

SÉRGIO RESENDE CARVALHO

Este exemplar corresponde à versão final da Tese de Doutorado, apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, para obtenção do Título de Doutor em Saúde Coletiva.

Campinas, 28 de Fevereiro de 2002.

Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos
Orientador

**SAÚDE COLETIVA E PROMOÇÃO À SAÚDE:
UMA REFLEXÃO SOBRE OS TEMAS DO SUJEITO
E DA MUDANÇA**

CAMPINAS

2002

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

SÉRGIO RESENDE CARVALHO

**SAÚDE COLETIVA E PROMOÇÃO À SAÚDE:
UMA REFLEXÃO SOBRE OS TEMAS DO SUJEITO
E DA MUDANÇA**

*Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação
da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas para obtenção
do título de Doutor em Saúde Coletiva.*

ORIENTADOR: PROF. DR. GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS

CO-ORIENTADORA: PROF^a DR^a EVELINA DAGNINO

CAMPINAS

2002

UNIDADE 3C
Nº CHAMADA UNICAMP
C253A
V EX
TOMBO 52602
PROC 16-124/03
C B X
PREÇO R\$ 11,00
DATA 13/03/03
Nº CPD

CM00180723-2

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

BIB ID 284868

C253s

Carvalho, Sérgio Resende

Saúde coletiva e promoção à saúde: uma reflexão sobre os temas do
sujeito e da mudança / Sérgio Resende Carvalho. Campinas, SP :
[s.n.], 2002.

Orientadores : Gastão Wagner de Sousa Campos, Evelina Dagnino
Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade
de Ciências Médicas.

1. Saúde Pública. 2. Medicina Social. 3. Qualidade de vida. 4.
Autonomia. I. Gastão Wagner de Sousa Campos. II. Evelina
Dagnino. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de
Ciências Médicas. IV. Título.

Banca examinadora da tese de doutorado

Orientador: Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos

Co-orientadora: Profa. Evelina Dagnino

Membros:

1. _____

Regina Maria Giffoni Marsiglia

2. _____

Aluísio Gomes da Silva Júnior

3. _____

Antônio Ivo de Carvalho

4- _____

Emerson Elias Merhy

5 _____

Ana Maria Canesqui

**Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas**

Data: 28/02/2002

DEDICATÓRIA

Para minhas “Tias mães” (história)

Para Sofia, Rachel e João (sementes)

Muito especialmente,

à minha companheira June Barreiros

Freire

Ao meu orientador, Gastão Wagner de Sousa Campos.

À minha co-orientadora Evelina Dagnino.

Ao Prof. David Zakus, meu supervisor “internacionalista” da Universidade de Toronto. A Mel, Dianna Moeser, Denise Gastaldo, Ann Robertson, Paul Willians e Sue Morrison, professores e amigos canadenses.

Ao Cipriano, Marden, Gustavo e Nelsão, pelas trocas no processo de elaboração deste trabalho.

Ao Heverardo, Tio Fernando, Eleonora, seu Nilton e Vanessa, por ajudarem a segurar a barra da sobrevivência.

Ao Marcio, Nádia, Ana Segall, Heleno, Rosana e Adonai, pela hospitalidade.

Aos novos amigos de Campinas (bancada do IFCH, do teatro, do Nordeste e do DMPS) e aos antigos amigos de Ibituruna (montanhas e rios).

À Fapesp, financiadora de meu projeto, agradeço a seriedade e o profissionalismo.

	PÁG.
RESUMO	<i>xvii</i>
ABSTRACT	<i>xxi</i>
APRESENTAÇÃO	25
SEÇÃO 1	31
CAPÍTULO 1 – Aspectos metodológicos e contexto da investigação	33
I. Introdução à investigação: aspectos metodológicos.....	33
II. O projeto Neoliberal e o SUS: uma breve contextualização.....	41
II.1. O contexto Neoliberal.....	41
II.2. O SUS: um espaço de construção de uma política democrático-popular na saúde e de resistência às políticas neoliberais.....	46
SEÇÃO 2	47
CAPÍTULO 2 – O movimento da Promoção à Saúde no Canadá: contexto histórico e a corrente behaviorista	49
I. O contexto sócio-histórico da Promoção à Saúde no Canadá.....	50
II. A Corrente behaviorista da Promoção à Saúde no Canadá.....	53
II.1. Premissas teóricas do Relatório Lalonde.....	53
II.2. Estratégias relevantes da Promoção à Saúde Behaviorista.....	55
II.3. Reflexões sobre as temáticas do sujeito e da mudança na Promoção à Saúde Behaviorista.....	56

CAPÍTULO 3 – Corrente da Nova Promoção à Saúde: o modelo sócio-ambiental da Carta de Ottawa.....	61
I. Antecedentes da Nova Promoção à Saúde.....	63
II. Premissas teóricas da Nova Promoção à Saúde.....	64
III. Estratégias relevantes da Nova Promoção à Saúde.....	68
III.1. A Nova Promoção à Saúde na prática: a experiência canadense.....	69
IV. Reflexões sobre a mudança e os sujeitos na Nova Promoção à Saúde.....	73
IV.1. Os sentidos da categoria “empowerment” na Nova Promoção à Saúde: as abordagens psicológica e comunitária.....	77
IV.2. Os múltiplos significados da participação comunitária na Nova Promoção à Saúde.....	84
V. Considerações finais.....	87
CAPÍTULO 4 – A corrente de Promoção à Saúde da População no Canadá.....	89
I. Premissas e estratégias da corrente Saúde da População.....	89
II. Reflexões sobre a corrente da Saúde da População.....	94
SEÇÃO 3.....	99
CAPÍTULO 5 – A constituição da Saúde Coletiva no Brasil.....	101
<u>Parte A</u> – Origens da Saúde Coletiva.....	102
I. O contexto do surgimento do Movimento da Saúde Coletiva.....	102
<u>Parte B</u> – A Saúde Coletiva nas décadas de 1970 e 1980.....	105
II. Premissas relevantes da Saúde Coletiva nas décadas de 1970 e 1980.....	105

