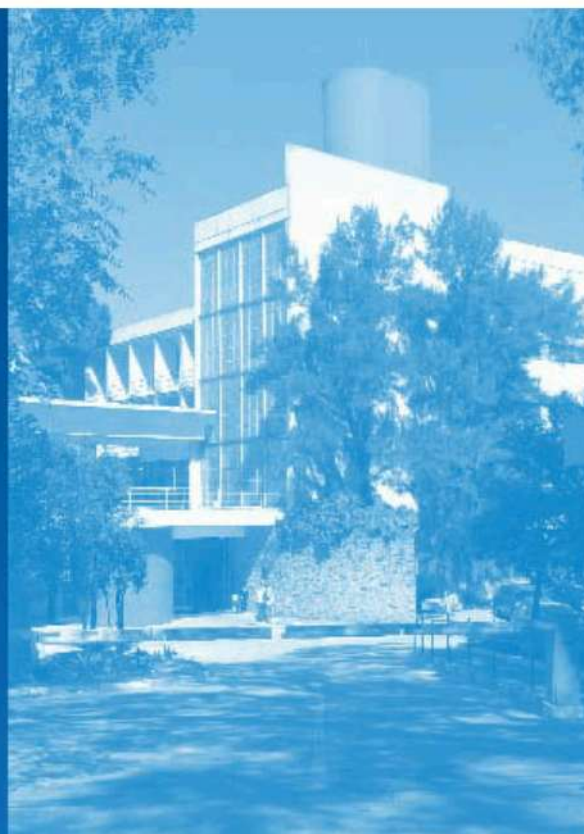




Atenção primária, promoção da saúde e o Sistema Único de Saúde: um diálogo necessário

Iara Cristina Pereira
Maria Amélia de Campos Oliveira



Universidade de São Paulo
Escola de Enfermagem

ATENÇÃO PRIMÁRIA, PROMOÇÃO DA SAÚDE E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: *um diálogo necessário*

IARA CRISTINA PEREIRA

MARIA AMÉLIA DE CAMPOS OLIVEIRA



Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e a autoria.

Diagramação

Evellyn Simon Lima Basilio | evellyn@usp.br

Capa

Cristiane Andrade | Setor de Comunicação e Publicação da EEUSP

Catálogo na Publicação (CIP)

Biblioteca "Wanda de Aguiar Horta"

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

P436a

Pereira, Iara Cristina

Atenção primária, promoção da saúde e o Sistema Único de Saúde: um diálogo necessário / Iara Cristina Pereira, Maria Amélia de Campos Oliveira. -- São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2014.
109 p.

ISBN 978-85-89734-13-4

1. Sistema Unificado de Saúde. 2. Política de Saúde.
I. Pereira, Iara Cristina. II. Oliveira, Maria Amélia de Campos.
III. Título.

CDD – 614.0981

PREFÁCIO

Um dos maiores desafios do campo da Saúde na atualidade é avançar dos aspectos teóricos para a aplicação concreta da visão ampliada sobre os determinantes do processo saúde-doença na construção de práticas de cuidado integrais, de alcance universal e com a participação de vários setores da sociedade.

O campo da Promoção da Saúde pode contribuir para aprofundar a compreensão sobre a complexidade de preservar os potenciais de saúde de indivíduos e grupos sociais, superando a perspectiva puramente preventiva e curativa. Para tanto, é fundamental o maior conhecimento de seus conceitos, dilemas, limitações e potenciais, aspectos enfocados na presente obra.

O livro apresenta inicialmente um resgate histórico das concepções sobre saúde-doença e suas implicações para o delineamento das políticas e práticas em saúde. Tal resgate é respaldado por uma criteriosa revisão da literatura e permite ao leitor identificar as contribuições das diferentes concepções e seus contextos histórico, cultural e epistemológico. Contribui para ampliar a compreensão acerca do debate nas diferentes proposições que caracterizam os desafios atuais, relativos sobretudo à emergência da promoção da saúde no Sistema Único de Saúde (SUS).

O capítulo dedicado à Promoção da Saúde (PS) também prima pelo minucioso resgate histórico que fundamenta as diferenças das proposições e das práticas. Contribui para uma compreensão aprofundada dos conceitos atuais e operacionais constitutivos do campo da Promoção, desde 1986 até os dias atuais, tanto no cenário brasileiro quanto internacional. As autoras apresentam os fundamentos do campo da PS nos aspectos conceituais e operacionais, destacando as limitações e as contribuições nacionais.

O terceiro capítulo retoma o histórico das Políticas de Saúde no Brasil desde a condição de colônia, enfatizando a dicotomia entre as ações coletivas e assistenciais e culminando na proposição do SUS. As autoras destacam a emergência da Atenção Primária à Saúde com a criação do SUS, sobretudo com a proposição da Estratégia Saúde da Família, e as contribuições dos conceitos e práticas da PS para o fortalecimento de um modelo assistencial centrado nas necessidades de grupos específicos.

Apesar da densidade e profundidade dos temas abordados, a leitura é agradável e cativante, e a obra constitui uma excelente fonte de pesquisa e estudo para graduandos, pós-graduandos e profissionais de diferentes áreas de atuação.

Anna Maria Chiesa

Professora Associada

Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva

Escola de Enfermagem da USP

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	9
CAPÍTULO 1	17
A CONSTITUIÇÃO HISTÓRICA DAS CONCEPÇÕES SOBRE A SAÚDE E A DOENÇA	
CAPÍTULO 2	43
A PROMOÇÃO DA SAÚDE: UMA NOVA FORMULAÇÃO SOBRE O PENSAR E O FAZER SANITÁRIOS	
CAPÍTULO 3	71
POLÍTICAS DE SAÚDE: DO DESCOBRIMENTO DO BRASIL À PROPOSTA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE	
À GUIA DE CONCLUSÃO	105

APRESENTAÇÃO

O século XX foi marcado por discussões sobre a saúde e pelo desenvolvimento de diversas experiências que buscaram formas de enfrentamento das desigualdades e das injustiças sociais que atingem grandes e crescentes parcelas da população em todo o mundo.

As iniquidades observadas no campo da saúde em vários países, aliadas aos crescentes custos da atenção à saúde, levaram a Organização Mundial da Saúde (OMS) a fomentar o debate em torno de alternativas viáveis para a extensão dos cuidados à saúde a todos os que não possuíam alguma forma de assistência.

As discussões serviram de base para a realização da I Conferência Internacional sobre cuidados primários de Saúde, realizada em 1978 em Alma-Ata, no Cazaquistão, antiga União Soviética, na qual foi proposto o maior nível de saúde até o ano 2000, por meio da Atenção Primária à Saúde (APS). Essa política internacional ficou conhecida como “Saúde para Todos no Ano 2000” (OPAS/OMS, 2012).

O pacto assinado entre os países participantes - entre os quais o Brasil, foi chamado de Declaração de Alma-Ata. O documento definiu a saúde como um direito do cidadão e responsabilizou os setores da economia pela adoção de políticas capazes de gerar saúde. Naquele momento, foi lançada a ideia de que a saúde depende da elaboração de políticas públicas, que vão desde o comprometimento com o planejamento até a equidade social, passando pelo fortalecimento da sociedade, por meio do acesso à educação, informação e direito à participação social para o fortalecimento das ações de saúde ser implantadas.

Dentro da perspectiva de formulação e desenvolvimento de políticas públicas de saúde, com ênfase na valorização dos cuidados primários, a Declaração de Alma-Ata deu novo direcionamento às políticas de saúde

10 | Apresentação

ao elevar a APS à condição de principal estratégia de promoção e assistência à saúde.

A APS tornou-se referência para as reformas sanitárias ocorridas em diversos países nos anos 80 e 90. O Brasil também vivenciou as repercussões das mudanças que ocorriam no âmbito internacional.

Na década de 70, o modelo de atenção em saúde centrado na cura de doenças, na atenção hospitalar e nas especialidades médicas (modelo flexneriano), com uso intenso de tecnologia, passou a ser questionado em relação a sua eficiência e capacidade de dar respostas efetivas aos problemas de saúde dos indivíduos (Silva Júnior, Alves, 2007).

Em 1976, foi fundado o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) que marcou o início da mobilização social que se convencionou chamar Movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Nascido nos Departamentos de Medicina Preventiva e no Curso de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), rapidamente se expandiu entre os profissionais de saúde, tendo como principal meio de difusão a revista do CEBES, *Saúde em Debate* (Falleiros et al., 2010).

Para os idealizadores do Movimento, era necessário fazer avançar a consciência sanitária acerca dos problemas de saúde e suas causas, além de redefinir o modelo assistencial. Nesse contexto político sanitário, a saúde, antes concebida como simples ausência de doença, passou a ser vista como resultado das condições de vida e direito de todos os cidadãos.

O protagonismo do Movimento Sanitário brasileiro ocorreu durante o processo de redemocratização do país, culminando na 8ª Conferência Nacional de Saúde e na proposta da integração das ações de saúde.

A implantação do SUS, estabelecido pela Constituição Brasileira de 1988 (Brasil, 1988) e regulamentado pelas Leis nº 8080 e 8142 (Brasil 1990a, b), é, portanto, uma das principais conquistas da sociedade brasileira em termos de políticas públicas inclusivas, cujo foco é o direito à saúde.

Em contraponto à visão da saúde como direito, persiste o conceito de saúde como mercadoria, concepção presente em todas as sociedades capitalistas com formas e forças diferenciadas. No Brasil, essa realidade tem defensores de um SUS público, universal e participativo, e grupos identificados com interesses privados e corporativos.

Podem ser identificados três grandes projetos políticos em disputa na sociedade: o autoritário, o neoliberal e o democrático-participativo. O primeiro desconsidera a participação social nas ações políticas, excluindo a cidadania e suprimindo os direitos; o segundo tem amplo interesse no ajuste econômico e expansão do mercado, ainda que por meio da exclusão da participação social nas decisões e no controle social; e o terceiro propõe a sociedade ampla atuação política e democrática (Dagnino, Olvera, Panfichi, 2006).

As transformações ocorridas no país a partir da implantação do SUS suscitaram a busca por uma estratégia prática de reorganização da APS, cujos resultados representassem impactos no quadro sanitário. Assim, em 1994, o Ministério da Saúde propôs e criou o Programa Saúde da Família (PSF), atualmente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF é considerada o eixo articulador do sistema de saúde em seu conjunto, e a porta de entrada do atendimento. Propõe a atenção à saúde orientada pelo princípio da vigilância em saúde, combinando ações de promoção, prevenção e cura, desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar com responsabilização sanitária sobre um território definido.

A equipe multidisciplinar é composta, no mínimo, por um médico generalista ou médico da família, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). A versão ampliada da equipe de saúde da família inclui os profissionais da área de saúde bucal. Os municípios brasileiros podem implementar variações na composição das equipes, diversificando-as conforme suas necessidades, desde que empreendidas com recursos próprios desse nível de governo (Morosini, 2010).

12 | Apresentação

Como estratégia de reorientação do modelo assistencial, a ESF propõe mudanças no objeto de atenção e na forma de organização dos serviços e das ações de saúde, pois o foco de atenção passa a ser o indivíduo, a família e seu ambiente físico e social. À equipe de saúde cabe realizar um amplo diagnóstico da situação de saúde da população sob sua responsabilidade, essencial para o planejamento das formas de enfrentamento dos problemas priorizados, processo no qual a participação popular deve ser garantida e incentivada.

Mais que uma nova estrutura, trata-se de uma mudança nos processos de trabalho e no relacionamento entre profissionais e usuários. Para sua efetivação faz-se necessário o comprometimento dos trabalhadores com a reestruturação do trabalho em saúde, de modo que sejam desenvolvidas práticas que visem ao atendimento das necessidades de saúde da população com a presença de atos de fala, escuta, vínculo e negociação.

Além de uma prática caracterizada pela alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e mudanças de atitude, é necessária a atuação integrada dos diversos setores da gestão pública municipal.

Transcorridas duas décadas do processo de institucionalização do SUS, constata-se que os aspectos de implantação e implementação evoluíram muito, especialmente em relação à descentralização e à municipalização das ações e dos serviços de saúde (Fleury, 2010).

Por outro lado, embora o processo de implementação do SUS tenha experiências positivas em relação à descentralização político-administrativa da rede de serviços e ampliação de cobertura da assistência à saúde, ainda existem inúmeras dificuldades na operacionalização da equidade e da integralidade devido à prática de um modelo assistencial voltado principalmente para o tratamento das doenças (Fausto, Matta, 2007).

No cenário sanitário brasileiro, um dos grandes desafios é transformar o modelo de saúde baseado na cura das doenças em um modelo que tenha como foco de atenção ações que objetivem a mudança dos determinantes sociais do processo saúde-doença. Somente assim será possível garantir o direito à saúde e um atendimento que responda às necessidades da população.

O atendimento às necessidades de saúde da população de um dado território é responsabilidade de todos os profissionais que compõe a ESF. As equipes devem identificar as características sociais e epidemiológicas do território, os problemas de saúde e as vulnerabilidades das famílias.

Este livro foi organizado com a finalidade de apoiar a reflexão sobre as práticas de saúde no SUS. O capítulo 1 revisita a historicidade dos conceitos de causalidade do adoecimento, apresentando as teorias explicativas sobre os fenômenos de saúde e doença, até a contribuição da teoria da determinação social do processo saúde-doença para a Saúde Coletiva.

O capítulo 2 apresenta o contexto histórico em que é formulado o ideário da promoção da saúde e sua operacionalização em diversos sistemas de saúde. O capítulo 3 enfoca as políticas e o sistema de saúde, considerando a evolução político-social e econômica da sociedade brasileira.

Finalmente, na conclusão, são feitas algumas considerações com relação à Estratégia Saúde da Família, proposta de reorganização do modelo assistencial brasileiro para a implementação da atenção primária em saúde (APS).

Espera-se com isso contribuir para o trabalho em APS, proporcionando aos trabalhadores da área referenciais teóricos que fundamentem a redefinição de suas práticas.

REFERÊNCIAS

Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [Internet]. Brasília: Senado Federal; 1988 [citado 2012 nov. 12]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.

Brasil. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 jul. 1990. Seção 1, p.18055.

Brasil. Lei n. 8142, de 28 de dezembro de 1990b. 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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990. Seção 1, p. 25694.

Dagnino E, Olvera AJ, Panfichi A. Para uma outra leitura da disputa pela construção democrática na América Latina. In: Dagnino E, Olvera AJ, Panfichi A, organizadores. A disputa pela construção democrática na América Latina. São Paulo: Paz e Terra; 2006. p. 13-26.

Falleiros I, Lima JCF, Matta GC, Pontes ALM, Lopes MCR, Morosini MVC, et al. A Constituinte e o Sistema Único de Saúde. In: Fidélis C, Falleiros I, organizadores. Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC/EPSJV; 2010. p. 239-76.

Fausto MCR, Matta GC. Atenção Primária a Saúde: histórico e perspectivas. In: Morosini MVGC, Corbo ADA, organizadoras. Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV; 2007. p. 43-64.

Fleury S. Reforma do Estado, Seguridade Social e Saúde no Brasil. In: Matta GC, Lima JCF, organizadores. Debates e síntese do Seminário Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV; 2010. p. 23-30.

Morosini MV. Educação e trabalho em disputa no SUS: a política de formação dos Agentes Comunitários de Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV; 2010.

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS); Organização Mundial da Saúde (OMS). Declaração de Alma Ata. In: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, 1978; Alma Ata, URSS [Internet]. [citado 2012 nov. 2012]. Disponível em: <http://www.opas.org.br>

Silva Júnior AG, Alves CA. Modelos assistenciais em saúde: desafios e perspectivas. In: Morosini MVGC, Corbo ADA. Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. p. 27-41.

CAPÍTULO 1

A CONSTITUIÇÃO HISTÓRICA DAS CONCEPÇÕES SOBRE A SAÚDE E A DOENÇA

O conceito de saúde varia segundo a sociedade na qual é produzido. Isso significa que não há um conceito universal de saúde e sim conceitos histórica e socialmente determinados, relacionados às formas de pensar o mundo. Refletem, portanto a conjuntura social, econômica, política e cultural de cada época e lugar.

Na Antiguidade, até a civilização grega, o processo saúde-doença era atribuído à punição ou à recompensa de entidades sobrenaturais. Predominavam explicações e intervenções sobre a doença de caráter mágico-religioso, responsáveis pela manutenção da coesão social e pelo desenvolvimento inicial da prática médica.

[...] o papel da cura estava entregue a indivíduos iniciados: os sacerdotes incas; os xamãs e pajés entre os índios brasileiros; as benzedeiras e os curandeiros na África. Considerados líderes espirituais com funções e poderes de natureza ritualística, mágica e religiosa, mantinham contato com o universo sobrenatural e com as forças da natureza. Encarregados de realizar a cura, erradicando o mal e reintegrando o doente a partir de diferentes recursos extáticos de convocação, captura e afastamento dos espíritos malignos, os curandeiros valem-se de cânticos, danças, instrumentos musicais, infusões, emplastros, plantas psicoativas, jejum, restrições dietéticas, reclusão, tabaco, calor, defumação, massagens, fricção, escarificações, extração da doença pela provocação do vômito, entre outros recursos terapêuticos (Batistella, 2007, p.29).

Paralelamente à concepção mágico-religiosa, a observação empírica da natureza forneceu os elementos centrais para a organização de um novo modo de conceber o adoecimento humano. Hipócrates, médico grego

que viveu 460 anos antes de Cristo, formulou a primeira interpretação do fenômeno da saúde da doença, substituindo a causalidade divina pela física.

A medicina hipocrática, praticada na Grécia antiga nos cinco séculos que antecederam o início da era cristã, era baseada essencialmente na observação do processo de adoecimento.

Na concepção de Hipócrates, era necessário estudar o ser humano em seu estado normal, na relação com o meio em que vivia, e investigar as causas que perturbavam o equilíbrio entre ambos.

Para explicar os estados de enfermidade e saúde, Hipócrates postulou a existência de quatro fluidos (humores) no corpo: a bile amarela, a bile negra, a fleuma e o sangue. A doença era resultado do excesso ou da falta de um desses elementos primordiais e suas relações com o meio natural (periodicidade das chuvas, ventos, calor ou frio) e social (trabalho, moradia, posição social).

Um traço característico da compreensão hipocrática do fenômeno saúde-doença era, portanto, a saúde como homeostase, isto é, como resultado do equilíbrio entre o ser humano e seu meio. O ser humano era visto como unidade organizada (perspectiva de totalidade) e a doença como desorganização desse estado. O ambiente, a sazonalidade, o trabalho e a posição social contribuíam para o aparecimento da doença. Para a cultura grega clássica não havia doença, mas sim doentes (Mendes, Lewgoy, Siveira 2008; Volich, 2000).

A teoria hipocrática tinha como premissa fundamental a crença inabalável no poder curativo da natureza. Cabia ao médico apenas ajudá-la, ou seja, assistir à manifestação dessa poderosa força de restabelecimento do equilíbrio, interferindo o menos possível nesse processo. A condição de equilíbrio do corpo humano era obtida por meio de um modo de vida ideal, que incluía nutrição, excreção, exercício e repouso adequados (Rosen, 1994).

Na Idade Média, a conjuntura política, social e econômica da sociedade feudal foi marcada por inúmeras guerras, queda do Império Romano, pelo poder militar sobre o povo, grande carga de impostos sobre os colonos, pela força de trabalho dominada pelo feudalismo e pelas pestilências; por isso é considerada como a Era das Trevas (Tonini, 2006).

Na Idade Média a ciência encontrava-se sob forte influência da Igreja Católica que, aliada à nobreza, detinha a autoridade, o poder moral e financeiro. A medicina ocidental experimentou um relativo retrocesso, pois, ainda que mantidos os princípios hipocráticos, o Cristianismo levou ao progressivo abandono da prática clínica em favor de uma maior preocupação com a salvação do espírito (Tonini, 2006).

A doença era vista como purificação, uma forma de atingir a graça divina, que incluía a cura, desde que merecida. As epidemias eram o castigo divino para os pecados do mundo ou resultavam da ação de inimigos. Numerosos judeus foram jogados na fogueira sob a acusação de terem provocado a Peste Negra (peste bubônica). Das doenças endêmicas, a mais temida era a lepra, cujos doentes eram segregados, só podendo entrar nas cidades em feriados especiais, usando vestes características e sendo anunciados com cornetas ou matracas. É também na Idade Média que surgem os primeiros hospitais, hospícios ou asilos, nos quais os pacientes recebiam mais conforto espiritual que tratamento adequado. A ineficácia dos procedimentos mágicos ou religiosos era compensada com a caridade (Rosen, 1994).

O ser humano era amparado por referências coletivas como a família, o povo e, principalmente, a religião. A Igreja Católica detinha o poder de decisão sobre as ações humanas e, por isso, ao mesmo tempo em que amparava, também constrangia o ser humano, retirando-lhe a capacidade de construir suas próprias referências internas. A Igreja foi o maior obstáculo ao progresso científico na Idade Média.

Já no final do Medievo, as guerras frequentes e o aumento das epidemias na Europa trouxeram de volta a preocupação com as formas de transmissão das doenças, então atribuídas a influências cósmicas, bruxaria ou envenenamento da água e do ar por grupos estigmatizados, como judeus e leprosos. O medo do sofrimento e da morte desencadeou um novo modo de conceber a doença, por meio de dois elementos importantes: o empirismo clínico, que se apoia na observação, e a classificação das doenças em agudas e crônicas, ainda hoje utilizada.

O Renascimento, período compreendido entre o final do século XV e início do XVI, levou à queda gradativa do poder e da influência exercidos pela Igreja Católica em todos os âmbitos da sociedade, o que permitiu um grande avanço científico que levou ao nascimento da ciência moderna, período que ficou conhecido como “Revolução Científica”.

A ciência passou a exigir a sistematização do conhecimento, seguindo para isso normas e regras específicas para sua produção, o que fez com que a observação, a descrição e a classificação delimitassem seu paradigma. Com isso, as ideias da experiência e da intervenção incorporaram-se ao pensamento moderno (Ornellas, 1999).

