

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Ray Luiza Soares Salgado Müller

PROMOVER A SAÚDE OU PROMOVER O CONSENSO:
possibilidades da promoção da saúde no Brasil

Rio de Janeiro

2012

Ray Luiza Soares Salgado Müller

PROMOVER A SAÚDE OU PROMOVER O CONSENSO:
possibilidades da promoção da saúde no Brasil

Dissertação apresentada à Escola Politécnica
de Saúde Joaquim Venâncio como requisito
parcial para a obtenção do título de Mestre em
Educação Profissional em Saúde

Orientador: Júlio César França Lima

Rio de Janeiro

2012

Catálogo na fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

M958p

Müller, Ray Luiza Soares Salgado

Promover a saúde ou promover o consenso:
possibilidades da promoção da saúde no Brasil /
Ray Luiza Soares Salgado Müller. - 2012.
105 f.

Orientador: Júlio César França Lima

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação
Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de
Saúde Joaquim Venâncio - Fundação Oswaldo Cruz,
Rio de Janeiro, 2012.

1. Promoção da Saúde. 2. Políticas da Saúde. 3.
Política Nacional de Promoção da Saúde. I. Lima,
Júlio Cesar França. II. Título

CDD 362.1

Ray Luiza Soares Salgado Müller

PROMOVER A SAÚDE OU PROMOVER O CONSENSO:
possibilidades da promoção da saúde no Brasil

Dissertação apresentada à Escola Politécnica
de Saúde Joaquim Venâncio como requisito
parcial para a obtenção do título de Mestre em
Educação Profissional em Saúde

Aprovada em 08/10/2012

BANCA EXAMINADORA

Dra Maria de Fátima Lobato Tavares (FIOCRUZ / ENSP)

Dr Gustavo Corrêa Matta (FIOCRUZ / EPSJV)

Dr Júlio César França Lima (FIOCRUZ / EPSJV)

*Dedico este trabalho a Santiago Müller,
como, aliás, tudo o que faço;
a Francisco Müller, marido,
namorado, amigo;
e à Prof^a Ray Soares, para quem
eu tanto queria mostrar.*

AGRADECIMENTOS

Há muitas pessoas a quem eu gostaria de agradecer por me acompanharem por mais este desafio. Estas palavras não darão conta de expressar minha admiração, meu respeito e minha gratidão.

Aos professores Gustavo Matta, Maria de Fátima Tavares, Júlio Lima, Lúcia Neves, Marco Antônio Santos.

Aos amigos do Laboratório de Formação Geral em Educação Profissional em Saúde, pelo incentivo, críticas, e paciência: Fabiano Gomes, Augusto César Ferreira, Márcio Rolo, Elaine Vieira, Andréa Antunes, Kelly Carvalho.

Ao Prof Jairo Freitas, pela disponibilidade, e pelo respeito em todas as críticas que ajudaram a dar forma a este trabalho.

Aos amigos, pelas palavras carinhosas, de incentivo, e por compartilharem experiências, desventuras e sucessos: Karina Baptista, Mônica Pavani, Carmen Casasola, Nélon Roncate, Mônica Wermelinger, e aos meus alunos e ex alunos pelo carinho nas redes sociais.

A minha família: pais, irmã, madrinha, sogros, tia e prima.

A Francisco Müller, pela companhia. A Santiago Müller pelos sorrisos garantidos mesmo quando, tantas vezes, fiquei em falta por causa deste trabalho.

A Deus. Acima de todas as coisas, sempre.

A saúde é construída e vivida pelas pessoas dentro daquilo que fazem no seu dia-a-dia: onde elas aprendem, trabalham, divertem-se e amam. A saúde é construída pelo cuidado de cada um consigo mesmo e com os outros, pela capacidade de tomar decisões e de ter controle sobre as circunstâncias da própria vida, e pela luta para que a sociedade ofereça condições que permitam a obtenção da saúde por todos os seus membros.
(Carta de Ottawa, OPAS)

RESUMO

Este trabalho busca analisar a trajetória do Movimento de Promoção da Saúde a nível internacional, em termos de reconfiguração da atenção em saúde, através da inclusão dos determinantes sociais em sua abordagem. Esta reconfiguração também ocorreu no Brasil, tendo a Promoção da Saúde se materializado enquanto política social no documento do Ministério da Saúde: Política Nacional de Promoção da Saúde, no ano de 2006. Através de levantamento bibliográfico e análise de documentos, busca traçar um paralelo entre o modo como a Promoção da Saúde é implementada no Brasil, em um cenário de reformulação do neoliberalismo, e a instauração de consenso em torno de um projeto societário que atende aos interesses do capital e mobiliza a sociedade civil, por meio da pedagogia da hegemonia. Busca também ressaltar a importância do Movimento de Promoção da Saúde na medida em que rompe com o paradigma biomédico do cuidado em saúde, e a possibilidade deste projeto ser utilizado visando conquistar apoio para um projeto político que mantém as relações de exploração intocadas.

Palavras-Chave: Promoção da Saúde. Políticas de Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde.

ABSTRACT

This study analyses the path of the Health Promotion Movement, in the world, through the reconfiguration of health care, by including the social determiners in its approach. This reconfiguration also happened in Brazil, and Health Promotion could take form as a social policy in the Health Ministry document: The National Policy of Health Promotion, in 2006. It also draws a parallel between the way Health Promotion establishes in Brazil, during the neoliberalism reformulation; and the consensus establishment around a society project that serves the capital interests, while mobilizes civil society by the hegemony pedagogy. It seeks to emphasize the relevance of Health Promotion Movement as a biomedical paradigm of health care break up, and its possible application as a mean to gather support to a political project that keeps untouched the exploitation relationships. It will be done from literature and documents review.

Key Words: Health Promotion. Health Politics. National Policy of Health Promotion.

LISTA DE SIGLAS

AIS – Ações Integradas de Saúde
BID – Banco Interamericano de Desenvolvimento
BM – Banco Mundial
DMP – Departamento de Medicina Preventiva
EPSJV – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
FAS – Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FMI – Fundo Monetário Internacional
MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social
OCDE - Organização Europeia para o Comércio e Desenvolvimento
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONG – Organização Não Governamental
ONU – Organização das Nações Unidas
PND – Plano Nacional de Desenvolvimento Social
PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
UNICEF - *United Nations Children's Fund*
USP – Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 HISTÓRICO DO MOVIMENTO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE	19
2.1 O CONCEITO DE SAÚDE	19
2.2 A CRISE DO ESTADO DE BEM ESTAR SOCIAL	23
2.3 O RELATÓRIO LALONDE.....	24
2.4 A CONFERÊNCIA DE ALMA-ATA.....	27
2.5 A CONFERÊNCIA DE OTTAWA (CANADÁ).....	29
2.5.1 O recrudescimento do neoliberalismo na década de 1980	29
2.5.2 A Carta de Ottawa e a Nova Promoção da Saúde	32
2.6 A CONFERÊNCIA DE ADELAIDE (AUSTRÁLIA)	35
2.7 A CONFERÊNCIA DE SUNDSVALL (SUÉCIA)	37
2.8 O NEOLIBERALISMO DE TERCEIRA VIA E A CONFERÊNCIA DE JACARTA (INDONÉSIA).....	39
2.9 A CONFERÊNCIA DO MÉXICO	42
2.10 A CONFERÊNCIA DE BANGCOC (TAILÂNDIA).....	43
3 BRASIL - AMPLIAÇÃO DO CONCEITO DE SAÚDE E NOVAS PRÁTICAS DE CUIDADO	45
3.1 O CENÁRIO POLÍTICO-ECONÔMICO DA DISPUTA ENTRE A MEDICINA CURATIVA E A MEDICINA PREVENTIVA	45
3.2 O PROJETO PREVENTIVISTA	49
3.3 O PROJETO DE MEDICINA COMUNITÁRIA	53
3.4 A ABERTURA POLÍTICA E O AVANÇO DO MOVIMENTO SANITÁRIO.....	60
3.5 DEMOCRATIZAÇÃO DA SOCIEDADE E CRIAÇÃO DO SUS.....	63
3.6 A DISPUTA DE INTERESSES NO SUS.....	68
3.7 O SUS EM TEMPOS DE TERCEIRA VIA	71
4 A PROMOÇÃO DA SAÚDE E A IMPLANTAÇÃO DA TERCEIRA VIA NO BRASIL: PROJETOS CONTRADITÓRIOS?	74
4.1 O GOVERNO FERNANDO HENRIQUE CARDOSO	74
4.2 A CONTINUIDADE INESPERADA: O GOVERNO DE LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA	75
4.3 O PRESIDENTE LULA DA SILVA E A PEDAGOGIA DA HEGEMONIA	76
4.4 AS POLÍTICAS PÚBLICAS E SOCIAIS DO GOVERNO LULA DA SILVA.....	78

4.5 POLÍTICAS SOCIAIS FOCALIZADAS: GOVERNO LULA DA SILVA E O BANCO MUNDIAL	79
4.6 AS POLÍTICAS DE SAÚDE DO GOVERNO LULA DA SILVA	82
4.7 A POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE	86
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
REFERÊNCIAS	98

1 INTRODUÇÃO

Em 1996, quando optei pela licenciatura, ao invés das opções de bacharelado que o curso de Ciências Biológicas na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) oferecia, estava ciente dos desafios que estavam por vir. Uma vez que venho de uma família de professores, os problemas relacionados à baixa remuneração, acúmulo de trabalho, desrespeito por parte dos empregadores, não me eram estranhos, pois convivi com seus reflexos por toda a infância e adolescência. Mesmo assim, escolhi o magistério de forma consciente, pois – correndo o risco de parecer idealista – ainda acho que devemos escolher por profissão o que nos apaixona. Ensinar era, e ainda é, apaixonante.

Mas o desafio a que me referi era outro. Optei por ensinar uma matéria, em muitos aspectos, de difícil compreensão por parte dos estudantes, com muitos conteúdos abstratos. Meu desafio era – e ainda é – fazê-la próxima da realidade de meus alunos – que, desde o início da minha carreira, até hoje, eram, em sua maioria, adultos, do curso noturno – de modo que ultrapassasse a noção amplamente difundida, por documentários e outros programas de TV, de uma ciência contemplativa. E, no entanto, em meio ao imenso conteúdo programático da cadeira das ciências biológicas, o estudo dos seres vivos, seria, talvez, o que mais captasse a atenção e interesse dos alunos, em virtude dos já mencionados programas. Mas a Biologia é muito mais, e o estudo dos seres vivos é bem mais que zoologia ou botânica. Não me alongarei nas estratégias que escolhi, por não ser a intenção desta apresentação. Precisava, porém, apresentar este desafio, pois foi a partir dele que me aproximei da Promoção da Saúde.

Apesar de haver uma abordagem ampliada de saúde nas discussões a respeito dos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) da área das Ciências da Natureza, Matemática e suas Tecnologias, conforme se observa a seguir:

(...) trata a questão da saúde como um estado que não se restringe à ausência de doenças e procura relacioná-la com as condições de vida das populações - renda, educação, trabalho, habitação, saneamento, transporte, lazer, alimentação, longevidade, liberdade de expressão, participação democrática. Nessa perspectiva, é abordada a distribuição desigual da saúde nas populações humanas, em termos mundiais e, em particular, no Brasil (...) (BRASIL, 2002, p. 55)

a maioria dos alunos, sobretudo no momento de ingresso no Ensino Médio, ainda recorre à definição reduzida – o oposto de doença – para definir saúde. Tal visão, utilitarista e mecanizada da Biologia sempre me incomodou. E, em se tratando de saúde, sempre tive a impressão – embora intuitiva, à época – de que esta não poderia se reduzir a medidas profiláticas ou curativas.

Por motivos diversos, precisei adiar a continuidade de meus estudos, e, somente em 2001, tomei conhecimento de uma disciplina, na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), da FIOCRUZ, que talvez pudesse preencher as lacunas de minha formação: Introdução à Promoção da Saúde. Então, muita coisa que eu percebia, de modo intuitivo, começou a adquirir sentido, e a área da saúde, dentro das ciências biológicas, se tornava mais ampla, e com mais significado. Afinal, não se tratava somente de prevenir a doença, mas de promover a saúde, e isto, compreendi neste momento, ia além da biologia, passando por áreas diversas, como política e economia. A prática em sala de aula ficou, então, mais interessante; as aulas, mais dinâmicas, com discussões mais instigantes.

Embora eu quisesse me aprofundar neste assunto, através de uma pós-graduação, novamente a necessidade de continuar trabalhando me impediu de fazê-lo naquele momento. Além disso, outras áreas, como a educação de adultos e a formação profissional, começavam a despertar meu interesse, por conta da crescente procura, por parte dos meus alunos, por este tipo de continuação dos seus estudos. Somente anos mais tarde, em 2009, tive a oportunidade de ingressar em um curso de especialização, na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), da FIOCRUZ, na área de Educação Profissional em Saúde. A esta altura, eu me encontrava fazendo parte do corpo docente desta escola, lecionando biologia no ensino médio, integrado a cursos técnicos das áreas de análises clínicas, gestão em saúde, e vigilância em saúde.

Esta experiência ajudou a construir tanto o projeto com o qual concluí o curso de especialização, que tratava da diagnose do aluno de formação profissional em saúde, em uma escola politécnica, no que se refere à sua concepção de saúde; quanto o projeto que desenvolvi neste curso de mestrado, que busca avaliar a política de promoção da saúde no Brasil dentro de um contexto neoliberal de terceira via.

Este trabalho foi construído a partir da premissa de que “a história das ciências é, basicamente, a história das ideias e de que estas encontram sua especificidade na relação que possuem com a estrutura social que as gerou e permitiu seu aparecimento” (AROUCA, 2003, p. 32). Assim, os fatos aqui descritos e discutidos encontram-se dentro de um contínuo histórico, que, apesar de não ser linear, é orgânico, pois é rico em transformações que lhe conferem sentido. E, de acordo com Konder (1994), as transformações se constituem no princípio base da dialética, ou do materialismo histórico dialético.

Os debates internacionais acerca de uma abordagem positiva da saúde tiveram início na década de 1960, muito embora a inclusão das condições de vida – trabalho, lazer, entre outras – e a ação intersetorial no cuidado da saúde já aparecessem em textos acadêmicos

desde o início do século XX (BUSS, 2008; FERREIRA e BUSS, 2002). Tais debates, que culminariam na Conferência de Alma-Ata em 1978, com a defesa da estratégia de Atenção Primária em Saúde, geraram, de acordo com Ferreira e Buss (2002), duas ações principais: a missão da Organização Mundial de Saúde (OMS) à China em 1973-1974; e o Relatório Lalonde, no Canadá, em 1974 (FERREIRA e BUSS, 2002).

O primeiro evento envolveu uma série de ações locais que guardavam semelhanças com o que os canadenses, na década seguinte, chamaram de *empowerment*, e que viria a ser um dos princípios do Movimento de Promoção da Saúde. No entanto, as autoridades chinesas impediram a publicação desta experiência, por consideraram-na “não suficientemente madura para ser divulgada” (FERREIRA e BUSS, 2002, p. 9).

Já o Relatório Lalonde, por sua vez, teve o mérito de ampliar o conceito de saúde em um documento oficial, pela primeira vez no mundo, através da caracterização do campo da saúde, que incluía, além dos componentes biológicos, o ambiente e os hábitos de vida.

Desta forma, foi na década de 1970 que a preocupação com novas estratégias para atuar na área da saúde, com a participação de novos atores, se materializou em documentos oficiais e nas conferências internacionais de Promoção da Saúde. Buscava-se quebrar o paradigma flexeneriano de cuidado – individualista e curativista – através da nova proposta, que ampliava o conceito de saúde e incluía novos atores neste setor.

O Brasil não foi oficialmente representado nas conferências de Alma-Ata, em 1978, e de Ottawa, em 1986. Tampouco houve, nesta época, um movimento de promoção da saúde em território nacional (FERREIRA, 2010). No entanto, várias iniciativas relacionadas à reformulação das práticas em saúde ocorreram neste período no Brasil, sendo relevantes as discussões em torno do projeto preventivista e da medicina comunitária – ambos, originalmente norte americanos – e o movimento sanitário. Este último destacou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que reuniu membros do Ministério da Saúde e da comunidade científica organizada, e influenciou a elaboração do capítulo relacionado à saúde da Constituição Federal de 1988 (RABELLO, 2010). Então, falar de Promoção da Saúde, no Brasil, significa falar da luta pela criação do SUS (Sistema Único de Saúde), e pela sua qualidade. Ou ainda,

Falar da promoção da saúde no Brasil é também indissociável do enfrentamento de uma realidade de iniquidades históricas de grandes proporções, que colocam desafios cotidianos não só ao setor saúde, mas a todos aqueles que constroem políticas públicas (CAMPOS; BARROS e CASTRO, 2004, p. 746).

O cenário político-econômico mundial influenciou as discussões sobre a Promoção da Saúde, não só dentro do movimento, mas também com respeito à sua natureza. A própria

essência do movimento colocava em xeque a abordagem tradicional que além de excluir os fatores sociais como determinantes e condicionantes da saúde, enfatizava uma abordagem hospitalocêntrica que ia ao encontro dos interesses das empresas médicas. Nesse sentido, a construção de uma política promotora de saúde teria que passar pela ampliação de seu próprio conceito, com a inclusão dos determinantes sociais e a ação de diversos atores, além daqueles próprios do setor.

A definição de saúde como resultado dos modos de organização social da produção, como efeito da composição de múltiplos fatores, exige que o Estado assuma a responsabilidade por uma política de saúde integrada às demais políticas sociais e econômicas e garanta a sua efetivação. Ratifica, também, o engajamento do setor saúde por condições de vida mais dignas e pelo exercício pleno da cidadania. (CAMPOS; BARROS e CASTRO, 2004, p. 746).

Deste modo, as transformações ocorridas no mundo, nesta época, principalmente as que se referem à reconfiguração do capitalismo, foram consideradas, neste trabalho, como de fundamental importância no que tange às políticas de saúde, e seu caráter promotor. Nem todas as políticas de saúde, portanto, seriam promotoras, uma vez que, para tanto, teriam que se inserir nos princípios do Movimento de Promoção da Saúde, além de ter como responsável um Estado presente na provisão de serviços sociais. Estes, por sua vez, teriam de ter caráter efetivo, universal, e integral, com permanência assegurada a despeito das mudanças de governo.

Entretanto, outra tendência foi observada no processo de elaboração e implementação de políticas de promoção da saúde: as diretrizes do movimento, seus princípios básicos, tais como participação comunitária e *empowerment* estariam, a partir da segunda metade da década de 1990, no Brasil, dentro dos preceitos do projeto político da Terceira Via, e da pedagogia da hegemonia. Ou seja, ao fazer parte de dois projetos políticos – um de caráter socialista, e outro, capitalista – teriam o potencial de atender a interesses os mais diversos: de melhores condições de saúde, reais, porquanto duradouras e universais; ou de incentivar a concertação social.

As transformações econômicas e políticas mundiais, refletindo-se no Brasil, também marcaram as políticas de saúde nacionais. Deste modo, os programas voltados à reconfiguração do setor saúde sempre estiveram, e sempre estarão dependentes das limitações impostas pelas características do modo capitalista: a disputa de interesses, o papel do Estado, as reivindicações da sociedade. Todos estes elementos fizeram parte da história das políticas de saúde no Brasil.

A implementação do Sistema Único de Saúde pode ser considerada um avanço em termos de políticas sociais. O SUS representa uma conquista para os membros do movimento

sanitário, e para toda a sociedade brasileira. No entanto, várias análises ressaltam suas limitações, em parte devido ao conflito histórico de interesses dentro do setor saúde no Brasil – público/privado – e em parte também devido ao relativamente curto tempo de vigência. Então, no ano de 2006, ou seja, somente no início do século XXI, foi aprovada a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), como estratégia de consolidação do SUS.

Ao estudar este documento, três questões principais se colocaram: 1) seria a PNPS uma política de caráter promotor, ou seja, concernente com o movimento de Promoção da Saúde; 2) quais seriam os fatores que influenciariam a implementação de uma política promotora de saúde, que não fosse transitória, ou estivesse a mercê das disputas entre os diferentes governos; e 3) que interesses estariam norteando a construção e elaborações de ações e estratégias da PNPS? Parto da hipótese de que a PNPS, que evoca os princípios do Movimento de Promoção da Saúde, apesar de apresentar um potencial de transformação (GOMES, 2009), é mais um instrumento de conquista de apoio para o projeto político neoliberal de terceira via.

Este projeto político parte da crítica às teses fundantes do neoliberalismo ortodoxo, como a de “Estado Mínimo”, por exemplo. Segundo ele, ao enfatizar as necessidades econômicas mais imediatas, o neoliberalismo ortodoxo compromete aquelas de longo prazo, sobretudo ao menosprezar as bases sociais necessárias aos mercados (LIMA; MARTINS, 2005). E, de acordo com Giddens, “os mercados não podem sequer funcionar sem uma estrutura social e ética que eles próprios não podem proporcionar” (GIDDENS, apud LIMA; MARTINS, 2005, p. 45). Neves (2005) resume algumas das características do projeto político da Terceira Via:

O projeto de sociabilidade neoliberal da Terceira Via, sistematizado pelo sociólogo e intelectual orgânico (...) Anthony Giddens, apresenta a característica de negar o conflito de classes e até mesmo a existência dessa divisão nas sociedades ditas ‘pós-tradicionais’, ancorando uma sociabilidade com base na democracia formal, ou seja, na ‘conciliação’ de interesses de grupos ‘plurais’, na alternância de poder entre os partidos políticos ‘renovados’, na auto-organização e envolvimento das populações com as questões ligadas às suas localidades, no trabalho voluntário e na ideologia da responsabilidade social das empresas. Permanecem intocadas, contudo, as relações de exploração, que estão longe de serem abolidas no mundo contemporâneo, sobretudo nos países capitalistas periféricos (NEVES, 2005, p. 15).

Os novos homens e mulheres, ou os novos atores sociais, seriam formados a partir da “construção de uma nova pedagogia da hegemonia: uma educação para o consenso sobre os sentidos de democracia, cidadania, ética e participação adequados aos interesses privados do grande capital nacional e internacional” (NEVES, 2005, p. 15).

Tal mobilização na sociedade, e a própria releitura do neoliberalismo ocorreu devido ao processo de ocidentalização das sociedades modernas. Sociedades com características orientais, ou ocidentais são construídos elaborados por Antonio Gramsci (1891-1937). Sobre a primeira, este autor descreve:

(...) não existiam ainda os grandes partidos políticos de massa e os grandes sindicatos econômicos e a sociedade estava ainda, sob muitos aspectos, por assim dizer, no estado de fluidez: maior atraso no campo e monopólio quase que completo da eficiência político-estatal em poucas cidades ou até mesmo numa só (...), aparelho estatal relativamente pouco desenvolvido e maior autonomia da sociedade civil em relação à atividade estatal, determinado sistema das forças militares e do armamento nacional, maior autonomia das economias nacionais em face das relações econômicas do mercado mundial, etc. (GRAMSCI, apud NEVES, 2005, p. 22).

No processo de ocidentalização, a sociedade civil, que até então era

pouco organizada politicamente, politiza-se, ou seja, os vários grupos que a compõem passam, organicamente, de forma mais efetiva, a defender seus múltiplos interesses e seus projetos de sociabilidade, interferindo, assim, mais diretamente nas decisões do Estado. (...) Os múltiplos sujeitos coletivos começam, progressivamente, a se organizar em aparelhos privados de hegemonia civil, na tentativa de obter do conjunto da sociedade o consentimento passivo e/ou ativo para seus projetos antagônicos de sociabilidade, e a exigir do Estado a criação e/ou ampliação de direitos, alargando os limites estreitos da democracia liberal (...) (NEVES; SANT'ANNA, 2005, p. 23).

Do mesmo modo, o conceito de pedagogia da hegemonia, desenvolvido por Lúcia Neves (2005) foi inspirado por Gramsci. Segundo ele,

toda ação de hegemonia é necessariamente uma relação pedagógica, que se verifica não apenas no interior de uma nação, entre as diversas forças que a compõem, mas em todo o campo internacional e mundial, entre conjuntos de civilizações nacionais e continentais (GRAMSCI, apud NEVES; SANT'ANNA, 2005, p. 27).

Desse modo, o Estado também é educador e suas ações visam formar homens e mulheres, na atualidade, conformados ao ideário da Terceira Via através da ativação de uma nova Pedagogia da Hegemonia. Essa Pedagogia dos anos de neoliberalismo tem três movimentos concomitantes. O primeiro tem por finalidade repolitizar a política no sentido de viabilizar a organização dos agrupamentos sociais “conforme sua função e posição na produção, sem uma maior consciência de seus papéis econômico e político-social”; estimula um tipo de participação que “tenta incentivar movimentos caracterizados por soluções individuais”; busca o convencimento dos homens quanto a participar em espaços de obtenção de consenso como as associações e processos políticos; e investe em um “novo modelo de cidadania” que “ procura articular esses homens às demandas mais caras ao projeto societário em busca da hegemonia” (NEVES E SANTANA, 2005, p.34-35).

O segundo movimento tem a ver com o “desmantelamento e/ou refuncionalização dos aparelhos privados de hegemonia da classe trabalhadora” (idem, p. 35) que se organizavam tendo em vista a ampliação dos direitos e/ou construção de um novo projeto de sociedade. Nesse sentido, a precarização das relações de trabalho e a desregulamentação dos direitos trabalhistas figuram entre as ações da maior importância para esse desmantelamento, atuando no sentido de restringir o nível de consciência política coletiva e estimulando a pequena política – projetos de auto-ajuda, em detrimento da grande política – mudanças estruturais.

O último movimento se refere ao “estímulo estatal à expansão dos grupos de interesses não diretamente ligados às relações de trabalho” (idem, p.36), tais como, os grupos de defesa dos interesses das mulheres, homossexuais, crianças, jovens, terceira idade, raças e etnias, valorização da paz e ecologia. Desse modo, o capitalismo é capaz de aproveitar essa histórica e cultural opressão extra-econômica para promover sua hegemonia ideológica ao mascarar sua tendência intrínseca de criar subclasses.

Para responder às questões que eu havia formulado, e testar a validade da hipótese, recorri à revisão bibliográfica, buscando elementos que me ajudassem a construir os argumentos que a fundamentassem. Também me utilizei de documentos oficiais, de fontes diversas, tais como a OMS e o Ministério da Saúde do Brasil. Além disso, foi muito importante a leitura de teses, dissertações, e artigos científicos.

Assim, organizei meu trabalho em três capítulos. No primeiro, disserto sobre o surgimento e a evolução do Movimento de Promoção da Saúde, em nível mundial, ressaltando o contexto político econômico em que este desenvolvimento ocorreu. Segundo Carvalho (2007), existem três correntes da Promoção da Saúde Moderna: 1) a behaviorista, representada pelo Relatório Lalonde, de 1974, voltada para a transformação dos comportamentos individuais considerados não saudáveis; 2) a corrente da Nova Promoção da Saúde, representada pela Carta de Ottawa, de 1986; e 3) a corrente de Promoção da Saúde da População, fundamentada no artigo de Evans e Stoddart, “*Producing Health, Consuming Health Care*”, de 1990, sendo que as duas últimas enfatizam o papel dos determinantes socioambientais no processo saúde doença. Destaquei duas destas três vertentes da Promoção da Saúde, quais sejam, a comportamental e a Nova Promoção da Saúde, e busquei analisar os fatores que estariam por trás da prevalência de uma ou de outra, em diferentes conjunturas: a responsabilização individual pelo estado de saúde serviria à redução do papel do Estado; enquanto a Nova Promoção da Saúde atenderia, de modo mais completo, às expectativas sociais em termos de atenção à saúde, por reforçar a influência dos determinantes sociais.

As correntes ideológicas da Promoção da Saúde não cedem lugar, umas às outras, ao longo do tempo, mas, podem estar presentes em políticas de saúde e suas estratégias, independentemente de quando foram estabelecidas. A divisão enfatiza o aspecto a que se refere quanto à possibilidade de mudança: comportamentos ou condições socioambientais, e a quem se refere, indivíduos ou Estado.

No segundo capítulo, procurei traçar um paralelo entre a construção do Movimento de Promoção da Saúde mundial, e as transformações na área da saúde, no Brasil, durante o mesmo período. Tais transformações também ocorreram em um cenário de mudanças políticas, que busquei ressaltar, e que determinaram as características específicas das políticas de saúde em nosso país. Assim, destaquei três projetos: o preventivista, a medicina comunitária, e a reforma sanitária. A evolução destes levaria à construção do SUS, dentro de um cenário de neoliberalização da economia, que, por sua vez, influenciou o projeto de SUS que foi oficializado na Constituição Federal, e continua influenciando os projetos na área da saúde.

Por fim, no terceiro capítulo, analiso a conjuntura nacional em que foi criada e aprovada a PNPS. Defendo a ideia de que esta política, apesar de apresentar características que a inserem no Movimento de Promoção da Saúde, serve de instrumento de consolidação do neoliberalismo de terceira via. Ao dissertar sobre as características deste neoliberalismo reconfigurado, busquei chamar atenção para os fatores que me levaram a relacionar a PNPS à pedagogia da hegemonia, e à conquista da simpatia por parte da população aos projetos e propostas do Estado. Considero que estes possuem as características dos programas assistenciais típicos do governo de Luiz Inácio Lula da Silva, e, portanto, não representam mudanças estruturais na política de saúde brasileira. Deste modo, a Política pode ser de Promoção da Saúde, mas não teria, ainda, do modo como vem sendo conduzida, caráter de política promotora de saúde, mas ainda de promoção do consenso em torno de um projeto político que privilegia os interesses do capital.

2 HISTÓRICO DO MOVIMENTO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

2.1 O CONCEITO DE SAÚDE

Antes de iniciar o histórico do Movimento de Promoção da Saúde, deve-se ressaltar que o conceito de saúde não é consensual, chegando, por vezes, a se tornar polêmico, devido ao seu caráter subjetivo. Ao longo do tempo, ele aparece sob três formulações básicas: 1) contrapondo-se à doença – visão hegemônica; 2) articulado à noção de bem estar, segundo definição da OMS; e mais recentemente, 3) em sua definição ampliada, relacionado a múltiplos determinantes, dentro de práticas recentes como a medicina coletiva e o movimento de promoção da saúde (BATISTELLA, 2007).

A saúde que serve de objeto para a prática médico-científica atual possui uma definição que sofreu forte influência do pensamento positivista dos séculos XVIII e XIX. Trata-se de uma definição baseada no paradigma biomédico, que reduz a saúde tão somente à ausência da doença, ou de suas manifestações clínicas. Pode-se dizer que este paradigma apoia-se no modelo flexeneriano de atenção à saúde, marcado pelo individualismo, especialização, tecnologização e curativismo (RABELLO, 2010). Para esse modelo a doença é a questão central, sendo enfatizados a normalização dos procedimentos e condutas, o registro de dados; as manifestações corporais de sintomas expressos subjetivamente, visando objetivá-las. O diagnóstico das doenças segue, desde então, o modelo das ciências biológicas, principalmente das áreas de botânica e zoologia (BATISTELLA, 2007). Sua identificação é baseada em criteriosos exames histoquímicos, de imagens, dentre outros. Segundo Czeresnia (2008), isto representa um problema, uma vez que os sintomas são narrados pelo paciente, baseado em suas sensações, que são, por sua vez, calcadas em experiências anteriores. E, a palavra, por mais elaborado que seja o discurso, não é suficiente para alcançar a totalidade de significados que a realidade pode oferecer. Observa-se, então, um paradoxo, entre a objetividade fornecida pelos dados recolhidos através dos diversos exames, e a subjetividade advinda das experiências narradas pelo protagonista, ou seja, o paciente.