III. Estratégias sugeridas pela Saúde Coletiva nas décadas de 1970 e 1980.....	109
III.1. As estratégias e seus resultados.....	109
IV. Considerações sobre as temáticas do sujeito e da mudança na Saúde Coletiva das décadas de 1970 e 1990.....	112
CAPÍTULO 6 – Correntes da Saúde Coletiva na década de 1990.....	115
<u>Parte A – A corrente da Vigilância à Saúde.....</u>	<u>115</u>
I. Premissas teóricas.....	115
II. Estratégias sugeridas pela corrente Vigilância à Saúde.....	117
III. Considerações sobre as temáticas do sujeito e da mudança na corrente de Vigilância à Saúde.....	118
<u>Parte B – A corrente em Defesa da Vida.....</u>	<u>122</u>
I. Premissas teóricas da corrente Em Defesa da Vida.....	123
II. Estratégias relevantes da corrente Em Defesa da Vida.....	131
II.1. Propostas para a gestão da corrente Em Defesa da Vida	131
III. Considerações sobre as temáticas do sujeito e da mudança na corrente em Defesa da Vida.....	142
SEÇÃO 4.....	147
CAPÍTULO 7- Considerações Finais.....	149
I. Olhares sobre o social, a mudança e o sujeito.....	150
II. Aportes teóricos para a consolidação do SUS.....	157
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	163



RESUMO

Realizo um estudo exploratório que tem como objetivo analisar modelos teóricos conceituais que vêm influenciando o pensamento sanitário brasileiro nas três últimas décadas do século XX. Partindo da descrição e crítica dos Movimentos da Saúde Coletiva brasileira e da Promoção à Saúde canadense, reflito sobre o modo como estas abordagens trabalham com as noções de sujeito e de mudança.

Após detectar diferenças internas relevantes nas abordagens investigadas, concluo pela heterogeneidade do pensamento da Promoção à Saúde canadense e, em menor escala, da Saúde Coletiva, no que se refere ao compromisso com a mudança do *status quo*.

A coincidência em relação à importância do social na determinação da doença, por parte dos distintos modelos teóricos, não tem correspondência com o entendimento das mesmas em relação ao significado do 'social'. Divergem, igualmente, em relação ao locus de priorização das ações em saúde e à perspectiva com que trabalham o tema do sujeito.

Concluo que: 1) as diferentes correntes têm contribuições importantes para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde destacando, entre outros, as noções como “campo da saúde”, “*empowerment*”, “participação comunitária”, “território-processo”, “co-produção de sujeitos” e “tecnologia-leve”; 2) pela necessidade de se reafirmar a Saúde Coletiva como matriz teórica que singulariza a experiência sanitária brasileira no contexto internacional.

Palavras-chave: Autonomia, Qualidade de Vida, Medicina Social, Saúde Pública



ABSTRACT

I made an exploratory study of the health paradigm aimed to analyze the mainly variables of theoretical health models historical which constitute the social field of health in Brazil, in the three last decades of the 20th century. I describe and reflect about the Brazilian “Collective Health” and the Canadian “Health Promotion” and movements aimed at identifying how they deal with the problematic of changing and subjective.

Looking how the different approaches deal with the social transformation of health I realized that they have internal differences, mainly inside the Health Promotion Movement.

The coincidence in relation to the importance of the social in the determination of the disease by the different theoretical models doesn't have correspondence with the understanding of the same ones in relation to the meaning of the "social". They diverge, equally, in relation to the *loci* of priorities of the actions in health field and the way they deal with the subject's theme.

I conclude that 1) the different theoretical models have important contributions for the invigoration of the Brazilian Health System highlighting, among others, the contribution of notions as "health field", "empowerment", "community- participation", "territory-process", "co-production of subjects", and "soft technology"; 2) we need to reaffirm the Collective Health as the theoretical support to the Brazilian singular experience on public health at the international context.

Key words: Autonomy, Life Quality, Public Health, Social Medicine.



APRESENTAÇÃO

Tendo entrado na Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, no ano de 1977, freqüentei um ambiente escolar conservador e pouco aberto à realidade social.

Em busca de ares menos sufocantes - eram tempos de ditadura - passei a buscar alternativas em outros espaços. Fiz internato rural no Vale do Jequitinhonha, participei das lutas estudantis e em apoio aos médicos residentes.

Qualquer motivo justificava os protestos de rua: a falta de moradia universitária, o aumento do preço do bandejão ou das mensalidades e a defesa do patrimônio histórico foram algumas das causas que ocuparam o tempo de minha geração. Em 1981 fiz vestibular para Filosofia na UFMG e, após freqüentá-lo por um breve período, retornei ao curso de Medicina.

Em 1983 “juntei as trouxas” e fui trabalhar como médico generalista no interior de Goiás. Aproveitava as folgas para freqüentar sindicatos, participar das lutas populares pela saúde e para dar uma esticada até Goiânia para gritar pelas diretas já. Sentia-me com a história na mão, e ao mesmo tempo, vivia em crise pelas origens pequeno-burguesas. Ser ou não ser povo, uma questão dilacerante nesses tempos de descobertas.

Depois veio a “revolução” o que antes era sonho agora virava realidade. Estive dois anos (84/86) na Nicarágua sandinista, na condição de membro de uma brigada de Saúde do Partido dos Trabalhadores, ajudando a reconstruir uma nação dilacerada pela violência das armas. Guerra por todos os lados, forças reacionárias sob a liderança de um Estado terrorista (eram tempos de Reagan!) preparavam a derrocada de um experimento social alternativo. O genocídio era a moeda corrente.

Neste período trabalhei como médico generalista em hospitais, ambulatórios e junto a cooperativas agrícolas. Vêm-me à memória as longas caminhadas em áreas em que circulavam membros da contra-revolução, o trabalho com parteiras e agentes de saúde em cooperativas agrícolas. Nos hospitais, vivíamos em sobressalto aguardando a chegada das vítimas desse processo insano. Vida e morte, eram detalhes, um acaso... Naqueles tempos enlouquecidos, fazia-se urgente destruir o “comunismo” pela raiz.