Alguns nomes que contribuíram para a profunda revolução nos caminhos da ciência e no modo de pensar do mundo ocidental foram os de Nicolau Copérnico (1473-1573), Galileu Galilei (1564-1642), Francis Bacon (1561-1626) e Isaac Newton (1642-1727).

O astrônomo Nicolau Copérnico divulgou um modelo matemático no qual a Terra e os demais corpos celestes giravam em torno do Sol, contrário ao modelo geocêntrico ou ptolomaico, no qual a Terra era o centro do Universo. Essa forma de interpretação do mundo permanecera hegemônica e inquestionável até então, pois era defendida pela Igreja havia aproximadamente 1.400 anos.

Galileu Galilei, a partir da informação sobre a construção do primeiro telescópio na Holanda, construiu a primeira luneta astronômica e, com ela,

pôde observar a composição estelar da Via Látea, os satélites de Júpiter, as manchas do sol e as fases de Vênus. Esses achados astronômicos foram relatados ao mundo no livro *Sidereus Nuntius* (Mensageiro das Estrelas).

O filósofo inglês Francis Bacon propôs uma ciência nova, ativa, operativa, opondo-se à ciência contemplativa do passado. Seu propósito era transformar a condição humana, tornando o ser humano senhor da natureza. Defendia que a obtenção dos fatos verdadeiros decorria da observação e da experimentação (Koiré, 1986).

Isaac Newton criou teorias matemáticas que confirmaram a visão do corpo e do mundo como uma máquina a ser explorada. A mecânica newtoniana possibilitou a explicação de muitos fenômenos da vida cotidiana e a medicina mecanicista passou a fornecer os instrumentos requeridos pelos médicos para que pudessem lidar de forma cada vez mais satisfatória com uma parte crescente das doenças (Barros, 2002).

A evolução da medicina acompanhou de perto o desenvolvimento ocorrido nas demais ciências. A partir do século XVII, o desenvolvimento da anatomia, da fisiologia e da patologia humanas contribuiu de maneira significativa para a compreensão das doenças e sua cura. O médico belga Andreas Vesalius (1514-1564) transformou-se no pai da moderna anatomia a partir das cuidadosas observações na dissecação de cadáveres. Os médicos Miguel Servet (1509-1553) e Willian Harvey (1578-1657) descreveram o mecanismo da circulação sanguínea.

O conhecimento do processo saúde-doença avançou na clínica e nos conceitos de causalidade. Na anatomia clínica do século XIX, o aprendizado das doenças fez-se não pela observação da vida, mas pela dissecação de corpos mortos. A saúde passou a ser vista como ausência de doença e a cura a se basear na eliminação dos sintomas (Koifman, 2001).

Entre outros grandes pensadores, destacou-se o médico, alquimista, físico e astrólogo suíço Paracelso (1493-1541), que afirmava que as doenças eram provocadas por agentes externos ao organismo. A medicina encon-

trava-se sob influência da química, que começava a se desenvolver. Ele propôs a cura pelos semelhantes, baseado no princípio de que, se os processos que ocorrem no corpo humano são químicos, os melhores remédios para expulsar a doença seriam também químicos. Passou então a administrar aos doentes pequenas doses de minerais e metais, como, por exemplo, o mercúrio para o tratamento da sífilis (Scliar, 2007).

O filósofo René Descartes (1596-1650), que proferiu a máxima: “Penso, logo existo”, colocava a dúvida como propulsora do racionalismo e considerava que havia um único caminho para o conhecimento: a universalidade da razão.

Para tanto, era necessário adotar quatro preceitos que embasavam o método científico. O primeiro recusava qualquer fato tido como verdadeiro que não se pudesse reconhecer como evidente por si mesmo. O segundo propunha decompor o problema em pequenas partes mais simples, a fim de facilitar sua resolução. Em terceiro lugar, ordenar os pensamentos a partir daqueles sobre os objetos mais simples e fáceis de compreender, até o conhecimento mais complexo. Por fim, fazer a revisão geral e enumeração de todas as possibilidades, sem que nada fosse omitido (Descartes, 1989).

Tomando como base esse paradigma, Descartes desenvolveu o conceito de dualismo mente e corpo, passando a encarar o corpo humano como uma máquina, composta por partes (órgãos) que podiam ser considerados isoladamente. As doenças passaram a ser vistas como um “problema de funcionamento” temporário ou permanente do todo ou de uma das partes do corpo (paradigma mecanicista). Essa visão rompeu com a concepção predominante na Idade Média, do corpo como algo sagrado e inviolável, por ser considerado o “depósito” da alma.

A postura dualista cartesiana teve grande influência no pensamento médico, sendo reforçada no século XIX pelas descobertas de Louis Pasteur

e Robert Koch e a visão de uma etiologia específica para as doenças reforçando a tendência ao reducionismo (Capra, 1992).

O final do século XVIII assistiu a Revolução Industrial na Inglaterra e Alemanha. Esse fato provocou a migração e a aglomeração das pessoas nas cidades, facilitando a difusão dos micro-organismos nos ambientes de trabalho, que eram fechados e insalubres.

As questões urbanas de saneamento e miséria juntaram-se às péssimas condições de trabalho e do ambiente, alterando o perfil de adoecimento dos trabalhadores, que passaram a sofrer acidentes e desenvolver doenças infectocontagiosas. Foi grande o número de mortes por tuberculose, sarampo, pneumonia, tifo, gripe, escarlatina e outras doenças transmissíveis.

Em meio aos avanços da Revolução Industrial e do crescimento desordenado das cidades, surgiram os movimentos sociais e revolucionários em busca de soluções para a melhoria das condições de vida da população. O Sanitarismo na Inglaterra, a Medicina Social na França e a Polícia Médica na Alemanha foram as principais formas de intervenção sobre os problemas de saúde da época (Rosen, 1994).

John Snow (1813-1858), médico inglês considerado o pai da Epidemiologia, desenvolveu estudos sobre a transmissão da cólera em Londres, evidenciando a determinação social da doença, visto que causava maior mortalidade entre trabalhadores e desempregados. Em 1848, a cólera grassava nos distritos mais pobres da capital inglesa, nos locais onde mais se negligenciavam as medidas sanitárias, nas áreas mais poluídas por excrementos e outras imundícies acumuladas (Rosen, 1994). Dentre seus escritos, merece destaque o livro *Sobre a maneira da transmissão da cólera*, publicado em 1854 (Snow, 1999).

Em 1826, o médico Louis René Villermé (1782-1863) já havia publicado um estudo sobre a mortalidade em diferentes regiões de Paris, apontando a relação entre pobreza e doença. Em 1828, em outro relatório, mos-

trou a relação íntima entre as taxas de morbidade e mortalidade e as condições de vida das classes sociais em Paris.

É, portanto, com a Medicina Social, cujo objeto de trabalho era a sociedade, que surgiram as primeiras investigações sistemáticas sobre a saúde e as condições de vida e grupos e classes sociais, bem como as propostas para intervenção dos problemas.

A chamada Medicina Social partia de um discurso sobre a sociedade e objetivava o conhecimento dos recursos naturais da população e do funcionamento geral de seu aparelho político. Desenvolveu-se em três etapas: a da Medicina de Estado, a Medicina Urbana e da força de trabalho.

A Medicina de Estado desenvolveu-se na Alemanha no início do século XVIII e também foi denominada de ciência do Estado. A preocupação com a saúde estava vinculada às necessidades de consolidação do Estado Nacional, uma vez que o Estado alemão surgira a partir de pequenas unidades territoriais de poder econômico frágil e poder político fragmentado (Foucault, 1998).

A saúde passou a ser considerada uma aliada do Estado Nacional na medida em que conservava, reproduzia e garantia a força militar necessária a sua manutenção. A importância da saúde para a garantia dos interesses nacionais acabou por desenvolver uma prática médica efetivamente empenhada na melhoria da saúde da população alemã. Entre 1750 e 1770 formou-se o aparato estatal que seria conhecido como *Polícia Médica*, responsável pela organização do aparato burocrático para controle da atividade médica, normalização do ensino e do saber médicos e por um sistema de observação das taxas de natalidade e mortalidade. A ação estatal também se fez presente na prevenção e no controle de doenças transmissíveis, habitação, nutrição, higiene pessoal e ocupacional e na educação sanitária (Foucault, 1998).

O segundo momento da Medicina Social é representado pelo fenômeno da urbanização ocorrido na França no final do século XVIII. O surgi-

mento da indústria transformou as cidades não somente no lugar de troca de mercadorias, como também de produção. Favoreceu a concentração populacional em determinados lugares e, conseqüentemente, o aumento das epidemias decorrentes do acúmulo de esgotos e também muitos acidentes nas oficinas e nas fábricas.

Havia, portanto, uma necessidade de melhor estruturar urbanisticamente esses locais, o que deu origem à política sanitária e à higiene pública. Nessa fase, a medicina necessitou do auxílio de outras ciências para alcançar seus objetivos. Na realidade, não era uma medicina do corpo e sim do ambiente, estabelecendo uma relação importante entre o ser humano e o meio em que vivia (Foucault, 1998).

O propósito da Medicina Social era a vigilância das condições de vida, da qualidade do ar, da água e das decomposições. Era necessário fazer com que o ar circulasse nas cidades e nas casas para manter o bom estado de saúde da população. Havia preocupação com a organização das cidades, distribuição e frequência de fontes, esgotos, barcos-bombeadores e barcos-lavanderia (Foucault, 1998).

A terceira etapa da Medicina Social é representada pela medicina dos pobres, que representam a força de trabalho do modelo inglês, em que o corpo é visto como força de produção e os trabalhadores ganham a força política. Na Inglaterra, a Medicina da Força de Trabalho, que ainda é usada atualmente, permitiu três sistemas médicos coexistentes: uma medicina assistencial destinada aos mais pobres, uma medicina administrativa encarregada de problemas como vacinação e epidemias e por fim uma medicina privada que beneficiava quem tinha recursos para pagar (Foucault, 1988).

Na Europa e na América do Norte, o movimento sanitário interferiu na saúde por meio da legislação e de grandes obras de engenharia que fortaleceram as ações de Saúde Pública. Foram fundadas as primeiras ins-

tituições universitárias e as primeiras instituições científicas (Adorno, 1999).

Os estudos de Edwin Chadwick, sanitarista britânico que viveu entre 1800 e 1890, tiveram repercussão importante na época. Seu famoso relatório de 1842 intitulado *Report on the Sanitary Conditions of Labouring Class*, sobre doenças na classe trabalhadora inglesa, demonstrou a relação entre pobreza e insalubridade e tornou-se modelo para outros sanitaristas em várias outras nações. Após integrar várias comissões importantes na história da saúde pública inglesa, em 1848, o estabelecimento do Conselho Geral de Saúde, considerado um marco na história da saúde pública mundial, consagrou definitivamente suas ideias sanitárias (Scliar, 2007).

O Relatório Chadwick (1842) representa um marco para o Sanitarismo, porque defendia a intervenção do Estado nos problemas de saúde, num contexto social em que havia o predomínio do liberalismo econômico e político (Paim, 2006).

Os estudos de Rudolf Virchow, médico alemão que viveu entre 1821 e 1902, baseados nas relações entre condições de vida e saúde, também se sobressaíram. Em 1847, em seu estudo sobre as epidemias de tifo na Silésia, desenvolveu uma teoria da doença epidêmica como manifestação de desajustamento social e cultural. Chegou à conclusão que "... suas causas eram tanto sociais, econômicas e políticas quanto biológicas e físicas." Sua proposta consistia em "... uma radical reforma social que, em termos gerais, compreendia 'democracia completa e irrestrita', educação, liberdade e prosperidade..." (Rosen, 1994).

O filósofo alemão Friedrich Engels (1820-1895) pesquisou as condições de saúde da população trabalhadora inglesa relacionando as diferenças em saúde e morbidade com a classe social. Ressaltava a necessidade de mudança do modo de produção vigente para amenizar os problemas decorrentes da Revolução Industrial (Buss, Pellegrini Filho, 2007).

Vários estudos desenvolvidos nessa época podem ser considerados estudos de epidemiologia social porque " ...buscavam explicar os padrões de adoecimento através dos vínculos entre a saúde e a sociedade". A concepção de Determinação Social da Doença, portanto, não é novidade; nasceu com o conceito de desenvolvimento urbano e com as visões iniciais de sociedade (Barata, 2005, p.7).

Com o advento da Revolução Industrial, o corpo foi tomado como meio de produção pelo capitalismo emergente e passou a ser considerado objeto de políticas, práticas e normas. Surgiram as primeiras regulamentações visando à saúde nas fábricas, dentre as quais a redução da excessiva carga horária de trabalho. Da necessidade de manutenção do poder dos Estados Nacionais surgiram também os registros de estado e entre eles, a estatística médica. A medicina passou a considerar os aspectos econômicos, sociais e culturais envolvidos na saúde-doença da população (Batistella, 2007).

A segunda metade do século XIX foi marcada pela descoberta de micro-organismos em decorrência do quadro epidemiológico caracterizado pela predominância das doenças infecciosas. As descobertas científicas de Louis Pasteur, cientista francês que viveu de 1822 a 1895, permitiram não só identificar e justificar a causa das doenças, mas também produzir as vacinas.

O desenvolvimento da teoria dos germes deslocou o pensamento causal do ambiente físico e social para a natureza biológica da doença. Como decorrência, estruturou-se a visão bacteriológica ou teoria da unicausalidade como paradigma explicativo da relação saúde-doença. Para cada doença correspondia um agente específico que deveria ser identificado e combatido.

Assim, embora as descobertas de Pasteur tenham representado um avanço fundamental no conhecimento das infecções, contribuíram para apagar qualquer diferenciação entre os corpos e a leitura naturalista im-

pôs-se como razão triunfante, legitimando as práticas de medicalização. A teoria microbiana passou a ter uma predominância de tal ordem que, em boa medida, obscureceu as concepções que destacavam a multicausalidade das doenças ou que proclamavam a participação decisiva de questões de ordem socioeconômica na sua eclosão (Barros, 2002).

A Teoria da Unicausalidade surgiu sob influência do Positivismo, em um contexto filosófico e científico que ressaltava os valores típicos de uma sociedade liberal, como a neutralidade científica e a autonomia da pesquisa. Baseado na ciência cartesiana e inspirado nos ideais positivistas do século XIX, o ser humano embalou-se em um contexto de euforia e confiança na capacidade da ciência em melhorar suas condições de vida.

Pode-se afirmar que esse momento marcou um retrocesso da Medicina Social, com a substituição dos discursos políticos e ideológicos por práticas de controle das doenças infecciosas, como parte da utopia de erradicação de todas as enfermidades.

A Bacteriologia foi responsável pela formulação do modelo da doença específica, que fez com que as empresas produtoras de medicamentos passassem a pesquisar tratamentos para cada tipo de doença. A chamada explosão tecnológica fez-se sentir de forma mais acentuada na primeira metade do século XX, no contexto de um novo quadro epidemiológico em que as doenças passaram a ser relacionadas a um conjunto de fatores.

No campo das substâncias antibacterianas, a sulfanilamida e outros fármacos do grupo das sulfas passaram a ser largamente usadas no tratamento de infecções por estreptococos e estafilococos a partir de 1936. A penicilina, descoberta em 1928, passou a ser amplamente empregada como substância antibiótica a partir dos anos 1940. Também na mesma década, a estreptomomicina e sua combinação com outras drogas foram utilizadas com êxito indiscutível no tratamento da tuberculose (Pires-Alves, Paiva, Falleiros, 2010).

Na área da vacinação, a década de 1950 assistiu ao desenvolvimento da vacina contra a poliomielite por Jonas Salk e Albert Sabin, dando início à possibilidade de imunização contra doenças causadas por vírus, um ser vivo sub-microscópico que apenas nos anos de 1930 passara a ser observável mediante o uso de microscópios eletrônicos.

Pode-se afirmar que até meados do século XX, a epidemiologia e a medicina – impulsionadas pelo crescente aperfeiçoamento dos métodos diagnósticos, terapêuticos e estatísticos – proporcionaram a compreensão dos modos de transmissão dos agentes infecciosos e possibilitaram intervenções que contribuíram para o controle de grande parte das doenças transmissíveis, pelo menos nos países centrais. Tal fato consolidou a posição privilegiada da medicina e dos médicos na definição dos problemas de saúde e na escolha das ações necessárias ao controle, tratamento e prevenção das doenças.

No bojo da evolução tecnológica, o desenvolvimento científico tornou o conhecimento, o ensino e a prática médica crescentemente especializados. O diagnóstico e o cuidado médico curativo passaram a ser assistidos por equipamentos tecnológicos cada vez mais complexos, que progressivamente constituíram um mercado em franca ampliação.

Ao mesmo tempo em que se expandia essa confiança excessiva na capacidade dos novos fármacos possibilitarem um controle amplo e generalizado das doenças transmissíveis, os países industrializados vivenciavam uma “transição epidemiológica”, caracterizada pela diminuição da importância das doenças infecto-parasitárias como causa de adoecimento e morte, frente ao incremento das doenças crônico-degenerativas. As doenças cardíacas, por exemplo, tinham sua explicação em vários fatores interligados - biopsíquicos, sociais, psicológicos. A teoria unicausal havia se tornado insuficiente para explicar o novo quadro epidemiológico e as doenças passaram a ser relacionadas a um conjunto de fatores.

A importância da atuação sobre os determinantes sociais para produzir saúde, conforme apregoavam os precursores da Medicina Social, fez-se sentir nas reflexões do médico e historiador canadense Henry Sigerist que, em 1945, definiu as quatro tarefas essenciais à Medicina: a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento dos doentes e a reabilitação. Afirmava que para promover a saúde das pessoas era necessária uma relação equilibrada entre condições de vida, trabalho, educação, lazer, entre outros (Westphal, 2006).

Três anos após, em sete de abril de 1948, a Organização Mundial de Saúde (OMS), em uma carta de princípios, divulgou um conceito de saúde que refletia a aspiração nascida dos movimentos sociais do pós-guerra com o fim do colonialismo e a ascensão do socialismo: “Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”.

Esse conceito representou um grande avanço, ao propor que a saúde não fosse vista apenas como ausência de doença, como fazia parte do senso comum até então. Entretanto, revelou-se contraditório por supor “um completo bem estar”, o que é impossível de acontecer, uma vez que bem-estar físico, mental e social são estados de equilíbrio instável e definem-se na medida do dinamismo e dos conflitos de sociedades concretas (Scliar, 2007; Caponi, 1997).

A concepção de saúde da OMS ganhou maior abrangência, passando a ser reconhecida como um dos direitos fundamentais de todo ser humano, tendo consolidado a compreensão de que a pessoa saudável é aquela que, além de apresentar perfeitas condições de higidez física e mental, encontra-se convenientemente integrada à vida em sociedade, desfrutando dos meios necessários a seu bem-estar. A saúde passou a ser vista como indispensável à dignidade humana, dada a relação estreita e recíproca da saúde humana com as condições socioambientais e econômicas.

Essa concepção derivada de uma visão mais abrangente de saúde trouxe consigo uma visão positiva da saúde que abrange não somente aspectos físicos, mas também aspectos sociais e psicológicos (Dowbor, 2008). Além disso, trata-se de um marco importante, por abrir espaço para a concepção mais contemporânea da saúde como qualidade de vida. Afastou a ênfase no corpo doente e evidenciou determinantes mais plurais, assentados na noção de fatores de risco, diluindo assim as fronteiras entre os doentes e os supostamente saudáveis (Ferreira Neto et al., 2009).

As doenças passaram então a ser relacionadas a um conjunto de fatores. Várias abordagens foram propostas para compreender o processo saúde-doença como síntese de múltiplas determinações: os modelos da balança, da rede de causalidades e, por fim, o modelo ecológico, também conhecido como da história natural das doenças (Gutierrez, Oberdiek, 2001).

Proposto por Leavell e Clark em 1976, o modelo da história natural das doenças, considera a interação, o relacionamento e o condicionamento de três elementos fundamentais da chamada 'tríade ecológica': o ambiente, o agente e o hospedeiro. O processo de adoecimento é separado em dois momentos: o primeiro, chamado pré-patogênico, é marcado pelo equilíbrio entre agente, hospedeiro e ambiente, de acordo com as características dos fatores a eles associados (por exemplo, a virulência do agente, a resistência do hospedeiro e as condições de moradia oferecidas pelo ambiente). O segundo, chamado período patogênico, é o momento da instalação da doença, com seu desdobramento fisiopatológico e clínico, que pode resultar em morte, em estado intermediário, ou culminar na cura. Este momento permite distinguir as fases pré-clínica e clínica.

Os exames dos diferentes fatores relacionados ao surgimento de uma doença e a utilização da estatística nos métodos de investigação e desenhos metodológicos permitiram significativos avanços na prevenção de doenças e possibilitaram a proposição de barreiras à evolução da doença mesmo antes de sua manifestação clínica.

A Medicina Preventiva, movimento que surgiu no Brasil na década de 1950 e que criticava o enfoque biomédico, valeu-se do modelo da história natural das doenças para identificar pontos de intervenção ou níveis de aplicação das medidas preventivas, no intuito de as tornar o mais eficazes possível. Em outras palavras, o processo saúde-doença era analisado em sua dinâmica evolutiva, identificando-se períodos ótimos nos quais a aplicação de ações preventivas agiria sobre a progressão da doença, evitando-a, retardando-a, ou ao menos reduzindo seus danos.

Para seus críticos, a Medicina Preventiva revestiu-se de sensíveis contradições: propôs-se redefinir as responsabilidades do médico mantendo a natureza de seu trabalho; ampliar seu espaço social, preservando a organização hospitalar e os consultórios privados; desenvolver a preocupação social, mantendo o exercício médico como uma atividade de troca; diminuir o custo da atenção médica, mantendo, todavia, um cuidado médico excessivamente técnico; e melhorar as condições de vida das populações, preservando a estrutura social (Arouca, 2003).

