociedade? e) Como conciliar os princípios de emancipação com os de regulação? f) Como superar as exigências de Estado Mínimo (pelo FMI) diante da necessidade de um Estado provedor, redistribuidor e regulador? g) Como transformar políticas paternalistas, populistas, demagógico-imediatistas em instrumentos de equidade e de cidadania? As respostas e aberturas a essas questões surgem com uma série de posturas políticas em forma de novos desafios e metas de curto e médio prazos para governantes, técnicos e cidadãos. Todas absolutamente pertinentes à questão da saúde, tais posturas se resumem aos seguintes desafios para esses atores (1, 5, 12, 14):

- viabilizar sua identidade perante a globalização e a lógica de mercado;
- superar-se politicamente para assegurar um estado de bem-estar e crescimento social e equidade;
- superar a corrupção, o desperdício e a malversação da coisa pública;
- suportar e administrar as forças internacionais de domínio e submissão política e econômica;
- promover a participação social e garantir a democracia;
- interagir com os povos congêneres, edificando forças e alianças de sustentação e proteção das nacionalidades.

Mui claramente, as questões da globalização, da economia de mercado e do “enxugamento” do Estado pontificam nesta discussão (4, 6, 8, 16). De modo geral, a globalização implica a desregulação doméstica; a liberalização comercial; a privatização de serviços públicos pelo investimento estrangeiro e

pelos capitais voláteis, resultando em desenvolvimento desigual, a instabilidade social e econômica e as desigualdades sociais crescentes, tudo isso com notórias e complexas influências no setor da saúde.

Para eminentes profissionais,

*a verdadeira Reforma do Estado no Brasil já está ocorrendo na área da saúde, com a busca da equidade, da participação popular, da eficiência gerencial e da descentralização, e será vitoriosa na medida em que implantemos o SUS, [sendo] preciso reconstruir a articulação entre políticas econômicas e políticas sociais, de tal forma que o desenvolvimento econômico não imponha sua lógica sobre as políticas sociais. (7, grifo nosso)*

Ao lado dessa rearticulação, há que se tirar das políticas de focalização o caráter emergencial, clientelista e assistencialista. Corre-se o risco de que o modelo atual das políticas sociais estimule uma competição entre estados e municípios, “transformando os canais institucionais numa arena de disputa por recursos e numa lógica perversa da relação do Estado com os pobres” (4). As definições de papéis e a articulação entre as esferas de governo, além do controle social e da ampla pactuação dos recursos existentes ou auferidos, são capazes de definir uma nova lógica política. Simultaneamente, a auscultação e presença do governo municipal na comunidade e as parcerias intermunicipais abrem amplas perspectivas de maturação política, uma nova ética (12, 16).

Na prática, portanto, no que tange à construção e reconstrução do Estado, a saúde desempenha um papel relevante ao envolver toda a sociedade, revelando uma concepção avançada de Estado de Direito, um processo de gestão do Estado democrático. E, embora lamentavelmente para os políticos tradicionais a lógica do SUS seja difícil e antagônica, podem ser lembrados alguns parâmetros acerca das perspectivas em que o Sistema no Brasil está sendo implantado (2, 5, 14, 16):

- na sistemática de financiamento do setor, cresce a importância das decisões compactuadas e negociadas entre as instâncias envolvidas;
- no tocante à ação, a boa prática epidemiológica conseguida através do Sistema deve influir e orientar a relação benéfica entre estados e municípios, em caráter complementar, supletivo e de apoio;
- a capacitação técnica de profissionais de saúde nas três esferas de governo, somada à qualidade de ações exercidas sob supervisão e referência, faculta e garante a continuidade operacional das ações, mesmo sob o natural rodízio democrático de gestores;
- o desempenho, a regularidade e a transparência dos conselhos e conferências de saúde asseguram fundamentais avanços nas atividades de controle social e de crescimento na cidadania. Na organização do SUS, as atividades e

relações dos setores público e privado, com regulação e supervisão de ambos pelo Sistema, indicam excelente oportunidade e exemplo de interação política;

- políticas setoriais de habitação, alimentação, emprego, saneamento, lazer, seguridade social etc. podem e devem levar-se à discussão no âmbito do SUS, especialmente em suas conferências e câmaras técnicas, ensejando integração social e institucional;

- na realidade político-econômica, o exercício das normativas do SUS obriga à consistência, transparência e efetividade nas três esferas. Não se justificam procedimentos incompletos e retardados, desperdício, recursos não gastos, descontinuidade etc. A complementaridade entre as esferas de governo importa na racionalização e na competência para compras, importações e licitações. Os municípios, ao se “plenificarem”, devem dar saltos políticos e administrativos, podendo crescer em cidadania;