Nesse contexto virei sanitaria. Passei a dividir meu tempo entre o atendimento médico e a coordenação de unidades de saúde e de programas. Recém-chegado aos afazeres da Saúde Pública, percebia no lema “centralização normativa e descentralização executiva” algo estranho, como se alguma coisa estivesse fora da ordem. Ficou a dúvida... No meio destas incertezas fui para Cuba estudar, recarregar baterias. Conheci o sistema de saúde e impressionei-me com a dignidade daquele povo.

Voltei para o Brasil em 1987. Foram três anos de ausência. Eu mudei, o país mudou, estranhamentos... Refugiei-me na prática clínica e, devagar, voltei a inserir-me nas lutas dos movimentos sociais. Em 1989 “dei um tempo” e fui fazer política em tempo integral. Infelizmente, não bastou ter perdido o medo de ser feliz. A derrota nas eleições para presidente fechou um ciclo na minha vida e trouxe novos desafios.

Outras perambulações se seguiram: fui testemunha impotente do genocídio dos Yanomami em 1991, estive no Instituto de Medicina Tropical em Manaus em 1992. Destas andanças ficou a vontade de aprimorar a minha formação e abrir novos campos de atuação profissional.

A partir de 1992 “corri atrás do prejuízo” e participei de vários programas de Pós-graduação na área da Saúde Coletiva: residência em Medicina Social na UFMG, Mestrado e Doutorado na Unicamp. Até o ano de 1997 atuei, como sanitaria, na implantação do SUS (Sistema Único de Saúde) na cidade de Betim, Minas Gerais, experiência que analiso em minha tese de Mestrado.

Em 1998 me mudei para Campinas. Frequentei dezenas de cursos no Departamento de Medicina Preventiva e Social, nos institutos de Filosofia e Ciências Humanas e de Economia. Estando na Unicamp não queria perder a oportunidade de frequentar seus centros de excelência acadêmica. Na cabeça um ideal de UNIVERSIDADE. Utopia? Talvez...

No ano de 2000 estive durante sete meses na Universidade de Toronto. Muito frio e muito estudo. Fui bem recebido e aprendi muito. Gostei do Canadá e das pessoas. Apesar disto, confesso que o melhor da ida para o Canadá foi a volta para o Brasil. Estava ficando com saudades.

Os últimos nove meses foram dedicados a finalizar o trabalho acadêmico que aqui se apresenta. É uma investigação de um período de minha vida que carrega a minha história. Espero que esta introdução/memória contribua para a leitura do que se segue.

Um guia para leitura da tese

Este trabalho analisa teorias contemporâneas sobre a saúde. Toma como objeto de estudo as correntes de Promoção à Saúde canadense e da Saúde Coletiva brasileira. A partir das premissas e estratégias, procura refletir sobre a temática dos sujeitos e da mudança nos distintos modelos teórico-conceituais.

Organizei a apresentação deste trabalho em quatro seções. Na primeira apresento, no capítulo 1, os principais temas teóricos da tese, assim como os argumentos da investigação e seus pressupostos. Descrevo aspectos metodológicos relevantes, tais como o contexto da pesquisa, as escolhas, objeto(s), objetivos, método. Subseqüentemente, a tese é dividida em três grandes seções.

A segunda seção descreve e analisa o Movimento de Promoção à Saúde do Canadá. Apresento-a em três capítulos. No capítulo II, introduzo e contextualizo o surgimento desta abordagem no Canadá. A seguir descrevo e analiso o discurso hegemônico da Promoção à Saúde na década de 1970 e na primeira metade dos anos 80, ou seja, a corrente behaviorista. No capítulo III, reflito sobre a corrente da Nova Promoção à Saúde, cujo ideário tem como documento referencial a Carta de Ottawa. No capítulo IV, sintetizo e reflito sobre a corrente da Saúde da População, vertente sanitária que passa a pautar debates e intervenções em Promoção à Saúde no Canadá da década de 1990.

Na terceira seção, discuto a Saúde Coletiva no Brasil. Analiso, no capítulo V, a constituição e o desenvolvimento desta abordagem nas décadas de 1970 e 1980. No capítulo VI, reflito sobre duas correntes dos anos 90: a Vigilância à Saúde e a corrente Em Defesa da Vida.

Na quarta seção, no capítulo VII, comparo o Movimento da Saúde Coletiva com o Movimento da Promoção à Saúde do Canadá apontando semelhanças, diferenças, avanços e limites conceituais.



SEÇÃO 1

CAPÍTULO 1 – ASPECTOS METODOLÓGICOS E CONTEXTO DA INVESTIGAÇÃO

“It is possible to assert three promising criteria for new work: reflexivity, transdisciplinarity and the subversiveness of discovery. It is further necessary to state the risk involved in any attempt to learn and practice wider understanding – it is an attempt to ‘think the unthinkable’ in terms of existing professional disciplines. Finally it entails acceptance of the consequent marginality of the position taken up, together with the possibility of professional and institutional sanctions.” (Holland, 1977 apud Caplan, 1993)

I. Introdução à investigação: aspectos metodológicos

O esgotamento do paradigma biomédico, a mudança do perfil epidemiológico e os novos desafios sóciopolíticos e culturais das últimas décadas têm ensejado o aparecimento de novas formulações sobre o pensar e o fazer sanitários.

Entre estes, merecem relevância os modelos teórico-conceituais da Saúde Coletiva e da Promoção à Saúde. Ambas concepções influenciam a constituição do SUS, no Brasil, e compartilham de um discurso que afirma que a saúde é um bem público e um direito da cidadania. Partindo deste reconhecimento, entendi como pertinente desenvolver um projeto de investigação visando compreender como estas formulações trabalham as temáticas do sujeito e da mudança.