As análises mais contundentes em relação às insuficiências da teoria da multicausalidade voltaram-se para a epidemiologia como o estudo do processo saúde-doença em populações humanas. De um lado, apontava-se que as análises só estabeleciam relações quantitativas entre os fatores causais, não fazendo qualquer distinção hierárquica entre eles. De outro, embora se reconhecesse a existência de aspectos sociais envolvidos no processo saúde-doença, esses eram subalternizados frente aos aspectos biológicos (Palmeira et al., 2004).

O modelo multicausal avançou no conhecimento dos fatores condicionantes da saúde e da doença. A crítica que se faz a ele reside no fato de tratar todos os elementos da mesma forma, ou seja, naturalizar as relações entre o ambiente, o hospedeiro e o agente, esquecendo que o ser humano produz socialmente sua vida em um tempo histórico determinado e que por isso, em certos períodos, podem ocorrer doenças diferentes com intensidades e manifestações também diferentes (Palmeira et al., 2004, p.38).

No modelo ecológico, as inter-relações entre os fatores são apresentadas como um sistema fechado com um *feed-back* regulador, no qual a atividade e a sobrevivência de agentes e hospedeiros dependem do ambiente e são por ele alteradas, mas também alteram o ambiente em que se encontram. Contudo, todos os elementos da relação são colocados em "um mesmo plano a-histórico, atemporal e a vida humana fica reduzida à sua condição animal". Desse modo, a produção social do ser humano fica reduzida a mais um dos fatores do meio ambiente. No conceito de multicausalidade, as determinações sociais são naturalizadas e perdem seu potencial de crítica (Barata, 2005, p. 22-23).

O reconhecimento da estrutura social como modeladora dos processos de produção da saúde ou da doença pode ser considerado um novo marco explicativo que superou a concepção biologicista linear de simples causa-efeito. Do ponto de vista analítico, a noção de causalidade foi substituída pela de determinação (Batistella, 2007).

Desde a década de 1960, a ampliação o conceito de saúde-doença, admitindo que condições sociais e ambientais influenciam de forma decisiva a saúde das pessoas, vinha sendo debatida em nível mundial. A partir dos anos 1970, esse debate tornou-se mais acirrado em diversos países em razão da crise decorrente dos custos crescentes da atenção médica e da expansão de tecnologias para o diagnóstico e tratamento das doenças, mas que não se refletiam em benefícios à saúde (Starfield, 2002).

Foi nesse cenário que, Marc Lalonde, na época ministro de saúde do Canadá, publicou um documento sobre "a nova perspectiva de saúde dos canadenses", conhecido como Relatório Lalonde (1974), o qual afirmava que a saúde é determinada por um conjunto de fatores agrupáveis em quatro categorias: biologia, meio ambiente, estilo de vida e organização da atenção à saúde. O documento salientava que, embora os gastos e os investimentos concentrem-se no sistema de atenção à saúde, com ênfase na tecnologia médica e nos recursos hospitalares, as principais causas de

adoecimento e morte estão relacionadas à biologia, ao meio ambiente e ao estilo de vida (Carvalho, 2010).

O Relatório Lalonde foi um marco conceitual para a Promoção da Saúde, ao analisar de modo mais abrangente as causas e os fatores predisponentes dos problemas de saúde. Em outras palavras, colocava em um mesmo patamar de importância a biologia humana, o meio ambiente, o estilo de vida e o sistema de saúde. Na prática, isso significava que as respostas aos problemas de saúde deveriam ser buscadas no conjunto desses quatro componentes.

No Brasil, nessa mesma época, o desenvolvimento do conceito ampliado à saúde foi trabalhado principalmente por Arouca e Donnangelo, cuja produção posteriormente serviu de base conceitual para o desenvolvimento do campo da saúde coletiva (Carvalho, 2010).

O entendimento de epidemiologia orientado por concepções intimamente relacionadas ao processo saúde-doença e que norteavam a direção e a abordagem dada às investigações, e conseqüentemente, os resultados encontrados e seus usos começaram a ser questionados por outra corrente de pensamento que surgiu na década de 1970.

Essa nova concepção alicerça-se no vínculo entre a epidemiologia e as ciências sociais, estimulada pela necessidade de reconhecer e documentar o amplo espectro da determinação social da saúde, desde o nível micro em que operam os fatores biológicos individuais, até os níveis macro que expressam as condições sociais em que vivem as populações, ocasionando o nascimento da chamada “epidemiologia crítica”.

As ciências sociais haviam revelado em estudos empíricos que os fenômenos da saúde-doença não se reduzem a uma evidência “orgânica”, “natural” e “objetiva”, mas estão intimamente relacionados às características de cada sociedade, em que tanto a concepção de saúde-doença é constituída, como o doente é um personagem social (Minayo, 1986).

Atualmente, o representante mais expressivo da epidemiologia crítica é o médico, professor e epidemiologista equatoriano Jaime Breilh (1991). O pesquisador explica a epidemiologia como “... um conjunto de conceitos, métodos e formas de atuação prática que se aplicam ao conhecimento e transformação do processo saúde-doença em sua dimensão coletiva e social” (Breilh, 1991, p.40). Afirma que o poder hegemônico na saúde prioriza as ciências físicas e biológicas, realizando estudos minuciosos dos processos individuais, cuja somatória caracterizaria o fenômeno epidemiológico ou coletivo.

Corroborando as ideias de Jaime Breilh e contestando os limites a que estava sujeita a epidemiologia quando analisada sob o ponto de vista do positivismo e da clínica, Barata (1998) explicita que a epidemiologia crítica tem como objetivos:

[...] compreender e explicar o processo saúde-doença em populações humanas, tomando a dimensão social como estruturante do real; e pensar o método como etapa de construção de uma ciência, ou seja, em íntima conexão com a teoria do objeto, indo além, na discussão metodológica, da descrição de estratégias e técnicas para produzir realmente uma teoria (Barata, 1998, p.24).

[...] buscar elementos que permitam a construção de sua metodologia nas ciências biológicas, cujos objetos encontram-se subsumidos pelo objeto epidemiológico, mas também nas ciências sociais às quais seu objeto se encontra subsumido (Barata, 1998, p.25).

A epidemiologia crítica encontra apoio na medicina social, segundo a qual a estrutura social e as condições de vida, assim como os elementos culturais e simbólicos, constituem determinações sociais da doença, de tal modo que a plena reforma da saúde só se dá nos marcos de um processo de transformação da sociedade. Com isso, a política passa a ser um componente fundamental para a compreensão da saúde e da doença e para o estabelecimento de novas práticas de saúde que valorizem o papel dos sujeitos individuais e coletivos (Pires-Alves, Paiva, Falleiros, 2010).

Os determinantes sociais da saúde são hoje a grande preocupação da Organização Mundial da Saúde (OMS), haja vista o reconhecimento de que a equidade em saúde ainda não é uma realidade principalmente nos países em desenvolvimento.

Como parte de um recente direcionamento da OMS para focar o trabalho nas condições sociais dos países, em 2005 foi inaugurada no Chile em 2005, a Comissão dos Determinantes Sociais em Saúde. Esta Comissão, integrada por 17 personalidades do mundo, oriundas dos mais diversos campos de atuação, tem como meta global a busca da equidade em saúde, liderando um processo mundial de organização do conhecimento sobre os determinantes sociais em saúde, com vistas a fortalecer as práticas e as políticas voltadas para a diminuição das iniquidades em saúde (Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais da Saúde, 2008).

Atendendo ao chamado da Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), o Brasil criou a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais em Saúde (CDSS) em 13 de março de 2006. Composta por 16 especialistas e personalidades da vida social, econômica, cultural e científica do país, a Comissão teve como objetivos gerar informações e conhecimentos sobre os determinantes sociais do país, contribuir para a formulação de políticas que promovam a equidade em saúde e mobilizar diferentes instâncias do governo e da sociedade civil sobre o tema (Comissão Nacional dos Determinantes em Saúde, 2008).

Para Breilh (2008), a CDSS parte de um esquema geral da determinação social da doença que coincide e recupera o enfoque da epidemiologia social europeia. Nessa visão, a determinação social em saúde é decorrência das repercussões da sociedade capitalista, no que se refere à educação, emprego/renda, gênero/etnia. Segundo essa perspectiva, existem dois tipos de determinantes sociais da saúde: os intermediários e os estruturais, que

[...] são aqueles que geram estratificação social [...] tais como a distribuição de renda; o preconceito com base em fatores como o gênero, a etnia ou deficiências; e estruturas políticas e de governança que alimentam [...] as iniquidades relativas ao poder econômico [...] Entre os mecanismos que geram e mantém essa estratificação estão as estruturas de governança formais e informais; sistemas de educação, estruturas de mercado ligadas ao trabalho e aos produtos; sistemas financeiros, o nível de atenção dado a considerações distributivas no processo de formulação de políticas; e a extensão e a natureza de políticas redistributivas, de seguridade social e de proteção social [...] São essas diferenças - através do seu impacto sobre determinantes intermediários, como condições de vida, circunstâncias psicossociais, fatores comportamentais e/ou biológicos e o próprio sistema de saúde, que dão forma às condições de saúde dos indivíduos (OMS, p.7).

Entretanto, para a epidemiologia crítica, cujos representantes são a Medicina Social e a Saúde Coletiva, a determinação social do processo saúde-doença é decorrência do processo de trabalho, das relações de produção e da classe social - componentes estruturais das sociedades capitalistas. A saúde expressa as condições concretas de trabalho e de reprodução da vida de uma dada classe social. Desse modo,

[...] a desigualdade socioeconômica tem sua origem nas relações de exploração derivadas do processo de produção. Da relação que os indivíduos mantêm com os meios de produção é que deriva sua posição nas relações de domínio e exploração. Estas relações são determinadas pelas formas que assumem, numa sociedade, a propriedade e o trabalho e as suas conexões através da produção, distribuição e consumo de bens, serviços e informação. As classes sociais são "grandes grupos de homens que se diferenciam entre si pelo lugar que ocupam num sistema de produção historicamente determinado, pelas relações em que se encontram com relação aos meios de produção [...], pelo papel que desempenham na organização do trabalho e, conseqüentemente, pelo modo e pela proporção em que recebem a parte da riqueza de que dispõem (Breilh, 2008, p.5-6).

Os principais determinantes das iniquidades em saúde relacionam-se às formas de organização da vida social. As desigualdades sociais originam-se da ocupação de posições diferentes no que diz respeito à organização social do processo de produção e, conseqüentemente, ao acesso a bens cuja disponibilidade é escassa ou insatisfatória.

As condições de vida expressam as condições materiais de existência dos grupos humanos de determinada sociedade. Dependem da inserção de cada grupo na estrutura de produção e, por conseguinte, da sua vinculação a uma determinada classe social. Portanto, as condições de vida são resultantes da forma como esse grupo se insere também no processo de reprodução da sociedade, em um momento histórico e em determinadas condições naturais. (Castellanos, 1997, p.12),

A primeira diferença entre os dois enfoques, portanto, está nas diferentes construções teóricas sobre as relações e os processos sociais. A teoria da produção social do processo saúde-doença filia-se ao materialismo histórico e dialético e explicita os determinantes políticos, econômicos e sociais da distribuição da saúde e da doença, no interior e entre as sociedades, identificando os aspectos protetores e os nocivos à saúde presentes na organização social (Breilh, 2008).

A segunda diferença é que a Medicina Social e a Saúde Coletiva atribuem um peso muito maior às mudanças na correlação entre as grandes forças sociais na transformação da qualidade de vida, como parte dos processos de geração de uma contra-hegemonia das classes subordinadas frente ao poder econômico, ideológico e político das classes dominantes (Breilh, 2008).

O conceito de saúde presente na Constituição Federal Brasileira, embora não totalmente formulado na lógica da Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-doença, coloca em questão aspectos extremamente relevantes uma vez que resgata a importância das dimensões econômica, social e política na produção da saúde e da doença.

No texto constitucional, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, é principalmente resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (Brasil, 1988).

Nessa perspectiva, o processo saúde-doença é caracterizado pelas relações dos seres humanos com a natureza (meio ambiente, espaço, território) e com outros homens (através do trabalho e das relações sociais, culturais e políticas) num determinado espaço geográfico e num determinado tempo histórico.

Embora adote um conceito ampliado de saúde, o SUS ainda opera com o conceito de saúde como ausência de doença, não desenvolvendo ações que levem em conta os determinantes sociais que interferem nas condições de vida e saúde da população (Bydlowski, Westphal, Pereira, 2004). A visão ampliada, positiva e complexa de saúde, reveste-se de desafios para a prática cotidiana dos profissionais, sendo necessário dar concretude e expressão a esse novo conceito nos serviços de saúde.

É premente um novo paradigma que dê conta da abrangência do processo saúde-doença. Nesse sentido, cabe destacar o modelo teórico conceitual da promoção da saúde, estruturado a partir de um conceito ampliado de saúde, que enseja a importância do social na determinação do processo saúde doença (Carvalho, 2010), e que será destacado a seguir.

REFERÊNCIAS

Adorno RCF. A cidade como construção moderna: um ensaio a respeito de sua relação com a saúde e as "qualidades de vida". *Saúde Soc* [Internet]. 1999 [citado 2012 set 12];8(1):17-30. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v8n1/03.pdf>.

Arouca S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e a crítica da medicina preventiva. São Paulo: UNESP/Fiocruz; 2003.

Barata RB. Epidemiologia e saber científico. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 1998 [citado 2012 set. 13];1(1):14-27. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v1n1/03.pdf>.

Barata RB. Epidemiologia social. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2005 [citado 2012 out. 20];8(1):7-17. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v8n1/02.pdf>.

Barros JAC. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? *Saude Soc.* 2002;11(1):67-84.

Batistella C. Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: Fonseca AF, organizador. *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. p. 25-49.

Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [Internet]. Brasília: Senado Federal; 1988 [citado 2012 out. 20]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.

Breilh J. *Epidemiologia: economia, política e saúde*. São Paulo: Hucitec; 1991.

Breilh J. Uma perspectiva emancipadora da pesquisa e da ação baseadas na determinação social da saúde [Internet]. 2008 [citado 2012 nov. 20]. Disponível em: www.enfermagem.ufpr.br/paginas/areas/texto_do_breilh_em_portugues.pdf.

Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis*. 2007;17(1):77-93.

Bydlowski CR, Westphal MF, Pereira IMTB. Promoção da Saúde. Porque sim e porque ainda não! *Saúde Soc* [Internet]. 2004 [citado 2012 dez. 16];13(1):14-24.

Caponi S. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. *Hist Ciênc Saúde-Manguinhos*. 1997;4(2):287-307.

Capra F. *O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente*. São Paulo: Cultrix; 1992.

Carvalho SR. *Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança*. São Paulo: Hucitec; 2010.

Castellanos PL. Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida: considerações conceituais. In: Barata RB, organizador. *Condições de vida e situação de saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1997. p. 31-75.

Comissão Nacional Sobre Determinantes da Saúde. *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil* [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008 [citado 2013 mar. 12]. Disponível em: <http://www.cndss.fiocruz.br/pdf/home/relatorio.pdf>.

Descartes R. Discurso do método. São Paulo: Martins Fontes; 1989.

Dowbor TP. O trabalho com determinantes sociais da saúde no programa saúde da família do município de São Paulo [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2008.

Ferreira Neto JL, Kind L, Barros JS, Azevedo NS, Abrantes TM. Apontamentos sobre promoção da saúde e biopoder. *Saúde Soc.* 2009;18(3):456-66.

Foucault M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal, 1998.

Gutierrez PR, Oberdiek HI. Concepções sobre a saúde e a doença. In: Andrade SM, Soares DA, Cordoni Junior L, organizadores. Bases da saúde coletiva. Londrina: UEL/ABRASCO; 2001.

Koifman, L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. *Hist Ciênc Saúde-Manguinhos* [Internet] 2001[citado 2012 nov. 14];8(1). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v8n1/a03v08n1.pdf>.

Koiré A. Considerações sobre Descartes. Lisboa: Presença; 1986.

Mendes JMR, Lewgoy AMB, Silveira EC. Saúde e interdisciplinaridade: mundo vasto mundo. *Rev Ciênc Saúde* [Internet]. 2008 [citado 2012 nov. 18];1:24-32. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/3864>.

Minayo MCS. Nossa dor é a dor da nossa vida. *Tempo e Presença* (Rio de Janeiro). 1986;(213).

Ornellas CP. As doenças e os doentes: a apreensão das práticas médicas no modo de produção capitalista. *Rev Latino Am Enferm.* 1999;7(1):19-26.

Paim JS. Desafios para a saúde coletiva no século XXI. Salvador: EDUFBA; 2006.

Palmeira G, et al. Processo saúde doença e a produção social da saúde. In: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Informação e diagnóstico de situação. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2004.

Pires-Alves FA, Paiva CHA, Falleiros I. Saúde e desenvolvimento: a agenda do pós-guerra. In: Fidélis C, Falleiros I, organizadores. Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC;/EPSJV; 2010. p. 153-80.

Rosen G. Uma história da saúde pública. São Paulo: Hucitec; 1994.

Scliar M. História do conceito de saúde. *Physis*. 2007;17(1):29-41.

Snow J. Sobre a maneira de transmissão do cólera. São Paulo: Hucitec; 1999.

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia [Internet]. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002 [citado 2011 mar. 20]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf.

Tonini, CC. Representações sociais do processo saúde-doença de trabalhadores rurais - via metodologia Q, no Distrito de Arroio do Só, Município de Santa Maria, RS [tese Internet]. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria; 2006 [citado 2012 jun. 10]. Disponível em: <http://cascavel.cpd.ufsm.br/tede/>.

Volich RM. Psicossomática: de Hipócrates à psicanálise. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2000.

Westphal MF. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: Campos GWS, Minayo MCS, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 635-67.

CAPÍTULO 2

A PROMOÇÃO DA SAÚDE: UMA NOVA FORMULAÇÃO SOBRE O PENSAR E O FAZER SANITÁRIOS

O ideário da promoção da saúde é um dos temas correntes mais abordados nos diferentes espaços de produção do conhecimento e da práticas de saúde, como proposta aos desafios sanitários contemporâneos. Embora tenha ganhado força nos últimos 20 anos, a Promoção da Saúde não é um tema novo.

O termo foi utilizado pela primeira vez em 1946 pelo médico e historiador canadense Henry Sigerist, que em um de seus artigos (*The place of the physician in modern society*), no qual destacou as quatro tarefas essenciais da medicina: a promoção da saúde, a prevenção da doença, a recuperação do doente e sua reabilitação (Czeresina, Machado, 2002; Czeresina, 2003; Verdi, Caponi, 2005).

Para Sigerist, promover a saúde significava garantir educação, cultura física, lazer, boas condições de vida e de trabalho, a partir de esforços coordenados entre políticos, setores sindicais e empresariais, educadores, médicos e a população em geral. Sendo assim, as proposições do médico canadense já traziam indicações da importância da intersetorialidade nas questões de saúde (Rabello, 2010).

Leavell e Clark, em 1965, ao desenvolverem o modelo de história natural de doença e seus três níveis de prevenção, incluíram a promoção da saúde na prevenção primária, como medida destinada a aumentar a saúde e o bem-estar geral. As atividades a serem realizadas para promover a

saúde incluíam a boa nutrição, o atendimento às necessidades afetivas, a educação sexual, a orientação pré-nupcial e parental, as boas condições de moradia, o trabalho e o lazer, além de exames periódicos e educação para a saúde (Leavell, Clark, 1976).

Contudo, o movimento de promoção da saúde surgiu formalmente no Canadá, em maio de 1974, influenciado pela medicina social inglesa que se preocupava com o aumento crescente das doenças crônicas e sua relação com as condições sociais e ocupacionais da população. Essa influência foi percebida no sistema de saúde canadense, quando foi divulgado o documento *A new perspective on the health of Canadians* (Uma nova perspectiva sobre a saúde dos canadenses), elaborado pelo epidemiologista Marc Lalonde, então ministro da saúde daquele País (Lalonde, 1974).

O Informe Lalonde foi o primeiro documento de governo a usar o termo Promoção da Saúde, além de trazer o conceito de "campo da saúde" (*Health Field*), ao propor a interface entre quatro componentes: a biologia humana (relacionadas ao genótipo dos indivíduos e aos diversos processos fisiopatológicos passíveis de ocorrência em um organismo complexo como o corpo humano), o ambiente (seja social, referente às condições de trabalho, ou natural, relativo à contaminação dos recursos como ar, água e alimentos), os estilo de vida (advindos do comportamento humano e seus riscos auto-impostos) e a organização da assistência à saúde (Lalonde, 1974).

Estudo sobre causalidade do processo saúde-doença constatou que 53% da mortalidade canadense estava relacionada ao estilo de vida, 20% ao ambiente, 17% à biologia humana e 10% à organização da assistência que, paradoxalmente, concentrava a maior parte dos gastos diretos com saúde (Carvalho, 2010).

Diante desses dados, a chamada corrente da **Promoção de Saúde Moderna** buscou romper com a percepção de que a saúde é resultante de cuidados médicos e conscientizar a população do desequilíbrio dos gastos

setoriais. Estratégias foram propostas para mudanças no cenário da saúde canadense. Foi discutida a implantação de uma rede de centros comunitários de saúde e serviços sociais que considerasse a gravidade dos problemas de saúde, as prioridades definidas pelas autoridades de saúde, a disponibilidade de soluções efetivas com resultados mensuráveis, os custos e as iniciativas federais centradas em promoção da saúde, regulação, pesquisa, eficiência da atenção à saúde e estabelecimento de objetivos (Pasche, Henninghton, 2006).

Também como decorrência desses estudos sobre a morbi-mortalidade no Canadá, surgiu a teoria sobre a importância do estilo de vida nas questões de saúde. O enfoque eminentemente preventivista de mudança de estilos de vida e de comportamento apresentava 23 propostas de ações voltadas a fatores específicos como fumo, obesidade, promiscuidade sexual, abuso de substâncias psicoativas, entre outras (Buss, 2003).

As políticas baseadas nessa estratégia receberam críticas devido a seus efeitos limitados, sua ênfase unilateral, culpando o indivíduo por seus problemas de saúde, sem um enfoque mais coletivo, como o da determinação social do processo saúde-doença.