Ultrapassando as fronteiras do consultório médico e do meio científico, na sociedade em geral, a saúde é vista como objetivo de vida e objeto de desejo. Entretanto a saúde que se almeja ainda é o não adoecer. Por mais subjetividade que o fenômeno adoecer envolva em sua significação, ele ainda se relaciona com sofrimento, com impedimento do ato de se viver e desse modo a relação entre o aumento da saúde e a diminuição da doença ainda prevalece na sociedade.

O conceito de saúde está relacionado também à ideia de bem estar. A partir de 1948, quando da fundação da OMS, entidade vinculada à Organização das Nações Unidas (ONU), a saúde foi definida como o “estado de completo bem estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doença ou enfermidade” (WHO, 2009).¹ Entretanto, essa definição esbarra na generalização, na imensurabilidade e no seu caráter utópico: afinal, não existe precisão no sentimento de “bem estar” e tal estado de completude é, biologicamente, ainda impossível.

Ainda assim, essa definição persiste, é a que consta em livros didáticos, e serve de norteadora do planejamento de políticas e ações da OMS. A ampliação do conceito de saúde foi tanta, que ultrapassou a barreira do factível, tornando-se inalcançável, uma vez que a felicidade – o bem estar – permanente não existe. A angústia, o inconformismo, são inerentes ao ser humano, que vive em uma sociedade multicultural, desafiadora; sem mencionar que o organismo está fadado à deterioração, programada no código genético. Não é raro que tais ânimos se reflitam em condições fisiológicas, tais como distúrbios do sistema digestório ou de natureza psiquiátrica (SEGRE; FERRAZ, 1997). Assim, qualquer pessoa está sujeita a desordens resultantes do próprio processo de envelhecer, ou da incapacidade de lidar com os reveses da realidade.

Mais recentemente, buscou-se definir os determinantes que pudessem levar a outra definição de saúde, a partir do movimento que se tornou conhecido como Promoção da Saúde. Este movimento surgiu, nos anos 1980, em resposta à crescente medicalização da sociedade e no interior dos sistemas de saúde, muito embora já se soubesse, há algum tempo, que questões relacionadas ao meio, como nutrição ou saneamento, interferissem na saúde das pessoas (BUSS, 2008). Sob a ótica do Movimento de Promoção da Saúde, esta deixa de ser vista como objetivo de vida, e passa a ser meio de vida. O processo de promoção da saúde envolve, entre outros objetivos, a capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida, com maior participação nesse processo, em contraste com o caráter individualista contido no paradigma biomédico centrado em procedimentos. Assim, a qualidade de vida, ou seja, o aproveitamento integral das potencialidades biológicas seria a questão central. O que ficou conhecido como conceito ampliado de saúde envolve múltiplos fatores como alimentação, moradia, educação, renda, meio ambiente, e valores como democracia, cidadania e equidade. Então, a qualidade de vida seria a resultante da disponibilidade de condições

¹ "Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity" (WHO, 2009).

ambientais – saneamento básico, acesso a alimentos saudáveis, trabalho, lazer, entre outros – e a plena capacidade de usufruí-las.

O marco desse movimento foi a Carta de Ottawa, resultado da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada no Canadá, em 1986. Esse documento dá um destaque importante à intersectorialidade, ou seja, a ação conjunta de diferentes setores visando o objetivo de promover saúde. Por isso mesmo, a principal crítica a este enfoque seria o risco de esvaziamento do próprio setor saúde na medida que se investe em ações não específicas (BATISTELLA, 2007). Fica implícita a preocupação com o remanejamento de verbas, que seriam destinadas à pasta da saúde, e, com vistas ao mesmo objetivo, em uma perspectiva ampliada, seriam direcionadas para outros setores, como educação ou habitação, por exemplo.

No Brasil, em 1986, realizou-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde, considerada um marco na política de saúde brasileira, reunindo cerca de 4000 pessoas nos debates acerca das propostas de “135 grupos integrados por profissionais e representantes de organizações da sociedade civil, de sindicatos e de grupos das bases populares (...)” (SILVA, 2003, p. 13). O relatório aprovado defende que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, que é responsável por “condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional (...)” (BAPTISTA, 2005, p.30), e aponta para um conceito de saúde ampliado, como resultado de múltiplas determinações.

Esse texto foi tomado como base, na Assembleia Constituinte de 1987/1988, nas discussões sobre a reforma do setor saúde, resultando na aprovação do SUS e sua inclusão na Constituição de 1988. Dentre as propostas do SUS pode-se destacar a universalidade, equidade e gestão descentralizada, estando, então, em consonância com o movimento da promoção da saúde, e com as proposições da Carta de Ottawa. Pode-se dizer, então, que o projeto do SUS parte de uma perspectiva promotora de saúde, ou ainda, que o conceito de saúde preconizado pelo SUS inclui seus múltiplos determinantes sociais. Ou seja, o conceito ampliado de saúde é “o ponto de comunicação mais óbvio entre a promoção da saúde e o Sistema Único de Saúde” (CAMPOS; BARROS; CASTRO, 2004, p. 746).

Portanto, ambos os movimentos – promoção da saúde e reforma sanitária - consideram a saúde como um conceito multifacetado, com diferentes dimensões – biológica, psicológica, econômica, social, etc. - que se articulam e se influenciam mutuamente. A mudança em um desses aspectos resultaria em transformações em todos os outros (BATISTELLA, 2007). Mantém-se, aqui, a ideia de intersectorialidade no que diz respeito às políticas de saúde, ou

seja, que elas não seriam objeto somente desse setor, o que não significa, necessariamente, um esvaziamento do mesmo, posto que, trabalhar conjuntamente em prol de um mesmo objetivo – incrementar a saúde, propiciar qualidade de vida – não significa conferir prioridade a determinada área à custa do menosprezo de outra.

Intersetorialidade é o processo de construção compartilhada, em que os diversos setores envolvidos são tocados por saberes, linguagens e modos de fazer que não lhes são usuais, pois pertencem ou se localizam no núcleo da atividade de seus parceiros. (...) implica a existência de algum grau de abertura em cada setor envolvido para dialogar, estabelecendo vínculos de co-responsabilidade e co-gestão pela melhoria da qualidade de vida da população. Porém, a intersectorialidade não deve ser pensada como uma estratégia única e/ou definitiva a ser aplicada sobre os diferentes territórios e populações. Ao contrário, ela deve responder às necessidades de saúde de uma coletividade, mobilizando os setores necessários para isso (...) (CAMPOS; BARROS; CASTRO, 2004, p. 747)

Ao ampliar o conceito de saúde, de modo que ele interaja com outros aspectos da própria vida, escapa-se do reducionismo médico científico presente na primeira definição, que acaba contribuindo para que a saúde se transforme em uma mercadoria qualquer. Por outro lado, com a definição ampliada tenta-se aproximar o objeto saúde do sujeito que lhe dá sentido, o próprio ser humano.

O ministro da Saúde e Bem Estar do Canadá no período 1984-1989, Jake Epp, que convocou, juntamente com a OMS, a Conferência de Ottawa, considera a evolução no conceito de saúde da seguinte maneira: a saúde como ausência de doença estaria relacionada à época em que as doenças infecciosas eram as principais causas de morbimortalidade; com a redução destes agravos no Canadá, nos anos de 1980, a saúde seria definida como estado de bem estar físico, mental e social – adotando o conceito da OMS. O Relatório Lalonde, de 1974, seria o marco político da ampliação definitiva do conceito de saúde, ao estabelecer o campo da saúde e seus múltiplos fatores: biologia humana; estilos de vida, serviços de saúde e entornos físicos (EPP, 1996).

A ampliação do conceito de saúde e a inclusão dos determinantes sociais no planejamento de ações deste setor foram características importantes do Movimento de Promoção da Saúde. No entanto, tais mudanças ocorreram em um contexto de transformações sociais mais profundas. A seguir, busca-se entender a conjuntura mundial do período em que este Movimento surgiu.

2.2 CRISE DO ESTADO DE BEM ESTAR SOCIAL

A década de 1970 foi caracterizada pela crise do modo de produção capitalista, apesar de todo o aporte de novas tecnologias e novos modos de organização do processo de produção. Segundo Hobsbawn (2010), essa crise representou definitivamente, o fim da “era de ouro” do capitalismo e dos benefícios que a caracterizaram, em razão do avanço do ideário neoliberal.

Esses benefícios eram decorrentes da política de *Welfare State*, ou Estado de Bem Estar Social, que consistia em um conjunto de medidas sociais, efetuadas na Europa a partir da segunda metade da década de 1940, período pós-guerra. Para alguns autores, era a culminância de um processo que se iniciara na Inglaterra vitoriana e Alemanha bismarckiana no século XIX, de concessão de benefícios sociais e previdenciários numa tentativa de assistência aos trabalhadores e aos mais pobres, afetados pelas disparidades decorrentes do modo de produção capitalista mercantil (REIS, 2010). Para outros autores, como Arretche (1995),

(...) o fenômeno do *welfare state* sofreu incontestável expansão e até mesmo institucionalização no período do pós-guerra. É a partir de então que se generaliza e ganha dimensões quase universais nesses países um conjunto articulado de programas de proteção social, assegurando o direito à aposentadoria, habitação, educação, saúde, etc. (ARRETCHE, 1995, p. 1)

Ou seja, teriam sido as condições da Europa no período após a 2ª Grande Guerra, tais como as necessidades de reforma e reconstrução dos países devastados neste evento, que favoreceram a institucionalização do Estado de Bem Estar Social.

Na década de 1970, entretanto, o que se observa é uma crise neste sistema, de características tanto conjunturais quanto estruturais, devido, principalmente, ao esgotamento das condições presentes no período pós-guerra:

Contudo, a resposta keynesiana à crise esgotou-se com o dissipar dos fatores e condições objetivas existentes no pós-segunda guerra mundial. Com a baixa das taxas de lucro no centro do sistema capitalista e a amplitude da sobreprodução de amplos segmentos produtivos, sobretudo nos EUA. O surgimento e a pressão ‘competitiva’ das outras potências da Tríade em emergência (a Alemanha e o Japão). Os primeiros sinais de ‘pico de produção’ ao nível do petróleo (nomeadamente nos EUA) e de outras matérias-primas, com as dificuldades de manutenção da reposição dos recursos naturais finitos. A fragilidade financeira dos EUA e do dólar como moeda âncora do sistema, que levou a declaração de ‘não convertibilidade’ do dólar em 1971, pondo em causa o sistema monetário internacional estabelecido no pós-guerra. Foram todos fatores que contribuíram para o esgotamento da resposta inflacionária do sistema à crise – o keynesianismo. Em 1973, a(s) crise(s) estava(m) instaladas no ‘coração’ do capitalismo (CARVALHO, 2008).

Por conta disso, a pobreza extrema reapareceu, e aumentou a desigualdade entre os mais ricos e os mais pobres, indivíduos e nações. Mesmo não havendo consenso entre os economistas sobre os fatores geradores da crise, e suas possíveis soluções – na verdade, não havia nem mesmo consenso sobre a duração da crise, mesmo que a maioria a considerasse passageira – o fato era que o *modus operandi* do sistema capitalista de produção não deu conta de si mesmo, e suas operações se tornaram incontroláveis. Conseqüentemente, o ideário neoliberal que se encontrava sustentado somente por bases teóricas desde a década de 1940, ganhou força e simpatizantes à livre economia, e, contrários à intervenção do Estado.

Ainda assim, de acordo com Carvalho (2008), os governos capitalistas, notadamente dos EUA e Japão, décadas mais tarde, continuariam lançando mão de respostas keynesianas, para lidar com as crises que se seguiram, características do próprio sistema capitalista. E, no final do século, na Europa, o próprio neoliberalismo vai ser revisto:

A dimensão da crise é tão evidente, que Keynes e sua ‘Teoria Geral’ voltam a ‘ressuscitar’ por mãos sociais-democratas para ‘salvar’ o capitalismo dos seus excessos, enquanto se volta a recompor uma social-democracia emergente, cujas dinâmicas parecem estar ativas e em formação, nomeadamente na Europa, cumprindo uma vez mais o seu papel histórico. A tomada de consciência por parte dos trabalhadores e dos povos das causas sistêmicas das desigualdades sociais é essencial para a Humanidade (CARVALHO, 2008).

Uma das principais críticas dos neoliberais às políticas sociais governamentais de corte keynesiano é a respeito do aumento dos gastos sociais do Estado. Hobsbawn (2010), por exemplo, menciona que, no início da década de 1970, o Canadá, e outros países considerados ricos, teriam gasto em média 48% das despesas do governo com benefícios sociais, entre eles, a saúde. Para os teóricos neoliberais, ao contrário, a orientação era clara: “manter um Estado forte, sim, em sua capacidade de romper o poder dos sindicatos e no controle do dinheiro, mas parco em todos os gastos sociais e nas intervenções econômicas” (ANDERSON, 1995, p. 1).

2.3 O RELATÓRIO LALONDE

Nesta época, anos de 1970, o ministro da saúde e bem estar do Canadá, no período de 1972 a 1977 (CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION, 2012), Marc Lalonde, ao avaliar o campo da saúde, considera-no problemático, no que tange à avaliação e análise:

Marc Lalonde (...) reconhece que a análise do campo da saúde apresentava um problema fundamental – a carência de um quadro conceitual comum que permitisse separar seus componentes principais. Essa carência tornava difícil comunicar-se adequadamente ou desagregar o campo da saúde em segmentos flexíveis que se prestassem à análise e avaliação (RABELLO, 2010, p. 26).

Assim, defende a construção do que ele chamou de mapa do território da saúde, a partir das principais causas de morbidade e mortalidade no Canadá, e decompõe o campo da saúde em quatro componentes: “biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e organização da atenção em saúde” (LALONDE, 1996, p. 3).

O primeiro componente, da biologia humana, inclui aqueles fatores inerentes à carga genética, e às características anatômicas e fisiológicas do ser humano. O meio ambiente incluiria fatores externos ao corpo, sobre os quais o indivíduo praticamente não tem controle. O terceiro componente abarca as decisões sobre o próprio modo de vida. Cabe dizer que, nem sempre tais decisões dependem exclusivamente da vontade própria, havendo fatores de diversas ordens (ambientais, econômicos, sociais) que influenciam-nas. O último componente é o próprio sistema de atenção à saúde, incluindo os hospitais, postos de saúde, produção de medicamentos, serviços odontológicos, entre outros. Lalonde observou que a maior parte dos gastos na área de saúde se concentrava na organização da atenção sanitária, ou seja, no quarto componente do campo da saúde. Todavia, as principais causas de morbimortalidade no Canadá se situavam dentro dos três primeiros componentes (LALONDE, 1996).

O estabelecimento de um campo da saúde, nestes moldes, amplia seu conceito, de modo que um dado problema de saúde possa ser avaliado em função dos quatro componentes constituintes do campo, que podem ter, cada um, por sua vez, maior ou menor participação no problema em questão. Daí se demanda uma ação intersetorial, envolvendo governo, comunidade científica, profissionais de saúde, entre outros, cada um com suas funções específicas, em prol de um objetivo comum.

Em 1974 foi publicado o documento que ficou conhecido internacionalmente como o Informe Lalonde: “*Lalonde Report: A New Perspective on the Health of the Canadians*”, onde a promoção da saúde ganhava *status* de política pública. Na verdade, o Relatório Lalonde era um “*discussion paper*”: um documento ministerial que não recebe a chancela oficial, mas que serve de referência para os debates institucionais” (ROOTMAN, apud CARVALHO, 2007, p. 46). No entanto, sua publicação foi decisiva para a mudança nas políticas de saúde do Canadá e de outros países:

Cabe destacar que a ‘promoção da saúde foi primeiramente implantada em países como Canadá, Estados Unidos, Reino Unido, Austrália, Nova Zelândia, Bélgica dentre outros. Uma das características marcantes é ter sido implementada originariamente nestes países, considerados desenvolvidos (...) As discussões iniciais [nesses] países deram-se em torno dos altos custos da atenção à saúde sem uma correspondência de melhoria do quadro sanitário da população. Centravam-se no dilema da alocação de mais recursos ainda que tais recursos fossem vencidos pelas condições de saúde da população, devido ao envelhecimento e agravamento das patologias crônico-degenerativas. Essa implantação começa com as proposições de mudanças dos estilos de vida (RABELLO, 2010, p. 22).

Apesar da publicação do Relatório Lalonde datar de 1974, a primeira referência conhecida ao termo promoção da saúde data de 1920, quando Winslow² a define como um esforço da comunidade organizada, em prol das melhorias da saúde pública, o que incluiria, entre outros, a prevenção de doenças e o saneamento do meio ambiente. Em 1946, Sigerist³ incluiu a promoção da saúde dentro das quatro tarefas fundamentais da medicina: “promoção da saúde, a prevenção das doenças, a recuperação dos enfermos e a reabilitação” (BUSS, 2008, p. 17), e associou saúde a trabalho, lazer, educação, ente outros fatores, o que demandaria o esforço intersetorial. É uma abordagem centrada no indivíduo, e não na doença, ao contrário da prevenção, e envolve o cuidado com a qualidade de vida.

Essa perspectiva individualista e comportamental pode ser encontrada, sendo mesmo, enfatizada, no Relatório Lalonde. Por conta disto, ele foi alvo de críticas, que também se dirigiam ao fato de sua motivação ter sido financeira, e de que ele se voltava, especificamente, para doenças que estavam começando a causar preocupação na época, tais como, câncer, AIDS e mal de Alzheimer, por exemplo. Outros agravos, característicos, principalmente, de comunidades pobres, não teriam merecido tanta atenção. Autores como Buck (1996) consideram que Lalonde deu pouca atenção ao componente ambiental do campo da saúde, e deixou de considerar questões importantes e também outros determinantes da saúde, como lazer, transporte, condições de trabalho, entre outras. Para esta autora, o problema era: de que adiantaria a prescrição de hábitos saudáveis, de caráter individual, se não se modificassem as condições de vida da população, às quais esta não tinha meios de modificar?

Apesar das críticas, o Canadá estava mobilizado pelo Relatório Lalonde. A criação de um campo da saúde e a ampliação de seu conceito estiveram presentes nas conferências internacionais sobre Promoção da Saúde que ocorreram nos anos seguintes. Como Draper (apud BUSS, 2008) chama atenção:

(...) a influência deste documento foi abrir as portas para um novo debate e reconhecer politicamente a necessidade de inovações, pois muitos programas de promoção da saúde em desenvolvimento hoje, no Canadá, têm suas origens no Informe Lalonde (DRAPER, 1995, apud BUSS, 2008, p. 23).

² Charles Edward Amory Winslow (1877-1957) foi um sanitarista norte americano, colaborador da OMS e defensor da ideia de que o planejamento em saúde seria fundamental tanto para o desenvolvimento econômico quanto para solucionar problemas deste setor. “Para Winslow, a doença e a pobreza formam um ‘circulo vicioso’, isto é, os homens e mulheres eram doentes porque eram pobres e tornavam-se mais pobres porque eram doentes.” (LIMA, 2010, p. 128)

³ Henry Ernest Sigerist (1891-1957) é considerado “o mais ilustre historiador da medicina” do século XX, “pioneiro da moderna medicina social, e destacado estudioso dos fatores sociais na saúde” (NUNES, 1992, p. 70).

Um momento importante para a divulgação e evolução do Movimento de Promoção da Saúde no mundo foi a Conferência de Alma Ata, em 1978, primeira a incluir, em escala mundial, as premissas da Promoção da Saúde, ao relacionar atenção primária e integralidade à reformulação do cuidado em saúde.

2.4 A CONFERÊNCIA DE ALMA-ATA

Em 1978, em meio à crise do capitalismo descrita anteriormente, foi organizada, no Cazaquistão, antiga União Soviética, a Conferência de Alma-Ata, promovida pela OMS, juntamente com o *United Nations Children's Fund* (UNICEF). Tendo como mote a Atenção Primária em Saúde, e a meta “Saúde para Todos no Ano 2000”, a Declaração de Alma-Ata repercutiu em sistemas de saúde de todo mundo, reforçando a inclusão de elementos políticos e sociais às questões referentes à saúde (BUSS, 2008), além de associá-la ao desenvolvimento econômico e à qualidade de vida (BRASIL, 2002). Esta conferência não foi especificamente de Promoção da Saúde, mas é considerada decisiva neste movimento, pois já apresentava o conceito de saúde ampliado, e a partir daí, o movimento de Promoção da Saúde se expandiu em escala mundial.

A atenção primária e a promoção da saúde fazem parte de um mesmo processo, em que se destacam os determinantes da saúde, para evitar o adoecimento e também cuidar dos enfermos, através de intervenções relacionadas com a melhoria da qualidade de vida. Entretanto, “nenhuma das duas orientações, atenção primária ou promoção da saúde, pretendem anular ou mesmo reduzir a importância da atenção médica” (RABELLO, 2010, p. 12).

A relevância de Alma-Ata está na proposta da atenção primária, ao enfatizar a importância do envolvimento da população juntamente com o conhecimento especializado do médico e de sua equipe. A atenção primária inclui os seguintes objetivos principais: redução das disparidades sociais; organização dos serviços de saúde em torno das necessidades e expectativas das pessoas; e reforma das políticas públicas, através da inclusão da saúde em outros setores (WHO, 2012). Importante ressaltar que Promoção da Saúde e Atenção Primária não são sinônimos, posto que a primeira engloba muito mais componentes e determinantes que a segunda, estando para as políticas de saúde assim como a segunda está para estratégia de implementação, ou o primeiro nível da atenção à saúde.

A atenção primária, corretamente utilizada, é a base para a promoção da saúde e exige que todo o sistema de saúde se reordene para que a equidade, o *empowerment*,

a *advocacy*, a integralidade, (...) aconteçam de fato e não apenas nos discursos governamentais (RABELLO, 2010, p. 169).

Na declaração de Alma-Ata, os cuidados primários da saúde são definidos como:

cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OPAS, 1978, p.1).

Por outro lado, os cuidados primários de saúde, de acordo com a Declaração de Alma-Ata, teriam que incluir, pelo menos:

educação, no tocante a problemas prevaletentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle, promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, previsão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico, cuidados de saúde materno-infantil, inclusive planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças localmente endêmicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais (OPAS, 1978, p. 2).

Visando compartilhar as experiências a respeito do nascente campo da promoção da saúde, surgiu a ideia da Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde, que seria realizada em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986, patrocinada pelo Ministério da Saúde e do Bem Estar Social do Canadá, OMS e a Associação Canadense de Saúde Pública. Segundo Kickbusch (1996, p. 17):

esta associação de patrocinadores reflete as características principais da iniciativa: grandes forças não governamentais que defendem a saúde pública, compromisso enérgico dos governos para facilitar a promoção da saúde, e relação com uma estratégia mundial para a saúde.

Até o ano de 2012, foram realizadas seis conferências internacionais de Promoção da Saúde (RABELLO, 2010):

- Ottawa, Canadá: 17-21 de novembro de 1986;
- Adelaide, Austrália: 5-9 de abril de 1988;
- Sundsvall, Suécia: 9-15 de junho de 1991;
- Jacarta, Indonésia: 21-25 de julho de 1997;
- Cidade do México, México: 5-9 de junho de 2000;
- Bangkok, Tailândia: 7-11 de agosto de 2005

De acordo com Buss, as três primeiras conferências foram as mais importantes: Ottawa, por ter lançado as bases conceituais da Promoção da Saúde; Adelaide, por ter trazido à discussão um pilar da Promoção da Saúde, que é a construção de políticas públicas saudáveis, e a questão da intersetorialidade; e Sundsvall, por ter integrado a questão ambiental à área da saúde, tendo ocorrido um ano antes da Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e o Desenvolvimento, mais conhecida como Rio 92, ou ainda Eco 92. Buss considera que as outras conferências teriam sido repetitivas, e critica a participação da iniciativa privada nas últimas (informação verbal)⁴.

A próxima conferência está prevista ocorrer em Helsinki, na Finlândia, em 2013, e terá como tema: “*Health in all policies*”, ou seja, saúde em todas as políticas, indicando, provavelmente, um retorno aos fundamentos conceituais da Promoção da Saúde, presentes na Declaração de Adelaide, reinserindo a discussão das políticas saudáveis e da intersetorialidade na agenda de ações voltadas para a promoção da saúde (informação verbal).

Tendo em vista a importância desse movimento para o estudo e a conjuntura na qual emerge, segue uma discussão em torno das conferências mundiais de Promoção da Saúde, e sua relação com a doutrina neoliberal no período 1980-2005. O levantamento baseia-se nos documentos de referência – as cartas –, destacando a relação do evento com o contexto político, econômico e social, assim como suas principais características e seus princípios fundamentais.

2.5 A CONFERÊNCIA DE OTTAWA (CANADÁ)

2.5.1 O recrudescimento do neoliberalismo na década de 1980

Nos anos de 1980, o mundo ainda se encontrava imerso na Guerra Fria, conflito marcado pela polarização entre duas potências e dois projetos societários: Estados Unidos, representando o capitalismo, e União Soviética, representando o socialismo. Além disso, a crise, iniciada na década de 1970, e que, segundo Hobsbawn (2010), marcou o período da Guerra Fria, atingia seu clímax.

As diretrizes políticas e econômicas que norteavam os países capitalistas, tanto centrais quanto periféricos, e que davam sustentação ao sistema, eram estipuladas por agências e organismos internacionais – o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial (BM), além da ONU. Criados em 1944, nos acordos de Bretton Woods, “tais

⁴ Palestra do Dr Paulo Buss na EPSJV, turma de Gerência em Saúde, no Trabalho de Integração “Promoção da Saúde”, em 08/11/2011.

instituições não só simbolizaram como materializaram a hegemonia estadunidense na reorganização política e econômica internacional (...)” (NEVES, 2010, p. 40), intervindo, inclusive, militarmente, para impedir o avanço do comunismo. No que se refere à ONU, Hobsbawn (2010, p. 234, grifo meu), diz que “Abalados pela vitória comunista da China, os EUA e seus aliados (*disfarçados como Nações Unidas*) intervieram na Coreia em 1950 para impedir que o regime comunista do Norte daquele país se estendesse ao Sul”. Estes organismos e suas agências, então, nortearam suas ações, neste período, dentro dos princípios do neoliberalismo.

Durante os “trinta anos gloriosos”, os estados capitalistas centrais e periféricos se utilizaram de estratégias diversas, sendo a principal, a do Estado de bem estar social, para garantir a hegemonia capitalista. Por outro lado, foi uma década de conquistas sociais e de ampliação de direitos, através das lutas contra-hegemônicas.

Durante todo o período da Guerra Fria (...), os Estados capitalistas centrais e periféricos, de modo específico, sob a forma de Estado de Bem Estar Social, desenvolveram (...) estratégias educadoras no sentido da garantia de direitos, visando a reduzir a desigualdade real no acesso à riqueza e ao poder nas formações sociais burguesas, de forma a garantir a reprodução do modo capitalista de convivência social e evitar a adesão ao projeto socialista de sociabilidade por amplos segmentos da classe trabalhadora. Contraditoriamente, portanto, a luta contra-hegemônica de parcela do proletariado e de seus aliados por direitos políticos e sociais e pela construção de uma nova sociabilidade consubstanciou-se em importante determinante de uma ampliação dos direitos de cidadania (NEVES; SANT’ANNA, 2005).

Pode-se considerar, então, que a disputa entre capitalismo e socialismo resultou em conquistas sociais por parte dos trabalhadores, ainda que de modo “atravessado”, ou seja, através da intervenção social democrata do Estado e da “venda ilusória da possibilidade de um compromisso capital/trabalho, como fosse possível conciliar os interesses antagônicos entre exploradores e explorados (...)” (CARVALHO, 2008).

Outra consequência da onipresença do Estado na economia foi o acirramento do neoliberalismo, que surgira no período do pós-guerra, fundamentado teoricamente por Frederik Hayek e sustentado pela Sociedade de Mont Pèlerin. Essa associação foi formada em 1947 por adversários do Estado de Bem Estar Social, tais como, Hayek, Milton Friedman, Karl Popper, entre outros, com o propósito de combater o keynesianismo e “preparar as bases de um outro tipo de capitalismo, duro e livre de regras para o futuro” (ANDERSON, 1995, p. 1).

Politicamente, os anos de 1980 assistiram o surgimento de governos de direita por praticamente todo o norte da Europa, com destaque para Margaret Thatcher, no período de 1979 a 1990, na Inglaterra, e Ronald Reagan, de 1981 a 1989, em dois mandatos, nos EUA.

Os principais objetivos dos governos neoliberais eram reagir à crise do Estado de Bem Estar Social – através de medidas como aumento da taxa de juros, perseguição a organizações sindicais, corte de gastos com políticas públicas e privatizações – e combater o comunismo. Os chamados “euro-socialistas” que ascenderam neste período – como François Mitterrand, (governou de 1981 a 1995, em dois mandatos), na França, e Mário Soares (presidente da república de 1986 a 1996, por dois mandatos), em Portugal – mesmo ensaiando uma política de pleno emprego e proteção social, acabaram por se render ao neoliberalismo ortodoxo, pressionados pelos mercados financeiros internacionais. Para Anderson (1995), o que ficou marcado foi a hegemonia neoliberal alcançada neste período, pois mesmo os países social democratas – com poucas exceções - acabaram por se render aos ditames neoliberais.

Segundo este mesmo autor, não houve diminuição do peso do Estado de Bem Estar Social, uma vez que os gastos sociais, inclusive pensões, nem sempre diminuíram, seja para o seguro-desemprego, sempre crescente, seja devido ao aumento de trabalhadores que requeriam aposentadorias.

A relação da Promoção da Saúde com o ideário neoliberal neste momento é pautada pelo enfoque behaviorista atribuído ao relatório Lalonde, que, ao colocar o foco sobre os estilos de vida, acabava “culpando” os indivíduos por seu estado de saúde, desobrigando o Estado de sua parcela de responsabilidade. Neste sentido, reforça as teses neoliberais de responsabilização dos indivíduos por sua empregabilidade e aquisição de competências que então começam a ser construídas, na área da educação.

O behaviorismo, na educação, manifesto na psicologia comportamental de Skinner e Bloom, juntamente com a administração científica de Taylor e a teoria dos sistemas de Churchman, dão suporte à pedagogia tecnicista, que se insere na concepção produtivista da educação, que, por sua vez, relaciona a educação ao desenvolvimento capitalista. Esta relação também reporta à pedagogia das competências, que são adequadas aos princípios tayloristas-fordistas de trabalho, relacionados à otimização da produção para a manutenção do desenvolvimento capitalista (RAMOS, 2010).

No Canadá, nesse momento, é criado o Departamento de Promoção da Saúde, no Ministério da Saúde e Bem Estar, voltado para a educação para a saúde. Sobre esta visão a respeito do relatório Lalonde, Rabello (2010, p. 145) comenta que

Não há nada neutro no que diz respeito a promoção da saúde, ela é sobre o poder: quem o tem, quem não o tem, como aquele poder foi reforçado em certas ideologias, incluindo crenças de saúde, e como podem ser mudadas.