Na escolha do objeto assumi, como um pressuposto, que a atualização dos paradigmas sanitários no Brasil atual demanda um esforço transdisciplinar que elucide as relações naturais e sociais embutidas no objeto “saúde”. Julgo, como Antonio Ivo de Carvalho, que é necessário um esforço de superação da dicotomia entre o caráter objetivo e o subjetivo dos modelos explicativos em saúde, sendo útil afirmar a existência de três territórios de intersecção de sujeitos:

um território social, onde se confirme o compromisso com a equalização de oportunidades de saúde, com a universalidade e com a equidade; um território cultural, onde se admita o caráter aproximado e construído das categorias relacionadas ao binômio saúde-enfermidade, sua dimensão simbólica e suas conexões com a experiência humana de estar no mundo; e um território propriamente natural, objetivo, material, onde um sujeito cogniscente se compreenda distinto de seu objeto ‘natural’, guardando, porém, com ele uma relação de intimidade e interação, de seu possível (re)criador (Carvalho, 1996: 112).

Modelos de intervenção que procuram atuar fragmentariamente na tríade do modelo ecológico, que constroem um projeto terapêutico a partir da metáfora do corpo como máquina, ou que consideram a saúde como a ausência de doença estão fadados à insuficiência e ao fracasso. Para superar esta perspectiva, faz-se necessário entender que a saúde, física e mental, é produzida na sociedade e é influenciada pelas

formas de organização da vida cotidiana, da sociabilidade, da afetividade, da sensualidade, da subjetividade, da cultura e do lazer, das relações com o meio ambiente. É antes resultante do conjunto da experiência social, individualizada em cada sentir e vivenciada num corpo...que é também, não esqueçamos, biológico (Vaistman, 1992: 171).

Compreendo que o quadro sanitário atual está a exigir a atualização do pensamento sanitário, de forma que este entenda os indivíduos na sua complexidade de *“sujeitos sociais lidando com os resultados de suas escolhas e de sua intervenção, fruto de sua competência reformadora da vida natural, à qual deverão recorrer para enfrentar os desafios ora postos”* (Reichenreim & Werneck, 1994 *apud* Carvalho, 1996:108). Este é, portanto, um desafio de primeira ordem. Esta visão do sujeito enseja, ao mesmo tempo, uma releitura do processo saúde-doença que deve apontar para uma perspectiva não-reducionista que recupere

o significado do indivíduo em sua singularidade e subjetividade na relação com os outros e com o mundo. Pensar a saúde hoje passa então por pensar o indivíduo em sua organização da vida cotidiana, tal como esta se expressa não só através do trabalho mas também do lazer – ou da sua ausência -, por exemplo do afeto, da sexualidade, das relações com o meio ambiente. Uma concepção ampliada da saúde passaria então por pensar a recriação da vida sobre novas bases (Vaistman, 1992:172).

Ao procurar entender a temática do sujeito nas abordagens investigadas, guiei-me por uma formulação de Gastão Wagner, que afirma a existência de distintos planos de determinação do sujeito:

Assim: Determinação biológica, o Desejo e o Interesse comporiam uma Região em que a imanência reinaria quase soberana; no sentido de que estes três Planos indicam potências internas ao Sujeito, e que agem com relativa independência das circunstâncias (...) Necessidades sociais e Instituições compõem uma Região em que as forças agem sobre o Sujeito principalmente desde fora; aparecendo, então, como constrangimentos estranhos e externos a ele, sobre os quais os Sujeitos teriam influência pequena ou somente a médio ou longo prazo. Planos produzidos mais pelo social do que diretamente pelo Sujeito ou pelo Grupo” (Campos, 2000b:69-70).

O desejo faz menção a valores introjetados enquanto pulsão, vinculando-se à busca do prazer. É uma força instituinte e está recoberta pela cultura na qual o indivíduo se encontra imerso. Interesse, por sua vez, é algo que surge a partir da inserção histórica do indivíduo e vincula-se ao tema da sobrevivência. A necessidade social constitui uma cristalização de interesses particulares social e historicamente estruturados. Os interesses

institucionais fazem menção às organizações, mas também aos saberes, disciplinas, normas e valores culturais¹.

Intermediando as forças imanentes e exteriores ao sujeito, o autor afirma a existência de uma terceira região, na qual ocorre a formação de compromissos, de contratos. Este é o plano da prática social, da gestão, da elaboração de projetos e de políticas, que resulta da práxis concreta dos sujeitos.

A maneira como entendemos a noção de sujeito condiciona e determina nossas propostas organizativas para o setor da saúde. Por exemplo, se privilegiarmos o plano da estrutura biológica tenderemos a sugerir a organização de modelos de atenção relativos a processos de cura e de reabilitação. Se for priorizado o plano das necessidades sociais e dos interesses institucionais, são ressaltadas ações visando à prevenção, à promoção e à intervenção sobre o processo de deliberação de políticas públicas. Em suma, objeto, método, objetivo e estratégias na saúde variam de acordo com a concepção que se tem do sujeito.

Para analisar o tema da mudança junto às distintas abordagens teóricas, julguei de utilidade remeter-me a um mapa teórico, elaborado pelo sociólogo inglês Russel Caplan (1993), com o objetivo de fundamentar uma análise sumária de conteúdos de distintas correntes sanitárias.

¹ Na tradição do pensamento sócio-analítico francês, entendo a categoria “instituição” como sendo “árvores de decisões lógicas que regulam as atividades humanas, indicando o que é proibido, o que é permitido e o que é indiferente. Segundo seu grau de objetivação e formalização, podem estar expressas em leis, (...) normas ou pautas. Toda instituição compreende um movimento que a gera: o instituinte; a um resultado: o instituído, e um processo: da institucionalização. Exemplos de instituições são: a linguagem, as relações de parentesco, a divisão social do trabalho, a religião, a justiça, o dinheiro, as Forças Armadas, etc. Um conglomerado importante de instituições é, por exemplo, o Estado. Para realizar concretamente sua função regulamentadora as instituições materializam-se em organizações e estabelecimentos” (Baremblit, 1994:177).