Estas limitações da corrente de promoção da saúde behaviorista estão na raiz do fenômeno de “culpabilização das vítimas”, um processo no qual determinados grupos populacionais, à margem do desenvolvimento capitalista, passam a ser responsabilizados por problemas de saúde cujas causas se encontram fora de sua governabilidade. Em determinados contextos (hegemonia de políticas neoliberais) estratégias behavioristas podem vir a constituir-se uma escusa para a desobrigação do Estado em relação às suas obrigações sociais, à custa de maior carga de responsabilidade de indivíduos e grupos por seus problemas de saúde” (Carvalho, 2010, p.50).

A corrente da Promoção de Saúde Moderna emergiu num contexto de falência do Estado de Bem-estar Social (*Welfare State*), de queda dos governos sociais democratas na Europa e de instauração de governos ditatoriais na América Latina (Stotz, Araújo, 2004).

Nem mesmo os países mais desenvolvidos conseguiram operacionalizar propostas que poderiam ter mais impacto, ou seja, políticas públicas populacionais. Consequentemente, o enfoque foi voltado ao aspecto individual, por meio de ações que estimulassem a adoção de hábitos saudáveis. Uma marca desse modelo histórico de desenvolvimento das concepções de promoção da saúde é seu caráter fortemente moralizador, com propostas de adaptação cultural de sujeitos e grupos às regras médicas num processo civilizatório racionalizador (Luz, 2007).

Pode se afirmar que, enquanto a definição original de Promoção da Saúde proposta por Sigerist em 1946 enfatizava os fatores gerais da determinação da saúde (condições de vida decentes, boas condições de trabalho, educação, cultura física e descanso), o Informe Lalonde enfatizou os fatores particulares.

Entretanto, o Informe Lalonde foi um marco por questionar oficialmente "o impacto e o custo elevado dos cuidados médicos na saúde". Enfrentou críticas, principalmente da Organização Mundial de Saúde (OMS), por apresentar uma concepção de Promoção da Saúde voltada a hábitos privados que tinha como principal objetivo a redução de custos da atenção à saúde (Sicoli, Nascimento, 2003).

O impacto mais significativo do Informe Lalonde foi a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978, na cidade de Alma-Ata, Cazaquistão, antiga União Soviética, organizada conjuntamente pela Organização Mundial da Saúde e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Considerada um importante marco para o setor de saúde, pois advoga cuidados essenciais de atenção primária para saúde e a qualidade de vida, teve grande repercussão em quase todos os sistemas de saúde do mundo. Foi assistida por delegações de 134 governos e representantes de 67 organizações não-governamentais, organismos especializados e instituições vinculadas às Nações Unidas (Buss, 2003).

A Conferência denunciava a grande desigualdade social entre e dentro dos países, tecendo uma forte crítica à distribuição da riqueza mundial. Declarava que para atingir patamares aceitáveis de saúde até o ano 2000 deveria haver um pleno desenvolvimento econômico e social baseado numa ordem internacional. As políticas públicas de proteção e promoção aliadas ao desenvolvimento eram pontos decisivos para a obtenção de uma melhor qualidade de vida da população. Considerava ainda que, para alcançar pleno sucesso, os cuidados primários de saúde necessitariam da participação individual tanto no planejamento como na execução.

Para tal intento, conclamou governos, organismos a comunidade internacional e todos aqueles que trabalham no campo da saúde direcionar esforços para que a Atenção Primária em Saúde (APS) fosse priorizada, incluindo a definição de orçamento adequado para o setor. Estabeleceu a meta de Saúde para Todos no Ano 2000, mediante adoção de oito medidas: educação em saúde, promoção de boa nutrição, abastecimento adequado de água potável e saneamento básico, prevenção de doenças endêmicas locais, tratamento adequado de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais, assistência materno-infantil, imunização contra as principais enfermidades infecciosas e planejamento familiar (UNICEF/Brasil, 1979). Este conceito foi amplamente divulgado e apresentado por inúmeros trabalhos produzidos sobre atenção primária e influenciou sobremaneira as várias propostas de organização da atenção em diferentes sistemas de saúde.

A Declaração de Alma marcou o início da afirmação da saúde enquanto direito universal a ser assumida como responsabilidade dos governos. Com ela, a equidade e a justiça social foram incorporadas a agenda da OMS. Reafirma a concepção positiva de saúde, desafiando o reducionismo biomédico, e incorpora a ação de outros setores sociais e econômicos como exigência fundamental para a consecução das metas em saúde. É nesse contexto que a intersetorialidade emerge como eixo estruturante das

políticas públicas de saúde de modo a ampliar o escopo de suas intervenções (Valadão, 2004).

Pode se afirmar que a Conferência de Alma Ata inaugurou o momento da **Nova Promoção da Saúde**, em que se buscou uma definição de APS. Como resultado das várias experiências desenvolvidas em diferentes partes do mundo, a APS, foi definida considerando, a um só tempo, dois aspectos implícitos ao termo: como estratégia e como nível de atenção. A OMS passou a definir cuidados primários em saúde como:

“Cuidados essenciais baseados em métodos práticos, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis e em tecnologia de acesso universal para indivíduos e suas famílias na comunidade, e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, dentro do espírito de autoconfiança e autodeterminação. Os cuidados primários são parte integrante tanto do sistema de saúde do país, de que são ponto central e o foco principal, como do desenvolvimento socioeconômico geral da comunidade. Além de serem o primeiro nível de contato de indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, aproximando ao máximo possível os serviços de saúde nos lugares onde o povo vive e trabalha, constituem também o primeiro elemento de um contínuo processo de atendimento em saúde” (UNICEF/Brasil, 1979).

Embora a concepção de APS proposta pela OMS apontasse para ações integradas tanto no âmbito da saúde e seu envolvimento com ações intersetoriais, posteriormente à realização da Conferência de Alma-Ata houve vasta divulgação da uma concepção seletiva de APS que se distanciava da compreensão originariamente assumida pela OMS.

A noção de *Selective Primary Care* (SPHC) propunha a formulação de programas custo-efetivos, focados em problemas de saúde específicos, tidos como de forte impacto na saúde da população e de fácil monitoramento e avaliação. Essa proposta de atenção oferece um conjunto de tecnologias simples e de baixo custo, destinada a populações e regiões pobres, sem possibilidade de referência a níveis de maior densidade tecnológica (Cueto, 2004; Magnussen, Ehiri, Jolly, 2004; Mendes, 2012).

A versão seletiva da APS surgiu da crítica feita à concepção de APS presente na Declaração de Alma-Ata, considerada uma concepção idealizada, muito ampla e com poucas chances de aplicabilidade e de realização no prazo definido pelas metas do “Saúde Para Todos no Ano 2000” (Cuetto, 2004).

Atualmente a Organização Pan-Americana da Saúde propõe uma renovação da APS, e justifica sua necessidade porque,

[...] há novos desafios epidemiológicos a enfrentar; é preciso corrigir as debilidades e as incoerências presentes nos enfoques mais limitados da APS; é necessário incorporar na prática cotidiana da APS novos conhecimentos e novos instrumentos para incrementar sua efetividade; é importante reconhecer o papel da APS em fortalecer a capacidade da sociedade para reduzir as desigualdades em saúde; é essencial entender que a APS constitui uma sólida prática para abordar e superar a falta de saúde e as desigualdades (Mendes, 2012, p.57).

Em meados da década de 80, com a insatisfação e as críticas crescente ao modelo de atenção predominante, emergiram novamente as discussões sobre a APS. Contrário ao enfoque individual da promoção da saúde, fez ressurgir a abordagem social, destacada, entre outros, pelo Relatório de Sir Douglas Black (*Black Report*), na Inglaterra, que despertou a atenção internacional para a amplitude da iniquidade social e a relação de classe social com indicadores de morbidade e mortalidade (Brasil, 2001a).

Na América Latina, essa observação já vinha sendo amplamente discutida, sobretudo na área acadêmica, por meio dos trabalhos de Juan Cesar Garcia, Asa Cristina Laurell, Jaime Breilh, Cecilia Donangelo e Sergio Arouca, entre vários outros, que no desenvolvimento do ensino da medicina preventiva e social introduziram importantes evidências resultantes da expansão da pesquisa no campo das ciências sociais aplicadas à saúde. Obviamente, a reação do que na época era visto como o Terceiro Mundo não alcançou maior repercussão na evolução das práticas discutidas nos países centrais. Enquanto no Sul destacavam-se as causas sociais, no Norte

discutiam-se possíveis abordagens individuais, sem que qualquer interação se viabilizasse entre os principais teóricos da época (Brasil, 2001a).

Em 1981, a “Primeira Conferência Nacional de Saúde”, no Canadá, introduziu a ideia de que o contexto social era um poderoso determinante da saúde porque moldava o comportamento individual. Admitiu-se que a escolha do estilo de vida dependia da classe social. Com isto, foi proposta uma visão ampliada de promoção da saúde, que implicava uma atuação sobre as iniquidades (incluindo o status socioeconômico), estendendo o âmbito da prevenção e apoiando a população no enfrentamento dessas circunstâncias. Assim, a promoção da saúde afastou-se dos estilos de vida, adotando uma nova orientação centrada nos fatores sociais e ambientais.

Posteriormente, em 1984, sob a liderança do ministro Jake Epp, em uma conferência canadense denominada “Além do Cuidado da Saúde”, com a participação do Escritório Europeu da Organização Mundial da Saúde (EURO/OMS), dois novos conceitos foram introduzidos: o de política pública saudável e o de cidade ou comunidade saudável. Admitiu-se, com isso, a influência na situação de saúde a partir de decisões políticas externas ao setor saúde e com o conceito de “cidade saudável” avançou-se rumo ao “empoderamento” e à participação social, que promoveriam a saúde por meio da descentralização do poder às comunidades locais. A estratégia de APS formulada em Alma-Ata, com o enfoque multissetorial, envolvimento comunitário e tecnologia apropriada reforçaram a promoção na direção da saúde ambiental (Brasil, 2001a).

Com esta motivação, foi planejada a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986, em colaboração com o Escritório Mundial da Saúde na Europa e a Associação Canadense de Saúde Pública. Tal sequência de eventos evidencia a clara inter-relação existente entre os conceitos de APS, promoção da saúde e cidades saudáveis (Brasil, 2001a).

A Carta de Ottawa, principal produto e documento final desta Conferência, define a promoção da saúde como "processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle do processo" sendo considerados pré-requisitos para a saúde a paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade" (Brasil, 2001a; Buss, Carvalho, 2009). Em consonância com essa compreensão:

A Promoção da Saúde corresponde ao conjunto de esforços orientados não apenas para a prevenção das doenças, mas fundamentalmente para o reforço da saúde. Enquanto as ações preventivas definem-se como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua prevalência e incidência nas populações, a promoção da saúde define-se, tradicionalmente, de maneira bem mais ampla que a prevenção, pois refere-se a medidas que não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas para aumentar a saúde e o bem-estar gerais (Rivera, Artmann, 2009, p. 184).

A Carta de Ottawa ampliou a concepção de Promoção da Saúde naquele determinado momento histórico, pois incorporou a importância e o impacto dos aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais nos determinantes da saúde (Reis, 2002).

Entre os campos de ação da promoção de saúde mencionados na Carta de Ottawa estão o estabelecimento de políticas públicas favoráveis à saúde, a criação de ambientes propícios à saúde, o fortalecimento da ação comunitária, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos serviços sanitários.

A formulação e implementação de **políticas públicas saudáveis** implica a construção da prioridade para a saúde entre políticos e dirigentes de todos os setores e em todos os níveis, com responsabilização por suas consequências sobre a saúde da população. Políticas públicas saudáveis materializam-se por meio de diversos mecanismos complementares, que incluem legislação, medidas fiscais, taxações e mudanças organizacionais, entre outras, e por ações intersetoriais coordenadas e voltadas para a

equidade em saúde, a distribuição mais equitativa da renda e as políticas sociais.

A **criação de ambientes favoráveis à saúde** não diz respeito somente à proteção do meio ambiente e à conservação dos recursos naturais. Denota, sobretudo, que a saúde é produzida socialmente em diferentes espaços e esses, por sua vez, são complexos, pois mantém relações de interdependência entre pessoas e meio ambiente. Transcende, portanto, o espaço físico e engloba o espaço social, por meio das relações, que se estabelecem entre os seres humanos. Nesses sentido, é importante que as pessoas participem da reflexão sobre potencialidades e problemas existentes em seus locais de convivência - escolas, unidades de saúde, hospitais, locais de trabalho, espaços de lazer e no município como um todo - para garantir a qualidade de vida nesses espaços (Buss, 2003; Westphal, 2006).

Com a evolução do movimento da promoção de saúde na América do Norte, surgiu o Movimento Cidades Saudáveis citado aqui por sua importância na compreensão do alcance e do significado da nova formulação dos conceitos de promoção de saúde. Esse movimento surgiu em 1984, em Toronto, no Canadá, e foi encampado pela OMS a partir de 1986. A OMS considera uma cidade saudável aquela em que os dirigentes municipais enfatizam a saúde de seus cidadãos numa ótica ampliada de qualidade de vida, de acordo com a proposta de promoção da saúde desenvolvida na Carta de Ottawa. O movimento alcançou inúmeras cidades de todo o mundo, formando redes regionais e globais, e tornou-se o mais difundido projeto estruturante da moderna promoção de saúde, tendo sido também incorporado como estratégia pelo movimento de municipalização da saúde no Brasil (Ferraz, 1993,1998; Buss, 1998; Mendes, 1999).

O incremento do **poder técnico e político das comunidades** (*empowerment*) têm como objetivo fortalecer em direitos e em participação, grupos, pessoas ou populações sujeitos a discriminação e exclusão, fiscalizar os poderes estatais e os grandes interesses econômicos e lutar contra a opressão. Entretanto, o fortalecimento das ações comunitárias só se con-

cretiza mediante capacitação dos setores marginalizados, formação de grupos que pressionem o Estado para garantia de direitos, redistribuição de recursos, informações e poder (Brasil, 2001b).

No Brasil, o conceito de *empowerment* é traduzido como “empoderamento”, por conta da dificuldade de sua tradução literal:

“Empowerment é um conceito complexo que toma emprestado noções de distintos campos de conhecimento. É uma idéia que tem raízes nas lutas pelos direitos civis, no movimento feminista e na ideologia da “ação social” presente nas sociedades dos países desenvolvidos na segunda metade do século XX. Nos anos 70, este conceito é influenciado pelos movimentos de auto-ajuda, e, nos 80, pela psicologia comunitária. Na década de 90 recebe o influxo de movimentos que buscam afirmar o direito da cidadania sobre as distintas esferas da vida social entre as quais a prática médica, a educação em saúde e o ambiente físico.” (Carvalho, 2004, p.1.090)

A palavra poder é explicitada como “capacidade e autoridade para influenciar o pensamento dos outros – poder sobre; ter acesso a recursos e bens – poder para; tomar decisões e fazer escolhas – poder para; resistir ao poder dos outros se necessário – poder de” (Pinto, 1988, p.251). O processo de *empowerment* pretende desenvolver todos esses tipos de poder.

O desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais favoráveis à saúde em todas as etapas da vida encontra-se entre os campos de ação da promoção da saúde. Para tanto, é imprescindível a divulgação de informações sobre a educação para a saúde, o que deve ocorrer no lar, na escola, no trabalho e em muitos outros espaços coletivos. Diversas organizações devem responsabilizar-se por tais ações. Esse componente da Carta de Ottawa resgata a dimensão da educação em saúde, embora aqui também avance com a ideia de *empowerment*, ou seja, o processo de capacitação (aquisição de conhecimentos) e de poder político por parte dos indivíduos e da comunidade.

A reorientação dos serviços de saúde presente na concepção da promoção da saúde vai além da mera responsabilidade em proporcionar ser-

viços clínicos e médicos. A superação do modelo biomédico, centrado na doença como fenômeno individual e na assistência médica curativa, também requer transformações significativas na organização e no financiamento do setor saúde.

A Carta de Ottawa contribuiu para o desenho de políticas públicas comprometidas com os direitos universais, o desenvolvimento sustentável e a redução das desigualdades sociais em saúde, tendo se tornado referência para a realização das demais sete Conferências Internacionais de Promoção à Saúde promovida pela OMS: Adelaide, 1988; Sundswall, 1991; Bogotá, 1992; Jacarta, 1997; México, 2000; Bangkok, 2005 e Nairóbi em 2009.

Essas conferências merecem ser mencionadas porque discutiram formas de operacionalizar o conceito de saúde como direito humano a ser conquistado, por colaborarem para o desenvolvimento conceitual da promoção em saúde e por articular propostas na agenda política de chefes de Estado e gestores de diferentes instâncias de poder no mundo inteiro, sempre numa perspectiva multisetorial, envolvendo um conjunto de ações variadas para o alcance da melhoria da qualidade de vida em nível global (Brasil, 2001b).

A II Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, realizada em Adelaide (Austrália) em 1988, enfatizou a elaboração de políticas públicas saudáveis, caracterizadas “pelo interesse e preocupação explícitos de todas as áreas das políticas públicas em relação à saúde e à equidade, e pelos compromissos com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população” (Brasil, 2001b, p.26). Além disso, destacou os benefícios econômicos a serem alcançados em longo prazo quando da adoção planejada em curto prazo de políticas públicas saudáveis.

O foco da III Conferência Internacional realizada em Sundsvall (Suíça), em 1991, um ano antes da ECO-92, firmou o compromisso das organizações do Sistema das Nações Unidas com o desenvolvimento sustentável

e procurou explicitar e enfatizar a interdependência entre ambiente e saúde. O propósito foi chamar a atenção do mundo para o tema do ambiente, em suas dimensões físicas, naturais, sociais, econômicas, políticas e culturais, e as consequências de sua degradação para a saúde das populações.

Um aspecto interessante da Declaração de Sundavall é o enfoque relativo às quatro condições necessárias para a criação de ambientes favoráveis e promotores da saúde:

- a dimensão social, que alerta para a necessidade de mudanças nas relações sociais tradicionais, quebrando o isolamento social que pode influenciar negativamente a saúde;
- a dimensão política, com enfoque na participação democrática nos processos de decisão e descentralização dos recursos;
- a dimensão econômica, que requer reescalonamento dos recursos para os setores sociais (inclusive a saúde) e para o desenvolvimento sustentável e, por fim,
- a utilização da capacidade das mulheres em todos os setores (Buss, 2000; World Health Organization - WHO, 1991).

A Declaração de Jacarta, fruto da IV Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, realizada na Indonésia em 1997, destacou que ações baseadas nas cinco estratégias elencadas na Carta de Ottawa são mais eficazes que estratégias isoladas. Ao apontar diferentes espaços para o desenvolvimento de políticas promotoras de saúde, ofereceu orientação prática para ações concretas (Brasil, 2001b).

A V Conferência Mundial, realizada na cidade do México em 2000, procurou avançar no desenvolvimento das prioridades da promoção de saúde para o século XXI, identificadas em Jacarta e confirmadas pela Assembleia Mundial da Saúde de 1998: a) promover a responsabilidade social em matéria de saúde; b) ampliar a capacitação das comunidades e dos indivíduos; c) aumentar os investimentos no desenvolvimento da saúde;

d) assegurar a infraestrutura necessária à promoção de saúde e fortalecer sua base científica; e) reorientar os sistemas e serviços de saúde.

O documento internacional intitulado “Declaração do México”, destacou que a Promoção da Saúde deve ser considerada uma prioridade fundamental de políticas e programas públicos locais, regionais, nacionais e internacionais, visando à equidade em saúde. Além disso, sinalizou o compromisso com o desenvolvimento da participação ativa de todos os setores e da sociedade civil na implementação das ações de Promoção da Saúde para fortalecer e ampliar parcerias na área da saúde (Brasil, 2001b).

A Carta de Bangkok para a Promoção da Saúde no Mundo Globalizado (WHO, 2005) resultou da VI Conferência Internacional sobre o tema. Esse encontro ocorreu em agosto de 2005, na capital tailandesa. O documento reafirmou a definição sobre a Promoção da Saúde redigida pela Carta de Ottawa e ressaltou as recomendações das conferências anteriores. Destacaram-se discussões sobre os desafios de promover a saúde num mundo globalizado, a saúde como uma responsabilidade central de todos, governos, organizações internacionais, setor privado, sociedade civil, ONG e comunidades. A Carta menciona ainda o *empowerment* comunitário como a chave do sucesso, sem, contudo, acrescentar novos elementos para realizar a educação na perspectiva comunitária ou individual no campo da Promoção da Saúde. As recomendações sobre a educação são pouco específicas e referem-se à sociedade civil em geral (WHO, 2005).

Uma diferença significativa entre as Cartas de Ottawa e de Bangkok é apontada por Laverack (2007). Segundo o autor, existe uma mudança fundamental com relação ao conceito de saúde, uma vez que a Carta de Bangkok foca no processo de capacitar as pessoas a ter maior controle sobre sua saúde e seus determinantes, enquanto a Carta de Ottawa tem foco preponderante nos determinantes sociais da saúde.

A decorrência das disputas conceituais com relação à Promoção da Saúde tem determinado diferenças nas práticas sanitárias. Tais ações po-

dem estar focadas tanto na responsabilidade individual, a partir de uma perspectiva comportamental, quanto no reconhecimento das determinações gerais das condições de vida e saúde na sociedade, conforme aponta a perspectiva contemporânea preconizada pela Carta de Ottawa. A opção da segunda concepção requer modelos de investigação e de avaliação de caráter integrado, multidimensional e intersetorial, frente aos problemas de saúde.

A VII Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde que aconteceu em Nairóbi no Quênia em 2009, teve como tema: “Chamada para a ação”. Uma chamada para a ação para superar o abismo entre o desenvolvimento e a promoção da saúde por meio do empoderamento comunitário e individual, do reforço dos sistemas de saúde, das parcerias e da ação intersetorial e da construção de competências para a promoção da saúde (OMS, 2009).