2.5.2 A Carta de Ottawa e a Nova Promoção da Saúde

Em 1984, Jake Epp assumiu o Ministério da Saúde e Bem Estar do Canadá, e, acatando as críticas em relação à conotação behaviorista do Relatório Lalonde, extinguiu o Departamento de Promoção da Saúde. Apoiado pela OMS, convocou a Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, com o objetivo de “ajustar a política de saúde canadense à prática dos preceitos de Alma-Ata” (RABELLO, 2010, p. 27).

Epp considerava que, embora tivesse havido melhora na perspectiva do canadense acerca de sua saúde, ainda havia pontos que deixavam a desejar: a desigualdade entre a perspectiva de saúde e expectativa de vida entre o canadense médio e os grupos desfavorecidos; vários agravos que poderiam ser prevenidos e que ainda constavam nos indicadores de saúde; a existência de enfermidades crônicas, ou psicológicas, e a falta de respaldo na comunidade para lidar com estas doenças (EPP, 1996). Sem fazer críticas explícitas a Lalonde, Epp não deixava de incorporar, em seu discurso, as inúmeras contestações que o informe de seu antecessor recebeu. A saúde, neste momento, deixa de ser considerada objetivo de vida, mas passa a representar a possibilidade, através do qual, as pessoas podem lidar e modificar seu ambiente (EPP, 1996), ou seja, passa a ser meio de vida.

A I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde foi realizada em novembro de 1986, organizada pelo Ministério da Saúde e Meio Ambiente do Canadá, juntamente com a OMS e com a *Canadian Public Health Association*, contando com a participação de trinta e oito países, principalmente do mundo industrializado (BUSS, 2008). Tinha como objetivos continuar o debate iniciado em Alma-Ata, em 1978, e estabelecer uma série de intenções para que se atingisse a “Saúde para Todos no Ano 2000” (OPAS, 1986).

Nesta ocasião, Jake Epp apresentou o documento “*Achieving Health for all: a Framework for Health Promotion*”, onde reiterava que o sistema de saúde canadense não dava conta dos principais problemas de saúde, e que a promoção da saúde seria a maneira adequada de se lidar com eles. Dentre os desafios listados por Epp estavam a prevenção das doenças, a redução das desigualdades sociais e a capacitação das pessoas no enfrentamento de seus problemas de saúde. As estratégias propostas eram: estabelecimento de políticas públicas saudáveis; fortalecimento dos serviços de saúde comunitários; e incentivo à participação popular (BUSS, 2008).

A Carta de Ottawa, documento resultante da Conferência, e que referendou a promoção da saúde no mundo todo a partir de então, assumiu a definição de saúde da OMS,

assim como a noção de saúde como meio de vida, e não objetivo de vida, proposta por Jake Epp. Neste documento, promoção da saúde é definida como o:

processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (BRASIL, 2002, p. 19).

Nesse documento encontram-se listados as condições e pré-requisitos para que se alcance o estado de saúde: paz, habitação, educação, renda, ecossistema estável, justiça social, alimentação, recursos sustentáveis e equidade (OPAS, 1986), ou os determinantes sociais da saúde. Afinal, mesmo as escolhas individuais, enfatizadas no Relatório Lalonde, são determinadas socialmente.

Observa-se, então, a inclusão de mais elementos ao conceito de saúde, além do que se espera do setor. Pode-se dizer que muitos estão situados no patamar da utopia – paz, justiça social – mas, sem dúvida, sem eles não é possível esperar saúde para a população, entendendo-a como um estado de bem estar.

O componente ambiental também está presente, em uma década onde foi característico o alarmismo decorrente da provável escassez das fontes de energia, associada ao efeito da utilização indiscriminada do meio ambiente; e também da constante ameaça nuclear gerada pela Guerra Fria. Ao propor uma abordagem socioecológica da saúde, reafirma a ligação entre o indivíduo e o meio em que vive, uma ligação que extrapola o utilitarismo, mas coloca o ser humano como integrante de um ecossistema. Deste modo, afirma que “a proteção do meio-ambiente e a conservação dos recursos naturais devem fazer parte de qualquer estratégia de promoção da saúde” (OPAS, 1986, p. 3).

Ao estabelecer determinantes múltiplos para a saúde, a Carta de Ottawa assume de vez a intersectorialidade como condição primordial para se lidar com as questões de saúde, e que estas não podem ser de responsabilidade exclusiva do setor (BUSS, 2008). Ao conclamar a participação de outros setores, ela se refere também a organizações não governamentais e integrantes da sociedade civil. A defesa da causa da saúde, enfim, deve estar presente nas propostas e ações de todos os setores, e em todas as políticas voltadas para a melhoria da qualidade de vida.

Outro elemento importante dentre os determinantes da saúde é a equidade, entendida como a maior atenção aos mais desfavorecidos. A estratégia elaborada para seu alcance é a capacitação da população para que todas as pessoas possam alcançar seu potencial de saúde, através do

acesso à informação, a experiências e habilidades na vida, bem como oportunidades que permitam fazer escolhas por uma vida mais sadia. As pessoas não podem realizar completamente seu potencial de saúde se não forem capazes de controlar os fatores determinantes de sua saúde, o que se aplica igualmente para homens e mulheres (OPAS, 1986, p. 1).

Esta capacitação é entendida, então, nos níveis individual e comunitário, sendo incentivados a ajuda mútua e o apoio social. Para isso, se indica o acesso à informação, além do financiamento das ações. Estes elementos – capacitação, informação, oportunidades acessíveis – compõem o conceito de *empowerment*, definido por Buss como a “aquisição de poder técnico e consciência política para atuar em prol de sua saúde”⁵ (BUSS, 2008, p. 27).

Ao preconizar políticas públicas saudáveis, a Carta de Ottawa avança em relação aos programas e campanhas educativas voltados para a saúde, enfatizando que as abordagens devem incluir mudanças organizacionais, na legislação, nas taxações e medidas fiscais, todas elas direcionadas para uma distribuição mais equitativa da renda. Porém, peca pelo excesso de simplificação, ao defender que “[o] objetivo maior deve ser indicar aos dirigentes e políticos que as escolhas saudáveis são as mais fáceis de realizar” (OPAS, 1986, p. 2).

Os serviços de saúde não são, obviamente, excluídos nessa nova abordagem das questões de saúde. Segundo a Carta de Ottawa, é necessária também uma reorientação do sistema de saúde, de modo que estes incluam os outros atores sociais no planejamento e execução das ações de saúde, além de uma reformulação nas áreas de ensino e pesquisa em saúde, incluindo a promoção em seu escopo (OPAS, 1986).

Em suma, os cinco campos de ação propostos na Carta de Ottawa são: “elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais; e reorientação dos sistemas de saúde” (BUSS, 2008, p. 26).

Ao final da Carta, são reforçados os compromissos assumidos pelos participantes da Conferência em torno dos campos de ação da promoção da saúde, e as pessoas de todo o mundo – governos e ONGs (Organizações Não Governamentais), e voluntários de maneira

⁵ *Empowerment* pode ser encontrado em alguns textos traduzido por “empoderamento”. Optamos, aqui, pelo termo original.

geral – são conclamadas a defender a causa da promoção da saúde, que, se cumpridas suas metas e propósitos, teria como resultado a almejada “Saúde para Todos no Ano 2000”.

A Carta de Ottawa é reconhecida, até hoje, como um marco de referência do Movimento de Promoção da Saúde, servindo de base tanto para as conferências – internacionais e regionais – que se seguiram, quanto para o planejamento de políticas e estratégias voltadas para a promoção da saúde.

2.6 A CONFERÊNCIA DE ADELAIDE (AUSTRÁLIA)

A Segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde aconteceu em Adelaide, Austrália, no período de 5 a 9 de abril de 1988. Neste período, pouca coisa havia mudado no mundo capitalista avançado: o neoliberalismo ainda estava na ordem do dia e seus efeitos eram desastrosos, principalmente para os países capitalistas dependentes, particularmente na América Latina. Paradoxalmente, nos países capitalistas centrais aumentava-se os gastos do Estado com a crescente parcela de desempregados, além dos seguros sociais e aposentadorias. Por outro lado, não houve aumento nas taxas de crescimento dos países membros da OCDE (Organização Europeia para o Comércio e Desenvolvimento), ou seja, não se alcançou a reanimação do capitalismo avançado mundial (ANDERSON, 1995).

Uma vez mais, assim como havia sido em Ottawa, dois anos antes, a Conferência de Adelaide evocou a Declaração de Alma-Ata, e sua meta de “Saúde para Todos no Ano 2000”. Dessa vez, foram duzentos e vinte participantes, de quarenta e dois países, que se reuniram com o objetivo de compartilhar as experiências voltadas para o estabelecimento de políticas públicas saudáveis, um dos campos de ação expostos em Ottawa. Reforçou-se a necessidade de que estas políticas estejam voltadas para que se alcance a equidade e a justiça social, condições indispensáveis para que se atinja a meta de saúde para todos, relacionando as iniquidades em saúde às desigualdades presentes na sociedade (OPAS, 1988).

Buss chama atenção para a diferença na tradução de “*building public health policies*”, que pode ser tanto “a construção de políticas públicas de saúde” quanto a “construção de políticas públicas saudáveis”. No primeiro caso, referir-se-ia simplesmente às políticas de saúde pública, independentemente de seu caráter promotor, estando de acordo com o conceito reduzido de saúde. A segunda tradução, estaria concernente ao ideário da Promoção da Saúde, ou seja, ao caráter intersetorial das políticas públicas, todas direcionadas para a melhoria da qualidade de vida da população. Segundo Buss, a tradução para o espanhol, veiculada no *site*

da OMS, opta pelo primeiro sentido do termo, o que não refletiria seu verdadeiro significado (informação verbal).⁶ Na verdade, está em jogo, aqui, a intersectorialidade, ou seja, o trabalho integrado de todos os setores, do governo e da sociedade, em prol da saúde:

É necessário mais do que o acesso a serviços médico-assistenciais de qualidade, é preciso enfrentar os determinantes da saúde em toda a sua amplitude, o que requer políticas públicas saudáveis, uma efetiva articulação intersectorial do poder público, e a participação da população (BUSS, 2000, p. 163).

A Declaração de Adelaide estabelece o compromisso dos países desenvolvidos, detentores de tecnologias avançadas, com aqueles países em níveis mais atrasados de desenvolvimento tecnológico, refletidos no próprio grau de desenvolvimento econômico.

Retoma, também, a discussão em torno da equidade, ou seja, a garantia de acesso aos serviços de saúde a todos. Para isso, indica que deve-se focar, primeiramente, aqueles em desvantagem social e educacional, de modo que também tenham garantidos seus direitos em saúde. É bem enfatizada a questão de que os meios atuais de cuidado em saúde, por si só, não dariam conta dos desafios da área, dentro de um contexto de desenvolvimento tecnológico desigual, e ameaças aos ecossistemas. As desigualdades sociais estariam se aprofundando, produzindo demandas de responsabilidade de todos, Estado e sociedade.

A elaboração e implementação de políticas públicas promotoras de saúde são, de acordo com a Declaração de Adelaide, imprescindíveis para que se alcance a meta estabelecida em Alma-Ata, de que todos, independentemente de posição social, tenham acesso e atinjam seu pleno potencial de saúde. Para que esta meta seja alcançada, todos estariam envolvidos, e seriam responsáveis:

Os governos e os setores sociais que concentram recursos são igualmente responsáveis, perante os cidadãos, quanto às consequências das suas decisões políticas, ou pela falta delas, sobre a saúde das populações (OPAS, 1988, p. 3).

A avaliação periódica do efeito das políticas também é sugerida, e constituiu um incentivo a elaboração de novas e melhores políticas de saúde.

Foram destacadas quatro áreas de ação imediata no campo das políticas públicas saudáveis (OPAS, 1988):

- Apoio à saúde da mulher: é reconhecido, aqui, o papel da mulher trabalhadora em saúde, no campo da promoção. Incentiva-se a criação de programas específicos, direcionados para a igualdade de direitos trabalhistas, e reconhecimento e cuidado

⁶ Palestra do Dr Paulo Buss na EPSJV, turma de Gerência em Saúde, no Trabalho de Integração “Promoção da Saúde”, em 08/11/2011.

com as particularidades femininas, em especial o direito à licença maternidade e de acompanhamento de filhos doentes;

- Alimentação e nutrição: deve ser garantido o acesso a alimentos de boa qualidade a todos, respeitando-se as peculiaridades de cada cultura.
- Tabaco e álcool: os efeitos nocivos do consumo destas substâncias são mencionados, e as perdas no quesito saúde resultantes deste consumo. Também é lembrada a agressão ambiental das plantações de tabaco, e sugerida sua substituição pela cultura de gêneros alimentícios. Campanhas direcionadas à redução do fumo e da ingestão de bebidas alcoólicas seriam uma estratégia política neste item.
- Criação de ambientes saudáveis: a questão ecológica começa a ser pauta dos assuntos de saúde, na perspectiva da promoção. O homem é reconhecido como parte integrante de um ecossistema, e, conseqüentemente, uma agressão ao meio ambiente resultaria em agressão à saúde humana. O desenvolvimento industrial e do setor agropecuário deveria levar em conta os efeitos na área da saúde da população. À OMS caberia a responsabilidade de garantir a observação deste princípio, visando o desenvolvimento sustentável.

2.7 A CONFERÊNCIA DE SUNDSVALL (SUÉCIA)

No início dos anos de 1990, os países capitalistas desenvolvidos encontravam-se profundamente endividados, e lidando com índices alarmantes de desemprego. A recessão, no entanto, não resultou no fim do modelo neoliberal, mas de um novo alento deste modelo, fortalecido pela vitória ocidental na Guerra Fria, materializada por dois eventos: a queda do Muro de Berlim, em 1989, e o fim da União Soviética, no mesmo ano (ANDERSON, 1995).

Foi, inclusive, o fim da Guerra Fria que acarretou um dilema para os Estados Unidos: se não haveria uma guerra iminente, o que fazer com o arsenal construído para este fim? Em um ano eleitoral (1991), era impensável o desmonte, posto que resultaria em mais desemprego. Assim, foram aprovadas as construções de mais equipamentos militares, somente com o objetivo de gerar e manter empregos, em uma época de recessão (NOVAES, 1992).

Os limites do desenvolvimentismo também estavam em discussão, nesta época. O planeta dava mostras de impossibilidade de arcar com o industrialismo e consumismo desmedidos. Estava claro que, se todas as nações consumissem na mesma medida que os

países desenvolvidos, o planeta entraria em colapso, colocando em risco a própria sobrevivência da espécie humana.

Então, estava em pauta a questão ambiental. Para discutir tais assuntos, as Nações Unidas convocaram, para 1992, a I Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento, a ser realizada no Rio de Janeiro, Brasil, sendo por isso também conhecida como Rio 92. Nessa reunião, não se esperava consenso em torno da agenda ambiental para diminuição de emissões poluentes na atmosfera, que resultavam em problemas como o aumento do aquecimento global e do buraco na camada de ozônio. Os Estados Unidos, por exemplo, representando os países capitalistas desenvolvidos, participaram da Rio 92 sem a menor disposição de assinar os acordos de emissão de gases poluentes (NOVAES, 1992).

A Conferência de Sundsvall ocorreu neste período de plena agitação em torno das questões relacionadas ao meio ambiente, levantadas por conta da Rio 92, que seria realizada no ano seguinte. Estas questões, que, nas conferências anteriores já tinham sido integradas às discussões da área da saúde, nortearam as discussões na Suécia, de 9 a 15 de junho de 1991, sob o tema: “Ambientes Favoráveis à Saúde”, contando com a participação de 81 países.

A Convocação para a Ação dirigia-se a todos aqueles com poder de tomada de decisões. Temas já debatidos nas conferências anteriores tornaram a aparecer, como as iniquidades em saúde, as desigualdades no acesso a bens e serviços, e a necessidade dos países desenvolvidos voltarem-se para os problemas dos mais países mais prejudicados com o fosso político, social e econômico gerado pelas medidas econômicas preconizadas pelos organismos internacionais. A novidade está, justamente, na inclusão do tema dos ambientes favoráveis à saúde no debate. Nessa reunião o termo “ambiente” foi ressignificado, passando a incluir também todos os locais onde o homem vive: casa, trabalho, lazer e a comunidade.

Para a criação de um ambiente favorável foram enfatizados quatro aspectos (OPAS, 1991):

- A dimensão social: a perda de valores tradicionais e culturais é vista como ameaça à saúde;
- A dimensão política: os governos deveriam garantir a participação democrática nos processos de tomada de decisões, assim como a descentralização de recursos e responsabilidades;
- A dimensão econômica: realocação de recursos oriundos da corrida armamentista para o alcance da meta de Alma-Ata, de “Saúde para Todos no Ano 2000”;

- Valorização da participação política das mulheres, e luta pela igualdade de direitos e voz nos processos decisórios.

Os ambientes favoráveis, de acordo com a declaração de Sundsvall, são perfeitamente factíveis. São mencionadas experiências a níveis locais, sendo estas estimuladas nesta conferência (BUSS, 2000).

2.8 O NEOLIBERALISMO DA TERCEIRA VIA E A CONFERÊNCIA DE JACARTA (INDONÉSIA)

Em meados dos anos de 1990, o mundo capitalista desenvolvido, sobretudo na Europa, encontrava-se discutindo os limites do neoliberalismo. Nessa década, começa a ser construída uma alternativa ao neoliberalismo ortodoxo, que se tornou conhecida como Terceira Via.

Depois de ter atingido praticamente todos os continentes, o ciclo da ortodoxia neoliberal deu provas de sua força e capacidade, mas também de seus limites e inconsistências. (...) O fato é que o projeto ortodoxo neoliberal não conseguiu recuperar as taxas de crescimento do conjunto da economia e não foi capaz de gerar os determinantes objetivos e subjetivos necessários à consolidação de uma base de apoio político dentro e fora da classe dominante (MARTINS, 2009, p. 59).

O projeto político da Terceira Via foi pensado, então, como estratégia de legitimação do consenso em torno da sociabilidade burguesa, e surge como alternativa aos “efeitos negativos do neoliberalismo e da insuficiência da social democracia europeia” (LIMA; MARTINS, 2005, p. 43). Foram marcantes para a configuração e estabelecimento deste movimento a eleição de Bill Clinton, nos Estados Unidos (governou de 1993 a 2001) e a de Tony Blair, na Inglaterra (período de 1997 a 2007).

O neoliberalismo de Terceira Via critica o neoliberalismo ortodoxo em pontos cruciais, como o do Estado Mínimo. Ele parte do pressuposto que as transformações do mundo globalizado exigem uma nova abordagem dos problemas decorrentes desta mesma globalização, de modo a possibilitar o desenvolvimento econômico a longo prazo e manter intocadas as relações de poder capitalistas (LIMA; MARTINS, 2005).

No ideário da Terceira Via estão a inexistência de classes sociais, a descentralidade da categoria trabalho, e a tentativa de conciliação entre interesses díspares, principalmente através da instauração do consenso, conquistado por meio da pedagogia da hegemonia. (NEVES, 2005) Deste modo, obtém-se, em pleno século XXI, uma população dócil ao “projeto de sociabilidade burguesa”, e que “aceita as relações sociais vigentes como a única solução possível de convivência social” (NEVES; SANT’ANNA, 2005, p. 32).

É interessante ressaltar que a preocupação da Terceira Via não residia sobre os “efeitos nefastos” do neoliberalismo sobre os trabalhadores, mas sobre a estabilidade político-social dos países.

Para a Terceira Via, os neoliberais não estão de todo errados ao defenderem com vigor a ideia de mercado, pois uma economia forte se faria com um mercado forte e não pelo dirigismo estatal. A crítica formulada por ela limita-se ao problema da desregulamentação do mercado e do tipo de participação do Estado (...) (LIMA; MARTINS, 2005, p. 45).

Segundo Martins (2009), dois fatores foram decisivos para a reconfiguração do neoliberalismo: a ocidentalização das sociedades modernas, e sua característica mais marcante, a

ampla organização da sociedade civil e o equilíbrio entre essa instância e o aparelho estatal. As forças neoliberais passaram a reconhecer que a participação popular poderia ser considerada como articuladora da nova sociabilidade e não como um fenômeno nocivo a ser contido, ou mesmo reprimido (...) [como recomendado pelos defensores do neoliberalismo ortodoxo] (MARTINS, 2009, p. 60).

O segundo fator dizia respeito às políticas sociais: estas precisavam ser redefinidas, o que

exigiria mudanças significativas na organização da sociedade civil e, principalmente, em sua relação com a aparelhagem estatal, de modo a preparar os cidadãos para uma nova dinâmica de vida e novos parâmetros de proteção social (MARTINS, 2009, p. 60).

Nesse sentido, no que concerne à redefinição do papel do Estado, em andamento, a Conferência de Jacarta representou um retrocesso nos princípios fundamentais da Promoção da Saúde. Enquanto, em 1988, na Declaração de Adelaide, era primordial a função do Estado em prover saúde, como política social, nessa Conferência, realizada em 1997, a função do Estado é minimizada. Da mesma forma, a política de saúde será alterada e passará a ser atribuída à parceria entre Estado e sociedade civil. Assim, caberia ao Estado a função reguladora, de estabelecer diretrizes e formar parcerias com a sociedade civil, na formulação e implementação de políticas públicas (MARTINS, 2009), indicando, assim, uma conformação ao ideário do projeto político da Terceira Via.

Com efeito, a Conferência de Jacarta – IV Conferência Internacional de Promoção da Saúde – “Novos Protagonistas para uma Nova Era: Orientando a Promoção da Saúde no Século XXI”, realizada no período de 21 a 25 de julho de 1997, na cidade de mesmo nome, na Indonésia – foi marcante para o Movimento de Promoção da Saúde por dois motivos principais: foi a primeira conferência a ser sediada em um país em desenvolvimento, e a primeira a incluir a participação de entidades privadas. Logo após uma introdução sobre seus antecedentes, a declaração de Jacarta inicia com o título: “Saúde: um investimento valioso. A

saúde é um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento social e econômico” (OPAS, 1997, p. 1). Esse título coloca em evidência um aspecto “funcional” da saúde, ou seja, sua essencialidade para o desenvolvimento, e, assim, a importância de se investir em saúde.

Uma das metas continua sendo a redução das iniquidades, o que, sob este contexto neoliberal, pode ser entendido como a realização de ações políticas focalizadas, visando a geração de capital social, além da obtenção de consenso. Reconhece a efetividade das políticas de promoção da saúde, desde a conferência de Ottawa, na promoção da equidade e na modificação de estilos de vida, documentadas em pesquisas e estudos de caso.

Observa-se uma atualização dos determinantes sociais, de modo a se adequarem às características da modernidade: urbanização, (re) aparecimento de doenças, desenvolvimento tecnológico, globalização econômica, desenvolvimento dos meios de comunicação, entre outras.

As tendências demográficas tais como a urbanização, o aumento no número de pessoas idosas e a prevalência de doenças crônicas, um comportamento mais sedentário, resistência a antibióticos e a outros medicamentos disponíveis, maior uso abusivo de drogas e a violência civil e doméstica ameaçam a saúde e o bem-estar de centenas de milhões de pessoas (OPAS, 1997, p. 2).

A intersectorialidade, que sempre foi um dos pré-requisitos da Promoção da Saúde, neste momento, aparece sob a forma de parcerias e cooperações:

Existe uma flagrante necessidade de derrubar as fronteiras tradicionais dentro dos setores públicos, entre organizações governamentais e não governamentais e entre os setores público e privado. A cooperação é essencial. Em termos específicos, isto requer a criação de novas parcerias em prol da saúde entre os diferentes setores em todos os níveis de governabilidade nas sociedades em condições de igualdade (OPAS, 1997, p. 3).

Por outro lado, a declaração de Jacarta é bem sucedida ao evocar os cinco campos de ação propugnados em Ottawa, enfatizando que é a combinação dos cinco que teria efetividade, e não sua abordagem isolada. Também é importante a chamada de atenção para a questão dos recursos públicos voltados para a saúde, mencionando áreas envolvidas, em uma perspectiva ampliada, como educação e habitação.

A valorização dos direitos do indivíduo e das comunidades pode ser mencionada como outro destaque desta declaração, enfatizando que “[a] promoção da saúde efetua-se pelo e com o povo, e não sobre e para o povo” (OPAS, 1997, p. 4). Neste sentido, podem ser citados ainda a recomendação de práticas educacionais voltadas para a saúde, a realocação de recursos para ações comunitárias e o compromisso com a transparência na prestação de contas.

As prioridades para a promoção da saúde no século XXI estabelecidas na Conferência de Jacarta são: promover a responsabilidade social no que se refere à saúde; reforçar os investimentos para o desenvolvimento em saúde; consolidar e expandir as parcerias em saúde; aumentar a capacitação da comunidade e do indivíduo; e garantir a infraestrutura para as ações promotoras de saúde. Assim, podemos interpretar que a declaração de Jacarta, por estar concernente com o ideário da Terceira Via, serve a este movimento, podendo ser um instrumento da nova sociabilidade neoliberal em construção, mesmo que ainda contenha e reforce princípios caros ao movimento de Promoção da Saúde, como políticas públicas saudáveis e participação comunitária.

2.9 A CONFERÊNCIA DO MÉXICO

A V Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde aconteceu na cidade do México, no período de 5 a 9 de junho do ano 2000. Na Declaração do México não há inovações dentro da Promoção da Saúde. Seguindo a tendência de Jacarta, em 1997, a declaração valoriza as parcerias entre Estado e sociedade civil, mas aborda superficialmente os outros pontos críticos do movimento, como o financiamento e a intersectorialidade dentro do setor governamental. Os pontos fundamentais da declaração do México foram:

promover a responsabilidade social em matéria de saúde; ampliar a capacitação das comunidades e dos indivíduos; assegurar a infraestrutura necessária à promoção de saúde e fortalecer sua base científica; e reorientar os sistemas e serviços de saúde (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003, p. 106).

A OMS, responsável pela organização de todas as outras conferências, aparece de modo mais marcante, ao cobrar dos governos, e entidades do setor saúde, o relatório das ações implementadas para avaliação em encontro posterior. Presume-se que essa ação seja parte de uma tendência “globalizante”, evidente desde Jacarta, onde, dentro do fenômeno político denominado de Saúde Global, “as lutas e discussões sobre política de saúde internacional deixam o território geográfico de países e regiões e procuram impor uma ‘transterritorialidade’ às demandas, avaliações e procedimentos” (MATTA, 2005, p. 58). A OMS surge aí como instância reguladora e com a incumbência de avaliar as ações.

2.10 A CONFERÊNCIA DE BANGCOC (TAILÂNDIA)

A VI Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde aconteceu na cidade de Bangcoc, Tailândia, em 11 de agosto de 2005. Produziu, como documento final, a “Carta de Bangcoc para a Promoção da Saúde em um Mundo Globalizado” (PAHO, 2005).

A globalização, para Santos (apud MATTA; MORENO, 2011), é um fenômeno multifacetado, podendo ser econômica, política e cultural. O termo “globalização econômica” é o mais referido usualmente, e se refere a um evento da década de 1980, o Consenso de Washington, encontro do qual participaram o BM, o FMI, e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), no qual foi discutida a reestruturação econômica da América Latina. Para isso, foram recomendadas diversas medidas, de caráter neoliberal, tais como, “desregulação dos mercados financeiros e do trabalho; privatização das empresas e dos serviços públicos; abertura comercial (...)” (LIMA, 2010, p. 287), entre outras.

As outras formas de globalização, para o autor, são consequência da globalização econômica, que provoca o aumento da desigualdade econômica e social. Esta desigualdade se reflete em outras iniquidades: exclusão digital; falta de alimentos e medicamentos; expansão de doenças infectocontagiosas (AIDS, por exemplo), entre outras. Esse autor diferencia a concepção hegemônica da globalização, veiculada pelos neoliberais – aquela de caráter primordialmente econômico, da qual as demais seriam consequências – da chamada globalização contra-hegemônica, que prevê a possibilidade de um conhecimento emancipatório através da crítica a verdades pré estabelecidas (MATTA; MORENO, 2011).

Tendo como cenário o mundo globalizado, neoliberal, imerso na Terceira Via, a conferência de Bangkok reforçou posições das duas conferências anteriores e sua carta dirigiu-se aos

atores preferenciais no processo de manutenção e/ou melhoria das condições de saúde das populações (...): governos (...); sociedade civil; setor privado; organizações internacionais e comunidade de saúde pública (PAHO, 2005, p. 1).

A globalização nessa conferência é vista como fator que aumenta as desigualdades entre povos e nações, mas também como possibilidade de integração, principalmente no que se refere a novas tecnologias de comunicação, o que abre a possibilidade de trocas de experiências e conhecimentos.

A Carta estabelece, ainda, quatro compromissos chave:

- Tornar a promoção da saúde uma preocupação central na agenda do desenvolvimento global;

- Tornar a promoção da saúde uma responsabilidade central para o governo como um todo;
- Tornar a promoção da saúde um dos principais focos das comunidades e da sociedade civil;
- Tornar a promoção da saúde uma exigência da boa prática corporativa.

A saúde emerge assim diretamente ligada ao desenvolvimento. Sendo assim, a tendência predominante é o estabelecimento de parceria entre Estado e sociedade civil sob o lema “todos por um bem comum!”. Além disso, o ambiente de trabalho se torna um cenário para a promoção da saúde, direcionando-se as ações, principalmente, ao setor privado. Parte-se do pressuposto que o capital deveria ter o compromisso de assegurar a seus empregados um ambiente de trabalho seguro, assistência a seus familiares, ética nas relações trabalhistas e cumprimento das normas de proteção ambiental (PAHO, 2005).

Até o ano de 2012, estas foram as conferências internacionais sobre promoção da saúde realizadas. A próxima, como mencionado anteriormente, está prevista para ocorrer na Finlândia, em 2013. Além das conferências internacionais, ocorreram conferências regionais, que não foram objeto de estudo deste trabalho. No próximo capítulo, faremos uma análise nas políticas de saúde no Brasil, no período a partir da década de 1970 até o ano de 2010, buscando destacar as mudanças que podem ser relacionadas aos princípios do Movimento de Promoção da Saúde internacional.

3 BRASIL - AMPLIAÇÃO DO CONCEITO DE SAÚDE E NOVAS PRÁTICAS DE CUIDADO

3.1 O CENÁRIO POLÍTICO-ECONÔMICO DA DISPUTA ENTRE A MEDICINA CURATIVA E MEDICINA PREVENTIVA

A década de 1970 marca o início da crise do Estado de Bem Estar Social ou *Welfare State* nos países capitalistas centrais e, ao mesmo tempo, o fim do período conhecido como “milagre econômico”, no Brasil (1967 a 1973). Sob o Governo do General Emílio Garrastazu Médici (1969-1974), considerado por alguns autores como o mais truculento da ditadura civil-militar implantada no país, em 1964, com acirramento da censura, prisões e exílios, o chamado “milagre econômico”, se caracterizou pelo aumento do PIB, dos investimentos e empréstimos do exterior, pelo aumento dos empregos e das obras públicas, tais como, a Rodovia Transamazônica e a Ponte Rio-Niterói.⁷ Esse desenvolvimento econômico não foi uma inovação do governo militar, mas a continuação do modelo vigente desde o governo Vargas. Para Kinzo (2001, p.4),

O chamado milagre brasileiro do período 1967-73 teve como sustentáculo, por um lado, os resultados obtidos pela política de estabilização de 1964-67 e, por outro, uma política de desenvolvimento que consolidou e intensificou o modelo de substituição de importações que reservava ao Estado um papel empreendedor ainda mais importante.