- a esfera estadual – parte que tem sido a mais frágil no sistema – deve crescer tecnicamente e ocupar seu papel de integração, redistribuição, complementação, capacitação e supervisão aos municípios. Necessita competência inclusive para adequar as estratégias sanitárias regionais;

- instâncias como o Conselho Nacional de Secretários de Estado da Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) têm papel preponderante como força política e de integração, interligando estados e municípios através de gestões colegiadas e representativas. A propósito dessa integração, em países como o Brasil, observam-se, na área da saúde, inúmeras formas de relação do setor privado com o Estado e com os setores públicos. Não tem sido satisfatória, entretanto, a participação desse setor na saúde pública e em ações preventivas nos países pobres, embora, em ações curativas, freqüentemente ele se diferencie em boa qualidade e eficiência (custos e padrões da UNIMED, por exemplo). O Estado tem se mostrado omissos no seu papel de proteger os consumidores, regular os serviços, reestruturar o mercado, exercer vigilância sanitária, regularizar setores e atividades informais e clandestinas, chamar à parceria e formalizar um relacionamento ético.

Quanto ao aspecto econômico, segundo J. Sachs, os países pobres precisam investir mais em saúde, com mais vontade política. As evidências reforçam que tais investimentos rendem bem-estar, aumento da produção, crescimento econômico e estabilidade social e política. O autor acredita que haja uma tendência de decréscimo na ajuda externa oferecida pelos Estados Unidos e afirma que esse país deve repensar essa política e alinhar-se com outros países doadores, para sua própria segurança e pelo papel que tem no desenvolvimento e equilíbrio do planeta. Assinala a necessidade urgente de investimentos em capacitação e infra-estrutura dos países pobres, para que possam absorver e frutificar os fundos. Para ele, todos necessitamos de instituições multilaterais como a OMS, funcionantes, bem supridas

financeiramente e realmente efetivas no que toca ao apoio direto e ao estímulo a investigações em saúde. Concluindo, afirma: “Health is central for economic development. Anyone committed to economic development has to put health right at the center of his or her agenda”(15).

Na concretização dessas perspectivas para os sistemas de saúde de países como o nosso, interpõem-se desafios financeiros e gerenciais. Há que aumentar efetivamente (com dinheiro novo) os gastos específicos em Saúde, incluindo gastos indiretos (saneamento, educação, nutrição, ambiente). Em paralelo, há que aumentar a capacidade gerencial no uso e direcionamento do recurso, inclusive na correção e prevenção do desperdício, aprimorando os elementos de gestão e gerência nos três âmbitos, de forma a garantir políticas (nacionais, setoriais e locais) integradas, legitimadas, continuadas e conseqüentes. Especial atenção deve ser dada ao número, à produtividade e à qualidade dos recursos humanos, dos quais se esperará responsabilidade e liberdade. Urge assumir definitivamente que o SUS não é política compensatória. Operacionalmente, há que fortalecer os sistemas de epidemiologia, informação e diagnóstico, priorizando ciência e tecnologia no que concerne aos agravos prevalentes e às demandas sociais. Devem ser priorizados, dentro dos níveis mais complexos de atenção, os programas preventivos e integradores, tais como: Programa Nacional de Imunizações (PNI), Programa de Saúde da Família (PSF), Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PAC) e Conselhos Municipais de Saúde (CMS). Em particular, faz-se necessário investir em comunicação, controle social e participação (conferências, conselhos, escola, categorias, igrejas). Aliás, no exercício prático das ações integradas e compartilhadas a fim de solucionar problemas concretos e de real interesse da sociedade, podem crescer e amadurecer todos esses pontos.

Como pertinentes indicadores de processo, além de outros, os gestores e gerentes do SUS poderiam contemplar (4, 12, 16):

- grau de transparência do setor;
- grau de integração efetiva entre setores correlatos;
- ampliação e qualidade da participação popular;
- qualidade, funcionamento e impacto de conselhos, conferências, câmaras técnicas e comissões bi e tripartites;
- dimensão e tipo de envolvimento de governantes, políticos e lideranças sociais no processo;
- capacidade de planejamento e de parcerias e condições de sustentabilidade;
- investimento nos indicadores de bem-estar e ambientais;
- compatibilidade de custos com a realidade econômica e o setor privado;
- freqüência de ações de discussão, participação e planejamento integrado em saúde nas agendas governamentais e dos partidos políticos.