A análise de todas as conferências e reuniões que foram desenvolvidas desde a década de 70 revela a preocupação com a questão da saúde e da vida. Em Alma Ata a saúde foi considerada direito universal e definida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença. Em Ottawa, a saúde foi definida como um recurso para vida e não um objetivo para viver, numa dimensão positiva, quando mantém uma relação de interdependência com a qualidade de vida. Em Adelaide, a saúde foi considerada um sólido investimento social; em Sundsvall, foi destacada sua inseparabilidade e interdependência com o ambiente. Em Bogotá, a produção social da saúde foi atrelada a condições econômicas, sociais, culturais, ambientais, biológicas e de conduta. Em Jacarta, tais conceitos foram referendados e a saúde foi considerada essencial para o desenvolvimento social e econômico.

Em Bangkok, no cenário desafiador de um mundo globalizado, todos foram chamados se responsabilizar pela promoção da saúde. E, em Nairóbi, a exortação foi para que os princípios da promoção em saúde sejam operacionalizados de fato, porque o enfoque nas práticas permanece res-

trito e tem sido pequena a capacidade de resposta e responsabilidade de setores e sujeitos sociais nos processos de mudança.

Até agora, foram discutidas as conferências sobre promoção da saúde no cenário internacional. É pertinente comentar como estas ideias foram sendo introduzidas na América Latina e no Brasil.

O ideário da promoção da saúde foi discutido na Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde nas Américas, realizada na Colômbia, no ano de 1992, cujo documento final é a Declaração de Santa Fé de Bogotá, que marca as discussões sobre o tema no contexto dos países latino-americanos em desenvolvimento.

Essa Declaração enfatizou a necessidade de superação das condições de pobreza, sofrimento e enfermidades, sobrepostas aos efeitos dos processos de urbanização e industrialização desordenados, que produzem iniquidades de saúde de graves proporções. O documento propõe ainda o fortalecimento das políticas públicas saudáveis, a capacidade organizativa e participativa da população e a atuação mais ampla e intersetorial dos profissionais de saúde (Brasil, 2001b; Freitas 2003).

No Brasil, as premissas que embasaram a construção do moderno conceito de promoção da saúde também permearam o Movimento da Reforma Sanitária, que foi se ampliando ao longo dos anos 80, incluindo lideranças políticas, sindicais e populares, bem como parlamentares que criticavam o modelo de saúde vigente e propunham alternativas e orientações para a construção de um novo modelo de atenção à saúde. Como fruto desta mobilização, no bojo mais amplo da luta pela democratização do Estado Brasileiro, foi proposto o Sistema Único de Saúde.

Os fundamentos sobre Promoção da Saúde foram introduzidas em meados dos anos 80 na VIII Conferência Nacional de Saúde e com a promulgação da Constituição cidadã (Carvalho, 2010). Tais eventos revelam um momento histórico no qual o direito universal à saúde, o controle soci-

al mediante a participação e a busca da equidade tornam-se marcantes no discurso sócio-sanitário brasileiro.

Quando se observa o conteúdo da Carta de Ottawa e do Relatório Final VIII Conferência Nacional de Saúde, constata-se que os dois documentos valorizam a interdisciplinariedade enquanto recurso para análise, a intersetorialidade na concretização das práticas e políticas sociais e o controle social como estratégia de democratização, estabelecendo “novas relações de cidadania entre a Sociedade e Estado” (Pedrosa, 2001, p. 164). Embora os dois documentos sejam produto de trajetórias históricas específicas, afirmam-se como discursos contra-hegemônicos num contexto de agravamento das iniquidades sociais resultantes do desenvolvimento econômico global.

Na década de 1990, os princípios e diretrizes da Promoção da Saúde influenciaram a elaboração do arcabouço teórico do modelo de Vigilância à Saúde, a proposta de Cidades Saudáveis e a reorganização da rede básica de saúde no Brasil (Carvalho, 2010).

A promoção da saúde no SUS foi ratificada em 2006, quando o Ministério da Saúde propôs a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), cuja institucionalização ocorreu por meio da Portaria 687 GM/MS, de 30 de março de 2006 (Brasil, 2006). O objetivo geral dessa política é promover a qualidade de vida, reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes, a saber: modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais.

Para garantir a integralidade do cuidado, a PNPS estabelece estratégias de organização das ações de promoção da saúde e define responsabilidades nas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde. O alcance desse propósito deve ocorrer por meio de ações integradas e intersetoriais em que os setores privados e os do governo, bem como os não governamentais, juntamente com a sociedade, participam em conjunto do debate

sobre a determinação social da saúde e potencializam formas amplas de intervenção. O Anexo 1 (documento que embasa a portaria da PNPS), reitera a importância da determinação social do processo saúde doença e a necessidade de mudança do modelo assistencial em saúde.

"No SUS a estratégia de promoção da saúde é retomada como uma possibilidade de enfocar os aspectos que determinam o processo saúde doença adoecimento em nosso país como, por exemplo: violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada, deteriorada, e potencializar formas mais amplas de intervir em saúde".

Tradicionalmente os modos de viver têm sido abordados numa perspectiva individualizante e fragmentária e, colocam os sujeitos e as comunidades como os responsáveis únicos pelas várias mudanças/arranjos no processo saúde-adoecimento ao longo da vida. Contudo, na perspectiva ampliada de saúde, como definida no âmbito da Reforma Sanitária Brasileira, do SUS, e das Cartas da Promoção da Saúde, os modos de viver não se referem apenas ao exercício, os modos como sujeitos e coletividades elegem determinadas opções de viver como desejáveis, organizam suas escolhas e criam novas possibilidades para satisfazer suas necessidades, desejos e interesses pertencem à ordem coletiva, uma vez que seu processo de construção dá-se no contexto da própria vida". Propõe-se, então, que as intervenções em saúde, ampliem seu escopo, tomando como objeto os problemas e necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes de modo que a organização da atenção e do cuidado envolva, ao mesmo tempo, as ações e serviços que operem sobre os efeitos do adoecer e àqueles que visem o espaço para além dos muros das unidades e do sistema de saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e coletividades no território onde vivem e trabalham" (Brasil, 2006).

Embora os preceitos contidos na PNPS ganhem cada vez mais importância, porque se baseiam no esforço de gerar saúde, ao invés de apenas evitar ou curar doenças, a análise dos textos dessa Política evidencia ambiguidades que não contribuem para a transformação efetiva das práticas em saúde.

Estudo realizado por Gomes (2009) que, entre outros objetivos, buscou identificar no contexto brasileiro as ações mais priorizadas pela PNPS

face ao Estado neoliberal, aponta várias contradições. Por exemplo: ainda que o texto da política mencione o direito da população à saúde com base em um conceito ampliado de saúde, que reconhece o peso da determinação social sobre a qualidade de vida das pessoas, são priorizadas as ações individuais, em detrimento das coletivas. Existe um estímulo ao empoderamento individual, no qual é reforçada a necessidade de adoção de estilos de vida e hábitos saudáveis, evitando riscos e danos à saúde. Porém, não se observa a preocupação com o empoderamento coletivo, em que haveria um reforço da ação coletiva e política sobre os determinantes do processo saúde-doença. Outra incoerência observada é o fato de que as ações focalizarem mais a prevenção das doenças, embora a política seja de promoção da saúde, em que a responsabilidade seria atuar sobre as causas dos problemas de saúde.

[...] Esse deslocamento de promoção para prevenção pode ser observado na própria reconfiguração do local onde a PNPS estava, inicialmente sendo gestada, que era na Secretaria Executiva do Ministério da Saúde tendo sido transferida para a Coordenação Geral das Doenças e Agravos não transmissíveis, da Secretaria de Vigilância em Saúde. Ou seja, uma política que nasceu com um recorte transversal, que buscava integrar diferentes áreas do Ministério da Saúde, restringe a participação de uma secretaria executiva, que poderia estar potencializando essa transversalidade, e se desloca para uma coordenação de doenças e agravos (Gomes, 2009, p. 74).

O autor menciona ainda o incentivo à constituição das grandes redes nacionais relacionadas a práticas corporais e atividades físicas e aos núcleos de prevenção de violências e promoção da saúde, julgando necessário avaliar o que essas redes estão produzindo em relação às ações de promoção da saúde. Para o pesquisador, as formas existentes (formulário específico e consulta via Vigitel, para as ações de práticas corporais), ainda não propiciaram elementos para uma avaliação mais criteriosa.

A análise dos discursos da PNPS no Brasil mostrou que, apesar da identificar “[...] os efeitos nocivos decorrentes das precárias condições de vida e das profundas iniquidades sociais existentes no Brasil contemporâ-

neo, não problematiza a banalização do regime de injustiças imperante". A evocação dos problemas sociais identificados como "modos de viver" deixa de refletir sobre como e porque eles aparecem e as suas formas de se reproduzirem, e, por conseguinte, impossibilita operacionalizar algum tipo de ação (Traverso-Yépez, 2007).

Em relação ao incentivo da participação social envolvendo usuários, movimentos sociais, trabalhadores da saúde ou gestores, mediante construção da gestão compartilhada, esse discurso está em desacordo com as "... formas hierárquicas de relacionamento vigentes em uma sociedade tão vertical e estratificada" como a brasileira, na qual está

"...implícita a privação crônica de possibilidades de ação, escolhas, recursos, poder e direitos civis, culturais, econômicos, políticos e sociais para grandes setores da população. E esse conjunto de limitações que gera a experiência subjetiva de déficit estrutural que se expressa como anomia social, inviabilizando a participação e o envolvimento das pessoas" (Traverso-Yépez, 2007, p. 230).

Não obstante à importância da intersetorialidade como uma proposta de articulação transversal para resolver problemas e necessidades, devem ser consideradas as relações desiguais de poder vigente e as dificuldades de comunicação entre diferentes sujeitos sociais, "quando levados a trabalhar em favor de ações consensuadas". As "redes de compromisso e corresponsabilidade" parecem interessantes, mas nada fáceis de atingir no atual contexto de profundos individualismos e competitividades (Traverso-Yépez, 2007).

Embora a literatura científica seja rica em argumentações que sustentam que a promoção da saúde é um dos caminhos para a mudança do modelo assistencial hegemônico e uma possibilidade de melhoria da qualidade de vida, não há como negar o desafio de operacionalizá-la diante do contexto de globalização e das profundas iniquidades sociais existentes no Brasil.

Nessa conjuntura, entrevista realizada por Antunes (2012) com a secretária executiva da Associação Latino americana de Medicina Social (Alames), e com a presidente do Centro de Estudos em Saúde (Cebes), revelaram críticas contundentes com relação às declarações da OMS sobre determinação social da saúde. Segundo a Secretária Ana Lucia Casallas, a grande crítica que pode ser feita tanto a Carta de Ottawa quanto à Declaração de Alma-Ata está em seu caráter despolitizado.

Essas declarações são prolíficas nos conceitos explicativos das desigualdades sociais, incorporam novas categorias e reiteram estratégias para combatê-las, mas são tímidas e insuficientes no enfrentamento ao poder do mercado e à perda de legitimidade dos Estados nacionais.

Para ela, a Declaração do Rio, produzida durante a Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde, realizada em outubro de 2011, no Rio de Janeiro,

[...] é interessante quando reafirma aspectos relevantes para a realização da saúde no mundo, coloca as iniquidades em saúde como produto das desigualdades sociais e reafirma o papel dos governos para superá-las. Suas limitações estão nas respostas fragmentadas, que dão pouca margem de manobra... O caráter descontextualizado da Declaração reflete a visão hegemônica de determinação social da saúde adotada pela OMS. Essa visão privilegia a epidemiologia clássica, deixando de lado as contribuições da epidemiologia crítica, da medicina social e da saúde coletiva latino americanas. Esta abordagem é identificável por uma visão neutra e tecnocrática dos problemas, que não interpela o modelo de acumulação e distribuição capitalista. Por isso acabam se convertendo em discursos frágeis frente à imposição do mercado [...].

A presidente do Cebes, Ana Maria Costa, considera louvável a Declaração do Rio retomar os princípios das declarações Alma-Ata e Ottawa, reavivando em âmbito global os debates sobre a determinação social da saúde iniciados na década de 1970. Entretanto, para ela o documento peca principalmente pelo que não está no texto.

A Declaração pincela alguns aspectos, mas jamais vai recomendar que os países façam dotação orçamentária estabelecendo valores mínimos do PIB [Produto Interno Bruto] para a saúde, que tenham maior controle sobre os

sistemas de saúde privados, sobre a indústria farmacêutica e de equipamentos médicos, por exemplo [...].

O que se pode ponderar das declarações supracitadas é que, embora a promoção da saúde seja uma proposta para mudar paradigmas e estratégias de ação em saúde, não tem sido colocada em prática. O conhecimento teórico existente sobre o tema e o simples discurso de caráter político-prescritivo nos textos da PNPS não são suficientes para a ação, sendo necessário considerar e refletir sobre sua viabilidade na sociedade brasileira, profundamente desigual.

As ambiguidades presentes nos documentos da PNPS refletem as disputas entre diferentes forças sociais que conflitam o tempo todo: pensadores da Promoção da Saúde Moderna, que acreditam que as ações devem estar focadas na responsabilidade individual a partir de uma perspectiva comportamental, e os defensores da Nova Promoção da Saúde, que acreditam que as ações devem partir do reconhecimento das determinações gerais das condições de vida e saúde na sociedade, conforme preconizou a Carta de Ottawa.

Apesar das contradições presentes nos documentos da PNPS, existem iniciativas significativas em âmbito ministerial que corroboram para que a proposta de promoção da saúde seja uma realidade no Brasil. A recente institucionalização da Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS), por meio da Portaria Nº 2.761 de 19 de novembro de 2013 (Brasil, 2013), certamente contribuirá para fortalecer um dos campos da promoção da saúde que é o **poder técnico e político das comunidades**, porque parte das experiências locais, buscando potencializar seu caráter de articulação, produção de conhecimento e intervenção na luta por saúde.

Outro campo da promoção da saúde a ser contemplado pela educação popular em saúde é o **desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais**. No âmbito da ESF, a educação em saúde é uma prática atribuída a todos os profissionais que compõem a equipe de saúde e espera-se que

contribua para o desenvolvimento de parcerias com os grupos sociais para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença, desenvolvendo processos educativos para a saúde voltados à melhoria do autocuidado.

A Educação Popular em Saúde é uma proposta educativa capaz de responder às novas bases conceituais e aos objetivos da promoção à saúde porque tem potencial não apenas para mudar hábitos que levam ao desenvolvimento de doenças, mas permite aos usuários refletir sobre suas condições de vida, entendendo sua inserção no processo histórico. A partir disso, podem intervir sobre suas vidas e sobre o ambiente em que interagem, transformando a realidade existente (Chiesa, Veríssimo, 2001).

A emancipação dos indivíduos como um instrumento necessário e importante para a transformação da sociedade vem ao encontro de uma afirmação de Paulo Freire: “o que importa ao ajudar os homens e mulheres é ajudá-los a se ajudarem... fazê-los agentes de suas próprias recuperações... pô-los numa postura conscientemente crítica diante de seus problemas” (Freire, 1996).

Um dos quatro eixos estratégicos do PNEP é denominado “intersectorialidade e diálogos multiculturais” e têm como objetivo promover o encontro e a visibilidade dos diferentes setores e sujeitos sociais em sua diversidade, visando o fortalecimento de políticas e ações integrais, para responder à complexidade dos inúmeros desafios e necessidades sociais.

A promoção da saúde é um campo em constante desenvolvimento. Quando analisada a PNPS, podem ser identificados equívocos conceituais e operacionais, mas também avanços importantes. A PMEPS é um exemplo desses avanços, ao propor um conjunto de reflexões e práticas sociais comprometidas com o aperfeiçoamento democrático e a consolidação da intersectorialidade.

No que concerne à evolução das políticas de saúde, as visões antagônicas e as disputas existentes podem ser consideradas uma característica

recorrente, além de um fato histórico. Uma compreensão mais ampla desse processo será abordada no capítulo a seguir, que irá revisitar os caminhos e descaminhos das políticas de saúde desde o período colonial até o contexto atual do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

Antunes A. De Alma-Ata ao Rio. Fórum Popular de Saúde – PR, 2012 jan. 05. [Internet]. Rio de Janeiro; 2012 [citado 2013 jan. 19]. Disponível: <http://fopspr.wordpress.com/2012/01/05/de-alma-ata-ao-rio>.

Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde: cartas e declarações das Conferências Internacionais de Promoção da Saúde. Brasília; 2001a.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 687, de 30 de março de 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde [Internet]. Brasília; 2006 [citado 2013 jan. 19]. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/formas-de-gestao-do-sus/portarias/portaria_n_687_gm_de_30_de_marco_de_2006.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). In: Brasil. Ministério da Saúde. Brasília; 2013.

Buss PM. Promoção da Saúde e Saúde Pública: contribuição ao debate entre as Escolas de Saúde Pública da América Latina. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz; 1998.

Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciênc Saúde Coletiva. 2000;5(1):163-77.

Buss PM, Carvalho AL. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). Ciênc Saúde Coletiva. 2009;14(6):2305-60.

Buss PM. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p 15-38.

Carvalho SR. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de promoção da saúde. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(4):1088-95.

Carvalho SR. *Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança*. São Paulo: Hucitec; 2010.

Chiesa AM, Veríssimo MLOR. A educação em saúde na prática do PSF. In: IDS; USP; MS. (Org.). *Manual de Enfermagem. Programa de Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001, p. 34-42. Disponível em: http://www.ee.usp.br/doc/manual_de_enfermagem.pdf.

Cueto M. The origins of primary health care and selective primary health care. *Am J Public Health*. 2004;94(11):1864-74.

Czeresnia D, Machado CF, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, concepções e tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.

Czeresnia D. Ações de promoção à saúde e prevenção de doenças: o papel da ANS. Texto elaborado para o Fórum de Saúde Suplementar [Internet]. Julho de 2003 [citado 2012 nov. 15]. Disponível em: www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd65/AcoesPromocaoSaude.pdf.

Ferraz ST. A pertinência da adoção da filosofia de cidades saudáveis no Brasil. *Saúde Debate*. 1993;(41):45-9.

Ferraz ST. Promoção da saúde: viagem entre dois paradigmas. *Rev Adm Pública*. 1998;32(2):49-60.

Freitas CM. A vigilância da saúde para a promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p.141-59.

Freire P. *Pedagogia do oprimido*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

Gomes ML. *Política Nacional de Promoção da Saúde: potência de Transformação ou política secundária? [dissertação]*. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2009.

Lalonde M. *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa: Canadian Department of National Health and Welfare; 1974.

Laverack G. Health Promotion practice: building empowered communities. Londres: McGraw-Hill; 2007.

Leavell HR, Clark EG. Medicina preventiva. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil; 1976.

Luz MT. Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007.

Magnussen L, Ehiri J, Jolly P. Comprehensive versus selective primary health care: lessons for global health policy. *Health Aff (Millwood)*. 2004;23(3):167-76.

Mendes EV, organizador. Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1999.

Mendes EV. A APS no Brasil. In: Mendes EV, organizador. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, DF: OPAS; 2012. p. 71-99.

Organização Mundial de Saúde. Boletim informativo da 7ª Conferência Global sobre a Promoção da Saúde; Nairobi; 2009.

Pasche DF, Hennington EA. O Sistema Único de Saúde e a promoção da saúde. In: Castro A, Malo M. SUS: ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: Hucitec; 2006. p.19-40.

Pedrosa JIS. Educação popular, saúde, institucionalização: temas para debate. *Interface Comunic Saúde Educ*. 2001;5(8):137-8. ok

Pinto C. Empowerment, uma prática de Serviço Social. In: Barata O, coordenador. Política social. Lisboa: ISCSP, 1988. p. 247- 64.

Rabello LS. Promoção da saúde: a construção social de um conceito em perspectiva comparada. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010.

Reis INC. Promoção da saúde e reorientação de serviço: a experiência do Centro de Saúde Escola Germano Sinval de Faria. In: Zancan L, Bodstein R, Marcondes WB, organizadores. Promoção da saúde como caminho para o desenvolvimento local: a experiência em Manguinhos - RJ. Rio de Janeiro: ABRASCO/Fiocruz; 2002. p. 111-57.

Rivera JU, Artmann E. Promoção da saúde e planejamento estratégico situacional: intersectorialidade na busca de maior governabilidade. In: Czeresnia D, Freitas CMF, organizadoras. Promoção da saúde: concepções e tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 183-206.

Sícoli JL, Nascimento PR. Promoção da saúde: concepções, princípios e operacionalização. Interface Comun Saúde Educ. 2003;7(12):91-112.

Stotz EN, Araujo JWG. Promoção da saúde e cultura política: a reconstrução do consenso. Saude Soc. 2004;13(2):5-19.

Traverso-Yépez M. Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional. Interface Comunic Saúde Educ. 2007;11(22):223-38.

UNICEF Brasil. Cuidados primários de saúde. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, URSS, 1978 set. 6-12.

Valadão MM. Saúde na escola: um campo em busca de espaço na agenda intersectorial [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2004.

Verdi M, Caponi S. Reflexões sobre a promoção da saúde numa perspectiva bioética. Texto Contexto Enferm. 2005;14(1):82-8.

Westphal MF. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 2006. p.635-667.

World Health Organization. Sundsvall Charter for Health Promotion [Internet]. Geneva; 1991 [cited 18 Jan 2012]. Available from: <http://www.who.int/hpr/docs/sundsvall.html>.

World Health Organization. The Bangkok Charter for Health Promotion [Internet]. Geneva; 2005. [cited 2012 Jan 17] Available: <http://www.who.int/hpr/docs/bangkok.html>.

CAPÍTULO 3

POLÍTICAS DE SAÚDE: DO DESCOBRIMENTO DO BRASIL À PRO- POSTA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

A evolução histórica das políticas de saúde no Brasil está diretamente relacionada à evolução social, política e econômica da sociedade brasileira. O cenário político e econômico característico de cada período histórico, os avanços no conhecimento científico e o perfil epidemiológico determinaram as práticas sanitárias.