Partindo da aceção do termo “políticas sociais” estabelecida por Vieira (1992, apud RIZZOTTO, 2000), que as relaciona a estratégias de governo, projetos, programas, que contenham diretrizes relacionadas à área em questão – no caso, saúde – há uma linha de análise que relaciona tais políticas à acumulação capitalista.

No entanto, a despeito deste vínculo (RIZOTTO, 2000), o crescimento econômico do país, no período do chamado milagre econômico, contrastava com a realidade da situação de saúde.

A transição demográfica e epidemiológica ocorrida nos países desenvolvidos ainda estava longe de ser alcançada na realidade brasileira. (...) A principal razão para o quadro de estagnação social foi o descaso dos governantes com relação às políticas públicas comprometidas com o desenvolvimento social (BAPTISTA, 2005, p. 23).

A epidemia de meningite, em 1973, sinalizou, à época, a desigualdade existente na distribuição de renda e o contraste entre desenvolvimento econômico e social (LIMA, 2010).

⁷ Ditadura Militar no Brasil, disponível em <http://www.suapesquisa.com/ditadura/>, acesso em 02/06/2012

No Brasil, assim como nos demais países periféricos, não se observou a coincidência entre crescimento econômico e a ampliação das políticas sociais ocorrida nos países capitalistas centrais, no período do *Welfare State*. Em nosso país, segundo Rizzotto (2010), as melhorias na área social ocorrem mediante dois processos: demanda social, ou seja, a partir da reivindicação dos trabalhadores; ou em caráter compensatório, buscando atender à parcela dos “excluídos”, demonstrando uma certa benevolência por parte do Estado. Assim, explica-se a estagnação nos investimentos em políticas sociais no período do “milagre econômico”, na década de 1970, posto que a demanda social era reprimida pela ditadura militar:

Além disto, as políticas sociais, nos países periféricos, frequentemente não são progressivas e nem acompanham o crescimento econômico; pelo contrário, a tendência é de que em momentos de grande crescimento econômico, quando os trabalhadores estão relativamente “satisfeitos” e não mobilizados para reivindicar, as políticas sociais tornam-se desprezíveis e, em momentos de pouco crescimento econômico e de crise, quando aumenta a massa de desempregados, diminui o salário e há ameaça de instabilidade social, apesar de fugazes e transitórias, as políticas sociais apresentam alguns ganhos. (RIZZOTTO, 2000, p. 38)

Ainda neste período, no governo Médici, o Brasil, assim como as demais economias em vias de industrialização, para manter o ritmo de desenvolvimento, precisaram recorrer a empréstimos cada vez mais vultuosos.

(...) a oferta de dólares se expandiu e permitiu um acúmulo de moedas maior do era possível reciclar com lucratividade e segurança. Na disputa por clientes os bancos competiam para fornecer créditos a países considerados capazes de honrar seus compromissos e dignos de confiança. Governos latino-americanos devidamente obedientes a Washington encaixavam-se perfeitamente nesse critério (...) Todos em defesa da liberdade do capital (LAIDLER, 2006, p. 2).

No Governo do General Ernesto Geisel (1974-1979) se iniciou o processo de abertura política que se completou no Governo do General João Batista Figueiredo (1979-1985), o último dos presidentes militares. Nesse período do Governo Geisel, as duas crises mundiais do petróleo (1973 e 1979) e do Estado de Bem Estar Social refletiram no Brasil, resultando em diminuição dos empréstimos – cujas dívidas, contraídas anteriormente, já alçavam níveis alarmantes. Além disso, para lidar com a queda na confiabilidade da sua moeda, e com o cenário mundial, de maneira geral, desfavorável, os Estados Unidos elevaram os juros da dívida externa, onerando ainda mais os países endividados, entre eles, o Brasil (LAIDLER, 2006).

As medidas para lidar com a crise se expressaram no arrocho salarial e nas demissões em massa o que gerou insatisfação popular, que perdurou na década seguinte. A necessidade de pagamento dos juros da dívida externa fez com que os investimentos em políticas sociais diminuíssem ainda mais (LAIDLER, 2006). Além disso, a crise também atingiu as classes dominantes, cujos interesses não eram mais atendidos como antes, principalmente por causa

da crise das exportações de produtos como café e açúcar, cujos rendimentos não eram suficientes para arcar com o financiamento das importações (LIMA, 2010). A insatisfação generalizada acabou se refletindo nos resultados das eleições de 1974, com a vitória da oposição na maioria das prefeituras do país, refletindo a retirada de apoio de grupos antes partidários ao regime.

A vitória eleitoral da oposição a partir de 1974 deixa patente a perda de apoio das classes médias e populares, inclusive entre alguns segmentos da burguesia monopolista que haviam apoiado o regime. Desse ano em diante, o processo de distensão ‘lenta, gradual e segura’ do governo Geisel e, logo após, a ‘abertura’ democrática do governo Figueiredo permitem a retomada do processo de politização da sociedade, capitaneada pela Igreja Católica, a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), a Associação Brasileira de Imprensa (ABI), os sindicatos de trabalhadores, principalmente os metalúrgicos do ABC paulista, e o Movimento Democrático Brasileiro (MDB), partido de oposição ao regime militar (LIMA, 2010, p. 150).

O término do regime militar, na América Latina e no Brasil, coincidiu com o processo de neoliberalização da economia. A reimplantação de valores democráticos teve como atores os movimentos sociais organizados; por outro lado, os princípios democráticos acabaram por se reverter na defesa do ‘livre mercado’, “traduzida pelos ‘ajustes fiscais’ e ‘estabilização monetária’, processos de privatizações de serviços e empresas públicas (...)” (IVO, 2002, p. 1-2) entre outras medidas.

No setor saúde, no início da década de 1970, o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), criado em 1966, após a unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), incluiu no sistema de atenção à saúde novas categorias profissionais, como as empregadas domésticas e os trabalhadores autônomos, aumentando, concomitantemente, os gastos do setor saúde, e a insatisfação dos que já não estiveram de acordo com a unificação do sistema, por temerem a queda da qualidade dos serviços.⁸ Esta reestruturação – que ainda excluía dos benefícios os trabalhadores rurais e milhares de trabalhadores urbanos informais (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005) – mantinha intacto o apoio do Estado ao setor privado, o principal fator de aumento dos gastos da Previdência. Dentro desta lógica, seguiu-se o estabelecimento de alianças com o setor médico-empresarial, formando o “complexo médico empresarial e previdenciário” (CORDEIRO, 1984, p. 81) .

Neste cenário de crise econômica, política e social, o Estado brasileiro elabora o II Plano Nacional de Desenvolvimento Social (II PND), cujo principal objetivo era a “integração e interdependência das políticas estatais” (BAPTISTA, 2005, p. 23), visando a retomada do desenvolvimento social, ainda orientado pela ideologia do “Brasil Grande Potência”

⁸ Segundo Cordeiro (1984), a unificação da Previdência Social marca um momento importante de reordenamento do Estado brasileiro, com o aumento da sua intervenção na economia, na concentração de poder e na participação direta na produção, levando a um período de desenvolvimento do capitalismo brasileiro.

(SCOREL; NASCIMENTO; EDLER 2005). Na pauta do II PND estavam a redução das desigualdades sociais, a ampliação do investimento nas áreas de educação, saneamento básico, habitação, saúde e previdência (LIMA, 2010).

Dentro dessa mesma lógica, outras ações podem ser mencionadas:

(...) [A] criação do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), em 1974, que distribuiu recursos para o financiamento de programas sociais; (...) a instituição do Plano de Pronto Ação (PPA), em 1974, que consistiu em uma medida para viabilização da expansão da cobertura em saúde e desenhou uma clara tendência para o projeto de universalização da saúde; (...) a promoção do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), em 1976, que estendeu serviços de atenção básica à saúde no Nordeste do país e se configurou como a primeira medida de universalização do acesso à saúde (...) (BAPTISTA, 2005, p. 24 e 25).

Essas ações de cunho social ocorreram concomitantemente com a elaboração de políticas voltadas para o fortalecimento do setor médico empresarial. A maior parte dos recursos do FAS, por exemplo, foi destinada às instituições privadas de saúde para a construção de hospitais privados voltados para uma medicina de caráter curativo, refletindo uma concepção reducionista de saúde. Também foram utilizados para a expansão das faculdades particulares de medicina, que privilegiavam currículos com ênfase nos avanços tecnológicos e farmacêuticos da época, e alheios à realidade da saúde da população brasileira (BAPTISTA, 2005; SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

A união entre Estado e as instituições privadas de saúde; a desigualdade na distribuição de recursos entre os setores público e privado; a permanência de um regime ditatorial; as iniquidades sociais, manifestas, sobretudo, na saúde da população, onde doenças típicas da modernidade conviviam com doenças vinculadas à situação de pobreza extrema; além da predominância de um modelo de assistência à saúde hospitalocêntrico, abriu espaço para o aparecimento de novas propostas de atenção à saúde, destacando-se o modelo teórico conceitual da Saúde Coletiva, em torno do qual organizou-se o Movimento Sanitário Brasileiro (CARVALHO, 2007).

Esse movimento era apoiado por instituições acadêmicas, tais como, a Universidade de São Paulo (USP), a Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e a Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ). Suas problematizações giravam em torno da universalização da atenção à saúde; da integração dos serviços e ações em saúde – preventivas e curativas – em um único sistema; da descentralização da gestão em saúde; e da garantia do direito à saúde por parte do Estado (BAPTISTA, 2005).

Dentre as novas propostas que surgiram neste período para a reorganização do setor saúde podem se destacar o Projeto Preventivista e a Medicina Comunitária. Tais propostas

trazem em seu bojo a ampliação do conceito de saúde, ao incluírem as questões sociais na discussão do setor e na própria prática médica (CARVALHO, 2007). A criação dos Departamentos de Medicina Preventiva (DMP), a partir da década de 1950, assim como a inclusão da medicina preventiva no currículo das faculdades de medicina foram determinantes para a organização do movimento sanitário,

que buscava conciliar a produção do conhecimento e a prática política, ao mesmo tempo em que ampliava seu campo de ação, envolvendo-se com organizações da sociedade civil nas suas demandas pela democratização do país (SCOREL, 2005, p. 63).

3.2 O PROJETO PREVENTIVISTA

O Projeto Preventivista, que baseia-se na inserção da Medicina Preventiva como novo campo de atuação médica, foi descrito e analisado por Arouca em sua tese de doutorado, defendida em 1975. Esta tese, publicada em 2003, acrescida do comentário de diversos autores da área, “foi fundamental para a construção de uma teoria social da saúde no Brasil e tem sido um dos trabalhos mais citados pelos pesquisadores desta área” (SILVA, 2003, p. 15).

O discurso da Medicina Preventiva emergiu na Conferência de Colorado Springs, Estados Unidos, em 1953. Baseia-se na redefinição radical do papel do médico, e em uma história natural da doença (SILVA, 2003), ou ainda, em uma abordagem ecológica da doença. Dentro da História Natural das Doenças, a Medicina Preventiva se utiliza de duas ciências principais: a epidemiologia, que determinaria o aparecimento da doença, e a fisiopatologia, que acompanharia seu desenvolvimento. A abordagem ecológica baseia-se na visão de homem como “unidade social, tendo em conta suas inter-relações com o meio ambiente, seja físico-químico, biológico, psicológico ou social” (AROUCA, 2003, p. 143). Sua origem situa-se

em um campo formado por três vertentes: a primeira, a Higiene, que faz o seu aparecimento no século XIX, intimamente ligada com o desenvolvimento do capitalismo e com a ideologia liberal; a segunda, a discussão dos custos da atenção médica, nas décadas de 1930 e 1940 nos Estados Unidos, já sob uma nova divisão do poder internacional e na própria dinâmica da Grande Depressão, que vai configurar o aparecimento do Estado interventor; e a terceira, o aparecimento de uma redefinição das responsabilidades médicas surgida no interior da educação médica (AROUCA, 2003, p. 102).

A Higiene, no século XIX, apregoava a responsabilidade individual pelo cuidado em saúde, caracterizando, assim, uma abordagem essencialmente liberal. Desse modo, para cada área da vida de um sujeito, a Higiene – que não é uma ciência, mas um conjunto de ciências aplicado visando o bem-estar – “possui normas, recomendações, medidas que, se aplicadas,

fariam que esse indivíduo se mantivesse em estado de saúde até a morte natural” (AROUCA, 2003, p. 114). Nesse sentido, a Higiene é uma

[i]lusão, enquanto centra nas medidas higiênicas e em uma cultura higiênica a solução dos problemas que estão nas próprias condições de existência e, portanto, representando uma visão de mundo ideológico que, no conjunto de suas representações, abstrai as causas para afirmar uma solução normativa, vindo da unidade das ciências, enquanto discursa sobre as alternativas de mudanças das condições de existência, dentro da própria estrutura que determina essas mesmas condições de existência (AROUCA, 2003, p. 115).

No final da década de 1920, por ocasião da Grande Depressão, iniciaram-se os estudos sobre os custos da atenção médica, nos Estados Unidos. Esta área necessitava de uma revisão em suas práticas, de acordo com as conclusões desses estudos, publicadas na década seguinte, devido às novas condições socioeconômicas. A partir daí, com a realização de seminários e conferências, começava a se delinear “uma nova forma de discurso médico que recoloca os conceitos de saúde e doença em uma perspectiva ecológica, amplia e define a responsabilidade médica (...)” (AROUCA, 2003, p. 124). Este discurso encontrou seu lugar natural nas escolas médicas, a partir do momento em que este profissional deveria adquirir, desde sua formação, e qualquer que fosse sua especialidade, novas atitudes, e focar, além do indivíduo, sua família e as condições ambientais em que estão inseridos.

Conceitualmente, a Medicina Preventiva partia da crítica à Medicina Curativa, que levaria ao encarecimento da atenção médica. Além disso, sobre a modalidade curativa, Arouca (2003, p.37) afirma: “Trata-se de uma prática médica que se esgota no diagnóstico e terapêutica, onde a prevenção e a reabilitação são secundárias, sendo, finalmente, a medicina que privilegia a doença e a morte contra a saúde e a vida”.

Então, para se contrapor a esta opção de cuidado médico, surgia o Projeto Preventivista, apoiado na definição de saúde da OMS, como completo bem-estar físico, mental e social, então acrescida da dimensão psicológica, graças ao trabalho de Freud. A inclusão do âmbito social na saúde estava em consonância com os conceitos lançados no século XIX, na Inglaterra, França e Alemanha, na gênese da Medicina Social. Desse modo, essa nova conceituação “abriu um (...) espaço de crítica à prática médica, quando se percebeu a dominação biológica em uma área de conhecimento que se afirmava tridimensional e, portanto, exigia uma abordagem multidisciplinar (biologia, ciências sociais e psicologia)” (AROUCA, 2003, p. 37).

A Medicina Preventiva cumpre a função, também, de conciliar interesses do Estado, ao reformular a prática médica e diminuir seus custos, e dos grupos médicos, representantes

da medicina privada, que continuavam com seu espaço garantido, ao representar “uma alternativa à intervenção estatal” (SILVA, 2003, p. 19).

Na América Latina, o marco teórico do Movimento Preventivista foi o Seminário organizado pela OPAS, que ocorreu em dois momentos: em Viña del Mar, no Chile, em 1955, e em Tehuacan, no México, em 1956. O Brasil enviou representantes para a primeira parte, no Chile, em 1955.

Após os seminários, começa a surgir: (...) o reconhecimento de uma situação problemática na área da saúde, que pode ter sua solução através da criação de um profissional médico com uma ‘nova atitude’ (...) [C]ria a ilusão de que essa problemática pode ser resolvida no nível da atitude particular (...) [Estão ausentes as percepções da] dimensão social das formas de vida de grandes parcelas da população, da existência das endemias e da fome, da inexistência de assistência médica, enfim, de todo o complexo da pobreza em sua aparência imediata. Dessa forma, a Medicina Preventiva na América Latina configura-se como uma área em constante tensão, quando, por um lado, enfrenta a escola médica, os estudantes e os serviços de saúde, e, por outro, enfrenta as próprias condições reais de existência com seu saber que não consegue dar conta destas (AROUCA, 2003, p. 141).

No Brasil, foi no final da década de 1960 que a discussão sobre a Medicina Preventiva e sua relação com o sanitarismo e a Medicina Social do século XIX tomou forma, na Faculdade de Medicina da USP. Nessa época,

foi realizada uma investigação sobre as transformações ocorridas no mercado de trabalho médico em razão de suas articulações com o Estado, via Previdência Social, destacando-se as ideologias ocupacionais conformadas nas consciências dos profissionais.

A tese de Arouca dialogava com essas iniciativas e centrava-se na ideia da Medicina Preventiva como um *discurso* que, apesar de acenar para mudanças (na educação e na prática médica), era incapaz de realizá-las (PAIM, 2003, p. 152, grifo do autor).

Nogueira (2003) sinaliza para uma semelhança entre a Medicina Preventiva e o Movimento de Promoção da Saúde, inclusive assumindo outro sentido para a adjetivação “promotora”: a medicina promotora seria, somente, aquela que seguiria os princípios de promoção da saúde, consistindo esta em uma transmutação da medicina preventiva. No entanto, tudo indica que este autor se refere à corrente behaviorista da Promoção da Saúde, relacionando-a com a Higiene, ao afirmar que este movimento não leva em conta as “condições históricas que criam as desigualdades sociais entre os homens” (NOGUEIRA, 2003, p. 176).

Pode-se dizer que nos anos recentes, a medicina preventiva alcançou notável popularidade e sucesso através de uma variante que é a medicina promotora. Seu ponto de ação privilegiado não é o currículo de formação acadêmica. Ao contrário, a medicina promotora concentra esforços na utilização de uma infraestrutura universalizada de produção e difusão de conhecimentos científicos que se estabelece como a suprema autoridade sobre o que é bom ou mau para a saúde de cada um e para a própria existência humana, fazendo da noção de risco em saúde o epicentro

em torno do qual gravitam as normas de conduta que prescreve. Recolhendo e sistematizando os resultados da incessante investigação epidemiológica em escala internacional, a medicina promotora defende e difunde essas normas que passam a influenciar decisivamente o que devem ou não fazer as pessoas, sejam estas pacientes da medicina ou simples leitoras de jornais ou usuários da internet. Enfim, a medicina promotora busca *promover* novas atitudes perante a saúde de maneira generalizada na sociedade, e não apenas mudar o comportamento do médico. Em certo sentido, essa é uma forma de medicina que dispensa a figura do médico, porque seus objetivos dependem nada mais do que uma adequada utilização dos canais de comunicação de massa e de alguns meios tecnológicos de educação para a saúde (NOGUEIRA, 2003, p. 178-179, grifo do autor).

A normatização e a prescrição de condutas estiveram na agenda da Promoção da Saúde no início desse movimento, em sua vertente comportamental, marcada pelo Relatório Lalonde, na década de 1970. Porém, na década seguinte, houve um avanço nas premissas deste movimento, ao enfatizar o papel dos determinantes e condicionantes sociais, e o papel do Estado na provisão os serviços sociais, não só na área da saúde, mas em áreas que influenciassem o estado de saúde de uma população.

As diversas vertentes da Promoção da Saúde não estão, necessariamente, restritas ao período histórico em que surgiram, podendo aparecer em políticas de saúde, ditas promotoras, em outros momentos e locais. É a tais políticas e suas estratégias individualistas que se referem as críticas deste autor.

Outros autores – Leavell & Clarck (1965); Garcia (1972); Hubbard (1953), entre outros – consideram que Medicina Preventiva e Medicina Social (Comunitária) são semelhantes quanto ao conteúdo de suas disciplinas. No Brasil, onde o projeto de Medicina Social, ou Comunitária desponta, na mesma época – anos de 1970, durante o Encontro de Docentes de Medicina Preventiva do Estado de São Paulo, em 1970, os participantes concluíram que os dois movimentos diferiam em sua origem e evolução (AROUCA, 2003).

No que se refere à origem, a Medicina Preventiva se desenvolveu nas escolas americanas, buscando reduzir os custos com atenção médica individualista, em uma “tentativa de corrigir as distorções da extrema fragmentação da atenção médica, resultante da tendência de especialização” (AROUCA, 2003, p. 148). A Medicina Social remonta ao século XIX, na Europa, mais especificamente Inglaterra, França e Alemanha, dentro de um “conjunto de mudanças sociais (...), como uma medicina integrada no campo da saúde, esta entendida como responsabilidade bem definida do Estado” (AROUCA, 2003, p. 149).

Quanto à diferença conceitual, diz respeito às relações do processo saúde doença das populações com a estrutura de atenção médica, e as relações de ambas com o sistema social global, “visando à transformação dessas relações para a obtenção, dentro dos conhecimentos

atuais, de níveis máximos possíveis de saúde e bem-estar das populações” (AROUCA, 2003, p. 149).

Paim (2003) reforça esta questão, ao afirmar que a Medicina Preventiva se contrapõe à Saúde Pública e à Medicina Social, tanto em seu desenvolvimento central (nos Estados Unidos) quanto em seu desenvolvimento periférico, nos países da América Latina, ao assentar-se na “luta político-ideológica contra a intervenção do Estado na saúde (via Serviço Nacional de Saúde de natureza pública) e contra as transformações sociais necessárias à melhoria da situação de saúde” (PAIM, 2003, p. 153).

A Medicina Preventiva aparecia, então, como ponto de partida para uma nova abordagem da prática médica, incluindo-se outras dimensões do processo saúde-doença. A inserção de determinantes que ultrapassavam os limites da biologia na medicina fazia parte de um processo de redefinição ideológica, de caráter fundamentalmente educativo. Este processo abriu caminho para novas propostas teórico-metodológicas, como a da Medicina Comunitária (CARVALHO, 2007), que surgiam na mesma época, e dividiam os pesquisadores quanto às suas semelhanças e diferenças. Este projeto não constituiu “um novo campo conceitual frente a uma nova problemática”, mas assentava-se em princípios já elaborados pelos projetos e discussões anteriores.

3.3 O PROJETO DE MEDICINA COMUNITÁRIA

O projeto de Medicina Comunitária emergiu nos Estados Unidos e se difundiu nas sociedades capitalistas, na década de 1970, onde predominavam modalidades relativamente excludentes de produção de serviços de saúde. Sua proposta, que despontou na década anterior, visava “ocupar espaços deixados pelo processo de medicalização, em particular nas sociedades cuja estrutura de produção de serviços médicos se torna problemática em termos da capacidade para estender ou sustentar os níveis por ele atingidos” (DONNANGELO, 1976, p. 75). Apresentava uma especificidade em relação à organização dos serviços, e como dimensão particular da política social. Desse modo, tomava como objeto as categorias sociais excluídas do processo de medicalização, ou seja, os pobres.

Tal fato ocorria porque a predominância da assistência medicalizada nas sociedades capitalistas – a medicina tecnológica era a forma dominante de organização da prática, concentrada no consultório médico e no hospital – excluía parte da população dessa assistência. Como consequência, os dados sobre morbimortalidade acabavam por direcionar a responsabilidade ao setor saúde: “as necessidades de saúde, embora [transcendessem] o

campo médico, [encontravam] nele sua área privilegiada de expressão” (DONNANGELO, 1976, p. 76).

Outra característica marcante do ato médico à época do surgimento do projeto da Medicina Comunitária, e ainda hoje, é a fragmentação técnica, expressa na multiplicação das interferências em práticas especializadas. Pires (2000) afirma que tanto a fragmentação quanto a presença do grande aparato tecnológico são características do trabalho médico. “O trabalho é compartimentalizado, cada grupo profissional se organiza e presta parte da assistência em saúde separado dos demais, muitas vezes duplicando esforços e até tomando decisões contraditórias” (PIRES, 2000, p. 255).

A autora continua afirmando que, no entanto, não se observa substituição do trabalho humano, pois o homem ainda é imprescindível nas tomadas de decisões em saúde, como avaliações diagnósticas e terapêuticas, e, conforme postula Merhy, por este motivo, a saúde é trabalho vivo em ato (MERHY, 2005). Outras características do trabalho em saúde são que o produto do trabalho tem uma dimensão que é imensurável, subjetiva, por se tratar de individualidades – o bem estar de uma pessoa (PIRES, 2000), e o ato da produção e o consumo do produto ocorrem simultaneamente (MERHY, 2005).

Na saúde, as inovações tecnológicas aumentaram o rendimento dos serviços prestados. Para o cliente, as consequências são maior conforto (procedimentos menos invasivos, por exemplo), e, por outro lado, submissão do paciente às decisões da equipe médica, uma vez que ele não detém os conhecimentos relativos aos equipamentos e procedimentos utilizados em si próprio. Por outro lado, é justamente esse imenso arcabouço tecnológico que contribui para encarecer os custos do ato médico. E, esse questionamento revela a ampliação deste ato, através da inclusão da dimensão social:

A problematização do caráter especializado e fragmentário do ato médico, de sua eficácia, e de seu encarecimento (...) revela (...) a penetração do campo médico pelo social. (...) Se não se pode recuar na trajetória científico-tecnológica impressa à prática da medicina, tampouco é possível declinar dos efeitos da penetração histórica do campo pelas relações de classe (DONNANGELO, 1976, p. 77).

A Medicina Comunitária veio na sequência de outras propostas de recomposição da prática médica, como a Medicina Preventiva e a Medicina Integral, portanto não trazia novos conceitos, nem se deparava com nova problemática.

O conceito de ‘medicina integral’ instala o confronto entre o caráter fragmentário do trabalho médico, correspondente ao desenvolvimento das especialidades, e uma concepção globalizadora do objeto individual da prática – totalidade bio-psico-social irredutível a um conjunto de estruturas e funções orgânicas. Tão somente pela possibilidade de superação desse confronto se resolverá a questão da eficiência

técnica, da redução dos custos médicos, do desempenho da medicina frente às necessidades sociais (DONNANGELO, 1976, p. 79).

Tanto na Medicina Preventiva, quanto na Medicina Integral, o médico, e a organização interna do ato médico, eram o núcleo da mudança. Daí, o foco na reforma educacional das escolas médicas, que deveriam incluir as necessidades do público alvo de seus cuidados nos seus interesses mais relevantes. No entanto, tais propostas de recomposição da prática médica, centradas nas deficiências próprias do setor, deixavam “intocado o essencial da estrutura da produção de serviços (...), a cargo do setor privado, ainda que o Estado tenha assumindo de larga data a responsabilidade das medidas coletivas de saúde (...), tornando-se, portanto, impositivas (...) (DONNANGELO, 1976, p. 81).

Os pressupostos da Medicina Comunitária são:

- a reorganização dos serviços de saúde, que envolvem tanto a simplificação da técnica quanto a inclusão de novos atores, sem, contudo, implicar na fragmentação do trabalho;
- a busca pelo “trabalhador médico coletivo” (DONNANGELO, 1976, p. 71) em um processo de divisão de tarefas, e práticas complementares – sem, contudo, incorrer na diluição do saber;
- a realocação do exercício da prática, que sairia do consultório e do hospital, e iria para o seio da comunidade;
- a convocação da comunidade para atuar em prol da melhoria de sua saúde, sendo lançado, aqui, o princípio da participação comunitária;
- a presença do Estado no financiamento do consumo dos serviços médicos, sem interferir no caráter privado destes. Desse modo, “a Medicina Comunitária virá agregar aos projetos anteriores uma nova dimensão: prestação de serviços a categorias excluídas do cuidado médico” (DONNANGELO, 1976, p. 84).

O projeto da Medicina Comunitária se difundiu nas sociedades capitalistas dependentes através da OMS e da OPAS.

Na América Latina a difusão do projeto ganha corpo na década de 70 e resulta em programas experimentais de prestação de serviços que se propõem o desenvolvimento de modelos de assistência passíveis de garantir a extensão do cuidado à saúde a populações pobres, urbanas e rurais. Também aí o projeto aparece, em uma de suas dimensões, como prática alternativa paralela à organização dominante da assistência médica. Todavia, o quadro no qual se instala desdobra-se em novos elementos, decorrentes da própria condição de dependência estrutural e expressos, na área específica da saúde, pela presença de padrões saúde-doença caracteristicamente mais complexos e graves, de taxas de morbidade e mortalidade comparativamente elevadas, e que acabam por impor, como parte do padrão já referido do deslocamento das questões sociais para diferentes áreas do consumo,

reformulações na assistência médica. Em toda a América Latina, a produção de serviços de saúde envolveu necessariamente a participação estatal, expressando parcialmente as condições estruturais mais amplas que impuseram ao Estado, nessas sociedades, um padrão de interferência extensa e direta no processo de produção econômica. Em nenhuma parte, todavia, o Estado assumiu o encargo integral da produção de serviços ou garantiu (...) o acesso universal da população ao consumo médico (DONNANGELO, 1976, p. 85).

Nesse mesmo momento, tendo em vista as tensões geradas pela crescente desigualdade social verificada nos países capitalistas periféricos, a principal recomendação do BM era o combate à pobreza e a satisfação das necessidades básicas. Para isso era necessário o crescimento econômico, na medida em que estas ações demandariam investimento em infraestrutura; educação; saúde, nutrição; e os recursos para tais investimentos adviriam do aumento da produtividade. Deste modo, para o BM, as políticas sociais encontravam-se atreladas ao crescimento econômico dos países periféricos, ou nas palavras de Delfim Neto, ministro da fazenda no período de 1967 a 1974, no Brasil: “era preciso primeiro fazer o bolo crescer, para só depois dividi-lo”.⁹ Segundo Rizzotto, “[o] discurso que atrela o bem estar ao desenvolvimento, constitui-se num poderoso instrumento ideológico que ajuda a perpetuar a (...) divisão internacional do trabalho” (RIZZOTTO, 2000, p. 78).

Segundo Arouca (2003, p. 200), os projetos de Medicina Comunitária podem ser entendidos como um desdobramento, ou a segunda fase da Medicina Preventiva, na qual busca-se a “operacionalização-demonstração do discurso preventivista na tentativa de romper os muros de sua institucionalização para o espaço aberto do real, que, porém, é recortado e controlado nos limites da experiência”. Enquanto a Medicina Preventiva mantém constantes as estruturas de organização dos serviços de saúde, tentando modificar a formação médica e as relações dos médicos com a população, a Medicina Comunitária procura instituir mudanças organizacionais, através da coordenação, integração e distribuição dos serviços. Desta forma, esses projetos apontam para uma ampliação da racionalização na área de saúde, pois a tendência daí em diante é substituir a formação das atitudes dos médicos pelos estudos de custo-benefício, de técnica de programação e avaliação, entre outros, o que vai implicar, ao mesmo tempo, numa aproximação cada vez maior com o Estado.