Como ponderação final, assinala-se que o momento é oportuno, os atores muitos, os protagonistas nem tanto conseqüentes. Nossa própria categoria se debate entre indefinições e inseguranças. Mas é um bom momento. O contexto é processual, amplo, “geracional” e universal. Cabe particularmente ao Brasil, com sua prática, uma contribuição específica e concreta. Trata-se de um país emergente, com pólos de pobreza, mas também com possibilidades de incluir-se e exemplificar uma perspectiva para o terceiro mundo, especialmente se crescer em ciência e tecnologia e maturar sua cidadania, num aceno a uma nova ética político-social. Em seu âmbito particular e específico, os pesquisadores nacionais e a sua Sociedade Brasileira de Medicina Tropical tornam-se um elo entre o saber e a miséria, entre o poder e a doença, testemunhas fundamentais e avaliadoras de grandes mudanças demográficas, ambientais e políticas. Os tropicologistas brasileiros têm muito a declarar e a pesquisar, realmente podendo influir em processos, referências e resultados.

## ABSTRACT

### Medical Policy and Tropical Medicine

From the historical relations between Society and Medicine, the political and social involvement in the whole process of Health promotion is analysed. Particularly, the purpose of a new social Ethics is involved, based on the principles of equity and universality, originated from the great religions and social movements such as the French Revolution, which recently were made explicit in the Alma Ata meeting. Nowadays, the relationship between Health and Politics became more and more evident and interdependent, creating the opportunity for several reflections and ethical guidance for health professionals and the whole society. In the specific ambit of Tropical Medicine, many situations, questions and challenges can be observed and discussed, proportioning to governments, administrators and tropicalists several and important possibilities and compromises related with the general construction of the society, particularly in Brazil and similar developing countries.

KEYWORDS: Politics. Medicine. Tropical diseases.

## REFERÊNCIAS

1. Berlinguer G. *Medicina e Política*. Hucitec Ed. (III Edição). São Paulo, 1987. 199 p.
2. Breilh J. Dialéctica de lo colectivo en la epidemiología. In: Lima e Costa MFF & Souza RP (orgs.) *Qualidade de vida: compromisso histórico da Epidemiologia*. Copmed/Abrasco. Belo Horizonte, 1994. p. 137-145.
3. Capistrano D. *O SUS que deu certo*. X Conferência Nacional de Saúde., Brasília, 1996.
4. Conh A. Construir um Estado que supere desigualdades. *Tema Radis 15*: 8-9, 1997.
5. Dias JCP. Doença de Chagas, ambiente, participação e Estado. *Cad Saúde Pública 17 (Supl. 1)*: 165-170, 1997.

6. Dias, JCP & Dias RB. La necesidad de investigación social y económica para las acciones de control de las enfermedades tropicales. In: Briceño-León R & Dias JCP (orgs) *Las Enfermedades Tropicales en la Sociedad Contemporanea*. Ediciones Capriles. Caracas, 1993. p. 31-50.
7. Jatene AD. A verdadeira reforma já está se dando na Saúde. *Tema Radis 15*: 5-6, 1997.
8. Laurell AC. *La política Social en crisis: una alternativa para el sector Salud*. Fundación F. Erbert. México, 1991. 38 p.
9. Leal MC, Sabroza PC, Rodriguez RH & Buss PM. *Saúde, ambiente e desenvolvimento*. Vol. I, Hucitec-Abrasco. Rio de Janeiro, 1992. 295 p.
10. Macedo CG. *Notas para uma história recente da Saúde Pública na América Latina.*, OPAS/OMS. Brasília, 1997. 106 p.
11. Malher H. La Salud Mundial es indivisible. *Bol Of San Panam 85*: 95-105, 1978.
12. Rodriguez R. Ética del desarrollo y papel del sector salud. In: Lima e Costa MFF & Souza RP (orgs.) *Qualidade de vida: compromisso histórico da Epidemiologia*. Copmed/Abrasco. Belo Horizonte, 1994. p. 243-248.
13. Rossi Doria T. *Medicina social e Socialismo. Scritti per l'educazione politica ed igienica dei lavoratori*. L. Mongini Ed., Roma., 1904. 380 p.
14. Rufino Neto A. Qualidade de vida: compromisso histórico da Epidemiologia. In: Lima e Costa MFF & Souza RP (orgs.) *Qualidade de vida: compromisso histórico da Epidemiologia*. Copmed/Abrasco. Belo Horizonte, 1994. p. 11-18.
15. Sachs J. An economist view of health. *Bull World Health Org 80*: 167-169, 2002.
16. Schmuñis GA & Dias JCP. La reforma del sector salud, descentralización, prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores. *Cad Saúde Pública 16 (supl. 2)*: 117-123, 2000.