No **período colonial**, de 1500 até o Império, o Brasil encontrava-se à margem do capitalismo mundial, submetendo-se econômica e politicamente à metrópole Portugal, sendo que a exploração econômica da colônia ocorreu em ciclos - do pau-brasil, da cana de açúcar, da mineração e do café (Bertolli Filho, 2008).

Não havia nenhum modelo público de atenção à saúde da população. A atenção à saúde limitava-se aos recursos próprios da terra (plantas, ervas), utilizados por pessoas cujos conhecimentos empíricos desenvolviam suas habilidades na arte de curar (curandeiros, xamãs, parteiras leigas). O perfil epidemiológico caracterizava-se pelas doenças pestilenciais e o cenário político econômico era de um país agrário e extrativista.

No século XVI, a necessidade de internação de enfermos sem recursos financeiros, ou pessoas recém-chegadas ao Brasil, sem família e moradia, acarretou a criação das Santas Casas da Misericórdia, de cunho filantrópico, estabelecidas nos moldes da existente em Lisboa, Portugal.

Com a vinda da família real ao Brasil em 1808, houve necessidade da organização de uma estrutura sanitária mínima, capaz de dar suporte ao poder que se instalava na cidade do Rio de Janeiro. Ainda em 1808, Dom João VI fundou o Colégio Médico-Cirúrgico no Real Hospital Militar da Cidade de Salvador, Bahia, cujo objetivo era “a proteção da saúde da população segundo os modelos europeus e a defesa da ciência, o que contribuiu para a construção da hegemonia da prática médica no Brasil” (Bertolli Filho, 2008). Também nessa época, foi criada a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro, anexa ao Real Hospital Militar.

Em 1851, as atividades de saúde pública passaram a contar com a atuação de um órgão denominado Junta Central de Higiene Pública, que desempenhava atividades de polícia sanitária, vacinação antivariólica e fiscalização do exercício da medicina. A Junta era diretamente subordinada ao Ministério do Império e composta pelo presidente escolhido pelo governo, o provedor de saúde do porto, o inspetor do Instituto Vaccínico, o cirurgião-mor do Exército e o da Armada. As visitas das embarcações, função antes exercida pela *Inspecção da Saúde do Porto*, a vigilância das boticas, lojas de drogas, mercados, armazéns e todos os lugares que pudessem prover dano à saúde pública, passaram a ser objeto de trabalho da Junta, órgão administrativo do governo Imperial (Pimenta, 2004).

A atuação do Estado na assistência médica restringia-se à internação de doentes graves em lazaretos e enfermarias improvisadas e à internação dos loucos no Hospício criado pelo Imperador. Os serviços médicos hospitalares estavam nas mãos de entidades filantrópicas nas cidades maiores (Escorel, Teixeira, 2008).

O período de 1889 a 1930, conhecido como **primeira República até a Revolução de 30**, foi marcado pela economia agroexportadora, baseada na monocultura do café, cujos lucros foram parcialmente aplicados nas cidades. Isso favoreceu a industrialização, a expansão das atividades comerciais e o aumento acelerado da população urbana, engrossada pela chegada dos imigrantes no final do século XIX (Bertolli Filho, 2008).

Enquanto o Brasil estabelecia a República Federativa e vivia a fase de ouro do café, os países europeus e os EUA já passavam pela Segunda Revolução Industrial e tornavam-se exportadores de capitais e serviços (Escorel, Teixeira, 2008). Embora a proclamação da república tenha estabelecido uma nova forma de organização do aparelho estatal, o poder continuava centralizado e o país era governado pelas oligarquias dos estados mais ricos, especialmente São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais.

A tradição de controle político pelos grandes proprietários (o coronelismo) impôs ainda normas de exercício do poder que representavam os interesses capitalistas predominantemente agrários. Os programas partidários nunca chegaram a se configurar numa perspectiva de âmbito nacional. Das 19 organizações políticas que atuaram até o movimento de 1930, nenhuma excedeu a disciplina imposta pela defesa de interesses regionais, embora pudessem compor, eventualmente, alianças que dominaram as práticas políticas até aquela data (Polignano, 2013). Apenas a eleição do Presidente da República pelo voto direto, de quatro em quatro anos, produziu lutas efetivas em que se condensavam os conflitos no interior do sistema.

Com a Abolição da Escravatura em 1888, e consequente crise da mão de obra escrava, intensificaram-se as correntes imigratórias provenientes, principalmente, da Itália, Espanha e Portugal. Os trabalhadores provenientes da Europa tinham ideias anarquistas, sendo frequentes os protestos e greves nesse período. O quadro sanitário era caótico, caracterizado por de epidemias de febre amarela, peste bubônica e varíola que continuavam a matar a escassa população de pessoas dispostas a vir para o Brasil. Esta situação acabou gerando sérias consequências, tanto para saúde coletiva quanto para outros setores como o do comércio exterior, visto que os navios estrangeiros não mais queriam atracar no porto do Rio de Janeiro em função da situação sanitária existente na cidade (Costa, 1986).

Isso determinou que Rodrigues Alves, então presidente do Brasil, nomeasse Oswaldo Cruz, ex-aluno e pesquisador do Instituto Pasteur,

como Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública, que organizou e implementou progressivamente instituições públicas de higiene e saúde no Brasil.

O modelo de atenção adotado foi o **Sanitarismo Campanhista**, de inspiração americana, mas importado de Cuba. Tinha como objetivo combater as epidemias urbanas e, mais tarde, as endemias rurais. A preocupação era com o saneamento dos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e a erradicação ou controle das doenças que poderiam afetar a exportação. Caracterizava-se por uma visão militarista, de combate às doenças de massa, concentração de decisões e um estilo repressivo de intervenção sobre os corpos individual e social (Mendes, 1993).

Foi em torno do modelo sanitarista que se concentrou o discurso dominante da política de saúde pública no Brasil, atrelada aos interesses econômicos e políticos das classes dominantes nacionais. As práticas sanitárias não tinham como alvo de intervenção a população, mas a purificação do ar e a limpeza das ruas e das casas, para controlar um conjunto de doenças que ameaçavam a manutenção de força de trabalho e a expansão das atividades econômicas capitalistas (Costa, 1986).

O perfil autoritário, traço forte desse modelo, deixou profundas raízes na cultura institucional do sistema de saúde brasileiro, que nem mesmo o Sistema Único de Saúde, com todo esforço de democratização e descentralização conseguiu reverter (Luz, 1991; Mendes, 1993). Prova insofismável desse fato são as ações conduzidas pelo Ministério da Saúde, com seus inúmeros programas centralizados, que dispõem de uma administração única e vertical, constituindo um conjunto de normas e princípios definidos centralmente, gerando pequena ou nenhuma integração com as demais ações assistenciais (Luz, 1991; Mendes, 1993).

A partir da década de 20, com a acumulação capitalista advinda do comércio exterior, tornou-se possível o início do processo de industrialização no País, que se deu principalmente no eixo Rio-São Paulo. Tal proces-

so foi acompanhado por uma urbanização crescente e a utilização de imigrantes, especialmente europeus (italianos, portugueses), como mão-de-obra nas indústrias, visto que já possuíam grande experiência neste setor, que era muito desenvolvido na Europa.

O desenvolvimento do comércio nos grandes centros exportadores também começou a atrair imigrantes de outras regiões do país, principalmente do Nordeste, que traziam consigo doenças típicas de sua região de origem, como a esquistossomose e a doença de Chagas.

O foco para combate das doenças até então epidêmico, passou a exigir uma atuação diferente, pois além das medidas de caráter coletivo, era necessário o atendimento individual, a conscientização sanitária e a colaboração do doente (Nunes, 2000).

A corrente médico-sanitária defendia a “noção de que o processo saúde-doença era um fenômeno coletivo de saúde - portanto, uma questão de saúde pública, mas determinado, em última análise, pelas questões próprias das pessoas, dos indivíduos” (Merhy, 1997, p.206). Assim, as ações educacionais voltadas à higiene ambiental e individual passaram a ser consideradas as principais ferramentas no campo da saúde pública. Nesta lógica, medicina e saúde pública eram vistas como campos científicos distintos: a primeira, como instrumento de cura ligado à patologia e à terapêutica, e a segunda, como espaço de educação sanitária e organização administrativa dos serviços voltados à prevenção e à promoção da saúde.

No ano de 1919, numa conjuntura de crise sanitária ocasionada pela epidemia gripe espanhola, foi indicado o cientista Carlos Chagas, oriundo do Instituto Oswaldo Cruz, para suceder seu mestre, o próprio Oswaldo Cruz (já falecido), e assumir o Departamento Nacional de Saúde.

Assim, em 1920, Carlos Chagas assumiu e reestruturou o Departamento Nacional de Saúde, então ligado ao Ministério da Justiça. Introduziu a propaganda e a educação sanitária na técnica rotineira de ação, ino-

vando o modelo campanhista de Oswaldo Cruz que era puramente fiscal e policial.

Criaram-se órgãos especializados na luta contra a tuberculose, a lepra e as doenças sexualmente transmissíveis. A assistência hospitalar, infantil e a higiene industrial foram destacados como problemas individualizados. Expandiram-se as atividades de saneamento para outros estados, além do Rio de Janeiro, e criou-se a Escola de Enfermagem Anna Nery (Braga, Paula, 1981; Lima, Pinto, 2003; Polignano, 2013).

Nessa época, as condições de trabalho e os direitos trabalhistas eram inexistentes. Os operários não tinham férias, jornada de trabalho definida, pensão ou aposentadoria. Os imigrantes, especialmente os italianos (anarquistas), que traziam consigo histórias do movimento operário na Europa e dos direitos trabalhistas que já tinham sido conquistados pelos trabalhadores europeus, procuraram mobilizar e organizar a classe operária no Brasil na luta pela conquista dos seus direitos.

Essa situação culminou em duas grandes greves gerais que pararam o País, uma em 1917 e outra em 1920. Em decorrência dessas agitações sociais, o Congresso Nacional aprovou em 24 de janeiro de 1923 a Lei Elói Chaves, considerada o **embrião** da Previdência social no Brasil (Mendes, 1993). Por meio desta lei foram instituídas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP).

A primeira CAP criada foi a dos ferroviários, o que pode ser explicado pela importância que esse setor desempenhava na economia brasileira naquela época e pela capacidade de mobilização que a categoria dos ferroviários possuía. As CAP não tinham caráter automático e, para serem criadas, dependiam da mobilização dos trabalhadores de determinada empresa (Polignano, 2013).

Embora organizadas por empresas, o financiamento das CAP advinha de três fontes: Estado, empresas empregadoras e empregados. Os benefícios eram proporcionais às contribuições e variavam de CAP para CAP,

mas os principais eram a assistência médica-curativa e o fornecimento de medicamentos, a aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, a pensão para os dependentes e o auxílio funeral.

Em 1930, o sistema já abrangia 47 caixas, com 142.464 segurados ativos, 8.006 aposentados, e 7.013 pensionistas. Os trabalhadores rurais e informais continuavam sem acesso a qualquer tipo de benefício (Mendes, 1993).

Contudo, entre 1920 a 1930, instalou-se uma crise financeira internacional que influenciou diretamente a economia nacional. Com a quebra da bolsa de valores de Nova York em 1929, ocorreu uma imobilização do setor agroexportador e, conseqüentemente, de toda economia nacional. A diminuição do poder das oligarquias agrárias foi, portanto, reflexo de uma intensa crise econômica e forte insatisfação social.

Em meio a este cenário, Getúlio Vargas deflagrou a Revolução de 1930, que rompeu com poder da chamada política do “café com leite”, caracterizada pela hegemonia dos grandes fazendeiros que indicavam presidentes oriundos somente dos estados de São Paulo e Minas Gerais. A revolução de 30 contou com o forte apoio de camadas médias urbanas, como intelectuais, profissionais liberais e militares, particularmente os tenentes.

As reformas na saúde pública que haviam se iniciado na República Velha, com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública em 1920, assumiram nova configuração no governo varguista, de forte caráter nacionalista, centralizador e corporativista.

A Era Vargas (1930-1945) carregou para o aparelho estatal demandas de outros grupos, além dos cafeicultores, como, por exemplo, os tenentes que queriam uma ação estatal mais centralizada e voltada para os interesses nacionais em detrimento dos interesses das oligarquias estaduais. Apoiado pela crescente massa de trabalhadores que reivindicavam melho-

res condições de trabalho e vida, o presidente iniciou mudanças na estrutura do Estado (Hochman, 2005).

Uma das primeiras iniciativas foi a criação do Ministério do Trabalho Indústria e Comércio, para intervir quando necessário nos conflitos entre o capital e o trabalho. Até então as questões relativas ao mundo do trabalho eram tratadas pelo Ministério da Agricultura, sendo praticamente ignoradas pelo governo federal.

O novo Ministério do Trabalho passou a tomar providências para que a garantia trabalhista fosse estendida a um número significativo de trabalhadores. Assim, em 1933, as antigas CAP foram transformados em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), organizadas por categorias profissionais e não mais por empresas, e com uma maior participação do componente estatal. Permaneciam, porém, as disparidades entre os planos de benefícios oferecidos, em virtude da capacidade financeira de cada IAP e aqueles que representavam categorias de profissionais mais abonadas obtinham uma atenção diferenciada (Hochman, 2005).

Anos mais tarde, em 1960, essas várias instituições previdenciárias e a multiplicidade de tratamentos a seus usuários motivaram o governo a unificar os IAP, com a promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social, o que determinou direitos e deveres semelhantes para todos os trabalhadores sujeitos ao regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), além de uniformizar procedimentos, normas, critérios de concessão de benefícios e prestação de serviços.

Apesar dos IAP estarem voltados prioritariamente para os benefícios e as pensões, também ofereciam serviços médicos. A assistência era limitada aos trabalhadores inseridos em empregos formais (considerados cidadãos), organizados conforme o sindicalismo instituído por Vargas e, portanto, atrelado aos interesses do Estado. Os trabalhadores informais (considerados não-cidadãos), contavam apenas com ações assistencialistas, pontuais e fragmentadas.

Referindo-se as questões de poder no governo populista de Getúlio Vargas, Luz (1991, p. 79) afirma que:

Desde o início, a implantação dos programas e serviços de auxílios e de atenção médica foi impregnada de práticas clientelistas, típicas do regime populista que caracterizou a Era Vargas. Tais práticas se ancoraram também nos sindicatos de trabalhadores, os quais ajudaram a criar normas administrativas e políticas de pessoal adequadas às estratégias de cooptação das elites sindicais 'simpatizantes' e de exclusão das discordantes, alçando aquelas à direção das instituições e à gestão dos programas governamentais.

O clientelismo também se baseou no atrelamento dos sindicatos e dos institutos ao Estado, através do controle da seleção, eleição e formação dos seus dirigentes, bem como da participação e gestão nesses dois tipos de organização social. Sobretudo no Estado Novo (1937-1945), Vargas pôde dominar politicamente os IAP, cujas direções, que reuniam representantes de patrões e empregados, eram formadas sob controle estatal. Mais tarde, no período pós-45, o atrelamento estatal dos sindicatos e institutos estendeu-se ao Partido Trabalhista Brasileiro (PTB).

No que se refere à saúde pública, em 1930 foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP) que, no entanto, ficou refém das instabilidades políticas decorrentes das disputas entre as diversas forças que haviam se aliado em torno do novo regime. Em decorrência da instabilidade política, as reformas da saúde conviveram com uma constante alternância de seus dirigentes, que em quatro anos teve três diferentes ministros: Francisco Campos, Belisário Penna e Washington Pires (Hochman, 2005).

A criação do Ministério, portanto, não trouxe nenhuma alteração para a saúde pública, significando apenas a incorporação do já existente Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), criado em 1920. Assim, embora Getúlio Vargas tivesse delineado algumas diretrizes para fortalecer a organização administrativa federal e introduzir medidas de racionalização administrativa ainda no final de 1930, tudo não passou de meros atos formais (Hochman, 2005).

O MESP chegou ao final do chamado Governo Provisório sem objetivos definidos para sua estrutura administrativa e sem linhas claras de ação, até em 26 de julho de 1934, posse de Gustavo Capanema, que permaneceu à frente do Ministério até 1945. Capanema realizou duas reformas; uma mais geral na estrutura do MESP e outra mais específica nas ações de saúde. A primeira possibilitou a reformulação e a consolidação da estrutura administrativa, adequando-a aos princípios básicos que haviam sido definidos na política social do Estado Novo. A partir dessa reforma o Ministério passou a se denominar Ministério da Educação e Saúde (MES) e passou a ter um caráter centralizador, normatizando e uniformizando as estruturas estaduais, nas mãos de interventores escolhidos pelo executivo federal, as quais deveriam assumir as atividades municipais (Escorel, Teixeira, 2008).

A segunda grande reforma ministerial ocorreu com a criação dos Serviços Nacionais, que verticalizaram as campanhas de combate a doenças específicas e às grandes endemias, o que caracteriza o auge do sanitarismo campanhista. Exemplos disso são a criação do Serviço Nacional de Febre em Amarela no ano de 1937, do Serviço de Malária do Nordeste em 1939 e do Serviço de Malária da Baixada Fluminense em 1940 (Braga, Paula, 1981).

Cabe salientar ainda, a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), em 1942, agência de caráter temporário para atuar no controle de malária nas bases militares instaladas no nordeste brasileiro e no combate às doenças nas regiões de extração de minério de ferro (Minas Gerais) e borracha (Amazônia), matérias-primas estratégicas para guerra (Cunha J, Cunha R, 1998).

A criação do SESP baseou-se na criação de postos permanentes – centros de saúde e postos rurais – em várias regiões de Minas, Amazonas e Espírito Santo, contratação de sanitaristas por tempo integral e de uma equipe auxiliar com laboratoristas, escriturários, médicos consultantes, visitantes, entre outros. Tinham em vista uma organização regionalizada e hierarquizada, que formasse uma rede básica de serviços de saúde pública. As atuações da-

vam-se a partir de atividades programadas que associavam controle de doenças contagiosas, diagnóstico precoce e tratamento preventivo, educação sanitária, atividade de higiene em geral e organização 'científica', em termos administrativos, dos serviços públicos (Merhy, 1997, p. 208-209).

A criação do SESP representa o início do segundo ciclo de desenvolvimento da atenção à saúde no Brasil, embora as ações preventivas e curativas fossem restritas ao campo das doenças infecciosas e carenciais e algumas ações verticais de saúde pública (Mendes, 2012).

As principais ações de saúde pública desenvolvidas no período tinham como foco o combate à malária e à tuberculose, e a formulação de um plano nacional de combate à lepra. A febre amarela, tradicional alvo da saúde pública, continuou a merecer a atenção do governo federal e a parceria da Fundação Rockefeller, em especial nos anos 40, para a fabricação da vacina (Benchimol, 2001).

Também foram criadas oito delegacias federais de saúde, uma para cada distrito em que foi dividido o País, para colaborar com os serviços locais de saúde e foram criadas as Conferências Nacionais de Saúde.

A característica marcante desse período é a separação entre saúde pública, centrada na erradicação de doenças infectocontagiosas, endemias ou epidemias, e assistência médica previdenciária, de caráter individual, destinada aos indivíduos pertencentes ao mercado de trabalho formal, acometidos por doenças que os impediam de trabalhar.

A medicina previdenciária era restrita aos trabalhadores reconhecidos por lei, para os quais se criou um seguro social. A ampliação dos direitos com base na relação medicina/trabalho formal é o que se denomina de "cidadania regulada", que esteve presente no sistema de proteção social do Brasil até os anos 80.

O **período do desenvolvimento**, também denominado o **populismo de 45 a 60, ou desenvolvimentismo populista**, iniciou-se de forma tumultuada, no contexto final da Segunda Grande Guerra Mundial, na qual os Estados Unidos e aliados foram vitoriosos. Esse fato teve imensa repercus-

são no Brasil e ocorreram grandes manifestações populares contra a ditadura, que acabaram provocando a deposição de Getúlio Vargas em outubro de 1945. Seguiu-se a eleição do General Eurico Gaspar Dutra como presidente, além da elaboração de uma Constituição democrática de inspiração liberal em 1946.

Na concepção do governo, o desenvolvimento econômico aconteceria não por um capitalismo nacional, mas por um liberalismo econômico que daria conta de conduzir os investimentos da iniciativa privada; isso justificava porque o governo Dutra tendeu à abertura aos capitais privados (Ponte, Reis, Fonseca, 2010).

Até 1964, o Brasil viveu a fase conhecida como período de redemocratização, marcado pelas eleições diretas para os principais cargos políticos, pelo pluripartidarismo e pela liberdade de atuação da imprensa, das agremiações políticas e dos sindicatos. Nessa época, os discursos e as práticas políticas priorizavam a importância do desenvolvimento econômico e industrial, enfatizando não só o caráter democrático proporcionado pelas eleições diretas, mas a importância de um projeto nacional de desenvolvimento econômico moderno, integrado à ordem capitalista industrial.

Surgia a teoria do Estado Desenvolvimentista, que transferia ao Estado a competência para provocar mudanças estruturais na sociedade. No Brasil, a responsabilidade do Estado foi dirigida para a promoção da industrialização e o desenvolvimento urbano e dos setores básicos da economia para acelerar o desenvolvimento econômico e social (Lopes, 2012).

O nacionalismo, desenvolvimento econômico e as funções do estado, encontravam-se em ampla discussão. Todavia, na maioria das vezes, as políticas sociais e de saúde não foram citadas entre as prioridades dos governos (Ponte, Reis, Fonseca, 2010).

Na campanha de Juscelino Kubitschek (JK) para presidente, por exemplo, cuja plataforma eleitoral era 50 anos de desenvolvimento em apenas 5 de mandato, a saúde não era meta prioritária, mas função acessó-

ria ao desenvolvimento da nação e as doenças dos brasileiros eram, em parte, culpadas pela pobreza do País. O plano de ação voltava-se prioritariamente para o combate às endemias rurais, por ele chamadas de doenças de massa. De fato, o governo de JK (1956 a 1960) ficou marcado pelo desenvolvimento e pelo desenvolvimentismo, responsável pelas grandes transformações econômicas apoiadas pelo capital estrangeiro, em que as políticas sociais eram vistas como paliativas (Fausto, 2006).