Lima (2010), baseado em Donnangelo (1976), aponta para o caráter reducionista do projeto de Medicina Comunitária, na medida em que, ao enfatizar os interesses dos grupos locais, ou da comunidade em questão, a proposta se distancia das questões nacionais, e, assim, não altera a estrutura social que fundamenta os problemas identificados. Além disso, diz que

⁹ A Nova Ordem Global – Relações Internacionais do século XX, disponível em <www.educaterra.terra.com.br>, acesso em 21/06/2012.

apesar de o termo participação comunitária se referir à participação da comunidade na identificação e problematização das principais questões envolvendo a saúde de dada comunidade, o que se verifica é outro enfoque. Na prática, a participação de membros da comunidade se dá na condição de voluntários e visa a simplificação e o barateamento dos custos do cuidado em saúde.

No Brasil, a proposta de Medicina Comunitária foi assumida como política nacional de saúde após a III Reunião Especial dos Ministros de Saúde das Américas, em Santiago, Chile, no ano de 1972 (BRAGA; LIMA, 2006, p. 30). Ela surge no momento em que aconteciam modificações no interior do setor saúde brasileiro: ampliação da cobertura previdenciária e consolidação do complexo médico empresarial, devido ao aprofundamento da política de privatização da assistência médica (LIMA, 2010).

Enfatizando fundamentalmente a atenção primária à saúde, essa proposta pode ser considerada como a primeira grande resposta racionalizadora para o crescente aumento de custos da assistência médica previdenciária, provocada pela opção estatal de compra de serviços de saúde privados, pela crescente especialização da medicina e pelo uso de sofisticadas tecnologias no trabalho em saúde. Emerge no cenário nacional, não como um modelo alternativo ao modelo médico assistencial-privatista, mas como um modelo de saúde complementar a este, na medida que preserva as áreas lucrativas (...) para o produtor privado, tal como a assistência hospitalar de baixa e média complexidade. Isso se expressa no aparente paradoxo de que apesar do discurso da atenção primária, verifica-se na segunda metade dos anos 1970 a ampliação da rede hospitalar privada no Brasil, particularmente nos grandes centros urbanos (...) (LIMA; BRAGA, 2006, p. 31).

Nesse contexto, as propostas da Medicina Comunitária encontram eco na V Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1975, que

recomenda a reorganização dos serviços de saúde através da criação de estruturas permanentes e simplificadas, bem como a regionalização, hierarquização, descentralização e o aproveitamento total da capacidade instalada do setor público e, por fim a união entre ações preventivas e curativas. (LIMA; BRAGA, 2006, p. 31)

Durante a década de 1970, os projetos implementados que tomaram como referência o modelo de medicina comunitária, seguindo as recomendações dos organismos internacionais (RABELLO, 2010), foram:

- O Plano de Localização da Unidade de Serviços (PLUS): oriundo da Previdência Social, apresentava a metodologia de programação de serviços, incomum até então, em uma tentativa de universalização da cobertura dos serviços, através de metodologia específica.
- O Projeto Montes Claros: incorporou os conceitos que mais tarde fundamentariam o SUS: regionalização, hierarquização, administração democrática, integralidade,

participação popular, constituindo um marco na evolução do sistema e práticas de saúde brasileiro.

- O Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS): oriundo de uma proposta da OPAS, que visava superar a concepção de interiorização das ações de saúde, através de programas de extensão ao invés de atrair médicos para o interior do país. Sua área de atuação era o Nordeste do país, principalmente em regiões fora da cobertura previdenciária e das empresas médicas. O PIASS, como mencionado anteriormente, fazia parte do II PND, uma estratégia do Estado de reação frente à crise social que assolava o país (ESCOREL, 2005).
- O Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS): Lima e Braga (2006) associam a criação do PPREPS ao acordo firmado entre a OPAS e o Ministério da Saúde, em 1973 - Acordo para um Programa Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde no Brasil -, voltado para a formação e utilização de recursos humanos em saúde, devido ao aumento da complexidade dos serviços. Este programa marcou o início dos debates acerca da formação profissional dos trabalhadores técnicos em saúde já inseridos nos serviços de saúde, cujas propostas se concentravam na superação da formação aligeirada, com caráter de treinamento (RAMOS, 2010).

Tanto o PPREPS quanto o PIASS faziam parte dos Programas de Extensão de Cobertura (PEC) lançados pelo Estado à época do II PND, na série de investidas na área social para lidar com a crise. Esses programas incorporaram propostas oriundas do Projeto de Medicina Comunitária, tais como:

privilegiamento da atenção primária com a simplificação do cuidado e do serviço oferecido à população, a ênfase nas patologias que afetam o maior número de pessoas, a ênfase na formação e utilização de pessoal de nível médio e elementar de perfil polivalente, as equipes multiprofissionais, a integração ensino-serviço, a utilização de tecnologias apropriadas e a participação comunitária (LIMA; BRAGA, 2006, p. 33).

Pode-se afirmar, então, que, na década de 1970, o projeto de medicina comunitária no Brasil apresentava propostas de caráter promotor, ou seja, similares às do Movimento de Promoção da Saúde que então dava os primeiros passos a nível mundial. As características em comum, guardadas as peculiaridades inerentes de cada país, eram: a ampliação do conceito de saúde; a intersetorialidade como forma de lidar com os limites da prática médica; a participação da comunidade na identificação e superação dos problemas. No caso da Promoção da Saúde, a partir da corrente da Nova Promoção da Saúde, embasando as propostas estava a defesa do protagonismo do Estado na prestação dos serviços em saúde, que

não ocorreu, dentro do modelo da Medicina Comunitária, nem nos Estados Unidos, nem em nenhum país da América Latina, entre eles, o Brasil, por onde o projeto se expandiu.

As discussões acerca da reestruturação da prática médica que resultaram nos projetos da Medicina Preventiva, e da Medicina Comunitária contribuíram para a construção do campo da Saúde Coletiva. Tambellini (apud AROUCA, 2003, p 55) relaciona a Medicina Preventiva e a Saúde Coletiva:

Assim, a Medicina adjetivada como Preventiva é sucedida pela Saúde adjetivada como Coletiva. Se a primeira se define como forma específica de cuidado, qual seja, o cuidado médico para prevenir a doença, o que denota a adoção de uma maneira concreta de atuar dentro do sistema de saúde e no interior da prática médica, a segunda se define como abstração, como objeto de procura, que se remete, como finalidade, à ideia de um constructo que não mais se situa somente como ação sobre o outro, mas também como pensamento e consciência, dimensões do valor (ético/estético/social/biológico) (...), mudança que marca a disposição de uma vontade política que quer algo mais, melhor e para todos: a saúde, e não a doença, a construção das condições que contribuam para o alcance dessa meta em todas as dimensões (...) (TAMBELLINI, 2003, p. 55).

Tais discussões, que, a nível mundial culminaram na Conferência de Alma-Ata sobre Atenção Primária à Saúde, em 1978, abriram espaço, no Brasil,

à revisão crítica da teoria preventivista, até então hegemônica na análise dos problemas da saúde. Delimitou-se teoricamente o campo da saúde coletiva. Para esses atores, o estudo do processo saúde-doença teria como foco não mais o indivíduo ou o seu somatório, mas a coletividade (as classes sociais e suas frações) e a distribuição demográfica da saúde e da doença. A ciência deixou de ser percebida como “neutra” e a teoria passou a ser vista como um instrumento de luta política, com a realidade sanitária como seu objeto de estudo e intervenção política (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005, p. 64).

A opção pela atenção primária à saúde não atendia aos interesses da medicina privada. Seu argumento era o de que se tratava de um serviço de alto custo, uma vez que envolvia obras de grande porte, como saneamento básico – abastecimento de água e tratamento de esgotos, devendo ficar, então, a cargo do Estado. A proposta deste grupo era a de uma atenção primária seletiva, baseada em ações focalizadas rentáveis, direcionadas para grupos de alto risco, visando a redução de enfermidades comuns (LIMA, 2010).

Os precursores da medicina comunitária, intelectuais do movimento sanitário, nascido nos DMP das faculdades de medicina, lançavam o debate acerca das práticas médicas hegemônicas, pensando e implementando projetos alternativos àqueles implantados pelo governo militar. A maioria destes provinha de programas de extensão universitária e de secretarias municipais de saúde, mas alguns eram oriundos do Ministério da Previdência Social, que contava, em seus quadros, com alguns sanitaristas ocupando cargos técnico-administrativos (SCOREL, NASCIMENTO; EDLER 2005).

Neste momento, podemos afirmar a ampliação real do conceito de saúde, pois aqui se incluíam os determinantes sociais da doença, sem, contudo, excluir a dimensão clínica, biológica envolvida no processo. Tal exclusão nunca fez parte das propostas da Promoção da Saúde (movimento mundial), e não consta, também, dos pressupostos da Saúde Coletiva.

3.4 A ABERTURA POLÍTICA E O AVANÇO DO MOVIMENTO SANITÁRIO

Em 1979, subiu ao poder o último presidente militar, General João Batista de Oliveira Figueiredo, completando o processo de abertura política iniciado por Geisel. Ainda em seu primeiro ano, decretou a anistia dos exilados políticos, e promoveu, em 1982, eleições diretas para governadores. Kinzo (2001) considera a democratização do Brasil um “processo lento e gradual de liberalização”, e divide-o em três fases: a primeira, de 1974 a 1982, sob total controle dos militares, se assemelharia a uma reforma do próprio regime militar, mais do que uma passagem para um governo democrático; a segunda, de 1982 a 1985, caracterizaria um período de verdadeira transição, pois, ainda sob o domínio militar, atores da sociedade civil passaram a ter importante papel reivindicatório; e a terceira, de 1982 a 1985, quando ocorre a substituição dos militares por políticos civis, com importante mobilização e participação da sociedade civil (KINZO, 2001, p. 2-3).

Os projetos reformistas iniciados por Geisel, componentes do II PND seguiram em frente, gerando expectativa de melhorias sociais. Entretanto, as reformas permaneceram no campo da superficialidade, e uma das principais reivindicações, a unificação dos Ministérios da Previdência e Saúde, não ocorreu¹⁰ (ESCOREL, NASCIMENTO; EDLER 2005). Ao contrário, a distância entre o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS, criado em 1974) e o Ministério da Saúde aumentava. De acordo com o II PND, não havia necessidade de vínculo entre a assistência médica previdenciária e a política nacional de saúde, a cargo do MS (LIMA, 2010). Em meio a esses eventos, agravava-se a crise econômica, mundial e localmente. A principal consequência desta crise foi a reformulação do sistema de produção capitalista, seguindo uma tendência de financeirização da economia, e neoliberalização das relações entre o Estado e a sociedade, que determinaram transformações por todo o mundo.

¹⁰ Nunca foi objetivo do II PND se aprofundar no cerne da crise brasileira, mas sim apresentar projetos que atenuassem os conflitos que marcavam a sociedade na época. As propostas de melhoria da educação e saúde se davam dentro de uma lógica economicista, de investimento em capital humano. (TEIXEIRA, *apud* LIMA; BRAGA, 2006)

Para lidar com os efeitos das crises da década de 1970, os Estados Unidos elevaram os juros, abrindo caminho para medidas de reestruturação econômica e social de cunho neoliberal. Os eventos políticos que marcaram essa transição foram a ascensão, na Inglaterra, de Margaret Thatcher, em 1979, e nos Estados Unidos, a eleição de Ronald Reagan, em 1981. Estes governantes representavam os interesses de uma determinada fração de classe política, no sentido do fortalecimento do capitalismo financeiro, ou a lucratividade do capital fora da esfera produtiva (MARTINS, 2009).

Porém, neste momento, o acirramento do ideário neoliberal no mundo havia provocado a reformulação das recomendações do BM em relação à década anterior. A focalização das políticas sociais estavam dentro de um programa onde o desenvolvimento viria atrelado a uma interação global – a globalização estava dando os primeiros passos, rumo à derrubada das fronteiras nacionais (RIZZOTTO, 2000).

Em relação à atenção primária à saúde, a principal orientação dos organismos internacionais – BM e FMI – dirigidas aos países periféricos, era a concentração dos esforços na atenção primária seletiva, que contava com a participação das Organizações não Governamentais (ONGs) na implementação de programas tais como: reidratação oral, aleitamento materno, vigilância do crescimento, vacinação universal, e, mais tarde, planejamento familiar, complementação alimentar para os desnutridos e alfabetização de mulheres (LIMA, 2010) Nas décadas seguintes, quando da reconfiguração do próprio capitalismo neoliberal, as ONGs vão exercer importante papel na sociedade civil, associando-se aos interesses do Estado e do setor privado.

No Brasil, o Movimento Sanitário realizou, em 1979, O I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, cujo produto foi um documento elaborado pelo CEBES (Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, criado em 1976, a partir dos DMP da USP): “A Questão Democrática na Área da Saúde” (SCOREL, NASCIMENTO; EDLER 2005).

Então, neste momento, estavam o Estado, as Empresas Médicas, e os membros do Movimento Sanitário debatendo em torno do reordenamento do setor saúde, cada qual segundo seus próprios interesses (que no caso dos dois primeiros, eram particularmente convergentes). Elaborou-se, em 1980, o projeto Pró-Saúde, que foi renomeado, mais tarde, pelo MPAS, de Prev-Saúde. Este programa, inspirado por iniciativas bem sucedidas de atenção primária, como o PIASS e o Projeto Montes Claros, tinha os seguintes objetivos principais:

hierarquização das formas de atendimento por níveis de complexidade, a integração dos serviços existentes em cada um dos níveis de complexidade, fossem de origem

pública ou privada, e a regionalização do atendimento por áreas e populações definidas (SCOREL, NASCIMENTO; EDLER 2005, p. 72).

Este programa favorecia a parceria Estado-Empresas Médicas. Enquanto o primeiro investia em sua imagem de provedor de serviços frente à população, o setor privado seguia incólume, pois não era afetado por mudanças significativas, na medida em que o dito programa era direcionado para a atenção primária, área de concentração do Estado, enquanto a iniciativa privada investe em serviços de maior complexidade, dos níveis secundário e terciário de atenção. Então, o Prev-Saúde, construído a partir de debates realizados no I Simpósio sobre Políticas Nacionais de Saúde e também na 7ª Conferência Nacional de Saúde, em 1980, acabou se tornando um representante das reformas sanitárias desejadas, mas nunca concretizadas, devido aos interesses privatistas (SCOREL, NASCIMENTO; EDLER 2005).

Na primeira metade da década de 1980, pode se considerar que a criação das Ações Integradas de Saúde (AIS) representaram um certo avanço no sentido do reforço da rede básica ambulatorial, com características progressistas, tais como a centralidade dos serviços públicos municipais, e, em alguns casos, a participação popular na gestão dos serviços. As AIS provinham do Programa de Ações Integradas em Saúde (PAIS), que, por sua vez, era uma estratégia do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP, criado em 1981 pelo MPAS¹¹) para resgatar alguns princípios do Prev-Saúde, e, assim, lidar, da melhor maneira, com a crise instaurada na Previdência, em meio a denúncias de corrupção e desvios de verbas (SCOREL, NASCIMENTO; EDLER 2005). Basicamente, tratava-se de convênios estabelecidos entre o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) e os estados e municípios, destinados ao repasse de recursos do primeiro para os demais, para a construção de unidades de saúde que oferecessem assistência médica gratuita a toda a população, e não somente aos beneficiários da previdência. (BATISTA, 2005)

A implantação das AIS é considerada a estratégia mais importante rumo a um sistema unificado (“nas ações propostas pelo Ministério da Saúde, secretarias de saúde e pelo INAMPS”), regionalizado (“compondo a organização de um sistema em que municípios se comunicam e planejam juntos a assistência à saúde”) e hierarquizado (“por nível de atenção, do mais simples ao mais complexo”) (BATISTA, 2005, p. 28).

¹¹ O CONASP, criado para identificar as causas da crise na Previdência, localizou as seguintes distorções: “serviços inadequados à realidade; insuficiente integração dos diversos prestadores; recursos financeiros insuficientes e cálculo imprevisto; desprestígio dos serviços próprios; superprodução dos serviços contratados.” (BATISTA, 2005)

Entretanto, os desvios e deturpações continuariam a ocorrer. As AIH (Autorizações para Internação Hospitalar)¹², criadas para acabar com a farra das Unidades de Serviço, modalidade de pagamento dos serviços hospitalares até então, foram alvos de fraude, assim como ocorrera aumento nos valores das tabelas de remuneração. Esta modalidade de pagamento continua a ser utilizada, tendo sido adotada, primeiramente, “nos hospitais públicos federais, e, posteriormente, nos hospitais estaduais e municipais, como instrumento do repasse de verbas no processo de municipalização” (BALDIJÃO, 1992, p. 5).

No Brasil, o movimento sanitário seguia sua luta em prol do planejamento e adoção de políticas de saúde que contemplassem os anseios da sociedade, à época do fim do ciclo autoritário imposto pela ditadura militar. Em 1984, realizou-se mais um Simpósio sobre a Política Nacional de Saúde, do qual participaram os sanitaristas e representantes dos empresários de saúde, na tentativa de um diálogo entre as duas partes. Porém, não houve nem o diálogo, e tampouco um consenso em torno da mudança: o único ponto em comum – apesar de inserido em contextos diferentes, social por um lado, e economicista, por outro – era a necessidade de aumentar o orçamento para a área da saúde (CORDEIRO, *apud* ESCOREL, NASCIMENTO; EDLER 2005).

O movimento sanitário seguia a década de 1980 norteado por três vertentes básicas: uma teórica, que visava a construção de um novo saber (ou novos saberes); uma ideológica, na medida em que se procurava difundir na sociedade um novo ideário, de transformação da saúde fundamentada em transformações sociais; e uma política, através da qual se procurou a transformação das práticas sociais (CARVALHO, 2007).

Ao colocar como objetivo a intervenção na esfera da macropolítica, com o objetivo de intervir nas condições sociais que produzem as doenças (DÂMASO, *apud* CARVALHO, 2007), além da clara intenção de mobilizar a sociedade em prol de uma nova concepção de saúde, o movimento sanitário brasileiro estava em consonância com as propostas que fundamentavam a base teórica do Movimento de Promoção da Saúde mundial.

¹² As AIH foram criadas pelo Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS), com a intenção de gerenciar o repasse de recursos para o pagamento dos procedimentos cirúrgicos. Inicialmente, alcançou-se uma informatização e controle das fraudes. (BATISTA, 2005)

3.5 DEMOCRATIZAÇÃO DA SOCIEDADE E CRIAÇÃO DO SUS

Na década de 1980, a doutrina neoliberal ditava as normas que regiam a sociedade no mundo capitalista periférico. As principais medidas eram a manutenção das taxas de juros elevadas, o controle inflacionário, e, como consequência, o controle do consumo. Deste modo, as políticas públicas nos países capitalistas centrais e periféricos seguiam uma tendência de uniformização. Uma das medidas mais importantes foi a onda de privatizações, objetivando a minimização do Estado. A este caberia, somente, legitimar, através de seus aparelhos jurídicos e legais, as leis do mercado, assegurando os interesses privatistas – ainda que isto significasse intervir na economia (MARTINS, 2009).

A década de 1980 marca também, no Brasil, o processo de ocidentalização da sociedade, com o processo de ampliação do Estado, que se deu no contexto de implantação e aprofundamento do modelo neoliberal. Coutinho (apud NEVES, 2005) considera o Brasil como um caso de “ocidente” periférico e tardio, pois ainda coexistem elementos de autoritarismo, um Executivo forte em detrimento de um Parlamento, o uso de formas de populismo, entre outras características.

No Brasil, a eleição indireta de Tancredo Neves em 1985 marca o fim do período de ditadura militar, e terceira fase do período de democratização, segundo Kinzo (2001). Tancredo concorreu à eleição no Colégio Eleitoral pela Aliança Democrática, coalisão formada pelo partido de oposição na época, o PMDB (Partido do Movimento Democrático Brasileiro) e dissidentes do partido governista, o PDS (Partido Democrático Social). Estes apoiaram a candidatura da oposição condicionando o nome de José Sarney como candidato à vice-presidência (KINZO, 2001). Com o falecimento de Tancredo, em abril de 1985, o vice presidente José Sarney assume a presidência, dando início a uma fase conhecida como Nova República. A esta altura, vários integrantes do Movimento Sanitário foram convidados a compor os quadros administrativos, a nível municipal, estadual, e em escalões superiores do MPAS e do Ministério da Saúde (CARVALHO, 2007).

A conjuntura político-econômica do Brasil nos anos de 1980, de altas taxas de inflação, e redução do salário direto com ampliação dos benefícios indiretos, inserindo-se aí os planos de saúde, contribuiu para o fortalecimento das empresas de planos de saúde neste período (BAHIA, 2008). Junte-se a isso a crença de autorregulação do mercado, o estímulo ao consumismo, e o aprimoramento da ideologia neoliberal em escala quase que mundial e temos o estabelecimento das “corporações” e “elites de classe” (HARVEY, 2005), que datam do mesmo período.

Durante esta época, as ações do Banco Mundial passam por uma reformulação. No contexto da ascensão ao poder de lideranças neoliberais conservadoras, que criticavam a burocratização e o crescente endividamento internacional, o BM concentrou seus esforços no ajuste estrutural econômico dos países periféricos, e em reformas setoriais (MELLO; COSTA, *apud* RIZZOTTO, 2000). Tal programa contribuiria para o processo de renegociação e pagamento da dívida externa, e formulação das políticas nacionais. Neste cenário, no governo de Sarney, foram postos em prática os Planos Cruzado I e II, visando, em um contexto de hiperinflação, estabilizar a economia e retomar o crescimento econômico (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Deste modo, a luta pela implementação de um sistema de saúde universal, descentralizado, público e de qualidade foi constantemente limitada pela reação das “forças políticas nacionais conservadoras e pelo influxo crescente do ideário neoliberal na formulação de políticas públicas no país. (...) A restrição dos gastos públicos na saúde e a expansão do setor suplementar foram algumas das estratégias priorizadas (...)” (CARVALHO, 2007, p. 106).

Por outro lado, a presença de lideranças do movimento sanitário em altos escalões do governo se mostrou significativa na continuação do debate acerca das políticas de saúde brasileiras. Como reflexo deste fato, foi convocada, pelo MS, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que teve como presidente Sérgio Arouca (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005; BATISTA, 2005).

Desta conferência, realizada entre 17 e 21 de março de 1986, em Brasília, participaram mais de 4000 pessoas, incluindo representantes do setor saúde, da sociedade civil, dos trabalhadores e dos partidos políticos. (BRASIL, 1986) Nela, foram discutidos os seguintes temas: Saúde como Direito; Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento Setorial. De acordo com seu relatório final,

O processo altamente participativo, democrático e representativo que permeou todo o debate na 8ª CNS permitiu um alto grau de consenso, caracterizando uma unidade quanto ao encaminhamento das grandes questões, apesar da diversidade de proposta quanto às formas de implementação. (BRASIL, 1986, p. 1)

Foi aprovada, por unanimidade, a universalização da saúde, e o “controle social efetivo com relação às práticas de saúde estabelecidas” (BATISTA, 2005, p. 30). Podemos considerar que foi institucionalizada, em um documento oficial, uma nova concepção de saúde, ampliada, na medida em que incorpora os determinantes sociais, e promotora, pois apresenta os preceitos

do Movimento de Promoção da Saúde, como intersectorialidade, políticas públicas saudáveis e reforço da ação comunitária como integrantes da proposta de reformulação do setor saúde.

Entretanto, uma característica distintiva presente no Relatório Final da 8ª CNS e ausente nos relatórios e Cartas resultantes das Conferências Mundiais de Promoção da Saúde, é a proposta, na Conferência brasileira, da garantia do direito à saúde, de condições dignas de vida, pelo Estado. Importante ressaltar que tal garantia não está explícita nas Cartas da Promoção da Saúde, porém ao se ampliar o conceito de saúde, passando por políticas públicas saudáveis, estas devem ficar a cargo do setor estatal.

Das conclusões acerca dos temas debatidos destacam-se alguns pontos: que as modificações necessárias no setor saúde extrapolam os limites do administrativo e financeiro, sendo necessária a ampliação do próprio conceito de saúde, de acordo com os preceitos da Reforma Sanitária; que era necessário o fortalecimento do setor público na área antes da estatização (que, então, não seria imediata); e que as questões relativas ao financiamento do setor demandavam maiores discussões, tendo sido indicados alguns princípios norteadores do assunto. Também foi indicada a descentralização na gestão dos serviços, com ações integralizadas, e fortalecimento do papel do município (RELATÓRIO FINAL DA 8ª CNS).

Embora um dos principais objetivos da 8ª Conferência Nacional de Saúde fosse a expansão e fortalecimento do setor estatal, na prática isso não se verificou. Os estabelecimentos privados não foram estatizados, tampouco foram coibidos os lucros considerados abusivos.

Outro importante ponto de debate nesta conferência era o da unificação do INAMPS com o Ministério da Saúde. A este último seriam incorporadas novas características, e ficaria a seu cargo as ações próprias do setor, enquanto à Previdência caberiam ações próprias de seguro social. O orçamento do setor saúde contaria com recursos advindos da receita do INAMPS, que seriam “progressivamente retirados, na medida que seu órgão gestores tornasse possuidor de financiamento próprio” (ESCOREL, NASCIMENTO, EDLER, 2005, p. 78).

É importante ressaltar que, a essa época,

A relação do INAMPS, órgão responsável pela assistência médica previdenciária, com os demais serviços de assistência promovidos pelo Estado, via estados e municípios, era opaca e pouco operativa. Os serviços oferecidos pelo MS (secretarias estaduais e municipais, inclusive) funcionavam independente e paralelamente aos serviços oferecidos pelo MPAS/INAMPS, o que formava uma rede pública desintegrada sem a prévia programação do sistema (CORDEIRO, *apud* BATISTA, 2005, p. 28).

As propostas apresentadas na 8ª CNS não foram postas em prática imediatamente. No entanto, foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987, pelo

MPAS. Apesar da controvérsia em torno do financiamento e união dos ministérios da saúde e da previdência, o SUDS avançou em diversos aspectos em relação às propostas reformistas, tendo como princípios a equidade e a participação comunitária (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005), e ainda:

Descentralização da saúde e, principalmente na descentralização do orçamento, permitindo uma maior autonomia dos estados na programação das atividades no setor; (...) prosseguimento às estratégias de hierarquização, regionalização e universalização da rede de saúde e [retirada] do INAMPS da soma de poder que ele centralizava (BATISTA, 2005, p. 31).

O relatório final da 8ª CNS serviu de referência para os debates acerca da criação do sistema único de saúde, ocorridos na Assembleia Nacional Constituinte. Este fórum, convocado em 1987, e que se estendeu pelo ano seguinte, tinha por objetivo a elaboração de uma nova constituição para o Brasil, de caráter mais justo e igualitário, e que refletisse o contexto de redemocratização pelo qual o país estava passando. Em 5 de outubro de 1988 foi aprovada a Carta que ficou conhecida como Constituição Cidadã (BATISTA, 2005).

O debate na assembleia foi acirrado, e envolvia questões como o financiamento, entre os reformistas da saúde e os da previdência; e os interesses do setor privado. Assim, o SUS foi aprovado, mas aspectos cruciais, como financiamento, as estratégias para a descentralização e unificação, e a regulação do setor privado, não obtiveram solução definitiva (BATISTA, 2005).

As leis complementares, que forneceriam as bases operacionais para a implantação do SUS foram ainda debatidas pelos anos seguintes. Em 1990 foram promulgadas as leis 8080, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”¹³ e 8142, que “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde”¹⁴, conhecidas como leis orgânicas da saúde (PAIM, 2009).

O SUS pode ser considerado uma conquista do povo brasileiro, apesar de todos estes entraves, pois é consequência de uma luta que nasceu na sociedade. Quarenta anos após a criação da OMS (1948), quando a saúde foi definida extrapolando o âmbito físico, e concebida como um direito do ser humano, no Brasil, ela é reconhecida como um direito social e universal, a todos os brasileiros, independente de estarem inseridos no mercado de trabalho ou terem a carteira de trabalho em dia com as obrigações trabalhistas (PAIM, 2009).

¹³ Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, disponível em <www.portal.saude.gov.br>, acesso em 19/06/2012.

¹⁴ Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990, disponível em <www.planalto.gov.br>, acesso em 19/06/2012.

3.6 A DISPUTA DE INTERESSES NO SUS

A redação do parágrafo que institui o SUS na Constituição Federal explicita princípios claros da Promoção da Saúde: nos artigos 196, 197 e 198 temos que

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade¹⁵

Estão presentes, então, os determinantes sociais, a integralidade, as políticas públicas saudáveis, a intersetorialidade e a participação comunitária. No entanto, a operacionalização do SUS, ou seja, na prática, não se verificou a aplicação destes princípios, devido ao constante jogo de forças antagônicas presente desde sempre no cenário político brasileiro. Por conta disso, poder-se-ia dizer que temos o SUS “do papel”, materialização dos ideais da Reforma Sanitária, e o SUS real, concreto, do cotidiano de milhões de brasileiros.

Além de assegurar o compromisso do Estado na provisão da saúde, podem ser destacadas algumas inovações (BATISTA, 2005), dentro dos princípios da Promoção da Saúde, nas diretrizes do SUS: a inclusão dos determinantes sociais no estado de saúde, e a ampliação de seu conceito; o compromisso com a intersetorialidade; a equidade, inserida no princípio da universalidade, uma vez que são contemplados brasileiros excluídos do mercado de trabalho formal, e a parte da assistência previdenciária; e a integralidade, com a prerrogativa de priorizar a atenção básica, sem comprometimento dos demais níveis de atenção.

A lei orgânica da saúde – lei nº 8080, conhecida também como “lei do SUS” – reforça o caráter promotor da saúde presente no parágrafo que institui o SUS, na constituição federal. Paim (2009) salienta que esta lei ultrapassa o âmbito do SUS, que as condições indispensáveis ao pleno exercício da saúde não são de responsabilidade única deste sistema. Além disso, a lei

¹⁵ Constituição Federal, disponível em <www.planalto.gov.br>, acesso em 19/06/2012.

reforça o papel das políticas econômicas e sociais na redução dos agravos em saúde, e a corresponsabilidade de toda a sociedade – família, empresas, pessoas em geral – pela saúde da comunidade.

Esta lei, que data de 1990, incorpora as premissas da Carta de Ottawa, documento de 1986, ao fazer menção, em seu artigo 3º, aos determinantes e condicionantes da saúde,

entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. (BRASIL, 1990)

A plena contemplação de todos estes princípios, presentes no ideário da Reforma Sanitária, dependeria de outras transformações na sociedade brasileira, ou seja, de outras reformas, como a agrária, a urbana e a tributária, que pleiteavam a “distribuição de renda mais justa, avanço da democracia e desenvolvimento da educação e da cultura” (PAIM, 2009, p.54).

O Brasil entra na década de 1990 seguindo a ideologia neoliberal e, através de eleições diretas, leva à presidência Fernando Collor de Mello, representante desta ideologia, em 1989. As principais ações de caráter neoliberal empreendidas são as privatizações e a abertura da economia para empresas transnacionais. No campo da saúde, a agenda neoliberal encontrou bastante resistência por conta da institucionalização do SUS, mas nem por isso seus defensores, representados pelas empresas de saúde, abandonaram a arena, ou mesmo deixaram de obter vitórias. Os constantes adiamentos da 9ª Conferência Nacional de Saúde¹⁶, e os vetos presidenciais à lei orgânica da saúde (8080) exemplificam este fato, tendo, os últimos, comprometido a participação cidadã e a transferência de recursos federais para estados e municípios (PASCHE et al, 2006).