Este mapa consiste de uma síntese gráfica que leva em consideração dois pares de categorias: subjetivo/objetivo e mudança radical/regulação social.

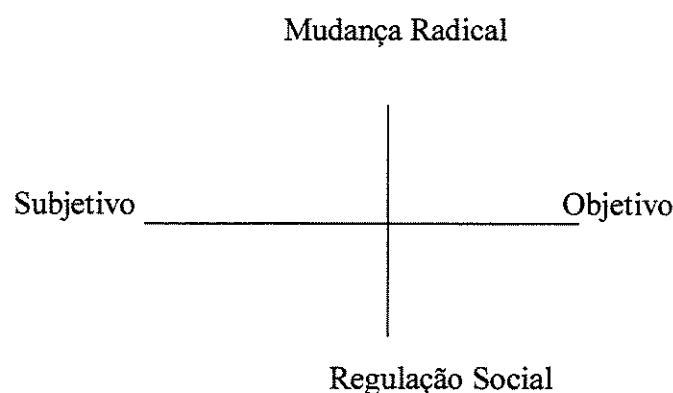


Figura 1

A oposição entre as categorias “subjetivo” e “objetivo” refere-se à natureza do saber em que um modelo teórico conceitual se fundamenta. O paradigma biomédico, por exemplo, privilegia evidências empiricamente observáveis, aproximando-se, portanto, do pólo “objetivo”.

A ênfase na compreensão subjetiva da doença está presente, por sua vez, em modelos teóricos que enfatizam as manifestações simbólicas, subjetivas e culturais, na experiência humana da doença. Nesta perspectiva a doença é, muitas vezes, “destituída de objetividade e reduzida a mera invenção social, mera ideologia”, na qual a medicina “não realiza a decodificação do orgânico ou da doença, mas sim a sua construção a partir de categorias cognitivas, socialmente dadas, que manipula” (Carvalho, 1996:112).

A segunda polaridade - mudança radical/regulação social - refere-se à maneira pela qual modelos teórico-conceituais pressupõem a natureza de uma sociedade. Paradigmas que apostam na mudança radical entendem que a sociedade é um ente essencialmente instável e que apresenta tendências para a transformação.

Theories of radical change are therefore concerned with finding explanations which demonstrate the need for fundamental change in the way our society is organized, that is, by social conflicts, tension and domination. Radical change then, is concerned with emancipation from structures, which constrain and limit human potential. It consequently focuses on questions, which look at human deprivation in both social and psychological terms. Its major concern is with what is possible, more than with what is. Hence its search for alternatives, rather than resigned acceptance of the status quo (Caplan, 1993: 150).

Por outro lado, modelos teóricos que se colocam no campo da regulação social partem da premissa de que vivemos em uma sociedade predominantemente estável e integrada, na qual o consenso e a harmonia social são as regras. Enfatizam-se, portanto, a harmonia, a unidade e a integração social. Instituições como família, educação, saúde e Estado de Bem-Estar existiriam para a felicidade humana e como resposta natural às necessidades sociais. Esta perspectiva prioriza a compreensão dos fatores que fortalecem a integração social e tem como objetivo contribuir para a criação de mecanismos de controle da vida em sociedade.

A Tabela 1 sintetiza e compara alguns elementos desta polaridade:

TABELA 1 – Uma comparação entre o modelo de regulação social e o de mudança radical

REGULAÇÃO SOCIAL	MUDANÇA RADICAL
<i>Status quo</i>	Mudança radical
Ordem social	Ordem conflitiva
Consenso	Consensos provisórios e (ou) dominação
Integração social e coesão	Contradição
Solidariedade	Emancipação

Adaptado de Burrell & Morgan *apud* Caplan (1993)

Nesta investigação, os termos “paradigma” e “modelo teórico conceitual” são utilizados como sinônimos. Entendo-os como constituindo “noções e crenças compartilhadas que preparam para a ação” (Paim & Almeida Filho, 1998:301); uma síntese entre o sistema de conceitos e valores socialmente construídos que induzem a julgamentos e fornecem elementos para a elaboração de projetos e orientação da práxis. Constituem uma

instância que autoriza a eleição de problemas a serem enfrentados. Algumas vezes promovendo a interdição de certos assuntos, que não seriam sequer mencionados; e outras, impondo a abordagem de alguns temas em detrimento de outros. Na realidade tanto a escolha de prioridades teóricas e operacionais, quanto a definição de campo de responsabilidade [recorte de objeto de trabalho] dependem bastante do marco teórico-conceitual (Campos, 2000b: 218).

Ao estudar a Saúde Coletiva, resgato as suas origens descrevendo o ideário hegemônico desta abordagem nas décadas de 1970 e 1980. A seguir analiso duas correntes da década de 1990: a Vigilância à Saúde e a Defesa da Vida.

Em relação à Promoção à Saúde, optei por priorizar documentos e relatos verbais de autores anglo-saxões, destacadamente do Canadá². Pesou, nesta decisão, o reconhecimento da importância internacional da produção canadense sobre Promoção à Saúde e o pressuposto de que estas fontes poderiam fornecer elementos ainda não abordados na literatura brasileira.

Perante a complexidade e abrangências dos paradigmas estudados, optei por priorizar no estudo elementos que compõem as dimensões micro e meso sociais. No setor da saúde, estas dizem respeito a temas como participação comunitária, gestão de serviços de saúde; relação profissionais/usuários, práticas de educação em saúde. O estudo de variáveis macrossociais como Estado e Políticas Públicas não foi, portanto, o objeto central deste trabalho.

² Priorizei no estudo a análise do Movimento da Promoção à Saúde nas províncias canadenses de língua inglesa. A província do Quebec apresenta um peculiar sistema de saúde que não foi objeto deste trabalho.