Nessa época, foram desenvolvidas as experiências nacionais em APS, porém, em espaços acadêmicos, a partir dos programas de integração docente-assistencial dos Departamentos de Medicina Preventiva, vinculados às escolas de medicina.

Com relação previdência social, em 1963 foi promulgada a lei 4.214 que instituiu o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL), até então excluído dos benefícios oferecidos pela previdência.

Na saúde pública, a maior presença do Estado ocorreu após a criação do Ministério da Saúde em 1953, quando houve uma maior organização dos serviços e criação de departamentos específicos para cada finalidade: campanhas nacionais contra tuberculose, malária e febre amarela, Assistência materno-infantil, Saúde dos portos e Assistência a psicopatas. Além disso, o Ministério da Saúde era responsável pela formulação de políticas nacionais de saúde, alimentação e nutrição, assim como pelas ações de atenção à saúde de interesse coletivo (Ponte, Reis, Fonseca, 2010).

Cabe ressaltar, porém, que desde a sua criação em 1953, o Ministério da Saúde sofreu injustiças quanto ao financiamento da sua estrutura. Na partilha do espólio do extinto Ministério da Educação e Saúde, coube à saúde somente um terço dos recursos do orçamento. A estrutura criada não permitia assistia a maioria da população, que ficava à margem de qualquer proteção social, sendo a população rural a mais atingida (Braga, Paula, 1981).

O Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), criado em 1956, vinculado ao Ministério da Saúde, responsabilizava-se pelo combate das enfermidades endêmicas e epidêmicas ainda presentes, como a malária, a peste e a febre amarela e a persistência do antigo modelo sanitarista camponês era claramente visível (Lima, Pinto, 2003).

A inversão dos gastos públicos, favorecendo o crescimento da assistência médica privada em relação à saúde pública, refletiu-se na construção de um modelo de atenção semelhante aos padrões americanos, com o avanço da indústria farmacêutica estrangeira e de equipamentos. Grandes hospitais passaram a concentrar o atendimento médico de toda uma região, colocando em segundo plano a rede de postos de saúde, consultórios e ambulatórios, de menor custo.

O hospital assumiu a posição central na prestação de serviços de saúde, e no final da década de 50, definia-se como local de encontro das diversas especialidades médicas, detentor da infraestrutura e dos equipamentos necessários para a prestação dos serviços de saúde (Bertolli Filho, 2008; Viana, 2011).

A estrutura de atendimento hospitalar de natureza privada, com fins lucrativos, já estava montada a partir dos anos 50 e apontava na direção da formação de empresas médicas. A corporação médica ligada aos interesses capitalistas do setor era, no momento, a mais organizada e pressionava a produção privada através do financiamento do Estado. Apesar das pressões, a assistência médica previdenciária até 1964 era fornecida basicamente pelos serviços próprios dos IAP. As formas de compra dos serviços médicos a terceiros eram minoritárias e pouco expressivas no quadro geral da prestação da assistência médica pelos institutos. (Bravo, 2006, p. 5-6).

Ao se criar o sistema previdenciário, não se levou em conta o previsível crescimento que ele teria com o passar dos anos, com o maior assalariamento, maior filiação dos trabalhadores e aumento progressivo da demanda por benefícios.

O aumento do assalariamento no país teve maior importância especificamente nos anos do chamado “milagre econômico”. Os IAP cresceram

com o maior número de trabalhadores filiados, aumentando a receita da Previdência, mas também crescia muito o nível de despesas, o que posteriormente determinou intenso processo de descapitalização dos IAP.

Outros dois fatores podem ser identificados para esta situação. A administração inadequada dos recursos arrecadados, com investimento irracional, sem planejamento na intensa construção e compra de hospitais, ambulatorios, equipamentos médicos e também o desvio de recursos para outros setores públicos, o que tornou impossível atender as necessidades de saúde da época (Nunes, 2000). Assim, mesmo com toda a estrutura criada, não havia geração de recursos que compensasse as despesas crescentes e tanto o suporte financeiro, como a base institucional dos IAP, que já sobreviviam há décadas, entraram em colapso (Braga, Paula, 1981).

No Brasil dos anos 60, a dicotomia entre a assistência médica e saúde pública radicalizou-se no interior de um modelo institucional que mostrava ações pontuais e desordenadas, incapazes de conter a miséria e as péssimas condições de saúde da população brasileira.

Se as condições de vida da maior parte da população não pioraram, a consciência da dureza dessas condições foi-se tornando cada vez mais clara no período. Mas, em presença da impossibilidade de soluções reais por parte das instituições, essa consciência originou um impasse nas políticas de saúde. Ele foi percebido, aliás, como impasse estrutural, envolvendo conjunto das políticas sociais e a própria ordem institucional e política.

Uma saída histórica para esse impasse foi proposta pelo grande movimento social do início dos anos 60 no país, liderado e conduzido pelas ditas progressistas que reivindicavam 'reformas de base' imediatas, entre as quais uma reforma sanitária consistente e consequente (Luz, 1991. p.80-81).

No XV Congresso de Higiene, de 1962, foi apresentado um conceito ampliado de saúde, segundo o qual a saúde da população dependeria das condições globais de trabalho, sendo necessário um projeto de desenvolvimento nacional. Houve também manifestação contra a crescente desnacionalização do setor farmacêutico, percebido como capaz de influenciar a

orientação política do setor saúde, ao apoiar um modelo de ampliação descontrolada do atendimento médico-hospitalar (Escorel, Teixeira, 2008).

Em março de 1964, os militares derrubaram o governo e o general Castelo Branco assumiu a presidência da República. Esse período é conhecido como **período do estado militarista, período do autoritarismo ou período da ditadura militar**, que durou 20 anos.

O contexto político e econômico que favoreceu o golpe militar de 1964, foi caracterizado por uma intensa polêmica entre os interesses nacionais e os do capital estrangeiro. Existia um cenário econômico bastante enfraquecido, cujos indicadores evidenciavam um crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) inferior ao crescimento populacional, bem como um acentuado aumento dos índices inflacionários, que de cerca de 33% em 1961, chegaram a 78% em 1963 (Ianni, 1991).

No contexto político, a maioria da burguesia defendia a internacionalização da economia e das finanças brasileiras. Por outro lado, existia um clamor popular pela imediata implantação de medidas restritivas aos investimentos multinacionais, em defesa de uma política de apoio e concessão de subsídios diretos ao capital privado nacional, traduzida em uma proposta populista de fortalecimento das empresas estatais e de economia mista. Dentre os planos do então presidente João Goulart para reduzir as desigualdades sociais estavam as reformas de base: agrária, bancária, eleitoral, universitária.

O desenvolvimento dependente e os interesses internacionais e nacionais passaram a se sentir ameaçados com a ascensão de João Goulart à presidência. Um evento que retrata este fato foi a adoção do parlamentarismo, que, em 1961 e 1962, atribuiu funções do presidente ao Congresso, então dominado por representantes das elites. O regime presidencialista somente foi restabelecido em 1963 após um plebiscito.

Ademais, havia ainda uma preocupação crescente em relação à proliferação do comunismo e do socialismo no mundo, especialmente na Amé-

rica Latina, que colocava em risco os interesses e a hegemonia do capitalismo, especialmente do americano, nesta região. Esse período ficou conhecido como da guerra fria (Polignano, 2013).

Naquela conjuntura, portanto, um presidente de convicções esquerdistas não era o ideal para a elite brasileira. O estopim do golpe militar aconteceu em 31 de março de 1964, quando João Goulart, após um discurso inflamado no Rio de Janeiro, determinou a reforma agrária e a nacionalização das refinarias estrangeiras de petróleo.

Foi necessária uma “desmobilização das forças políticas e o enfraquecimento das instituições que atuavam antes de 1964, substituindo-as por organismos e sistemas sob o estrito controle do Estado”, para que o regime autoritário se tornasse um agente regulador da sociedade (Bertolli Filho, 2008, p. 54).

Segundo os historiadores, o golpe militar foi um processo que se repetiu na maioria dos países da América Latina, configurando um ciclo de ditaduras militares em toda a região. A nova política econômica contribuiu para o desenvolvimento de uma infraestrutura propícia aos interesses dos grandes grupos capitalistas nacionais em especial aqueles mantinham estreitos vínculos com o capital internacional.

O chamado **milagre econômico**, período compreendido entre os anos de 1968 a 1974, foi garantido pelo investimento estrangeiro feito no Brasil por empresas multinacionais e também pelo acesso às linhas de crédito disponibilizadas por instituições financeiras estrangeiras (Brum, 2005).

Idealizado pelo economista e Ministro da Fazenda Antônio Delfim Neto, o milagre econômico incentivou três ramos produtivos. As empresas privadas brasileiras se dedicavam aos ramos chamados trabalho-intensivos, com maquinário de baixa complexidade tecnológica, baixos salários e extensa utilização de força de trabalho em indústrias têxteis, processamentos de alimentos e produtoras de bens de consumo não duráveis (Brum, 2005).

As empresas multinacionais dedicavam-se principalmente ao ramo capital-intensivo, de alta complexidade tecnológica do maquinário e com número menor de força de trabalho. Os trabalhadores deste setor eram mais produtivos, devido a maior qualificação necessária para operar os equipamentos de produção, o que garantia também um salário maior. As multinacionais produziam automóveis, eletrodomésticos e meios de produção, destinados tanto a outras empresas quanto aos consumidores, abastecendo caso o mercado de consumo de bens duráveis (Brum, 2005).

Já as empresas estatais ficaram responsáveis pelos investimentos nas indústrias de base, setor que se convencionou chamar à época de “indústrias necessárias à manutenção da segurança nacional”, abarcando as empresas de produção de energia elétrica, indústria pesada, telecomunicações e indústria bélica. Além disso, era responsabilidade do Estado investir na criação das condições gerais de produção, necessárias à industrialização, como redes de transporte e sistema de educação. Foi nesta época que foram construídas a hidrelétrica de Itaipu, a ponte Rio-Niterói e a Transamazônica, símbolos da grandiosidade nacional (Brum, 2005).

Segundo Luz (1991, p. 82),

[...] no nível político, essa conjuntura foi de fato a mais dura vivida pela nação em tempos de República. Ela foi marcada pelos atos institucionais e por outros decretos presidenciais que modificaram a Constituição no tocante aos direitos de cidadania, informação e comunicação social, bem como ao controle do exercício dos poderes Legislativo e Judiciário. Essa conjuntura se caracterizou também por uma vontade política arbitrária, concentrada num Poder Executivo avesso a medidas ou políticas sociais que favorecessem a participação da sociedade civil.

Nesse contexto se produziu a política de saúde do 'milagre', coerente com a política econômica de então, que preconizava um crescimento acelerado com uma elevada taxa de produtividade, conjugada a baixos salários para grande parte da massa trabalhadora.

O regime autoritário instaurado após o golpe militar de 1964 trouxe como consequência imediata para as políticas de saúde no Brasil um total

esvaziamento da participação da sociedade nos rumos da Previdência Social. Também provocou uma centralização crescente da autoridade decisória, marcada pela criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), por meio do Decreto-Lei nº 72 de 1966.

O novo Instituto, subordinado ao Ministério do Trabalho, integrou todos os órgãos previdenciários que funcionavam desde 1930 (os antigos IAP) (Mendes, 1994; Oliveira, Teixeira, 1986). O Estado assumiu a gestão do INPS e implementou uma política de saúde voltada para os interesses do capital internacional, o que possibilitou o desenvolvimento de um complexo médico-industrial avançado e favoreceu o crescimento da assistência médico-hospitalar em detrimento da saúde pública.

Com a unificação do sistema previdenciário, aliado a ampliação das categorias profissionais para os trabalhadores domésticos, autônomos e rurais, o contingente de contribuintes, e consequentemente de beneficiários, aumentou significativamente, sendo impossível ao sistema médico previdenciário existente atender toda a demanda.

Diante deste fato, o governo militar tinha de decidir onde alocar os recursos públicos para atender a necessidade de ampliação do sistema. Optou pela iniciativa privada, através da implementação de um complexo médico-industrial, que beneficiou empresas internacionais de produção de medicamentos e de equipamentos médicos; além da compra de serviços médicos privados, o que proporcionou o crescimento das empresas médicas lucrativas (Oliveira, Teixeira, 1986).

Até o final da ditadura militar, as verbas destinadas à saúde pública decaíram continuamente: a porcentagem da participação do Ministério da Saúde no orçamento da União, que era de 4,57% em 1961, caiu para apenas 1,38% em 1980, chegando a 0,94% em 1974 (Bertolli Filho, 2008).

A criação do INPS representou um processo sociopolítico e histórico precoce de privatização do sistema de saúde brasileiro, fenômeno que na

América Latina iniciou-se apenas na década de 80, com o golpe militar no Chile (Cohn, 1995).

Enquanto duraram os anos do chamado "milagre econômico", de 1967 a 1973, à medida que crescia a economia, crescia o assalariamento e, portanto, garantia-se o orçamento da previdência. Nos anos seguintes, com a retração do crescimento econômico gerou uma profunda crise, com duplo efeito: por um lado, agravou a distribuição da renda e a qualidade de vida da população, o que aumentou as necessidades de atenção à saúde; por outro, diminuiu as receitas fiscais e as contribuições sociais, com impacto sobre o volume de recursos destinados à saúde.

Ao mesmo tempo, o debate sobre a atenção primária à saúde se intensificava no âmbito internacional. Os questionamentos giravam em torno da organização da atenção à saúde, baseada em um modelo médico hegemônico especializado e intervencionista, com fragmentação da assistência e pouco impacto na melhoria da situação de saúde da população. Também se discutia a lacuna existente entre o estado de saúde nos países desenvolvidos e naqueles em desenvolvimento, o que chamava atenção para a desigualdade no acesso aos serviços de saúde (Giovanella, Mendonça, 2008).

Embora no Brasil os interesses do segmento médico-empresarial continuassem predominando no interior do setor de saúde, a partir de 1974, no governo de Geisel, começou a ocorrer um debate progressivo sobre os resultados da ação estatal no campo social. Este processo foi possível não só porque a política econômica adotada começou a dar sinais de esgotamento, mas também porque havia um crescimento da mortalidade e da morbidade, sobretudo dos índices de mortalidade infantil, reflexos da concentração de renda e do empobrecimento da população. No quadro sanitário, começaram a ocorrer as epidemias de poliomielite e de meningite, embora já existisse conhecimento epidemiológico para o controle dessas doenças.

De fato, os índices de saúde na década de 70 eram alarmantes. Segundo Baptista (2007), a esperança de vida ao nascer era de 52,7 anos, a taxa de mortalidade infantil era de 87,9 bebês para 1.000 nascido-vivos e as doenças infecciosas e parasitárias constituíam uma das principais causas de óbito. A política agrícola adotada fez com que a disponibilidade de alimento por habitante caísse entre 1972 a 1973, ocasionando um aumento do custo relativo da produção de alimentos para o mercado interno.

Existia portanto, uma crise econômica, uma crise política e uma crise ideológica, que abriram uma brecha para que os indivíduos políticos, antes marginalizados do processo de decisão e implementação das ações de governo, comessem a pressionar pela formulação de políticas estatais no campo social e econômico (Braga, Paula, 1981).

Na área de saúde foram criados vários mecanismos institucionais destinados a reorientar a ação do governo no plano social. Assim, visando ampliar as bases de apoio e legitimidade do regime, ocorreu a separação da área previdenciária da do trabalho através da criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) pela Lei nº 6.036/74. Juntamente com o Ministério foi criado o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) que, na verdade, proporcionou a remodelação e ampliação dos hospitais da rede privada, através de empréstimos com juros subsidiados (Silva, 1983).

Além disso, foi formulado o Plano de Pronta Ação (PPA), com o objetivo de tornar os serviços de saúde mais acessíveis em curto prazo à população. O Plano determinava que os casos de urgência deviam ser atendidos pela rede estatal privada vinculado ao complexo previdenciário, independente do paciente estar ou não associado ao INPS. Também procurava ordenar a atuação e as formas de remuneração dos serviços próprios contratados e conveniados com a Previdência Social, procurando abranger as organizações públicas de saúde e entidades sindicais urbanas e rurais (Silva, 1983).

O Conselho de Desenvolvimento Social tinha a finalidade de constituir uma instância superior de coordenação as ações setoriais no campo social, de modo a evitar a duplicidade de esforços, o desperdício de recursos, e garantir a prioridade social das políticas de governo (Silva, 1983).

Com relação às tentativas de transformação organizacional e à luz das diretrizes do II Plano Nacional de Desenvolvimento, que apontava a dispersão de esforços e a indefinição das competências das entidades públicas e privadas do setor saúde, criou-se o Sistema Nacional de Saúde (SNS) por meio da Lei nº 6.229 de 1975. O objetivo do SNS era criar bases de um sistema nacional de saúde que definiria com clareza e racionalidade os mecanismos de integração e coordenação das diferentes organizações atuantes (Silva, 1983).

Para tanto, esboçou-se um formato de organização da rede de serviços de saúde que passaria por uma rearticulação entre o Ministério da Saúde, o Ministério da Previdência Social e o INPS, e destes com as Secretarias Regionais e Locais de Saúde.

Ainda no contexto da reforma organizacional da Previdência Social, foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) por meio da Lei nº 6.436 em 1977. Seus objetivos foram universalizar e equalizar os serviços da Previdência Social Brasileira e modernizar a atuação das organizações ligadas a assistência médica e social (Silva, 1983).

Em 1981, na tentativa de conter custos e combater fraudes, o governo criou o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), ligado ao Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). Esse Conselho tinha como representantes alguns técnicos ligados ao movimento sanitário e encontrou oposição da Federação Brasileira de Hospitais e de medicina de grupo, que temiam a perda do status e da sua hegemonia dentro do sistema. O Prev-Saúde, um dos projetos mais interessantes de modelo sanitário, proposto pelo CONASP,

acabou sendo arquivado por influência dos representantes de interesses da medicina privada (Polignano, 2013).

Uma das propostas operacionais básicas do CONASP para a reestruturação do setor de saúde foi as Ações Integradas de Saúde (AIS) em 1983, substituídas em 1987 pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). As AIS foram uma tentativa de descentralização inspirada nas doutrinas da Atenção Primária em Saúde (Mendes, 2012) e mostraram-se como a principal saída para a universalização do direito à saúde. Significaram uma proposta de integração e racionalização dos serviços públicos de saúde e de articulação destes com a rede conveniada e contratada, o que combinava um sistema unificado, regionalizado e hierarquizado para o atendimento.

A proposta resumia-se na assinatura de convênios entre os INAMPS e os estados e municípios para o repasse de recursos destinados à construção de unidades da rede, com o compromisso dos governos de oferecer assistência gratuita a toda a população e não só para os beneficiários da previdência. Com essa proposta, as AIS recuperaram a estratégia apresentada no Previsão-Saúde e avançaram significativamente na conformação de políticas que levariam à reforma do setor saúde, fortalecendo a coordenação de ações entre a União e os Estados e a incorporação do planejamento à prática institucional (Silva, 1983).

Todavia, nem mesmo o movimento de expansão das AIS, com vistas a uma nova alternativa de ampliação da capacidade instalada da rede pública, conseguiu fazer com que as ações deixassem de ser centralizadas no nível federal. Isso acontecia porque existiam as Superintendências Regionais do INAMPS, que favoreciam o monopólio do setor privado.

É nesse contexto de correlação de forças, de tentativa de reorientar a ação do governo no plano social e reduzir as tensões sociais acumuladas, que se iniciou o processo de abertura política ou processo de redemocratização a partir de 1985.

Nos meados da década de setenta, a luta pela democratização das políticas adquire novas características e estratégias. Antes confinada às universidades, aos partidos clandestinos e aos movimentos sociais, passa cada vez mais a ser localizada no interior do próprio Estado. Primeiramente, a partir das experiências inovadoras desenvolvidas pelas prefeituras oposicionistas eleitas em 1974; em segundo lugar, no interior dos órgãos centrais, responsáveis pelas políticas sociais, buscando aproveitar a crise financeira e do modelo das políticas sociais para introduzir elementos de transformação; em terceiro lugar, há um fortalecimento das capacidades técnicas dos partidos políticos e do parlamento, que passam a tomar a problemática social como parte de suas plataformas e projetos de construção de uma sociedade democrática.

O resgate da dívida social passa a ser um tema central da agenda da democracia, convergindo para ele movimentos de natureza diversa. Este processo intensifica-se na década de oitenta através do surgimento de um rico tecido social emergente a partir da aglutinação do novo sindicalismo e dos movimentos reivindicatórios urbanos, da construção de uma frente partidária da oposição, e da organização de movimentos setoriais capazes de formular projetos de reorganização institucional, como o Movimento Sanitário (Fleury, 2009, p.745).

O Movimento Sanitário reuniu por diferentes segmentos sociais. No segmento popular, grande parte das mobilizações era vinculada aos setores progressistas da Igreja Católica ou do Movimento Popular em Saúde de Saúde (MOPS). No segmento profissional, havia a mobilização dos médicos em torno da Regulamentação da Residência Médica, que posteriormente expandiu-se para o Movimento de Renovação Médica (REME). No segmento estudantil, havia eventos que discutiam a questão da saúde comunitária e de onde saíam os precursores do Centro de Estudos Brasileiros em Saúde (CEBES) e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). No segmento intelectual ou da academia, havia o apoio dos docentes de Medicina Preventiva e Social, além das escolas de saúde pública e pesquisadores vinculados à Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC). Os intelectuais divulgavam estudos sobre as condições sociais e de saúde, com críticas contundentes à condução política do Estado brasileiro e reivindicavam mudanças efetivas na assistência à saúde (Jacobi, 1993; Paim, 2007).

O modelo de saúde hegemônico, excludente, fragmentado e hospitalocêntrico, era recorrentemente questionado e analisado por essa ala marxista da saúde, que discutia o conceito doença e a interface com o processo de trabalho, bem como a determinação social da doença.