O governo Collor de Mello representou um retrocesso na área da saúde, que se assemelhava ao período anterior ao SUS, inclusive com a diminuição dos recursos para a área. Uma das medidas mais polêmicas foi a edição da Norma Operacional Básica (NOB) 01/91, que reduzia o campo de ação dos municípios, consolidando-os como meros prestadores de serviços, “com pouca autonomia para organizar redes de atenção à saúde em seu território.” (PASCHE et al, 2006, p. 417) Ao final do governo, antecipado para 1992, devido ao *impeachment* do presidente, o então ministro da saúde, Alcení Guerra, foi exonerado devido a denúncias de corrupção, sendo substituído por Adib Jatene.

¹⁶ O tema norteador desta conferência era “Municipalização é o Caminho”, e o documento produzido ao seu final foi: “Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: a Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei”, dando o tom da luta dos reformistas na década de 1990: a implementação do SUS, a começar pela descentralização do sistema de saúde.

No ano seguinte, o INAMPS foi extinto pelo presidente Itamar Franco, que assumiu o governo no lugar de Fernando Collor, o que foi considerado um passo rumo à descentralização. No que concerne ao SUS e sua operacionalização, a gestão de Itamar Franco representou avanços em relação à anterior. A NOB 01/93 praticamente neutraliza a de 1991, ao aumentar a autonomia dos municípios, “os quais poderiam, a partir de determinadas capacidades e responsabilidades, assumir a gestão do sistema de saúde, exercendo um conjunto de macrofunções de gestão” (PASCHE et al, 2006, p. 417).

No caminho inverso, a diminuição do aporte de recursos para o setor teve efeitos danosos, como o congelamento das tabelas de remuneração do SUS, o sucateamento da rede hospitalar, que resultou na queda no padrão de atendimentos, nas longas filas, e insatisfação dos trabalhadores do setor saúde (PASCHE, 2006), frequentemente mal remunerados.

Estes fatores acabaram abrindo uma brecha para a inserção da iniciativa privada na oferta de bens e serviços de saúde. Ocorre, então, o crescimento de uma fatia de mercado chamada de “saúde suplementar”, representada pela medicina de grupo, cooperativas médicas, planos e seguros de saúde. Então, o SUS não era o único sistema de saúde, mas apenas o único sistema público de saúde (PAIM, 2009). Com efeito, no período que se sucede ao SUS foi observado o aumento dos clientes de planos e seguros privados de saúde (BAHIA, 2008).

Segundo Bahia (2008, P. 153), “estamos diante de um SUS polissêmico”, onde as relações entre público e privado são difusas e praticamente indistinguíveis, reguladas por políticas públicas governamentais, de caráter basicamente, focal. A focalização foi a estratégia selecionada para a operacionalização de algo que poderia ser chamado de Promoção da Saúde, seguindo a recomendação da OPAS, que, em 1994, aprovou o Plano de Ação Regional para a Promoção da Saúde nas Américas, a entrar em vigor no quadriênio 1995-98 (BOGUS, SACARDO, *apud* RABELLO, 2010).

As políticas focais atendem à lógica de correspondência com a viabilidade fiscal do Estado, em um contexto de contenção de gastos, devidamente monitorado pelos organismos internacionais, principalmente o Banco Mundial e o Banco Interamericano de Desenvolvimento, dentro da lógica de uma ideologia neoliberal. Esta se verifica na liberdade de mercado e comércio dentro do setor saúde, ficando a cargo do Estado “criar e preservar uma estrutura institucional apropriada a essas práticas”, garantindo “a qualidade e a integridade do dinheiro” (HARVEY, *apud* NEVES, 2010, p. 67).

Mais uma vez, a proposta progressiva de reforma do setor saúde se deparava com entraves provenientes da perpetuação de um modelo ambíguo e precário de saúde. Em cena, discussões contrapondo estatização com privatização; centralização com descentralização, e,

universalização com focalização. A respeito desse último conflito, Amélia Cohn destaca a situação específica do Brasil, em relação a outros países da América Latina, uma vez que aqui, ao invés de haver uma dicotomia entre essas duas propostas, uma serviria de ponto de partida para a outra. Segundo esta autora, o caso do Brasil sobressai na América Latina ao conciliar as medidas de ajuste fiscal, refletidas nas políticas de focalização dos serviços de saúde, com a mobilização representada pelo movimento de Reforma Sanitária, reivindicando a universalização do acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, a focalização, no Brasil, serviu “como uma estratégia de implantação da universalização da saúde como um direito e, nesse sentido, como um requisito da universalidade” (COHN, 2005, p. 395). Ou seja, políticas específicas – por exemplo, de saúde da mulher, ou combate às doenças sexualmente transmissíveis - e programas como o Agentes Comunitários de Saúde (PACS) ou o Programa de Saúde da Família (PSF), possuem caráter focal, mas representam uma estratégia para se alcançar a universalização. Na medida em que retomam questões como “hierarquização e integração dos serviços de saúde” funcionam como “porta de entrada dos indivíduos no sistema de saúde” (COHN, 2005, p. 398).

Após a implementação do SUS, houve um rearranjo nas relações entre o público e o privado no setor saúde, devidamente respaldadas por medidas e regulamentações políticas, de modo que se reorganizassem, mas não se desfizessem. Os estabelecimentos e serviços médicos ofertados são, ora público/privados, ora privado/públicos, mas não há oferta de serviço totalmente público ou privado:

A rede assistencial do SUS compõe-se de estabelecimentos públicos e privados, que por seu turno abrigam uma miríade de formas de contratação de pessoal, equipamentos e serviços, e procedimentos. Os tipos puros – público e privado em um único empreendimento, praticamente inexistem (BAHIA, 2008, p.129).

3.7 O SUS EM TEMPOS DE TERCEIRA VIA

Por todo o mundo capitalista, o neoliberalismo ortodoxo dava sinais de esgotamento, por não ter dado conta de recuperar as taxas de crescimento da Era de Ouro do capitalismo. As exigências do capitalismo financeiro sobre a sociedade, em especial sobre a classe trabalhadora desencadearam insatisfações, gerando o temor de que fossem explicitados os antagonismos de classe e desestabilizando as relações sociais. Deste modo, era necessária uma revisão nas bases do neoliberalismo, de modo que este conciliasse o crescimento econômico com uma base político-social mais sustentável. Era necessário conquistar a sociedade civil. Para isto, a natureza das políticas sociais precisava ser redefinida,

distanciando-se da precarização e/ou focalização características do neoliberalismo (MARTINS, 2009).

Na última década do século XX, então, nasce o neoliberalismo de Terceira Via, ou Nova Social Democracia, ou ainda Governança Progressista. Esta nova face do neoliberalismo foi representada, no Brasil, por Fernando Henrique Cardoso, (MARTINS, 2009) que foi eleito em 1995 para seu primeiro mandato como presidente da república.

Os organismos internacionais também passaram por um processo de redefinição de metas e estratégias: há algum tempo, o BM era alvo de críticas quanto ao seu trabalho na década de 1980, que priorizou o combate à pobreza e auxílio ao desenvolvimento. A despeito de suas recomendações, “houve uma piora acentuada das condições de vida dos países periféricos, com um aumento significativo da pobreza em escala planetária.” (RIZZOTTO, 2000, p. 95) No início dos anos de 1990, esta instituição passa a ser uma entusiasta do programa neoliberal de Terceira Via, retomando as metas de combate à pobreza e às desigualdades sociais.

Imediatamente o Banco Mundial determinou que os empréstimos aos governos seriam realizados se fossem implementadas políticas que tomassem como referência o preceito das “parcerias” entre aparelho de Estado e organizações da sociedade civil, especialmente as ONG. Visavam com essa medida incentivar a mobilização comunitária na solução dos próprios problemas. A noção de “participação da sociedade civil” na promoção do desenvolvimento econômico e social tornou-se o grande mote das ações desses organismos. (MARTINS, 2009, p. 61-62)

Nesse contexto, o setor privado de serviços de saúde conquistou vitórias cada vez maiores. Sob os auspícios do Banco Mundial e do Banco Interamericano de Desenvolvimento, que preconizavam a desregulamentação e diminuição da intervenção estatal, naturalizou-se sua presença na realidade brasileira, inclusive servindo como alternativa bem vinda frente à ineficácia dos serviços oferecidos pelo SUS. Assim, praticamente não houve objeções às políticas públicas de apoio ao mercado de planos e seguros privados de saúde, já que era quase como se fosse saudável a competição entre os serviços oferecidos por estas e os do SUS, além de representarem “uma alternativa de alívio das despesas públicas” (BAHIA, 2008, p. 165). Em 1995, as despesas com previdência privada também puderam ser deduzidas do Imposto de Renda, e em 2001 as importações de equipamentos médico-hospitalares foram facilitadas, mediante isenção de ICMS (BAHIA, 2008).

No ano 2000, já no segundo mandato de Fernando Henrique Cardoso, cuja campanha foi capitaneada pelo sucesso do Plano Real, foi criada a Agência Nacional de Saúde (ANS), agência reguladora que contava com recursos do orçamento do Ministério da Saúde, mas que

funcionava à parte deste, e que contava em seus quadros administrativos com militantes do PSDB (Partido da Social Democracia Brasileira) desvinculados do SUS. Para estes, a ineficiência do SUS era manifestação da ineficácia da estatização. A ANS era, então, um híbrido de instrumento regulador do Estado, porém totalmente voltado para os interesses do mercado, criada para minimizar as falhas do setor privado, mas que naturalizou as relações entre o governo e o mercado de saúde. (BAHIA, 2008)

Merece destaque, também, a tese de Favaret e Oliveira, a respeito da universalização excludente. De acordo com estes autores, a precariedade de atendimento nas redes públicas, e a baixa remuneração dos trabalhadores do setor acabaram afastando tanto a classe média e alta, quanto trabalhadores qualificados, fazendo com que migrassem para o sistema privado. (CARVALHO, 2007) No entanto, Ligia Bahia pondera que “a expansão das empresas que comercializam planos e seguros na década de 70 foi obstaculizada pela efetividade dos serviços públicos” (BAHIA, 1999, p. 34), ou ainda que a classe média continuaria a demandar o setor público no que concerne a serviços de alta complexidade.

A existência de não um, mas dois sistemas de saúde – um público e um privado – permeou a área da atenção à saúde nos anos de 1990-2000. Tornava-se cada vez mais complicada a real aplicação dos princípios da Carta de Ottawa, ou mesmo das diretrizes e princípios norteadores do SUS. A esperança dos reformistas era a ascensão à presidência de um representante do ideal da esquerda, que contemplasse as premissas da reforma sanitária. Em 2003, Luiz Inácio Lula da Silva parecia que era esta pessoa, um membro do Partido dos Trabalhadores, de origem humilde, com histórico de lutas sindicais. Porém, as expectativas foram frustradas, conforme veremos no capítulo a seguir.

4 A PROMOÇÃO DA SAÚDE E A IMPLANTAÇÃO DA TERCEIRA VIA NO BRASIL: PROJETOS CONTRADITÓRIOS?

4.1 O GOVERNO FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Fernando Henrique Cardoso foi presidente da República do Brasil no período de 1995 a 2002, por dois mandatos. Antes disso, durante o mandato de Itamar Franco (1992-1994), foi, primeiramente, Ministro das Relações Exteriores, e, a partir de 1993, Ministro da Fazenda. Estava a frente desta pasta por ocasião do Plano Real, que alavancou sua candidatura e o levou a um segundo mandato.

O Plano Real marca o final da primeira fase de implantação do Projeto da Terceira Via no Brasil. Ele foi um

plano de estabilização monetária que, à época, debelou o ‘fantasma’ da inflação, contribuindo decisivamente, de modo mais sistemático, para a redefinição do modelo de desenvolvimento brasileiro –, uma vez que tanto a referida inflação como o agravamento da miséria nos dias atuais mobilizaram/mobilizam intensamente corações e mentes de parcela significativa da população (NEVES, 2005, p. 97).

A segunda fase

correspondeu aos dois governos de Fernando Henrique Cardoso. Esses governos voltaram-se prioritariamente à reestruturação do Estado nas suas funções econômicas e ético-políticas. De produtor direto de bens e serviços, o Estado passou a coordenador de iniciativas privadas. A privatização se impôs como a principal política estatal. Na área social, a privatização, complementada por políticas de descentralização, fragmentação e focalização, constituiu-se em importante instrumento viabilizador das estratégias governamentais de coesão societal e da educação de uma nova cidadania, ‘ativa e responsável’, baseada na prestação pelos indivíduos e por grupos de ‘serviços sociais’ (NEVES, 2005, p. 92).

A partir de então, instaurou-se, no Brasil, um processo de “despolítica da política e a repolitização da sociedade civil”: o primeiro termo se refere à “inviabilização de projetos de sociedade contestadores das relações capitalistas de produção da existência, limitando as possibilidades de mudanças aos marcos de um reformismo político” (NEVES, 2005, p. 91). A repolitização da sociedade civil, por sua vez, seria o incentivo a práticas que induzam à conciliação das classes.

Ao optar por seguir as diretrizes do FMI e do BM para os países capitalistas periféricos, o Estado, sob o governo de Fernando Henrique Cardoso, seguiu com medidas de cunho neoliberal:

(...) viabilizou a abertura irrestrita do mercado nacional, o fim da reserva de mercado da informática, a privatização das empresas estatais, o desmonte do aparato de ciência e tecnologia instalado nos anos de desenvolvimentismo e iniciou o desmonte do Estado inspirado no modelo de bem estar social, precarizando as políticas sociais

públicas e estimulando sua privatização. No âmbito da sociedade civil iniciou-se, por intermédio dos meios de comunicação de massa, um processo de desqualificação da política e dos políticos por meio de denúncias de corrupção e de combate ao sindicalismo autônomo dos trabalhadores (NEVES, 2005, p. 92).

E, dentro dos preceitos da Terceira Via, ele incentivou as parcerias entre o Estado e a sociedade, em ações de interesse público, pelas quais ambos seriam responsáveis. Além disso, a comunidade deveria se organizar, para elencar prioridades, administrar de forma honesta e transparente os recursos públicos, e, enfim, desenvolver “a capacidade de cuidar de si mesma” (CARDOSO, apud NEVES, 2005, p. 92).

Na lógica da Terceira Via, difundiram-se, na sociedade brasileira,

ideais, ideias e práticas voltados para a construção de uma nova pedagogia da hegemonia: uma educação para o consenso sobre os sentidos de democracia, cidadania, ética e participação adequados aos interesses privados do grande capital nacional e internacional (NEVES, 2005, p. 15).

Por meio da pedagogia da hegemonia, e da repolitização da política, o Estado brasileiro estabelece uma nova relação com a sociedade civil, visando estabilizar o projeto neoliberal de sociabilidade no Brasil.

De produtor de bens e serviços, o Estado passou a assumir a função de coordenador das iniciativas privadas da sociedade civil. De produtor direto da reprodução do conjunto da força de trabalho, admitindo-a como sujeito de direito, o Estado passou a provedor de serviços sociais para uma parcela da sociedade definida agora como ‘excluídos’, ou seja, aquele contingente considerável que, potencialmente, apresenta as condições objetivas para desestruturar o consenso burguês. Para o restante da população, o Estado transfigura-se em estimulador de iniciativas privadas de prestação de serviços sociais e de novas formas de organização social que desatrelam as várias formas de discriminação das desigualdades de classe (NEVES, SANT’ANNA, 2005, p. 33).

4.2 A CONTINUIDADE INESPERADA: O GOVERNO DE LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

O governo de Luiz Inácio Lula da Silva, nordestino, ex-retirante, ex-sindicalista e ex-metalúrgico, do Partido dos Trabalhadores, que teve início em 1º de janeiro de 2003, era aguardado com muita expectativa, não só no Brasil, mas pela própria esquerda mundial. Ninguém – pelo menos, ninguém abertamente – esperava que ele, autoproclamado representante da classe trabalhadora, desse continuidade ao programa político neoliberal de Terceira Via, iniciado, no Brasil, por seu antecessor, Fernando Henrique Cardoso.

A respeito dessa empolgação em torno da eleição, não só de Lula da Silva, mas de outros governantes ditos “de esquerda” na América Latina – Michele Bachelet, no Chile; Evo

Morales, na Bolívia; e Fernando Lugo, no Paraguai, dentre outros – Borón (apud NEVES, 2010, p. 79) afirma que este “giro para a esquerda na América Latina” deveu-se tão somente ao fracasso do neoliberalismo, que não cumpriu com os objetivos de crescimento econômico. Em meio a estes governantes e aos partidos e associações políticas que os sustentavam, boa parte estaria comprometida com o neoliberalismo reconfigurado da Terceira Via.

Lula da Silva não só manteve a agenda de seu antecessor, como obteve aprovação popular, conseguindo congregando apoio de todas as classes, praticamente. Deste modo, chegou ao segundo mandato – que se iniciou em 1º de janeiro de 2007 – e ainda articulou a possibilidade de continuidade deste projeto político, através da eleição de sua sucessora, a atual presidente da república, Dilma Rousseff, que fora ministra das Minas e Energia e da Casa Civil do governo Lula da Silva. Ainda em 2003, Boito Júnior reforçava o continuísmo do governo Lula:

O novo governo, de modo surpreendente para muitos observadores, não só está mantendo os pilares do modelo capitalista neoliberal dependente, como está aprofundando alguns aspectos desse modelo. Os membros da equipe governamental não tocaram na herança neoliberal de FHC(...) (BOITO JÚNIOR, 2003, p.1)

De acordo com o mesmo autor, Lula da Silva não só continuou o projeto de seus antecessores, mas também acolheu as orientações dos organismos internacionais, sobretudo o BM e o FMI, levando em frente projetos neoliberais, tais como a política de juros elevados, e as reformas tributária e da previdência, além das privatizações; conquistando, deste modo, o apoio de empresários, banqueiros, investidores, além de grande parte da imprensa, notadamente conservadora. (BOITO JÚNIOR, 2003) No que se refere às privatizações, várias vantagens foram propiciadas, pelo governo, de modo a privilegiar as grandes empresas, incluindo uma parceria com o Estado (as PPP: parcerias público-privado), que garantiria, inclusive, o ressarcimento no caso de o serviço adquirido não render a lucratividade esperada. (BOITO JÚNIOR, 2006)

4.3 O PRESIDENTE LULA DA SILVA E A PEDAGOGIA DA HEGEMONIA

Ao optar pela manutenção do projeto de sociabilidade neoliberal em seus dois mandatos, Lula da Silva buscava consolidar a “formação do novo homem coletivo indispensável ao projeto de sociabilidade neoliberal de Terceira Via” (NEVES, 2005, p. 95). Deste modo, ele racionalizou,

unificando, as políticas focalizadas e fragmentadas adotadas por seu antecessor, de modo a evitar a superposição de ações, mas não se propôs a alterar substantivamente

as estratégias estatais de legitimação social. A parceria continuou a ser o eixo norteador da nova relação entre Estado e sociedade civil, voltadas predominantemente para a prestação de serviços sociais às populações ‘excluídas’ (...) (NEVES, 2005, p. 96).

Em que pese as diferentes relações do governo Lula da Silva com as diversas frações de classe burguesas¹⁷, podemos afirmar que a influência que o presidente Lula ainda exercia sobre parte dos movimentos sindical e populares foi de extrema importância na implementação dos projetos da burguesia no país, o que nem mesmo Fernando Henrique Cardoso conseguira com tanto êxito (BOITO JÚNIOR, 2006). Os sindicatos,

que antes apareciam como o local onde as lutas cotidianas (...) das categorias podiam vislumbrar sua ligação com a representação partidária, [apareciam] como sustentáculo incontestado do novo poder. É claro que o papel desempenhado por suas direções é pleno de tensões e contradições, pois é cada vez mais difícil conter o movimento reivindicatório (...) em nome de um governo que tem como diretriz máxima perseguir as recomendações do FMI e do Banco Mundial (...) Nesse sentido, o “papel” dos sindicatos amigos do PT e de Lula é o de conter os movimentos, impedindo que as lutas dos trabalhadores coloquem em questão as metas e os “prazos” dos atuais burocratas do Planalto. (MARQUES; MENDES, 2006, p. 59)

Quanto às classes populares, Boito Júnior (2006) afirma que Lula da Silva praticara o que ele chama de

novo populismo conservador – um tipo de populismo que explora eleitoralmente a população pobre desorganizada, lançando mão, para tanto, das políticas compensatórias e do discurso ideológico neoliberal que estigmatiza os direitos sociais como privilégios (BOITO JÚNIOR, 2006, p. 239).

Marques e Mendes (2006) afirmam que o termo populismo pode ter duas acepções, uma econômica, que se refere ao governo que gasta mais do que arrecada, e uma política, que diz respeito à “política de aliciamento das classes sociais com menor poder aquisitivo”. (MARQUES; MENDES, 2006, p. 71) No caso do presidente Lula, este populismo, diferentemente daquele de Getúlio Vargas, depende de uma desorganização política da população, estando a serviço do capital financeiro.

¹⁷ Boito Júnior (2006), a esse respeito, afirma que: “todos os aspectos da política neoliberal –a desregulamentação, a privatização, a abertura comercial– atendem, integralmente, aos interesses de uma única fração da burguesia: o grande capital financeiro. As demais frações integrantes do bloco no poder –médio capital, grande capital industrial– têm conflitos, maiores ou menores, com um ou mais desses elementos.” (p. 246)

4.4 – AS POLÍTICAS PÚBLICAS E SOCIAIS DO GOVERNO LULA DA SILVA

Em seu primeiro ano de governo, o presidente Lula precisava conter o caos econômico, e assegurar a confiabilidade do Brasil frente ao mercado internacional, e aos organismos internacionais. Assim, manteve os compromissos de Fernando Henrique Cardoso, no que tange às metas acordadas com o FMI, enquanto instaurava uma política econômica ortodoxa, de corte de gastos e aumento de exportações, ao mesmo tempo em que mantinha o apoio da sociedade, respaldado pelo seu grande poder de comunicação junto a diferentes segmentos sociais (FREITAS, 2007).

Deste modo, as políticas públicas do governo de Lula da Silva mantiveram o compromisso com o capitalismo neoliberal. No entanto, tratava-se de um novo neoliberalismo, uma adaptação para os novos tempos, de mundo globalizado, e principalmente para a ineficiência do neoliberalismo ortodoxo: o neoliberalismo de Terceira Via. Apesar de este modelo também estar voltado para os aspectos econômicos de manutenção dos interesses do capital financeiro, e, especificamente no caso do governo Lula, de “contenção dos desequilíbrios macroeconômicos gerados no governo anterior” (MARTINS, 2007, p. 36), ele tem especial efeito sobre as políticas sociais, na medida em que aumenta a participação da sociedade e, ao invés de simplesmente minimizar o Estado, reconfigura seu papel, na forma de Estado Gerencial. Entretanto, continuam condicionadas à retomada ou manutenção do crescimento econômico. Ao relacionar o neoliberalismo ortodoxo com o neoliberalismo de Terceira Via, Coutinho (apud NEVES, 2005, p. 66) afirma:

(...) a chamada ‘terceira via’ me parece um sintoma de que o neoliberalismo começa a relevar seus limites. Os defensores da ‘terceira via’ são pessoas que aplicam uma política neoliberal (...), mas que têm ou tiveram no passado um compromisso com valores de esquerda e tentam propor, como se isso fosse possível, um neoliberalismo com rosto humano. Isso, evidentemente, é ideologia no sentido ruim da palavra, ou seja, uma maneira de encobrir políticas que continuam a ser estritamente neoliberais. (...) A meu ver, trata-se de uma manifestação hipócrita do neoliberalismo. (...) A ‘terceira via’ é isso: uma manifestação hipócrita do neoliberalismo, que sabe muito bem que a virtude está com outro tipo de política. É um fenômeno indicativo de que aquela hegemonia pura e simples do neoliberalismo, aberta e escancarada, está sofrendo abalos.

As expectativas na área social, explicitadas no programa político do PT, por ocasião da candidatura de Lula da Silva – apoiada por movimentos sociais, assim como por setores do empresariado e da classe média – eram que, no mínimo, houvesse o enfrentamento do projeto conservador dominante na história do país, com maior participação do Estado na área social, impactada por restrições orçamentárias típicas da política neoliberal.

Também havia a esperança de que o governo Lula se comprometesse com um amplo e consistente sistema de atenção e proteção, no âmbito das necessidades humanas e sociais; de que contemplasse todas as áreas sociais, educacionais e político-culturais; e de que promovesse, enfim, o incentivo e o protagonismo dos indivíduos e grupos sociais para o encaminhamento de soluções dos problemas brasileiros. (FREITAS, 2007, p. 66)

No entanto, todas as reformas eram moldadas pelo ideário neoliberal, promovendo o aumento dos lucros das empresas privadas; e o pagamento da dívida externa, em detrimento das políticas sociais; abandonando, inclusive, o projeto de reforma agrária, optando pelo agronegócio.

As consequências para a área social foram drásticas. O presidente Lula promoveu a “tradicional disjunção entre política econômica e política social” (FREITAS, 2007, p. 67).

Esta política exige que os investimentos em saúde, em educação fiquem no mínimo permitido pela lei e que os investimentos em habitação, em saneamento básico sejam baixos, porque o fundamental do que o país produz, do que o país arrecada, tem de ir para o pagamento da dívida (superávit, etc.) [...] Mas isto apenas confirma algo que já denunciávamos no governo FHC: esta política aceita o lugar no qual a ‘globalização’ – dirigida pelos países desenvolvidos – quer nos colocar, o lugar de exportadores de produtos primários e de matéria-prima (LESBAUPIN, apud FREITAS, 2007, p. 67).

4.5 POLÍTICAS SOCIAIS FOCALIZADAS: O GOVERNO LULA DA SILVA E O BANCO MUNDIAL

O governo Lula da Silva optou por políticas sociais compensatórias, que mantivessem o apoio popular, impedindo que a população sofresse as agruras da fome, mas que não afetassem o compromisso com o capital financeiro. Tal direcionamento provinha do BM, que desde a década de 1990 dirigia suas recomendações para o combate à pobreza, porém dentro “da própria lógica do marco teórico do neoliberalismo: políticas focalizadas e compensatórias voltadas para os pobres” (UGÁ, 2004, p. 55). Esta opção teve como consequência um resultado modesto de diminuição da população abaixo da linha de pobreza, e pouco significativo no que se refere ao aumento de renda. Daí a substituição da meta de “combate à pobreza” pela de “alívio da pobreza” (MARTINS, 2007). Deste modo, tanto o FMI quanto o BM asseguram seus interesses, “estabelecendo um discurso legitimador que, incorporando demandas das classes populares, planeja a construção de ações estratégicas focalizadas e restritivas e, ao mesmo tempo, de incentivo ao pluralismo e à democracia de caráter universalista” (MELO, 2005, p. 72).

Além da preferência pelas políticas focais, a diminuição e reconfiguração do papel do Estado encontravam-se dentre as recomendações do Relatório do BM de 1997. O Estado não seria mais o promotor do desenvolvimento, mas um parceiro do mercado nesta função,

devendo, “portanto, retrain a sua atuação, de modo a tornar-se um catalisador, facilitador e parceiro dos mercados.” (UGÁ, 2004, p. 57) A ele caberia criar um ambiente favorável à ação e expansão do mercado, e também, estar presente em setores de bens e serviços que não fossem interessantes à iniciativa privada.

Os pobres, de acordo com o BM, seriam aquelas pessoas incapazes de se integrar aos mercados. A eles seriam dirigidas políticas especiais, de caráter focalizado e compensatório. De modo categórico, não havia recomendação de ajuste estrutural, mas somente medidas que cuidassem de diminuir os impactos que as políticas de ajuste econômico haviam provocado. Tratava-se de garantir um contingente de consumidores para a manutenção da ordem do mercado, além de garantir os altos índices de aprovação dos governantes seguidores da cartilha do BM (UGÁ, 2004).

As políticas sociais, sobretudo nas áreas de educação e saúde, de acordo com as orientações do BM, estariam inseridas no objetivo de construção de capital humano¹⁸. A lógica deste preceito reside no fato de que, com o investimento em educação e saúde, o indivíduo tornar-se-ia mais apto para competir no mercado de trabalho, e, assim, teria suas chances de aumento de renda – de sair do grupo dos pobres – aumentadas, pois estaria aumentando sua “empregabilidade” (UGÁ, 2004).

Nessa concepção, o homem trabalhador é reduzido a um tipo de capital. De posse dessa questionável compreensão, é proposto que todos seriam capitalistas: alguns por serem os proprietários dos meios de produção (a burguesia) e outros por serem proprietários do capital humano (os trabalhadores). Partindo desse pressuposto, a teoria do capital humano chega a uma impressionante conclusão: no capitalismo não existem classes sociais (LIMA; MARTINS, 2005, p. 62).

Ao adotar essa concepção, o desemprego e a pobreza seriam infortúnios, ou então resultantes da incapacidade individual. Estas situações deveriam, pela lógica da pedagogia da hegemonia, ser enfrentada por meio da ajuda mútua. Assim, A Terceira Via promove uma articulação entre a teoria do capital humano e a teoria do capital social, que é definida pela:

capacidade de articulação dos grupos de pessoas ou de toda uma comunidade local, na busca de solução de seus problemas mais imediatos. Ela é utilizada junto às noções de ‘pobreza’ e de ‘desenvolvimento social sustentado’ para orientar a definição das políticas sociais neoliberais focalizadas (LIMA; MARTINS, 2005, p. 63).

Além disso, os pobres, no relatório do BM de 2000/2001, não são mais somente aqueles indivíduos desprovidos de renda, mas indivíduos

¹⁸ Teoria do capital humano: Theodore Schultz, anos 1960, define o “conhecimento e as capacidades técnicas dos trabalhadores como uma forma de capital capaz de gerar lucro e riqueza.” (LIMA; MARTINS, 2005, p. 62)

sem liberdade fundamental de ação e escolha (...) [que] não dispõem de condições adequadas de alimentação, abrigo, educação e saúde; [e] essas privações os impedem de levar o tipo de vida que todos valorizam. Além disso, são extremamente vulneráveis a doenças, crises econômicas e catástrofes naturais (BANCO MUNDIAL, 2000, p. 1)

Ou seja, a pobreza seria

um fenômeno multifacetado, decorrente de múltiplas privações produzidas por processos econômicos, políticos e sociais que se relacionam entre si. Assim, além da forma monetária de pobreza, ela é considerada como ausência de capacidades, acompanhada da vulnerabilidade do indivíduo e de sua exposição ao risco. (UGÁ, 2004, p. 59)

Dessa forma, a atuação do Estado se daria no sentido de fornecer aos pobres as condições para que estes sejam capazes de atingir seu potencial de capacidades. Tão logo isso acontecesse, o Estado daria por encerradas suas obrigações, pois o indivíduo seria livre para exercê-las.