A descrição das correntes da Promoção à Saúde e da Saúde Coletiva foi realizada a partir de um roteiro que incluiu itens como: contextualização histórica, premissas, conceitos e estratégias relevantes para a investigação. Ao concluir os respectivos capítulos procurei refletir sobre o enfoque em relação às temáticas da mudança e do sujeito. Ao entender, como Merhy, que “a tecnologia em saúde está marcada pela própria conformação de que é saúde e doença, normal e patológico, vida e morte” (Merhy, 2000: 49), procurei compreender como a maneira que as distintas correntes concebem estas categorias.

Procurou, ao longo do trabalho, apontar limites e avanços para se pensar a mudança e a produção dos sujeitos na saúde. Sugiro, amiúde, elementos e questões que julgo pertinentes para se pensar uma proposta que consolide e radicalize os princípios e diretrizes do SUS.

Utilizei como fontes para este estudo informações coletadas em documentos oficiais e na literatura relevante das distintas abordagens. Anotações de aulas e debates, alguns dos quais gravados em fita cassete, foram fontes complementares.

A investigação do paradigma de Promoção à Saúde foi realizada, em parte, junto ao “Health Administration Department” e ao “Social Science Department” da Universidade de Toronto no período compreendido entre setembro de 2000 e março de 2001. Na ocasião, frequentei cursos, visitei serviços de saúde e realizei uma revisão bibliográfica das revistas “Canadian Public Health Journal” e “International Health Promotion”. Foram ainda realizadas entrevistas com prestigiosos investigadores e dirigentes da Promoção à Saúde no Canadá.

É importante ainda mencionar que, na análise da corrente Em Defesa da Vida, usufruí da condição de pós-graduando do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp e de membro do coletivo da área de planejamento que vem formulando os princípios e estratégias desta corrente. Acompanhei, ainda, a implementação de seu ideário junto às Secretarias de Saúde de Betim (MG) e Paulínia (SP).

Antes de apresentar os resultados da investigação, farei uma breve menção aos principais projetos políticos em disputa no Brasil e algumas de suas repercussões para a saúde e para os temas da mudança e da produção de sujeitos.

II. O projeto neoliberal e o SUS: uma breve contextualização

Esta investigação tem como pano de fundo um contexto em que se enfrentam, no Brasil, dois projetos principais. O primeiro, hegemônico, está pautado no ideário neoliberal. Nele predomina uma visão da saúde como uma mercadoria. O segundo, o projeto democrático e popular, procura repensar as relações sociais tendo como objetivo a universalização dos direitos e a radicalização da vida democrática; entende a saúde com um bem comum e tem no Sistema Único de Saúde um espaço privilegiado de implementação dos mencionados princípios.

II.1. O contexto neoliberal

Nos tempos atuais, as políticas afinadas com o ideário neoliberal têm contribuído para o aumento da desigualdade entre países, regiões e grupos sociais, afetando indistintamente as populações de países pobres e ricos. Farei a seguir breves comentários relacionados às concepções neoliberais sobre as políticas sociais e sobre os sujeitos.

A minimização de políticas públicas no neoliberalismo

Partindo da premissa de que o Estado é um empecilho ao desenvolvimento das forças de mercado, o pensamento neoliberal vem propondo, nas últimas décadas, sua reforma. Preconiza a constituição de uma espécie de “Estado-empresário” enxuto, eficaz, livre das amarras da prestação de serviços e do peso das burocracias.

Este pensamento considera um retrocesso a existência de políticas sociais universalistas e redistributivas. A base do raciocínio é que estas políticas retiram recursos de áreas produtivas para subsidiar bens e serviços que o mercado poderia prover. Argumenta que gastos desnecessários produzem déficit fiscal e prejudicam a “saúde da economia” ao diminuir a capacidade competitiva das economias nacionais. O neoliberalismo critica igualmente as políticas sociais de conteúdo universalizante por considerá-las responsáveis pelo desestímulo ao trabalho e à competição.

Na lógica neoliberal o setor privado é incentivado a prover serviços tais como de saneamento, de segurança, de transporte, de saúde e de educação. Preconiza-se a venda do patrimônio público e a concessão de serviços públicos estatais à iniciativa privada.

Ocorre, em paralelo, a multiplicação de organizações da sociedade civil que substituem as instituições estatais na prestação de serviços. O fenômeno da focalização, ou seja, o direcionamento de políticas públicas para determinados grupos de risco é uma das estratégias priorizadas no neoliberalismo. O discurso da participação e do fortalecimento da sociedade civil é também um discurso neoliberal.

Neste contexto, organizações internacionais, corporações multinacionais e instituições vinculadas aos países centrais aumentam a sua influência, logrando pautar a agenda político-social à custa da diminuição da soberania das nações periféricas³.

A objetivação do sujeito no neoliberalismo

Além de minimizar direitos sociais e políticos, a ideologia neoliberal confunde a figura do cidadão com a do consumidor. A idéia de valor, que aqui predomina, é dada pela dimensão econômica das relações sociais e apenas secundariamente pelas necessidades individuais e coletivas.

³ A utilização da terminologia “país dependente e atrasado”, ou país periférico, procura traduzir características que considero relevantes na realidade histórico das nações “não desenvolvidas”. Nesta escolha esta implícita a valoração de que a opção desenvolvimentista futura destas nações pode, em tese, se constituir a partir de princípios e valores diferentes dos que caracterizam os países capitalistas “desenvolvidos” e de que o “desenvolvimento” não constitui uma fatalidade histórica.