O Movimento Sanitário buscava reverter a lógica da assistência à saúde no País, apresentando quatro proposições para debate: a saúde como direito de todo cidadão, independente de contribuição ou de qualquer outro critério de discriminação; as ações de saúde deveriam estar integradas em um único sistema, garantindo o acesso de toda população a todos os serviços de saúde, seja de cunho preventivo ou curativo; a gestão administrativa e financeira das ações de saúde deveria ser descentralizada para estados e municípios e o Estado deveria promover a participação e o controle social das ações de saúde (Baptista, 2007, p. 43).

Esse movimento pela Reforma Sanitária foi se desenvolvendo desde o final do período autoritário, ampliando-se com a criação do CEBES em 1976, e da ABRASCO em 1979, com a conquista de entidades pela renovação médica (REME), com a mobilização nacional pelas “diretas já” em 1985, culminando com a elaboração do programa de Governo de Tancredo Neves quando se anunciava uma nova República e uma reviravolta na saúde (Escorel, 1998).

A eleição de Tancredo Neves em 1985 marcou o fim do regime militar e gerou diversos movimentos sociais. Na área de saúde, em 1980, foi criada a Associação dos Secretários de Saúde Estaduais (CONASS) e posteriormente, municipais (CONASEMS). Esses dois colegiados, criados antes da nova Constituição, embora eventualmente tenham interesses políticos não coincidentes, já que representam diferentes esferas de poder, constituem elementos fundamentais na articulação entre as diferentes instâncias de governo, tanto no âmbito estadual (Comissões Bipartites), como no federal (Comissão Tripartite). Além disso, tiveram atuação destacada por ocasião da realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) reuniu em Brasília mais de quatro mil delegados de todas as regiões e classes sociais. Eram representantes de trabalhadores, usuários dos serviços de saúde, de parte dos prestadores de serviços da saúde e do Governo. Pela primeira vez em 45 anos de história, desde a primeira CNS realizada em 1941, o evento conseguiu ser verdadeiramente popular, não restringindo o debate das ações governamentais apenas a deputados, senadores e autoridades do setor.

Foi o marco mais importante na trajetória da política pública de Saúde no Brasil, primeiro porque discutiu três eixos temáticos fundamentais: “Saúde como direito de cidadania”, “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde” e “Financiamento Setorial”. Segundo, porque aprovou a proposta da Reforma Sanitária que, mais tarde, serviria de base para a reformulação da Constituição Federal de 1988. Momento máximo do projeto da Reforma Sanitária, A 8ª CNS, é definida por Mendes (1993, p.42) :

[...] como um processo modernizador e democratizante de transformação nos âmbitos político-jurídico, político-institucional e político-operativo, para dar conta da saúde dos cidadãos, entendida como um direito universal e suportada por um Sistema Único de Saúde, constituído sob regulação do Estado, que objetive a eficiência, eficácia e equidade e que se construa permanentemente através do incremento de sua base social, da ampliação da consciência sanitária dos cidadãos, da implantação de um outro paradigma assistencial, do desenvolvimento de uma nova ética profissional e da criação de mecanismos de gestão e controle populares sobre o sistema.

A criação do SUS materializou-se juridicamente na seção da Saúde da Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988), juntamente com as Leis 8.080 e 8.142 de 1990, conhecidas como Leis Orgânicas da Saúde.

Uma das mais importantes inovações incorporadas à Constituição é o conceito de seguridade social, entendido no Artigo 194 como "um conjunto integrado de iniciativa dos Poderes Públicos e da Sociedade, destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social" (Brasil, 1988).

Desde então, o direito à assistência social e à saúde não mais depende de contribuição direta do beneficiário, porque houve uma substituição do conceito de seguro (cobertura ao contribuinte direto) pelo conceito de seguridade social (cobertura ao cidadão). Buscou-se com isso recuperar a imensa dívida social com grande parcela da população brasileira (Pierdoná, 2008). A saúde passou a ser um direito social, como afirma o artigo 196: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Além da ideia central do direito à saúde como direito de cidadania, inerente a todos aqueles que sejam brasileiros, por nascimento ou naturalização, esse artigo traz a noção de que cabe ao Estado a responsabilidade por promover a saúde, proteger o cidadão contra riscos e assegurar a assistência em caso de doença ou outro agravo à saúde. O cumprimento dessa responsabilidade política e social assumida pelo Estado implica a formulação e implementação de políticas econômicas e sociais que tenham como finalidade a melhoria das condições de vida e saúde dos diversos grupos da população.

O princípio filosófico da **universalidade** é contemplado mediante as diretrizes de descentralização, participação da comunidade, regionalização e hierarquização dos serviços de saúde, que são as estratégias de organização do sistema para a sua concretização.

A **descentralização** da gestão implica a distribuição de poder político, responsabilidades e recursos da esfera federal para os estados e municípios. Sua efetividade está intimamente relacionada com o aporte adequado de recursos financeiros, o fortalecimento da capacidade gestora nos três níveis de governo e a permeabilidade das instituições do setor de saúde aos valores democráticos (Falleiros et al., 2010).

A lei n. 8.080, de 1990 (Brasil, 1990a), descreve as atribuições e as competências das esferas de gestão de forma genérica e abrangente, muitas vezes tornando difícil reconhecer as especificidades de cada uma. Já as normas operacionais básicas (NOB-SUS) indicam com mais detalhes o processo de descentralização, estabelecendo as condições e as estratégias necessárias para que os estados e municípios possam assumir suas responsabilidades no processo de implantação e consolidação do SUS (Falleiros et al., 2010).

A necessidade de **regionalização e hierarquização** da rede de serviços, explicitada pela Lei 8.080 (Brasil, 1990a), está relacionada à organização do sistema, cujo objetivo é garantir o acesso da população às ações e aos serviços de saúde de forma integral e equânime. Para tanto, é necessária uma rede de atenção à saúde, ou seja, um conjunto de unidades, de diferentes funções e perfis de atendimento, que operam de forma ordenada e articulada no território, de modo a atender às necessidades de saúde de uma população. Assim, os diversos equipamentos e serviços que compõem uma rede de saúde, na prática, funcionam como pontos de atenção ou lugares onde o cuidado à saúde é oferecido de acordo com a complexidade que cada caso requeira (Mendes, 2012).

A rede de ações e serviços de saúde é orientada pelo princípio da **integralidade** e, portanto, deve se organizar para incluir desde ações de promoção e prevenção até aquelas de maior complexidade, como recursos diagnósticos, internação e cirurgias.

A **participação da comunidade** no SUS é regulamentada pela lei 8.142 de 1990, sendo a formulação e o acompanhamento das políticas garantidos por meio dos conselhos e conferências de saúde (Brasil, 1990b).

Os conselhos de saúde possuem caráter permanente e deliberativo e estão presentes nos três níveis de governo, compostos por usuários em paridade com os demais segmentos (representantes do governo, prestadores de serviço e profissionais de saúde).

As conferências de saúde ocorrem a cada quatro anos nas três esferas de governo, com a representação dos diversos segmentos sociais, podendo ser convocadas pelo poder Executivo ou extraordinariamente pelo pela própria conferência ou pelos conselhos.

A participação popular apresenta dois grandes desafios:

primeiro, fazer com que a atuação dos conselhos e da sociedade não se reduza ao controle e monitoramento das ações do Estado na saúde, e se consolide efetivamente como uma instância participativa e deliberativa das políticas e ações de saúde em cada esfera de governo; segundo, não inibir a organização e reconhecimento de novos dispositivos de participação e controle social no SUS. Ou seja, se, por um lado, a conquista de uma instância de participação popular reconhecida e que faz parte legalmente do sistema de saúde brasileiro indica a democratização do SUS, por outro, a formalização de uma única instância representativa da sociedade como lugar de discussão e proposição das políticas de saúde burocratiza e limita as ações da sociedade civil nas suas formas de luta, expressão, participação e controle sociais (Falleiros et al. 2010, p. 255).

Ao PSF, criado em 1994, foi dada a missão de consolidar e operacionalizar os princípios e diretrizes contidos no Sistema Único de Saúde, assegurando desta forma as conquistas sociais propostas pelo Movimento da Reforma sanitária e ratificados na VIII Conferência Nacional de Saúde.

A Portaria 1886/GM, publicada em 1997 (Brasil, 1997), visando regulamentar a implementação e operacionalização do PSF, definiu as diretrizes operacionais dessa Estratégia. Em relação à reorganização das práticas de trabalho, salientou o aspecto substitutivo das práticas das unidades de saúde, adscrição da população, territorialização, programação e planejamento descentralizados, integralidade da assistência, abordagem multiprofissional, estímulo à ação intersetorial, estímulo à participação, controle social, educação permanente dos profissionais de saúde, e a adoção de instrumentos de acompanhamento e avaliação.

A Estratégia proposta define-se, portanto, com um conjunto de ações e serviços que vão além da assistência médica, estruturando-se com base no reconhecimento das necessidades da população, apreendidas a partir

do estabelecimento de vínculos entre os usuários dos serviços e os profissionais de saúde, em contato permanente com o território.

Outra peculiaridade bastante importante dessa Estratégia é a proposta de trabalho inter e multidisciplinar, uma vez que não se trata apenas de médico de família, mas de uma equipe de saúde da família, cujos profissionais, mediante definição de competências e co-responsabilidades, têm o desafio de construir um novo modelo assistencial, no qual o usuário, a família e a comunidade são os pilares de referência (Chiesa, Fracolli, Sousa, 2004).

A criação de novas práticas em saúde exige repensar criticamente o processo de trabalho em saúde. É nesse contexto que assume relevância a educação permanente, proposta político-pedagógica baseada na problematização, que coloca o cotidiano de trabalho em constante reflexão para que se efetive a transformação das práticas nos serviços de saúde.

Uma reflexão filosófica sobre essa questão pode ser encontrada em Paulo Freire (2013), que reforça que a educação tem caráter permanente, porque não há seres educados e não educados: estamos todos nos educando. O ser humano, por ser inacabado e incompleto, não sabe de maneira absoluta. Está no mundo e com o mundo e a primeira característica dessa relação é a capacidade de refletir sobre seus atos.

REFERÊNCIAS

Baptista TWF. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: Matta GC, Moura ALP, organizadores. Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. P. 29-60.

Benchimol J. Febre amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2001.

Bertolli Filho C. História da saúde pública no Brasil. 11ª ed. São Paulo: Ática; 2008.

Braga JCS, Paula SG. Saúde e previdência: estudos de política social. São Paulo: Hucitec; 1981.

Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [Internet]. Brasília: Senado Federal; 1988 [citado 2013 jan. 19]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

Brasil. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 jul. 1990. Seção 1, p.18055.

Brasil. Lei n. 8142, de 28 de dezembro de 1990b. 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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990. Seção 1, p.25694.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 1886, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa Saúde da família. In: Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica: Brasília; 1997.

Bravo MIS. Política de Saúde no Brasil. In: Bravo MIS, organizadora. Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional. Brasília: OPAS/OMS/ Ministério da Saúde; 2006. p. 88-110.

Brum AJ. Desenvolvimento econômico brasileiro. 24^a ed. Petrópolis: Vozes; 2005.

Chiesa AM, Fracolli LA, Sousa MF. Enfermeiros capacitados para atuar no Programa Saúde da Família na cidade de São Paulo: relato de experiência. Saúde em Debate. 2004; 28(67):91-99.

Cohn A. Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil. In: Laurell AC, organizadora. Estado e políticas sociais no neoliberalismo. São Paulo: Cortez; 1995. p. 225-44.

Costa NR. Lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1986.

Cunha JPP, Cunha RRE. Sistema Único de Saúde. In: Campos FE, Oliveira Júnior M, Tonon LM, organizadores. Planejamento e gestão em saúde. Belo Horizonte: COOPMED; 1998. p. 11-26.

Escorel S. Reviravolta na saúde: origem e articulação do Movimento Sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998.

Escorel S, Teixeira LA. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2008. p. 333-84.

Falleiros I, et al. A Constituinte e o Sistema Único de Saúde. In: Fidélis C, Falleiros I, organizadores. Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC/EPSJV; 2010. p. 239-76.

Fausto B. História concisa do Brasil. 2ª ed. São Paulo: EDUSP; 2006.

Fausto MCR. Dos programas de medicina comunitária ao Sistema Único de Saúde: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira [tese]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2005.

Fleury S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. Ciênc Saúde Coletiva. 2009;14(3):743-52.

Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 43ª Ed. São Paulo: Paz e Terra; 2013.

Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária em Saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 575-626.

Hochman NG. Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945). Educar (Curitiba). 2005;(25):127-41.

Ianni O. Estado e o planejamento econômico no Brasil. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1991.

Jacobi P. Movimentos sociais e políticas públicas: demandas por saneamento básico e saúde. 2ª ed. São Paulo: Cortez; 1993.

Lima ALGS, Pinto MMS. Fontes para a história dos 50 anos do Ministério da Saúde. *Hist Ciênc Saúde-Manguinhos*. 2003;10(3):1037-51.

Lopes TC. O Estado desenvolvimentista brasileiro ontem e hoje: uma análise econômica e política. *Perspect Econ*. 2012;8(1):43-55.

Luz MT. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática" - anos 80. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 1991;1(1):77-96.

Mendes EV, organizador. Distrito Sanitário, o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec; 1994. p. 19-91.

Mendes EV. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da Reforma Sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: Mendes EV, organizador. Distrito Sanitário: processo social de mudança das práticas do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec; 1993. p. 19-51

Mendes EV. A APS no Brasil. In: Mendes EV, organizador. O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012. p. 71-99.

Merhy E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: Merhy E, Onocko R, organizadores. *Práxis em salud: um desafio para lo público*. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 197-228

Nunes ED. Sobre a história da saúde pública: ideias e autores. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2000;5(2):251-64.

Oliveira JAA, Teixeira SMF. (Im) Previdência Social: 60 anos de História da Previdência no Brasil. Petrópolis: Vozes; 1986.

Paim JS. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica [tese]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2007.

Pierdoná ZL. Contribuições para a Seguridade Social. Porto Alegre, LTR, 2008.

Pimenta TS. Transformações no exercício das artes de curar no Rio de Janeiro durante a primeira metade do Oitocentos. *Hist Ciênc Saúde- Manguinhos*. 2004;11 Supl. 1:67-92.

Polignano MV. História das Políticas de Saúde no Brasil: uma pequena revisão. Campo Grande; 2013.

Ponte CF, Reis, JRF, Fonseca CMO. Saúde pública e medicina previdenciária: complementares ou excludentes? In: Fidélis C, Falleiros I, organizadores. Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: Fio-cruz/COC/EPJSV; 2010. p. 112-50.

Silva PLB. O perfil médico-assistencial privatista e suas contradições: análise política da intervenção estatal em atenção à saúde no Brasil na década dos 70. *Cad FUNDAP*. 1983;3(6):27-50.

Viana ALD. As diferentes institucionalidades da política social no Brasil no período de 1995 a 2010. In: Viana ALD, Lima, LD, organizadoras. Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil. Rio de Janeiro: Contra Capa; 2011.

À GUIA DE CONCLUSÃO

A construção do Sistema Único de Saúde avançou de forma substantiva nos últimos anos e a cada dia se fortalecem as evidências da importância da APS nesse processo.

A APS é reconhecidamente um componente-chave dos sistemas de saúde. Esse reconhecimento fundamenta-se nas evidências de seu impacto na saúde e no desenvolvimento da população nos países que a adotaram como base para seus sistemas de saúde: melhores indicadores de saúde, maior eficiência no fluxo dos usuários dentro do sistema, tratamento mais efetivo de condições crônicas, maior eficiência do cuidado, maior utilização de práticas preventivas, maior satisfação dos usuários e diminuição das iniquidades sobre o acesso aos serviços e o estado geral de saúde (Starfield, 2002; OPAS, 2011).

A APS apresenta dois aspectos distintos e interdependentes: é uma estratégia de organização e reorganização dos sistemas de saúde, nos quais representa o primeiro nível de atenção, e também uma mudança na prática clínico-assistencial dos profissionais de saúde. Orienta-se por eixos estruturantes que, na literatura internacional, recebem o nome de atributos essenciais (atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação) e atributos derivados (orientação familiar e comunitária e competência cultural) (Starfield, 2002).

No caso brasileiro, a opção pelo combate às iniquidades em saúde elevou a APS à condição de reordenadora do sistema de atenção à saúde. A designação Atenção Básica, adotada no Brasil, enfatiza esse papel de reorientação do modelo assistencial para um sistema universal e integrado de atenção à saúde, que engloba diferentes setores, públicos e privados, com e sem fins lucrativos, o Sistema Único de Saúde.

A APS como estratégia de reordenamento do SUS é reforçada no plano jurídico pelo Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei Orgânica do SUS (Brasil, 2011). Esse Decreto Presidencial coloca a APS como uma das ações e serviços de saúde mínimos para a instituição de uma região de saúde (Art. 5º), afirma que a APS é a porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde (Art. 9º), define que o acesso às ações hospitalares e ambulatoriais especializadas deve ser referenciado pela APS (Art. 10) e estabelece a APS como ordenadora do acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde (Art. 11).

A principal estratégia de implementação e organização da APS no contexto brasileiro é o Programa de Saúde da Família (PSF). Criado em 1994, o PSF foi apresentado no primeiro documento ministerial como um programa, passando, em seguida, a ser considerado uma estratégia de reorientação do modelo assistencial.

Em agosto de 2011, a Estratégia Saúde da Família (ESF), estava implantada em 5.284 municípios brasileiros o que representa 110 milhões de brasileiros, mais da metade da população. Nos próximos anos, será expandida dos 51,6% de cobertura atual para atingir 75% de cobertura da população brasileira (Mendes, 2012).

Atualmente, uma das discussões é a necessidade de fortalecimento institucional da ESF nas três esferas de governo, para que de fato a APS funcione como uma estratégia de organização do SUS. Isso significa compreender a ESF como parte e como centro de comunicação das redes de atenção à saúde (RAS), exercitando os atributos essenciais e derivados da APS e as funções de resolutividade, de comunicação e de responsabilização.

Todavia, vários problemas precisam ser superados para que a APS seja uma realidade no Brasil. Dentre os principais desafios existe a questão ideológica, a prevalência de uma visão de APS seletiva e/ou de nível de atenção; a fragilidade institucional; a carência de infraestrutura adequada

nas unidades da ESF; a baixa densidade tecnológica; a baixa profissionalização da gestão; a ausência de equipes multiprofissionais; os problemas educacionais na graduação e na pós-graduação; a precarização nas relações de trabalho; a fragilidade do modelo de atenção para dar conta de uma situação de tripla carga de doenças, com forte prevalência de condições crônicas, e o sub-financiamento. Além desses problemas, o desafio da atuação intersetorial em saúde, que embora seja condição para uma APS abrangente, vem ao encontro com o contexto organizacional do Estado brasileiro, que se caracteriza por ser tradicionalmente setorial (Mendes, 2012; Andrade, 2006).

A questão do sub-financiamento da saúde é em grande parte decorrência de um contexto adverso a partir do início da década de 90, caracterizado por reformas e ajustes estruturais impostos pelas políticas de estabilização econômica.

Os efeitos da globalização nas políticas de saúde são evidenciados pelo baixo patamar de financiamento público, persistência de segmentação no sistema, fraca integração dos serviços da APS com outros níveis de atenção e acentuado processo de precarização do trabalho no setor saúde, particularmente nas formas de contratação das equipes da ESF (Fagnani, 2009).

Entretanto, a ESF foi assumida pelo governo brasileiro como uma proposta de reorganização do sistema de saúde, na perspectiva da implementação de uma APS abrangente. E, se a opção política é por uma APS não simplificada, que forme a base e determine o trabalho de todos os outros níveis do sistema de saúde, torna-se necessário que seja assumida de forma integral e resolutiva, apesar das crises políticas e econômicas que constituem verdadeiros obstáculos à resposta do Estado e das instituições aos problemas do acesso, da prestação e do financiamento.

Somente por meio de orientação clara e governação firme, os sistemas de saúde gravitam para a finalidade de saúde para todos por meio de cui-

dados de saúde primários, tal como preconiza a Declaração de Alma-Ata (Starfield, 2002).

A efetividade da política de saúde não depende, portanto, apenas das diretrizes que emanam do arcabouço jurídico institucional, mas será garantida com a reafirmação contundente de um sistema público de saúde socialmente superior ao modelo liberal ou médico tradicional, que somente a luta constante dos movimentos sociais pelo direito à saúde pode garantir.

Embora a realidade apresente desafios e contradições, não se pode esquecer o legado teórico e político construído nas três últimas décadas do século XX, norteador das lutas da saúde, que representa um acúmulo com potencial de enfrentar a fúria neoliberal. As evidências produzidas mundo afora são inequívocas de que não há saída para essa crise sem o fortalecimento da APS.

Esse legado contém elementos inovadores que o articulam a um projeto no qual a saúde carrega as demandas que anunciam uma nova ordem societária. Por conseguinte, a direção das lutas continua sendo o desafio de concretização da necessária reviravolta na saúde, sustentada no compromisso de solidariedade para assegurar condições concretas de saúde para todos.

REFERÊNCIAS

Andrade LOM. A saúde e o dilema da intersetorialidade. São Paulo: Hucitec; 2006.

Brasil. Decreto n. 7508, de 28 de julho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências [Internet]. Brasília; 2011 [citado 2013 mar. 14]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm.

Fagnani E. Tensão entre paradigmas: notas sobre a política social no Brasil (1988/2008) *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(3):710-12.

Mendes EV. A APS no Brasil. In: Mendes EV, organizador. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012. p. 71-99.

Organização Panamericana da Saúde (OPAS). A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as Redes de Atenção no SUS - contribuições para o debate [Internet]. Brasília, DF: OPAS; 2011 [citado 2013 mar. 14]. Disponível em: www.saude.rs.gov.br/dados/1308159221237APS_Verde_web_final.pdf.

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia [Internet]. Brasília, DF: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002 [citado 2011 mar. 20]. Disponível em: http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=14609.