A redução da vulnerabilidade (a choques econômicos, catástrofes naturais, doença, incapacidade e violência pessoal), além de ser parte intrínseca da melhoria do bem-estar, incentiva o investimento em capital humano e em atividades de maior risco e maior rendimento. Isso requer uma ação nacional eficaz para controlar o risco de choques econômicos e mecanismos eficazes para reduzir os riscos que os pobres enfrentam, inclusive doenças e catástrofes naturais. Além disso, é preciso ampliar os bens de que os pobres dispõem, diversificar as atividades domésticas e proporcionar uma variedade de mecanismos de seguro contra choques adversos, desde empregos públicos a programas de retenção escolar e seguro médico. (BANCO MUNDIAL, 2001, p. 11)

Para Vivian Ugá, já que no Brasil, como nos demais países latino-americanos, não se verificou o fenômeno do *Welfare State*, marco da “Era de Ouro” (pois nestes optou-se pelo “desenvolvimentismo”, ou seja, industrialização forçada às custas de extremo endividamento externo), ficou mais fácil de, nestes países, serem aceitas as orientações do BM, uma vez que “a população nunca pode desfrutar de fato de seus direitos sociais de cidadão” (UGÁ, 2004, p. 61). Segundo a mesma autora, esta aceitação, que vem acompanhada de uma admiração pela suposta boa vontade desta instituição, na verdade impede que a luta pelos direitos sociais, e pela verdadeira cidadania social, avance, pois ao Estado caberia somente a assistência aos menos favorecidos, e não a toda a sociedade.

O governo Lula seguiu fielmente as recomendações do BM, impedindo que os pobres morressem de fome, ao mesmo tempo em que evitava “o risco de convulsão social”, mantendo a aparência de que o governo se interessava pelo povo, quando na verdade estava atuando a favor dos interesses do capital financeiro (FREITAS, 2007, p. 3). Porém, para a população assistida, não havia problema, pois ela se encontrava satisfeita com os programas

focalizados e mantinha seu apoio ao presidente, refletido nos índices de aprovação divulgados pelos meios de comunicação.

4.6 AS POLÍTICAS DE SAÚDE DO GOVERNO LULA DA SILVA

Quando Lula da Silva assumiu a presidência para seu primeiro mandato, em 2003, o mundo encontrava-se inserido em um fenômeno que pode ser utilizado para representar a identidade deste início de século XXI: a globalização. Boaventura de Souza Santos (apud MATTA; MORENO, 2011) considera que não existe uma única definição para este termo, sendo ele, pois, multifacetado. A globalização econômica – cujo marco inicial teria sido o Consenso de Washington¹⁹ seria o sentido mais disseminado do termo, e as outras formas de globalização podem ser consequência dela, como o aumento da desigualdade econômica e social no mundo, que se reflete em outras iniquidades: exclusão digital; falta de alimentos e medicamentos; expansão de doenças infectocontagiosas (AIDS, por exemplo); emigração de “cérebros”; entre outras. A globalização política diria respeito à redefinição do papel do Estado, que assume características neoliberais; e a globalização cultural se manifestaria na influência dos meios de comunicação, sobretudo a internet, na universalização de valores, no surgimento de uma “cultura global” (SANTOS, apud MATTA; MORENO, 2011).

O termo “saúde global” teria surgido no final da década de 1990, e se refere ao movimento que busca relacionar as transformações de um mundo globalizado com as consequências para a saúde dos indivíduos, mundialmente e em cada país.

O alinhamento da agenda de saúde com as estratégias de globalização econômica, cultural e científica parecem ter norteado essa nova arena de negociação política denominada "Global Health". Ao mesmo tempo em que algumas transformações provocadas pela transnacionalização da economia, a revolução proporcionada pelas tecnologias da informação e comunicação produziram novos desafios para o mundo, incluir o adjetivo "global" nas políticas e práticas institucionais transmite a ideia que se está atento e alinhado com a nova ordem mundial, e consequentemente com as práticas linguísticas contemporâneas (MATTA, 2005, p. 57).

Era preciso cautela, porém. No governo anterior, a inserção brasileira no vórtex da globalização havia provocado a estagnação social, e a onda de protestos que acabaram sinalizando a insatisfação popular, da qual se aproveitou a frente de centro-esquerda (CUNHA, 2003) que elegera Lula da Silva. Não havendo possibilidade de se por a parte de um mundo globalizado, haveria que se buscar estratégias para que esta inserção se desse de modo a não provocar reações contrárias e movimentos contestatórios. Daí a opção pela

¹⁹ Encontro que ocorreu na capital dos Estados Unidos, em 1989, do qual participaram funcionários do BM, FMI e BID, com o objetivo de discutir a situação econômica da América Latina, e traçar rumos para a região. (BATISTA, 1994)

pedagogia da hegemonia ter se mostrado a ideal, por produzir indivíduos dóceis a um projeto político que não lhes dá garantias em longo prazo, e, ainda, cujos “benefícios” só se mantêm enquanto estiverem atendendo aos interesses da classe dominante.

A estratégia de atender aos interesses do mercado, ao mesmo tempo em que agradava a população através de programas focais, fez com que o governo Lula contasse com o apoio das classes dominantes, e obtivesse a anuência das classes populares. Este segmento da população não tem por hábito associar seu estado de pobreza às políticas neoliberais, e acabou se tornando alvo fácil dos programas assistencialistas que visavam atender, de forma mínima e vertical, a seus interesses, provendo renda e transformando direitos em bens: educação, saúde, alimentação, entre outros.

Há que se considerar também o período de estabilidade da economia mundial, de 2003 a 2008, que beneficiou o Brasil, conquanto este permanecesse dentro das regras do jogo neoliberal em vigência, e continuasse seguindo as prescrições dos organismos internacionais, sobretudo o BM.

Assim, apesar de ter prometido, em campanha para seu primeiro mandato, destinar a porcentagem do orçamento prescrita pela Constituição Federal para a área da saúde, os 3,2% do PIB (Produto Interno Bruto) praticados pelo governo Lula, estavam bem abaixo do orçamento para esta área em outros países. Este subfinanciamento seria a principal causa do mau funcionamento do SUS, da impossibilidade de ofertar serviços gratuitos e de qualidade, conforme prescreve a Constituição. Segundo Freitas (2007):

Na agenda de prioridades do governo Lula não consta disputar os serviços de saúde com o setor privado, onde os interesses dos produtores de equipamentos, medicamentos e tecnologias e dos prestadores de serviços, por vezes organizados em corporações poderosas, mantêm-se intactos (FREITAS, 2007, p. 68).

No campo da saúde pública, então, o presidente Lula optou por continuar, como presidentes anteriores, a incentivar a expansão das empresas e dos planos de saúde, devidamente respaldado, conforme comentado anteriormente, pelos sindicatos de trabalhadores, que, desde a década de 1970, pautavam este benefício em suas reivindicações. Além disso, optou por tratar das questões de saúde dentro do âmbito de suas políticas focalizadas, sendo exemplos os programas de transferência de renda, como o Bolsa Alimentação, vinculado ao Ministério da Saúde (na verdade, tanto o Bolsa Alimentação, e o Bolsa Escola, ambos de 2001, e o Auxílio Gás, de 2002, foram programas lançados por Fernando Henrique Cardoso. Mais um exemplo do continuísmo do governo Lula). Em 2004, na gestão de Lula da Silva, estes programas de transferência de renda foram unificados no

Bolsa Família, conforme a lei 10.936, de 9 de janeiro de 2004 (MARQUES; MENDES, 2006). E, o programa Bolsa Família, por sua vez, compunha o carro-chefe do Governo Lula, e um dos principais instrumentos da pedagogia da hegemonia, o Programa Fome Zero.

De acordo com o *site* do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome:

Os valores dos benefícios pagos pelo Bolsa Família variam de R\$32 a R\$306, de acordo com a renda mensal da família por pessoa, com o número de crianças e adolescentes de até 17 anos e número de gestantes e nutrizes componentes da família. O programa tem quatro tipos de benefícios: o básico, o variável, o variável vinculado ao adolescente e o variável de caráter extraordinário.

O Benefício Básico, de R\$70, é pago às famílias consideradas extremamente pobres, com renda mensal de até R\$70 por pessoa, mesmo que elas não tenham crianças, adolescentes ou jovens.

O Benefício Variável, de R\$32, é pago às famílias pobres, com renda mensal de até R\$140 por pessoa, desde que tenham crianças e adolescentes de até 15 anos, gestantes e/ou nutrizes. Cada família pode receber até cinco benefícios variáveis, ou seja, até R\$160.

O Benefício Variável Vinculado ao Adolescente (BVJ), de R\$38, é pago a todas as famílias do programa que tenham adolescentes de 16 e 17 anos frequentando a escola. Cada família pode receber até dois benefícios variáveis vinculados ao adolescente, ou seja, até R\$76.

O Benefício Variável de Caráter Extraordinário (BVCE) é pago às famílias nos casos em que a migração dos programas Auxílio Gás, Bolsa Escola, Bolsa Alimentação e Cartão Alimentação para o Bolsa Família cause perdas financeiras. O valor do benefício varia de caso a caso (BRASIL, 2012)

Em 2009, o Bolsa Família atendia 12 milhões de pessoas (TORRES, 2009). As análises em relação aos programas de transferência de renda não questionam seu pioneirismo em termos de amplitude de cobertura, com reflexos no aumento efetivo da renda dos beneficiados. Uma das críticas a respeito do programa é em relação ao critério de pobreza utilizado – linha de pobreza absoluta – baseado na renda mensal per capita, assim como nos Estados Unidos. Existem variáveis que podem influenciar na condição de pobreza no indivíduo, como a presença de pessoas doentes na família, por exemplo (TORRES, 2009).

Outra crítica é em relação às condicionalidades – matrícula e frequência escolar; exames pré-natais; carteira de vacinação em dia – que podem levar à suposição de que as pessoas pobres precisam se mostrar merecedoras do benefício. A secretária nacional de Renda e Cidadania do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, à época, Lúcia Modesto, afirmou, contudo, que, ao contrário, as condicionalidades reforçariam o direito à educação e saúde. O acompanhamento das condicionalidades serviria de ferramentas para o acompanhamento de eventuais falhas no sistema, como deficiência nos meios de transportes, por exemplo (TORRES, 2009, p. 4).

Por ocasião da avaliação do Programa realizada em 2007, na área da saúde, ficou constatado que não havia diferenças significativas nas questões de vacinação ou pré-natal

entre pessoas beneficiadas pelo programa e as não beneficiadas. E, na área de segurança alimentar, o aumento da renda não levou, necessariamente, ao incremento da qualidade da alimentação. (TORRES, 2009) Estes fatos constataam que programas focais, e medidas pontuais não devem substituir políticas integradas, onde educação e saúde estariam dentro de um mesmo objetivo, que passa, certamente, pela melhora da renda da população.

As principais críticas aos programas assistenciais, então, se dirigem ao fato de que para que haja uma real melhoria na qualidade de vida da população – categoria chave na Promoção da Saúde – as políticas sociais deveriam se concentrar em reformas estruturais, nos setores de saúde e educação, por exemplo.

(...) esses programas não constituem um direito e sim uma benesse governamental, que pode ser alterada sem grandes discussões a depender do gosto e do interesse do presidente de plantão. Em outras palavras, o combate à pobreza ainda continua a ser tratado como uma atividade meramente assistencial, o que pode resultar no florescimento de todo tipo de clientelismo (MARQUES, MENDES, 2006, p. 70).

Ou seja, por meio de tais programas, Lula da Silva estaria dando um tratamento compensatório à fome (NEVES, 2005).

Ao mesmo tempo em que Lula, com seus programas de bolsas, fornecia um mínimo de renda às famílias brasileiras mais pobres, promovia o aumento do índice de desemprego, reduzia os direitos dos funcionários públicos e flexibilizava as relações de trabalho. (MARQUES; MENDES, 2006) Assim, embora os servidores públicos e alguns outros segmentos da sociedade retirassem seu apoio (ou mantinham-se na oposição) ao governo Lula, a base de apoio deste governo situava-se dentro da parcela da população contemplada pelos programas assistenciais.

Então, tais programas foram as estrelas da gestão do presidente Lula, e o apoio popular em torno deles alavancou sua reeleição em 2006 (para o mandato que se iniciou em 2007), sendo, também, os carros chefe da propaganda que elegeu sua sucessora, Dilma Rousseff, em 2010.

Do ponto de vista político, a implementação do programa Bolsa Família está permitindo que o governo Lula estabeleça fortes vínculos com a população por ele beneficiada, direta ou indiretamente, o que explica sua alta popularidade em várias zonas do país. Não há como negar que a população mais pobre está atualmente em melhores condições do que antes, mesmo se ela tiver piorado sua situação em relação aos mais ricos (MARQUES; MENDES, 2006, p. 69).

Dentro do grupo das políticas superficiais, que se pretendem revolucionárias na área social, incluo a Política Nacional de Promoção à Saúde, de 2006. Seu propósito estaria condizente com os princípios do Movimento de Promoção da Saúde, porém, suas estratégias

revelam um compromisso com a corrente comportamental do movimento, que se limita a preconizar mudanças de hábitos nos indivíduos e minimiza a ação do Estado no que tange às políticas sociais. Além disso, tais estratégias parecem, a princípio, assumir um caráter mais preventivo do que promotor, não estando comprometidas, portanto, com mudanças a longo prazo.

4.7 A POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Conforme exposto anteriormente, no Brasil, vários movimentos aconteceram, vários sujeitos agiram, visando a reformulação das práticas de saúde, concernentes com os princípios norteadores do Movimento de Promoção da Saúde, tanto no campo acadêmico quanto na área política. Mas, uma política de Promoção da Saúde, efetivamente, se institucionalizou, no Ministério da Saúde, somente em 1999, a partir de

um projeto de cooperação com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), que estava sob responsabilidade da Secretaria de Políticas de Saúde (SPS) até o final de 2002: o Projeto Promoção da Saúde, um novo modelo de atenção (GOMES, 2009, p. 44).

Uma das principais ações deste projeto foi a estratégia dos Municípios Saudáveis, que pode ser inserida no campo das políticas públicas saudáveis da Carta de Ottawa, tendo surgido, inclusive, no mesmo ano em que ocorreu a I Conferência de Promoção da Saúde. A ação do Estado sobre a saúde da população teve um percurso descontínuo, ao longo do tempo. Com ações de controle, de caráter economicista, no século XVIII, a uma saída do cenário, por conta do advento da era microbiológica, no século XIX (quando as determinações sociais cederam lugar para agentes patológicos, precisamente, microrganismos), o fato é que, ultimamente, a ação das políticas sobre a saúde têm voltado a ganhar relevância, sobretudo em relação aos malefícios causados:

São notórios, e por vezes dramáticos, os efeitos das políticas que impulsionaram a economia urbano-industrial ao longo do século XX: desigualdades sociais, danos ambientais irreparáveis em alguns casos, ambientes sociais mórbidos e geradores de sociopatias e psicopatias (violência, drogas...) (BUSS, 2000, p. 173).

Ao trazer de volta a centralidade do papel do Estado na formulação e implementação das políticas públicas, o Movimento de Promoção da Saúde traz também sua proposta de “interlocução e pactuação entre atores sociais em atuação” (BUSS, 2000, p. 174).

A proposta dos municípios saudáveis “visava ao desenvolvimento de planos de ação locais para a promoção da saúde, baseados nos princípios de saúde para todos da OMS.”

(ASHTON, apud BUSS, 2000, p. 174) Na América Latina, foi na década de 1990 que este projeto foi implementado, apoiado pela OMS e pela OPAS. Fundamentado em três pilares da Promoção da Saúde – intersectorialidade, políticas públicas saudáveis, e participação comunitária – o projeto trazia também um enfoque marcante sobre os estilos de vida.

Um exemplo de projeto inserido na proposta dos municípios saudáveis é o DLIS: Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável, que converge, também com os princípios da Agenda 21. Este, por sua vez, foi um documento produzido na RIO 92, consistindo, segundo Buss e Ramos (2002), em uma

agenda de desenvolvimento. Ela procura combinar crescimento econômico com equidade social e proteção ambiental, através de um conjunto de iniciativas articuladas dirigidas a diversos campos econômicos e sociais. (...) está dividida em seis grandes áreas temáticas: cidades sustentáveis; agricultura sustentável; infraestrutura e integração regional; gestão de recursos naturais; redução das desigualdades sociais e ciência e tecnologia e desenvolvimento sustentável (BUSS; RAMOS, 2002, p. 21-23).

Entendendo qualidade de vida como a garantia de acesso universal às melhores condições de vida em determinado período histórico, o Estado aparecia, nesta proposta, como provedor de tais condições, atuando conjuntamente, com outros setores da sociedade. É a intermediação destes setores, que incluem empresas privadas e ONG que parece ser o foco de problemas e incertezas: “a menção de integração com prefeituras e rede local de serviços é notável [porém] na prática, parece haver problemas para a consolidação e funcionamento de uma rede de agências” (BUSS; RAMOS, 2002, p. 30).

Com efeito, a ênfase na atuação do “terceiro setor” (BUSS; RAMOS, 2002, p. 36) indica que, também este programa, pode ter sido mais um exemplo de estratégia focalizada, e, ao contrário de que se propôs, desintegrada de outras ações governamentais que visassem o aumento da qualidade de vida.

No início dos anos 2000, as ações de promoção da saúde do Ministério da Saúde estavam voltadas à prevenção de acidentes e violência no trânsito. Neste período, segundo Gomes (2009), verificou-se

uma série de dificuldades em articular a perspectiva de promoção da saúde ao SUS, **que implicou num modo fragmentado de operação do projeto** e ao mesmo tempo, adiou a pactuação e a implementação de uma política nacional (...) No fim de 2004, com as mudanças de gestão do MS, a PNPS deslocou-se para a coordenação geral de doenças e agravos não transmissíveis (CGDANT) na Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) (GOMES, 2009, p. 47, grifo meu).

A prevenção de acidentes e violências acabou se tornando, juntamente com a promoção das atividades físicas, uma das duas redes onde os financiamentos da PNPS se concentraram (GOMES, 2009).

Em 2006, então, foi instituída a Política Nacional de Promoção da Saúde – Portaria nº 687 de 30 de março de 2006 (BRASIL, 2010) – que trazia, em seu escopo, o ideário do Movimento de Promoção da Saúde, conforme exposto em Ottawa, nos idos de 1986, ou seja, apresentava a proposta de uma visão ampliada de saúde. Pretendia-se, segundo o documento, que as ações em saúde ultrapassassem o âmbito curativo, hospitalocêntrico e individual, fundamentado no paradigma flexneriano, do cuidado em saúde. (GOMES, 2009) Afinal, seu objetivo é:

Promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados a seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2010, p. 17).

Mauro Gomes (2009) via, na PNPS, um potencial de transformação, no

sentido de reconhecimento pela população de que a saúde é um direito social do cidadão e, portanto, não pode ser reduzida a uma mercadoria. É necessário que o Estado assuma seu papel constitucional, o que é visto hoje em dia com restrições, devido ao avanço significativo da saúde privada consoante com o pensamento naturalizador de que cabe ao Estado regular e focalizar ações sociais para quem não tenha condições de recorrer “ao mercado” (GOMES, 2009, p. 13).

No mesmo ano da publicação da PNPS, em 2006, foi criada, por meio de decreto presidencial, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais em Saúde (CNDSS), inspirada pela Comissão Sobre Determinantes Sociais da Saúde, criada no ano anterior pela OMS (GOMES, 2009). É de extrema relevância a criação de uma instância onde a questão principal é a discussão da influência dos determinantes sociais nas questões de saúde, pois, independente do destino das políticas e ações de caráter transitório, o debate acerca de fatores que influenciam a saúde das pessoas e comunidades, externos ao componente biológico, deve continuar, assim como deve se dar a assimilação de uma visão ampliada de saúde.

Ao mesmo tempo, a PNPS seria, de acordo com a portaria que a regulamenta, uma extensão do Pacto pela Vida, que se trata de “um compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira.” As prioridades pactuadas são:

saúde do idoso; controle de câncer do colo de útero e da mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias – com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; Promoção da Saúde, fortalecimento da atenção básica (BRASIL, MS, apud GOMES, 2009, p. 59).

A Promoção da Saúde aparece, então, como uma das prioridades pactuadas em um compromisso que originou a política nacional de promoção da saúde. Como seria aferido o cumprimento desta meta, que indicadores levariam à análise de uma ação de Promoção da

Saúde, são algumas das questões a respeito deste item. As demais prioridades são compromissos imprescindíveis, porém, acredito serem por demais específicos para se encontrarem como indicadores em um âmbito mais geral da PNPS (uma vez que se trata da institucionalização de uma proposta que se pretende nuclear na condução de estratégias direcionadas para o incremento da qualidade de vida da população).

É realmente promissora a introdução da PNPS. O reconhecimento de que as mudanças da sociedade, decorrentes das mudanças dos modos de organização do trabalho, têm como consequência mudanças no perfil epidemiológico; e de que o aparato biomédico não é suficiente para dar conta de tais desafios, (BRASIL, 2010) evidencia a ampliação do conceito de saúde, a inclusão de determinantes externos ao âmbito anatomopatológico estrito. Porém, evidencia, também, que tais mudanças na organização da sociedade estão dadas, e, não são passíveis de transformação.

Logo na apresentação da PNPS, juntamente com princípios caros ao movimento de Promoção da Saúde – intersectorialidade, aprimoramento dos serviços de saúde, e, mudança de hábitos pessoais – estava explícita a ênfase neste último aspecto, denotando a opção pela corrente behaviorista, ou comportamental. Seria mais um indício da opção de transferir para o indivíduo a responsabilidade pelo seu estado físico de saúde ou doença. Porém, Mauro Gomes (2009) não considera que a PNPS se insira na corrente comportamental, fundamentado no texto deste documento, que reconhece a “ordem coletiva como influenciadora das opções de vida desejáveis” (GOMES, 2009, p. 51). Entretanto, é no modo como a política é aplicada, através de suas ações, vislumbradas em suas estratégias, que poderíamos inferir a respeito da tendência comportamental ou intersectorial, participativa da PNPS.

A convocação para a participação social aparece também na introdução, ao afirmar, mais uma vez, que o sistema de saúde não tem como, sozinho, lidar com os problemas de saúde da sociedade. O controle social estava entre as reivindicações dos sanitaristas desde o princípio do movimento sanitário. E, a participação comunitária, além do *empowerment*, são integrantes da Carta de Ottawa, e se, a definição de promoção da saúde envolve a capacitação da comunidade para que esta atue por melhores condições de vida, participando mais ativamente deste processo (BRASIL, 2002), é coerente que estes elementos apareçam em uma Política que se pretenda de Promoção da Saúde.

A criação dos conselhos de saúde “foi uma experiência marcante, no início da década de 80, (...) enquanto representação popular no controle do Estado” (SPOSATI; LOBO, 1992, p. 366). Já em 1992, quando este artigo foi escrito, as autoras chamavam atenção para a “luta pela constituição dos conselhos, pela legitimidade, como da representação popular, pela

discussão de sua formação paritária entre população, trabalhadores de saúde e dirigentes” (SPOSATI; LOBO, 1992).

Lembremos também que, na década de 1980, o Prev-Saúde incluía a participação comunitária em sua formulação. Depois disso, as AIS contemplavam “articulações interinstitucionais com participação de representantes de organizações sociais” (LABRA, 2005, p.362). E, certamente, uma das “propostas radicais” da 8ª Conferência Nacional de Saúde foi a de “instaurar uma gestão democrática que incluísse a participação dos cidadãos comuns de forma a propiciar o controle social sobre a produção e execução das políticas setoriais” (LABRA, 2005, p. 363). Então, a participação comunitária nos Conselhos de Saúde foi institucionalizada na lei 8.142, de dezembro de 1990, que “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 1990).²⁰

Na década de 1990, por ocasião da implementação do projeto de Municípios Saudáveis, uma das críticas apontadas, que levaram ao limitado avanço na área da Promoção da Saúde, foi em relação às

dificuldades de implementar novas formas de gestão, participativas, não setorizadas, capazes de alterar as estruturas políticas, sociais e econômicas(...) As condições gerais políticas das cidades não favoreceram a participação efetiva dos cidadãos nas questões que envolvem as condições de vida. O aspecto contraditório das relações Estado/sociedade civil fica evidenciado. A participação existe, é reconhecida pelo Estado, que abre um espaço institucional para que ela ocorra, no entanto, os grupos sociais não têm conseguido penetrar nos espaços de poder, o que aponta uma série de limites relacionados desde a cultura institucional marcada por estruturas tradicionais e autoritárias que dificultam a participação, até os conflitos próprios do processo de organização da sociedade civil (MENDES, apud GOMES, 2009, p. 46).

Em 2005, havia cerca de 5700 conselhos de saúde por todo o país, “fato inédito na América Latina e em outras latitudes, tanto pela sua extensão, quanto pela massa de cidadãos nela engajados voluntariamente” (LABRA, 2005, p. 353). Sem dúvida, este fato representava um avanço em relação à situação vivida em anos anteriores, de regimes autoritários e pouca ou nenhuma participação popular. No entanto, estudos indicam que, na prática local, os Conselhos de Saúde enfrentavam problemas em seu funcionamento, que acabaram afetando sua legitimação e eficácia enquanto instâncias deliberativas. Dentre estes problemas, que aparecem nos relatórios da 11ª e da 12ª Conferência Nacional de Saúde, podem ser destacados: o desconhecimento da existência dos conselhos por parte da maioria da população – que, conseqüentemente, desconhece seus objetivos, funções ou utilidade, o que resulta em

²⁰ Lei n/ 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências, disponível em <www.planalto.gov.br> acesso em 04/07/2012.

no pouco ou nenhum envolvimento em seus quadros; a centralidade de discussões pontuais em detrimento de questões mais gerais e de interesse mais amplo nas reuniões dos conselhos; condições de funcionamento, infraestrutura e financiamento precários; falta de quórum nas reuniões; mau relacionamento com os gestores locais (secretários de saúde) e de outras instâncias (estadual e federal); e problemas na composição, representação e representatividade (LABRA, 2005).

A PNPS chama a sociedade civil à ação:

O exercício da cidadania, assim, **vai além dos modos institucionalizados de controle social**, implicando, por meio da criatividade e do espírito inovador, a criação de mecanismos de mobilização e participação como os vários movimentos e grupos sociais, organizando-se em rede (...)

A saúde, como produção social de determinação múltipla e complexa, exige a participação ativa de todos os sujeitos envolvidos em sua produção – usuários, movimentos sociais, trabalhadores da Saúde, gestores do setor sanitário e de outros setores – na análise e na formulação de ações que visem à melhoria na qualidade de vida (BRASIL, 2010, p. 11 e 12, grifo meu.).

Neste caso, é importante considerar, na análise do clamor à participação popular pela PNPS, o

dilema provocado (...) [pela] confluência perversa entre dois projetos políticos antagônicos: um, pelo qual lutou a sociedade civil, buscava a cidadania ampliada; o outro [neoliberal], opera com uma concepção minimalista de Estado, da política e da democracia (LABRA, 2005, p. 354).

Então, o questionamento resultante é o de como se dará esta participação, se será realmente efetiva, na diagnose dos problemas do setor, e formulação de políticas, ou substitutiva de ações do Estado. O fato de se menosprezar a participação institucionalizada nos Conselhos de Saúde não é promissor quanto às intenções deste “convite”.

Outra via de análise a respeito da questão da participação social se refere à ênfase que seria dada a questões locais, em detrimento de questões mais gerais. Ou ainda o que Gramsci chamara de “pequena política”, ou seja, a ação política que não questiona os fundamentos da ordem social. Desse modo, os ideólogos da Terceira Via transformam a sociedade civil, que, para Gramsci se constituía na “principal arena da luta de classes das sociedades ‘ocidentais’”, em uma instância que se situa para além do Estado e do mercado, ou seja, em um “‘terceiro setor’ que se caracterizaria pelo voluntariado, pela filantropia e, sobretudo, pela redução das demandas sociais ao nível corporativo dos interesses particulares” (COUTINHO, apud NEVES, 2005, p. 12).

Os objetivos específicos da PNPS são ambiciosos. Quando se propõe

ampliar a autonomia e corresponsabilidade de sujeitos e coletividades(...); promover o entendimento da concepção ampliada de saúde, entre os trabalhadores de saúde(...); contribuir para a elaboração e implementação de políticas públicas

integradas que visem à melhoria da qualidade de vida no planejamento de espaços urbanos e rurais(...) (BRASIL, 2010, p. 17 e 18).

supõe-se, certamente, a participação de diversos outros setores, além da mobilização de recursos orçamentários que passariam a ser direcionados para o setor saúde, em nome da melhoria geral da qualidade de vida.

Além disso, as suas estratégias de implementação incluem ações concernentes com o Movimento de Promoção da Saúde. Mas é no mínimo preocupante a ênfase dada – reiteradas vezes – em aspectos comportamentais, como alimentação saudável ou antitabagismo. E a preocupação do Estado com a saúde da população não é, necessariamente, indicativo de mudança paradigmática do cuidado em saúde, haja visto as ações estatais do século XVIII descritas por Foucault (1992) quando do nascimento da medicina social, com objetivos econômicos e de melhor governabilidade. Ou mesmo no Brasil do início do século XX, quando as ações de saúde pública tinham motivações econômicas, ligadas ao modelo agroexportador do país, que necessitava de mão-de-obra saudável, além de entradas e saídas do país livres de risco de doenças.

Gomes (2009) também atenta para a relação intrínseca entre a organização da medicina e o desenvolvimento do capitalismo, sobretudo os aspectos relacionados ao liberalismo e individualismo. Isto ocorre quando se atribui ao corpo propriedades mecanicistas, considerando a doença uma falha em um de seus componentes; e ao atribuir tais falhas a fatores individuais.

Apresentar um conceito de saúde ampliado, que inclui determinantes extrínsecos aos componentes biológicos não é suficiente, também, para qualificar uma política de promoção da saúde em uma política promotora de saúde. O Relatório Lalonde, há quase quarenta anos, já trazia a inovação do “campo da saúde”, com o componente ambiental. E, conforme já exposto anteriormente, esta inclusão não o fez menos comportamental, ou prescritivo. Dentro de uma lógica de reformulação de um sistema que estava gerando prejuízo, limitava-se a localizar o problema nos usuários do sistema de saúde, que seriam, em última instância, os verdadeiros responsáveis por melhorar seu estado de saúde através da mudança de hábitos.

Ao enfatizar excessivamente a prática de atividades físicas, as campanhas antitabagistas, e as mudanças na alimentação, dentro de um programa de educação em saúde, a PNPS pode estar incorrendo na mesma prática. Tais atividades estão, sem dúvida, dentro de um programa de promoção da saúde. Porém, se elas se derem de modo isolado, desarticulado, independente de mudanças mais profundas, não passarão de programas passageiros que, assim

como os programas assistencialistas privilegiados por Lula da Silva, podem ser retirados da agenda política assim que mudarem os interesses de quem estiver no poder, ou no momento em que as recomendações das agências internacionais se voltarem para outros objetivos, no sentido de assegurar o modelo capitalista de geração de lucro.

O comitê gestor da PNPS, composto por representantes da Secretaria Executiva do MS, do CONASS e do CONASEMS, definiu uma agenda nacional, com o objetivo de consolidar a PNPS (GOMES, 2009). Não está claro, no entanto, a finalidade desta agenda. Não deve ser uma agenda de ações ou estratégias na área da promoção da saúde, pois uma única agenda, nacional, com este objetivo, em um país com perfil epidemiológico tão heterogêneo, onde doenças típicas da modernidade convivem com parasitoses há muito erradicadas nos países capitalistas desenvolvidos, não faria sentido.