O capitalismo contemporâneo reconhece a importância do desejo e do interesse individual na vida social. Porém, realiza uma hábil manobra ao redirecionar a satisfação destes elementos para a esfera do consumo. A indução ao consumo compulsivo de mercadorias, “caminho” mais curto para alcançar a utopia da felicidade, vem funcionando como um mecanismo produtor de uma subjetividade narcisista, dessocializante e privatista (Santos, 1995:246). A subjetividade da ordem neoliberal está

voltada para o gozo imediato e contínuo. Um gozo sempre autorizado se dispõe de dinheiro para comprá-lo. Neste esquema, as outras pessoas são incorporadas como objetos de desfrute ou eliminadas por se apresentarem como obstáculos à realização do prazer (Campos, 2000b: 71)

Desta forma a subjetividade e (ou) a consciência humana sofre um processo de objetivação no momento em que se corporificam em “produtos avaliáveis para ela e para os outros como elementos de um mundo comum” (Ferreira, 2000). Neste processo “o espírito humano experimenta uma alienação de sua real natureza subjetiva, projetando-se em objetos e construindo a realidade externa” (Houaiss 2001). O desejo

Ao analisar o tema da subjetividade no sistema dominante Guattari afirma que capitalismo produz

indivíduos normalizados e submissos, articulados uns aos outros segundo sistemas hierárquicos e de valores. (...) Estes sistemas produzem uma subjetividade a nível do indivíduo e dos coletivos que pode alcançar todo os níveis da produção e do consumo (...), essa grande fábrica, essa grande máquina capitalística produz inclusive aquilo que acontece conosco quando sonhamos, quando devaneamos, quando fantasiemos, quando nos apaixonamos (Guattari & Rolnik, 1986:16).

Desta maneira as as classes hegemônicas das sociedades industriais asseguram o controle cada vez mais despótico sobre os sistemas de produção e de vida social (Guattari & Rolnik, 1986:39).

Este processo de ampliação da ordem capitalista é aprofundado, nos dias de hoje, com o processo de difusão social da produção. Este fenômeno tem como característica a indiferenciação entre os espaços da produção e da reprodução social (família, espaços de prestação de serviços). O tempo formalmente livre adquire características de tempo de trabalho assalariado, “ao ponto de se transformar na continuação deste sob outra forma”.

Neste quadro, a mais-valia, além de econômica, passa a ser também “sexual, étnica, religiosa, etária, política, cultural”, podendo ocorrer no ato do consumo, nas relações desiguais entre coletivos, partidos ou movimentos políticos (Santos, 1995: 253-259).

Elementos do ideário neoliberal na Saúde

O processo recente de reforma dos sistemas de Saúde latino-americanos é influenciado pelo mencionado contexto sócio-econômico-cultural. Modelos teórico-conceituais e estratégias vêm sendo elaboradas tendo como premissa a afirmativa de que “a atuação do Estado deve estar voltada para a garantia de um pacote mínimo de serviços essenciais voltado para os comprovadamente pobres, cabendo ao setor privado oferecer outras classes de serviços, de mais alto rendimento” (Laurell, 1997). A população passa a ser

segmentada de acordo com sua inserção social e conseqüente capacidade de se apresentar no mercado competindo por bens e serviços, muitas vezes de qualidade duvidosa. Por esta visão, ao Estado caberia identificar e classificar os mais carentes e apenas a eles dirigir suas políticas, obtendo por meio da focalização a maximização dos resultados (Barata, 1997).

O pensamento neoliberal trabalha com o pressuposto de que

a saúde seria uma responsabilidade privada e que os indivíduos deveriam resolver suas necessidades de saúde em família ou através de sistemas de seguro que garantissem o acesso a determinados tipos de serviços (Laurell, 1997).

Sob a afirmação das liberdades individuais, da autonomia e responsabilidade dos cidadãos com sua própria vida, aí incluídos os cuidados com a saúde, se oculta a proposta de redução das responsabilidades estatais na construção de sociedades mais justas e solidárias (Barata, 1997).

Nilson Rosário Costa, por exemplo, afirma que a saúde vem, nos tempos atuais, deixando de ser considerada como um bem público e um dever do Estado, passando gradativamente a ser entendida como um bem de consumo. Por trás desta mudança, o autor detecta a elaboração de um novo paradigma sanitário que se pauta pelas premissas do pensamento economicista que, gradativamente, vêm substituindo concepções vinculadas à Saúde Pública tradicional (Costa, 1998). Ao priorizar o equilíbrio fiscal e as regras de mercado, o “paradigma da economia em saúde” subordina princípios de equidade na saúde “aos da eficácia, efetividade e economia nos gastos públicos” (Costa, 1998:132), o que justifica a implementação de estratégias de focalização e seletividade da ação pública.

Este novo paradigma passa a dominar o pensamento sanitário das principais agências multilaterais de financiamento, como o Banco Mundial e o BIRD (Banco Interamericano de Reconstrução e Desenvolvimento), e a influenciar os saberes e estratégias de agências tradicionais como OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde) e OMS (Organização Mundial de Saúde) (Melo & Costa; 1995). O alerta que sobressai nos mencionados trabalhos é o de que o pensamento economicista em saúde constitui, nos dias de hoje, um discurso em expansão.

II.2. O SUS: um espaço de construção de uma política democrático-popular na saúde e de resistência às políticas neoliberais

O Sistema Único de Saúde é resultado da luta do Movimento Sanitário Brasileiro que, desde a década de 1970, vem buscando contribuir para a ampliação da democracia e para a conquista dos direitos sociais no Brasil. O ideário que sustenta o SUS preconiza um Estado ativo, que preste serviços sanitários de qualidade e que regule, a partir da lógica do bem comum, as ações do setor privado.

É, nos dias de hoje, um espaço de resistência às políticas neoliberais. Na contramão das tendências hegemônicas, o SUS vem logrando ampliar o seu leque de ações e mantém-se na vanguarda das políticas sociais brasileiras no que se refere ao caráter democrático e participativo de suas instâncias.

A inegável força das políticas neoliberais não tem conseguido impor totalmente a sua agenda restritiva ao setor público de saúde. Ao contrário de países como a Argentina, a Colômbia e o Chile, o Sistema Nacional de Saúde no Brasil tem legitimidade social e política. Apesar das deficiências, é uma instituição que garante a mais de 70% dos brasileiros serviços básicos de saúde. Dificuldades e limitações à parte, o SUS vem significando uma conquista social e uma instância de resistência ao ideário neoliberal.