O mesmo comitê gestor lançou, em 2008, o Programa Mais Saúde, considerado, por Mauro Gomes (2009), o PAC (Programa de Aceleração do Crescimento) da área da saúde. O principal objetivo do programa seria o de ampliar a integralidade das iniciativas de promoção da saúde junto a estados e municípios. Até o momento, não há avaliações a respeito desta iniciativa, mas os indicadores a serem utilizados, pactuados por estados e municípios, dizem respeito a prevalência de sedentarismo, tabagismo, e prevenção de violência (GOMES, 2009). Ou seja, ações de caráter individual, segmentadas, e profiláticas, dariam conta de refletir a integralidade de iniciativas promotoras de saúde. Ou ainda, como afirma Mauro Gomes, várias ações apontadas como relacionadas com a promoção da saúde são, “na realidade, ações de prevenção de doenças” (GOMES, 2009, p. 71). E, por definição, o ato de se promover saúde aponta para um futuro saudável – com todos os aspectos que esta situação implica, ou seja, uma concepção relacionada à qualidade de vida – denotando uma visão positiva do processo. Ao se prevenir a doença estaria se optando por um enfoque negativo, retornando à velha definição de saúde, como o oposto simples de doença.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não há dúvidas de que a saúde seja uma importante dimensão da vida humana. Se é a mais importante, ou um meio para a plena realização dos aspectos mais importantes da vida, sobre isso, pode haver dissenso. Assim como não há consenso sobre o que significaria, exatamente, saúde. Por conseguinte, elaborar políticas de saúde não seria uma tarefa simples.

Ao longo do tempo, observamos uma variação nos modos de se conceituar saúde, e, também, de se lidar com a saúde dos indivíduos, e das populações. Tais mudanças acompanharam não somente o progresso da Ciência e Tecnologia, mas também as próprias transformações nos modos de produção da existência. Assim, a atenção à saúde passou por fases que incluíram o reordenamento das cidades; as normatizações em nome de uma saúde pública; a ênfase nas medidas profiláticas e na higiene; e o cuidado, ainda que com intenções economicistas, com a saúde dos trabalhadores.

Quando o Movimento de Promoção à Saúde surgiu, nas últimas décadas do século XX, foi em resposta à centralidade do papel dos hospitais, ou ainda, se contrapondo à medicalização como forma prioritária de cuidar da saúde da população. A importância da atenção básica haveria de ser resgatada, ainda que dentro de um contexto de fundo econômico: as atenções secundária e terciária, mais especializadas, exigiriam um aporte tecnológico muito caro, sem gerar resultados satisfatórios. No entanto, era, e ainda é fato de que o acesso à saúde é direito fundamental do ser humano; no entanto, muitos ainda não o possuem. Foi então destacado o papel dos determinantes e condicionantes sociais na saúde das pessoas: não só o equilíbrio biológico influenciaria a saúde, mas as condições gerais às quais estariam submetidos.

Então, a inclusão de determinantes e condicionantes da saúde externos ao âmbito hospitalocêntrico, apesar de não se configurar em novidade na área acadêmica, foi decisiva neste momento, e o fato de ter ocorrido em uma conferência mundial convocada pela OMS foi, de fato, bastante relevante. Certamente a Carta de Ottawa pode ser considerada um ponto de inflexão no que concerne ao cuidado em saúde, e às políticas de saúde por todo o mundo.

A partir, então, da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa, o Movimento de Promoção da Saúde avançou em suas discussões, e foram realizadas outras conferências, tanto mundiais quanto regionais, ao longo do mundo. Estes encontros, e as discussões geradas acompanharam as transformações políticas e econômicas que aconteciam no mundo. Então, pode se observar, no interior do próprio Movimento de Promoção da Saúde, uma conformação com os novos modelos de organização da sociedade. É

sintomática a participação crescente da iniciativa privada nas conferências mais recentes sobre Promoção da Saúde.

Paralelamente à realização das conferências sobre Promoção da Saúde, o mundo capitalista neoliberal também passou por reconfigurações, que culminaram no projeto do neoliberalismo de terceira via, e nas estratégias de fortalecimento deste sistema. Uma destas estratégias, e, talvez, a mais importante, é a pedagogia da hegemonia, por se tratar, justamente, de cooptar a participação daqueles que seriam os mais impactados, negativamente, pela má distribuição de riquezas gerada pelo sistema capitalista: os pobres, os trabalhadores, integrantes da sociedade civil.

Então, neste sentido histórico, de acompanhar as novas conformações sociais, políticas e econômicas por todo o mundo, os principais elementos da Promoção da Saúde também foram adquirindo novas interpretações. São exemplares os casos da participação social e da equidade, pressupostos estabelecidos em Ottawa, no ano de 1986, para alcançar a meta de Alma-Ata (1978), de saúde para todos.

A equidade foi reinterpretada, no sentido de focalizar as ações nos mais pobres, em uma estratégia pedagógica de formação do novo homem coletivo de Gramsci, sendo, inclusive, incentivada pelo BM:

a garantia de acesso à educação e aos cuidados de saúde aumenta a produtividade das pessoas de baixa renda, melhorando sua qualidade de vida e, potencialmente, o dinamismo da sociedade. O acesso a oportunidades reduz a possibilidade de as pessoas ingressarem na marginalidade (BANCO MUNDIAL, apud MELO, 2005, p. 78).

A participação social, em tempos de Terceira Via foi redefinida. Ela passou a ser crucial para o alcance do consenso em torno do projeto de sociabilidade burguesa. O povo, ao ter suas necessidades básicas atendidas – de modo provisório, por meio de políticas focalizadas e com a participação de setores da sociedade civil – passaria a apoiar um sistema que não atende de modo efetivo aos seus anseios, pois não coloca em questão a exploração de classe, fundamento do sistema capitalista.

Ao priorizar a “pequena política”, ao estimular a formação de grupos com interesses particulares, o projeto político da Terceira Via mantém estáveis as relações entre as classes, atingindo um consenso, preconizado pelos organismos internacionais para a sobrevivência do capitalismo. Para Wood (apud NEVES; SANT’ANNA, p. 36):

o capitalismo sobreviveria à eliminação de todas as opressões específicas, mas não sobreviveria, por definição, à erradicação da exploração de classe. As lutas concebidas em termos exclusivamente extra econômicos, portanto, não representam, em si mesmas, um perigo fatal para o capitalismo. Podem, inclusive, ser funcionais à estabilização da hegemonia burguesa. Politicamente, portanto, a organização desses

grupos acaba por, contraditoriamente, desviar a atenção de importantes segmentos da classe trabalhadora da reflexão sobre os mecanismos de expropriação e exploração a que são submetidos, ao mesmo tempo em que reforça o individualismo como valor moral radical, uma vez que reúne indivíduos para tratar de seus problemas específicos, desvinculados das questões sociais gerais.

No Brasil, a reformulação do cuidado em saúde também foi objeto de discussões, que se adensaram com o fim da ditadura militar, principalmente dentro do movimento de reforma sanitária, que ganhou força na década de 1980. Juntamente com a conquista de outros direitos, a saúde figurava como um item imprescindível à plena cidadania e inerente à liberdade, então celebrada.

Foi na década de 1990 que o neoliberalismo de terceira via se instaurou no Brasil, e, nas décadas seguintes, estas novas conformações do modo de produção capitalista, devidamente orientadas pelo BM, se consolidaram, curiosamente, no governo de um presidente que se assumia parte da classe trabalhadora. Causou espanto, e comoção, a opção de Lula da Silva pela continuidade da política neoliberal de seus antecessores, e sua inserção no neoliberalismo de terceira via. Esta, especificamente, se fez presente nos inúmeros programas de caráter assistencial implementados em seu governo (muitos deles iniciados na gestão anterior, de Fernando Henrique Cardoso), como o Bolsa Família.

Quando, ao final de seu primeiro mandato é lançada a PNPS, esta pode ser encarada como uma possibilidade de inserção do Brasil aos ideais da Promoção da Saúde, presentes em movimentos brasileiros, como o da medicina comunitária e a reforma sanitária. No entanto, como afirma Mauro Gomes em sua dissertação de mestrado (2009), quando avaliou este documento, a potência transformadora da PNPS não pode ser realizada de forma plena, devido, principalmente, à orientação neoliberal da sociedade brasileira.

Deste modo, o que poderia se tornar um marco transformador da política de saúde no Brasil se limitou, e se limita, a iniciativas segmentadas, dirigidas a público específico, que, sem dúvida, se contenta e se satisfaz com elas. Tais iniciativas, como as inúmeras campanhas antitabagistas, juntamente com as de incentivo à prática de esportes – duas das estratégias da PNPS – não vêm acompanhadas de mudanças estruturais, como, por exemplo, construção de ciclovias que permitam a utilização preferencial de bicicletas como meio de transporte.

Iniciativas focais podem ser meio para se alcançar objetivos universais, como afirma Cohn (2005). Então, poder-se-ia afirmar ser este o caso das inúmeras “bolsas” do governo Lula, e, mais tarde, absorvidas pelo governo Dilma. No entanto, não há garantias para este fato. As bolsas, assim como os programas e ações desintegradas da PNPS parecem representar nada mais do que estratégias da pedagogia da hegemonia. Suas apresentações contêm

discursos progressistas, e promissores, que cativam e conquistam aliados, mas que, no fundo, se prestam a garantir a continuidade de um projeto político excludente, e, portanto, injusto.

Atualmente, a discussão a respeito dos determinantes sociais da saúde ocorre na Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde, da OMS, fundada em 2005. Como se trata da mesma discussão iniciada pelo Movimento de Promoção da Saúde, um questionamento se faz presente: por que teria sido criado um outro lócus de discussão? Não há, todavia, estudos a respeito da aparente dissolução do Movimento de Promoção da Saúde original.

Neste trabalho, pretendi apontar indícios do que teria acontecido, a saber: a impregnação de uma ideologia neoliberal no interior do movimento, de modo que se diminuísse o papel do Estado como provedor das condições de saúde, aumentando, assim, o papel da sociedade, e da iniciativa privada. A saúde, aos poucos, também dentro deste movimento, foi se configurando em um bem, e não mais um direito. Ao mesmo tempo, as iniciativas referentes ao cuidado em saúde apareciam, dentro de uma proposta dita promotora, mas que não ocorria de modo integrado com reformas de caráter estrutural.

Em um sentido estritamente biológico, ninguém pode ser saudável para sempre. Os avanços da ciência possibilitam uma qualidade de vida muito maior do que há anos, porém o destino de todo o ser humano é a deterioração, programada geneticamente. Não há dúvida, todavia, de que a situação socioeconômica tem grande influência sobre o estado de saúde das pessoas e classes sociais. E aí se insere a Promoção da Saúde, incluindo os determinantes sociais, e enfatizando o papel do Estado, como formulador e executor de políticas sociais, de caráter efetivo e universal. Não bastam ações setORIZADAS. As iniquidades em saúde têm raiz muito mais profunda, relacionando-se com o modo de organização da sociedade, à má distribuição de renda, ao mau aproveitamento dos recursos naturais, e, principalmente, Não são aceitáveis políticas diferenciadas de acordo com o setor social: é necessária *uma política promotora de saúde*.

REFERÊNCIAS

ANDERSON, Perry. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, Emir & GENTILI, Pablo (orgs.) **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995. Disponível em <<http://pagupsol.org.br/textos/balanconeoliberalismoperryanderson.pdf>>. Acesso em 17/04/2012.

AROUCA, Sérgio. **O Dilema Preventivista: Contribuição para a Compreensão e Crítica da Medicina Preventiva**, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

ARRETICHE, Marta. Emergência e Desenvolvimento do Welfare State: Teorias Explicativas. **Boletim Informativo Bibliográfico**. Rio de Janeiro, n. 39, 1º semestre, 1995. Disponível em <http://xa.yimg.com/kq/groups/25228238/608444617/name/Arretche_1996_BIB.pdf>. Acesso em 11/05/2012.

BAHIA, Lúgia. *A Démarche do Privado e Público no Sistema de Atenção à Saúde no Brasil em Tempos de Democracia e Ajuste Fiscal, 1988-2008*, in MATTA, Gustavo Correa; LIMA, Júlio César França (orgs.). **Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde: Contradições e Desafios em 20 Anos de SUS**, Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2008.

_____. **Mudanças e Padrões das Relações Público-Privado: Seguros e Planos de Saúde no Brasil**, tese de doutorado. Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1999, disponível em <www.ans.gov.br>, acesso em 20/06/2012

BALDIJÃO, Márcia Furquim de Almeida. Sistemas de Informação em Saúde. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo: v. 6 n.4, out-dez 1992, disponível em <www.joinville.ifsc.edu.br> acesso em 18/06/2012.

BANCO MUNDIAL. **Relatório Sobre o Desenvolvimento Mundial 2000/2001: Luta Contra a Pobreza – Panorama Geral**, Washington DC, USA, 2001. Disponível em <www.siteresources.worldbank.org> acesso em 02/07/2012.

BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. O Direito à Saúde no Brasil: Sobre como chegamos ao SUS e o que esperamos dele. In: **Textos de Apoio em Políticas de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2005.

BATISTA, Paulo Nogueira. **O Consenso de Washington: A Visão Neoliberal dos Problemas Latinoamericanos**, disponível em <www.fau.usp.br> acesso em 03/07/2012.

BATISTELLA, Carlos. Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde. In: FONSECA, Angélica; CORBO, Anamaria (org). **O Território e o Processo Saúde-Doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007.

BOITO JÚNIOR, Armando. A Hegemonia Neoliberal no Governo Lula, **Revista Crítica Marxista**, n. 17, Rio de Janeiro, Editora Revan, 2003, disponível em <http://www.unicamp.br/cemarx/criticamarxista/sumario17.html>, acesso em 23/06/2011.

_____. A Burguesia no Governo Lula. In: BASUALDO, Eduardo MARCEO, Enrique. **Neoliberalismo e Sectores Dominantes: Tendencias Globales e Experiencias Nacionales**. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO), 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. SECRETARIA GERAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. **8ª Conferência Nacional de Saúde: Relatório Final**. Brasília, 1986. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em 25/07/2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Política Nacional de Promoção da Saúde**, Brasília: Ministério da Saúde, 3ª edição, 2010. Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PNPS2.pdf>>. Acesso em 19/01/2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. PROJETO PROMOÇÃO DA SAÚDE. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em <http://bvsmms_bases.saude.bvs.br/cgi-bin/wxis.exe/iah/ma/>. Acesso em 19/01/2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. LEI Nº 8080, 19 de setembro de 1990, disponível em <www.portal.saude.gov.br>, acesso em 19/06/2012..

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. LEI Nº 8142, 28 de dezembro de 1990, disponível em <www.planalto.gov.br>, acesso em 19/06/2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. Valores dos Benefícios. In: **Bolsa Família**. Disponível em <<http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/valores-dos-beneficios>>. Acesso em 03/07/2012.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. CASA CIVIL. SUBCHEFIA PARA ASSUNTOS JURÍDICOS. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em <www.planalto.gov.br>, acesso em 19/06/2012.

BUCK, Carol. Después de Lalonde: La Creación de la Salud. In: **Promoción de la Salud: una Antología**, OPAS, 1996.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 5, n. 001, p. 163-177, jan./mar. 2000.

_____. Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de (org). **Promoção da Saúde – conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 4ª reimpressão, 2008.

_____; RAMOS, Célia Leitão. Desenvolvimento Local e Agenda 21: Desafio da Cidadania, in: **Cadernos da Oficina Social 3**, Rio de Janeiro: fev. 2002, disponível em <www.coebrasil.org.br>, acesso em 06/07/2012.

CAMPOS, Gastão Wagner; BARROS, Regina Benevides de; CASTRO, Adriana Miranda de. Avaliação de Política Nacional de Promoção da Saúde. In: **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p 745-749, jul./set. 2004. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a20v09n3.pdf>>. Acesso em 19/06/2012.

CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION. Honorable Marc Lalonde. In: **The Canadian Medical Hall of Fame**. Disponível em <<http://www.cdnmedhall.org/honorable-marc-lalonde>>. Acesso em 08/08/2012.

CARVALHO, Sérgio Resende. **Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: Sujeito e Mudança**, São Paulo: Editora Hucitec, 2007.

CARVALHO, Pedro. **A Ilusão Reformista, a Resposta Keynesiana e o Papel da Social Democracia**. CECAC, 2008. Disponível em: <http://www.cecac.org.br/MATERIAS/ilusaoreformista_pedrocarvalho.htm>. Acesso em 17/04/2012.

CASTIEL, Luis David; VASCONCELLOS-SILVA, Paulo Roberto. **Precariedades do Excesso: informação e comunicação em saúde coletiva**, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

COHN, Amélia. O SUS e o Direito à Saúde: Universalização e Focalização nas Políticas de Saúde in: LIMA, Nísia Trindade *et al.* **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005

CORDEIRO, Hésio. **As Empresas Médicas: As Transformações Capitalistas da Prática Médica**. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1984.

COUTINHO, Carlos Néilson. Prefácio. In: NEVES, Lúcia Maria Wanderley (org). **A Nova Pedagogia da Hegemonia: Estratégias do capital para educar o consenso**, São Paulo: Editora Xamã, 2005.

CUNHA, Luiz Antônio. O Ensino Superior no octênio FHC, in: **Educação & sociedade**, Campinas, v. 24, n. 82, p. 37-61, abr. 2006, disponível em <www.cedes.unicamp.br> acesso em 20/06/2012.

CZERESNIA, Dina. O Conceito de Saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de (org). **Promoção da Saúde – conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 4ª reimpressão, 2008.

DONNANGELO, Maria Cecília F.; PEREIRA, Luiz. **Saúde e Sociedade**, São Paulo: Editora Duas Cidades, 1976.

EPP, Jake. Lograr la Salud para Todos: um Marco para la Promoción de la Salud, In: **Promoción de la Salud: una Antología**, OPAS, 1996.

SCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; EDLER, Flávio Coelho. As Origens da Reforma Sanitária e do SUS, in: LIMA, Nísia Trindade *et al.* **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005

FALLEIROS, Ialê; PRONKO, Marcela Alejandra; OLIVEIRA, Maria Teresa Cavalcanti de. Fundamentos Históricos da Formação/Atuação dos Intelectuais da Nova Pedagogia da Hegemonia, in: NEVES, Lúcia Maria Wanderley (org.) **Direita para o Social e Esquerda para o Capital: Intelectuais da Nova Pedagogia da Hegemonia no Brasil**, São Paulo: Editora Xamã, 2010.

FERREIRA, José Roberto. Prefácio, in: RABELLO, Lucíola Santos. **Promoção da Saúde: a Construção Social de um Conceito em Perspectiva Comparada**. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2010.

_____; BUSS, Paulo Marchiori. Atenção Primária e Promoção da Saúde, in: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. PROJETO PROMOÇÃO DA SAÚDE. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em <http://bvsmms_bases.saude.bvs.br/cgi.bin/wxis.exe/iah/ms/>. Acesso em 19/01/2011.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**, Rio de Janeiro: Editora Graal, 10ª edição, 1992.

FREITAS, Rosana de C. Martinelli. O Governo Lula e a Proteção Social no Brasil: Desafios e Perspectivas, in: **Revista Katálysis**, Santa Catarina, v. 10, n. 1, jan/jun 2007, disponível em <www.scielo.br> acesso em 02/07/2012.

GOMES, Mauro de Lima. **Política Nacional de Promoção da Saúde: Potência de Transformação ou Política Secundária?** Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós Graduação em Políticas Públicas e Formação Humana, 2009

HARVEY, David. **O Neoliberalismo – História e Implicações**, São Paulo: Edições Loyola, 2005

HOBSBAWN, Eric. **Era dos Extremos – O Breve Século XX: 1914-1991**, São Paulo: Companhia das Letras, 2ª edição, 41ª reimpressão, 2010.

IVO, Anete Brito Leal. Governabilidade e Governança na América Latina: Teses e Paradoxos. **VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública**, Lisboa, Portugal, 2002, disponível em <<http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/CLAD/clad0043405.pdf>> acesso em 13/08/2012.

KICKBUSCH, Ilona. Promoción de la Salud: Uma Perspectiva Mundial, In: **Promoción de la Salud: una Antología**, OPAS, 1996.

KINZO, Maria D'Alva G. A Democratização Brasileira: Um Balanço do Processo Político desde a Transição. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo: v. 15, n. 4, out-dez 2001, disponível em <www.scielo.br> acesso em 19/06/2012.

KONDER, Leandro. **O que é dialética?** São Paulo: Editora Brasiliense, 1994.

LABRA, Maria Eliana. Conselhos de Saúde: Dilemas, Avanços e Desafios, in: LIMA, Nísia Trindade *et al.* **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005

LAILER, Christiane. A “crise da dívida” e o Estado na América Latina. In: **Usos do Passado: XII Encontro Regional de História**, ANPUH, Rio de Janeiro, UERJ, FFP, 2006, disponível em <http://rj.anpuh.org/resources/rj/Anais/2006/conferencias/Christiane%20Laidler.pdf>, acesso em 13/08/2012.

LALONDE, Marc. El Concepto de “Campo de La Salud”: Una Perspectiva Canadiense, In: **Promoción de la Salud: una Antología**, OPAS, 1996.

LIMA, Júlio César França. **Política de saúde e Formação Profissional dos Trabalhadores Técnicos de Enfermagem**. Tese de doutorado. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2010.

LIMA, Júlio César França; BRAGA, Ialê Faleiros (org). **Memória da Educação Profissional em Saúde no Brasil - Anos 1980-1990: Relatório Final**, Rio de Janeiro, EPSJV, 2006.

LIMA, Kátia Regina de Souza; MARTINS, André Silva. Pressupostos, Princípios e Estratégias. In: NEVES, Lúcia Maria Wanderley (org.). **A Nova Pedagogia da Hegemonia: Estratégias do Capital para Educar o Consenso**. São Paulo: Editora Xamã, 2005.

MARQUES, Rosa Maria, MENDES, Áquilas. Servindo a Dois Senhores: as políticas Sociais do Governo Lula. **Revista Katálysis**, Santa Catarina, v. 10, n. 1, jan/jun 2007, disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802007000100003&lng=en&nrm=iso > acesso em 20/07/2011.

_____. O Social no Governo Lula: A Construção de um Novo Populismo em Tempos de Aplicação de uma Agenda Neoliberal, in Santa Catarina: **Revista de Economia Política**, v. 26, n. 1 (101), jan/mar 2006, disponível em <www.scielo.br> acesso em 02/07/2012.

MARTINS, André Silva. **A Direita para o Social**, Juiz de Fora: UFJF, 2009.

_____; NEVES, Lúcia Maria Wanderley. A Nova Pedagogia da Hegemonia e a Formação/Atuação de seus Intelectuais Orgânicos, in: NEVES, Lúcia Maria Wanderley (org.) **Direita para o Social e Esquerda para o Capital: Intelectuais da Nova Pedagogia da Hegemonia no Brasil**, São Paulo: Editora Xamã, 2010.

_____; OLIVEIRA, Daniella Motta de; NEVES, Lúcia Maria Wanderley; MELO, Marcelo Paula de; Santos, Marco Antônio Carvalho. Fundamentos Teóricos da Formação/Atuação dos Intelectuais da Nova Pedagogia da Hegemonia, in: NEVES, Lúcia Maria Wanderley (org.) **Direita para o Social e Esquerda para o Capital: Intelectuais da Nova Pedagogia da Hegemonia no Brasil**, São Paulo: Editora Xamã, 2010.

MARTINS, Carlos Eduardo. O Brasil e a Dimensão Econômico Social do Governo Lula: Resultados e Perspectivas, in: **Revista Katálysis**, Santa Catarina, v. 10, n. 1, jan/jun 2007, disponível em <www.scielo.br> acesso em 02/07/2012.

MATTA, Gustavo Corrêa. **A Medida Política da Vida: A Invenção do WHOQOL e a Construção de Políticas de Saúde Globais**, tese de doutorado, Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2005.

MATTA, Gustavo Corrêa; MORENO, Arlinda B. Saúde Global: uma abordagem crítica a partir da obra de Boaventura de Sousa Santos. In: NUNES, João Arriscado; BARROS, Maria Helena. (Org.) **Produção do Conhecimento e Agir Político**. 1 ed. Portugal: Editora Almedina, 2011

MELO, Adriana Sales de. Os Organismos Internacionais na Condução de um Novo Bloco Histórico. In: NEVES, Lúcia Maria Wanderley. **A Nova Pedagogia da Hegemonia: Estratégias do Capital para Educar o Consenso**, São Paulo: Editora Xamã, 2005

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: A Cartografia do Trabalho Vivo**, São Paulo: Editora Hucitec, 2005.

NEVES, Lúcia Maria Wanderley (org.) **Direita para o Social e Esquerda para o Capital: Intelectuais da Nova Pedagogia da Hegemonia no Brasil**, São Paulo: Editora Xamã, 2010.

_____. **A Nova Pedagogia da Hegemonia – Estratégias do Capital para Educar o Consenso**, São Paulo: Editora Xamã, 2005.

_____; SANT'ANNA, Ronaldo. Introdução: Gramsci, o Estado Educador e a Nova Pedagogia da Hegemonia, In: NEVES, Lúcia Maria Wanderley. **A Nova Pedagogia da Hegemonia: Estratégias do Capital para Educar o Consenso**, São Paulo: Editora Xamã, 2005

NOGUEIRA, Roberto Passos. Da Medicina Preventiva à Medicina Promotora, in: AROUCA, Sérgio. **O Dilema Preventivista: Contribuição para a Compreensão e Crítica da Medicina Preventiva**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

NOVAES, Washington. Eco 92: Avanços e Interrogações. **Estudos Avançados**, v. 06, n. 15, p. 79-93, 1992. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/ea/v6n15/v6n15a05.pdf>>. Acesso em 17/04/2012.

NUNES, Everardo Duarte. Henry Ernest Sigerist – Pioneiro da História Social da Medicina e da Sociologia Médica. In: **Educación Médica y Salud**, v. 26, n. 1, p. 70-81, jan./mar. 1992. Disponível em: < <http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/10435.pdf>>. Acesso em 08/08/2012.

OPAS. **Declaração de Alma Ata**, 1978. Disponível em <www.opas.org.br>, acesso em 17/04/2012.

OPAS. **Carta de Ottawa**, 1986. Disponível em <www.opas.org.br>, acesso em 17/04/2012.

OPAS. **Declaração de Adelaide**, 1988. Disponível em < www.opas.org.br>, acesso em 17/04/2012.

OPAS. **Declaração de Sundsvall**, 1991. Disponível em <www.opas.org.br>, acesso em 17/04/2012.

OPAS. **Declaração de Jacarta**, 1997. Disponível em <www.opas.org.br>, acesso em 17/04/2012.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; DAL ROS, Marco Aurélio. O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal, in: **Revista Brasileira de Educação Médica**, Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina, v. 32, n. 4, 2008.

PAHO. **A Carta de Bangkok para a Promoção da Saúde em um Mundo Globalizado**, 2005. Disponível em <<http://www.bvsde.paho.org/bvsdeps/fulltext/cartabangkokpor.pdf>>. Acesso em 21 de maio de 2012.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PAIM, Jairnilson. Do “Dilema Preventivista” à Saúde Coletiva. In: AROUCA, Sérgio. **O Dilema Preventivista: Contribuição para a Compreensão e Crítica da Medicina Preventiva**, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

PASCHE, Dário Frederico; RIGHI, Liane Beatriz; THOMÉ, Henrique Inácio; STOLTZ, Eveline Dischkaln. Paradoxos das Políticas de Descentralização de Saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**. Washington: v. 20 n. 6 dez. 2006, disponível em <www.scielosp.org>, acesso em 19/06/2012.

PAULANI, Leda Maria. Brasil delivery: a política econômica do governo Lula. **Revista de Economia Política**. Santa Catarina, v. 23, n. 4 (92), out-dez/2003, disponível em <<http://www.rep.org.br/pesquisar3.asp?id=967>> acesso em 20/07/2011.

PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. A Economia e a Política do Plano Real, in: **Revista de Economia Política**, São Paulo, v. 14, n. 4(56), out-dez. 1994, disponível em <www.rep.org.br>, acesso em 20/06/2012.

PIRES, Denise. Reestruturação Produtiva e Consequências para o Trabalho em Saúde, **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília: v.53, n.2, p.251-263, abr/jun.2000.

RABELLO, Lucíola Santos. **Promoção da Saúde: a Construção Social de um Conceito em Perspectiva Comparada**. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2010.

RAMOS, Marise. **Trabalho, Educação e Correntes Pedagógicas no Brasil: Um Estudo a partir da Formação dos Trabalhadores Técnicos em Saúde**, Rio de Janeiro: EPSJV, UFRJ, 2010.

REIS, José Roberto Franco. Política Social e *Welfare State*: Algumas Breves Considerações, in: REIS, José Roberto Franco; GOMES, Cláudio Ribeiro (org.). **Temas do Ensino Médio: Política, Ciência e Cultura**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2010. Disponível em <<http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&Tipo=8&Num=137>>. Acesso em 11/05/2012.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. **O Banco Mundial e as Políticas de Saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS**, tese de doutorado, São Paulo: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, 2000.

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. O Conceito de Saúde. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v.31, n. 5, p. 538-542, out/1997. Disponível em

<<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v31n3/2334.pdf>>. Acesso em 19/06/2012.

SÍCOLI, Juliana Lordello; NASCIMENTO, Paulo Roberto do. Promoção da Saúde: Concepções, Princípios, Operacionalização. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. São Paulo: v.7, n.12, p.91-112, 2003. Disponível em

<<http://www.scielo.br/pdf/icse/v7n12/v7n12a07.pdf>>. Acesso em 19/06/2012.

SILVA, Guilherme Rodrigues. Prefácio. In: AROUCA, Sérgio. **O Dilema Preventivista: Contribuição para a Compreensão e Crítica da Medicina Preventiva**, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

SPOSATI, Aldaíza; LOBO, Elza. Controle Social e Políticas de Saúde, in: **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: v. 8, n. 4, out/dez 1992.

TAMBELLINI, Anamaria Testa. Questões Introdutórias: Razões, Significados e Afetos – Expressões do “Dilema Preventivista”, Então e Agora. In: AROUCA, Sérgio. **O Dilema Preventivista: Contribuição para a Compreensão e Crítica da Medicina Preventiva**, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

TORRES, Raquel. Bolsa Família, in **Revista Poli: Saúde, Educação e Trabalho**. Rio de Janeiro: ano 11, n. 7, set/out.2009.

UGÁ, Vivian Domínguez. A Categoria Pobreza nas Formulações de Política Social do Banco Mundial, in: **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba: n. 23, nov. 2004.

VELOSO, Fernando A.; VILLELA, André; GIAMBIAGI, Fábio. Determinantes do “milagre” econômico brasileiro (1968-1973): uma análise empírica. **Revista Brasileira de Economia**. Rio de Janeiro, v. 62, n. 2, abr./jun. 2008. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71402008000200006&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em 08/08/2011.

WHO. Primary Health Care. In: **Health Topics**. Disponível em

<http://www.who.int/topics/primary_health_care/en/>. Acesso em 16/04/2012.

WHO. What is the WHO definition of health? In: frequently asked questions. Disponível em <<http://www.who.int/suggestions/faq/en/index.html>>. Acesso em 03/09/2009.