ⁱ Na tradição do pensamento sócio-analítico francês, entendo a categoria “instituição” como sendo “árvores de decisões lógicas que regulam as atividades humanas, indicando o que é proibido, o que é permitido e o que é indiferente. Segundo seu grau de objetivação e formalização, podem estar expressas em leis, (...) normas ou pautas. Toda instituição compreende um movimento que a gera: o instituinte; a um resultado: o instituído, e um processo: da institucionalização. Exemplos de instituições são: a linguagem, as relações de parentesco, a divisão social do trabalho, a religião, a justiça, o dinheiro, as Forças Armadas, etc. Um conglomerado importante de instituições é, por exemplo, o Estado. Para realizar concretamente sua função regulamentadora as instituições materializam-se em organizações e estabelecimentos” (Barembliet, 1994:177).

ⁱⁱ Conceito que nas correntes dialéticas contemporâneas significa: 1) “processo pelo qual a subjetividade ou consciência humana se corporifica em produtos avaliáveis para ela e para os outros como elementos de um mundo comum” (Ferreira, 2000.); 2) “processo no qual o espírito humano experimenta uma alienação de sua real natureza subjetiva, projetando-se em objetos e construindo a realidade externa” (Houaiss 2001).

ⁱⁱⁱ Conceito que nas correntes dialéticas contemporâneas significa: 1) “processo pelo qual a subjetividade ou consciência humana se corporifica em produtos avaliáveis para ela e para os outros como elementos de um mundo comum” (Aurélio, 2000); 2) “processo no qual o espírito humano experimenta uma alienação de sua real natureza subjetiva, projetando-se em objetos e construindo a realidade externa” (Houaiss, 2001).



SEÇÃO 2

CAPÍTULO 2 – O MOVIMENTO DA PROMOÇÃO À SAÚDE NO CANADÁ: CONTEXTO HISTÓRICO E A CORRENTE BEHAVIORISTA

Em uma visão retrospectiva, o Movimento de Promoção à Saúde (MPS) coloca-se na seqüência da tradição sanitária do século XIX, na qual estudiosos como Allison, na Escócia, Chadwick e Snow, na Inglaterra, Villermé, na França e Virchow, na Alemanha, afirmaram haver uma associação entre doenças, pobreza e condições de vida (Merhy, 1987; Terris, 1996).

A Promoção à Saúde moderna tem como marco inaugural o Relatório Lalonde, publicado no Canadá em 1974 (Buss, 2000). Formaliza-se, aqui, a corrente behaviorista da Promoção à Saúde cujo eixo estratégico é formado por um conjunto de intervenções que procuram transformar os comportamentos individuais não-saudáveis.

Nas duas últimas décadas do século XX surgem novas correntes do MPS no Canadá enfatizando, dessa vez, os determinantes sócio-ambientais na explicação do processo saúde/doença. Neste grupo situa-se: 1) a corrente da Nova Promoção à Saúde, cujo documento de referência é a Carta de Ottawa (WHO, 1986); e 2) a corrente de Promoção à Saúde da População (Hamilton & Bhati, 1996), que tem no artigo “Producing health, consuming health care” (Evans & Stoddart, 1990) o seu texto fundador.

O reconhecimento internacional da Promoção à Saúde fica evidente quando constatamos que, nos últimos 25 anos, foram realizadas cinco Conferências Internacionais de Promoção à Saúde, patrocinadas pela OMS, e que os textos básicos deste Movimento já foram traduzidos para mais de cinquenta idiomas (Health Canadá, 1996).

Na década de 1990 o Movimento de Promoção à Saúde passa a ter uma crescente influência junto ao pensamento sanitário brasileiro. Seus conceitos subsidiam a corrente de Vigilância à Saúde, orientam estratégias do SUS e alcançam grande difusão junto às instituições acadêmicas.

I - O contexto sócio-histórico da Promoção à Saúde no Canadá

O Canadá é o segundo país do mundo em extensão. Conta com uma população de aproximadamente 30 milhões de pessoas vivendo, em sua maioria, na região fronteiriça aos Estados Unidos.

O país tem assento nos principais fóruns mundiais de decisão política, conta com uma alta renda *per capita* e apresenta um dos melhores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH¹) do mundo. Após três anos de *liderança* no ranking mundial, o Canadá ocupou o 3º lugar em 2001.

Para uma base de comparação, o Brasil ocupou em 1999 o 69º lugar entre 162 países. A iniquidade do índice repete-se ao compararmos populações afro-descendente, que isoladamente estariam no 101º lugar do IDH (expectativa de vida de 65,12 anos), com a população branca, que ocuparia isoladamente o 46º lugar (expectativa de vida de 71,23 anos) na escala do PNUD (Escóssia, 2002).

O Canadá é formado por dez províncias e três territórios. Quebec é a única província predominantemente francófona, apresentando diferenças culturais, políticas e históricas importantes em relação ao restante do país. Estas diferenças explicam, em parte, disputas em torno do tema da reivindicação de independência política deste Estado e o caráter singular de seu sistema de saúde.

O desenvolvimento econômico do pós-guerra e a implementação de políticas de cunho redistributivo lograram diminuir as disparidades de renda e eliminar as discrepâncias acentuadas nas condições de vida dos distintos grupos populacionais. Desde o final dos anos 80 predomina, no Canadá, um clima político-econômico neoconservador, com a gradativa implementação de políticas voltadas para o fortalecimento do mercado e a diminuição do papel social do Estado (O'Neill & Pederson, 1994). Acordos multilaterais no âmbito do Tratado Norte-Americano de Livre Comércio (NAFTA), celebrado em 1994, vêm significando a diminuição da soberania do povo canadense sobre os rumos políticos do país e a redução dos gastos para os setores da saúde e da educação (O'Neill e Pederson, 1994; Deber, 1998; 2000).

¹ O IDH é um índice utilizado pelo PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento) que procura medir a qualidade de vida de uma população através de indicadores como educação, expectativa de vida e rendimento *per capita*.

Apesar deste quadro e de eventuais retrocessos, o Canadá continua contando com um dos melhores sistemas de proteção social do mundo. A qualidade do setor da saúde é uma das grandes conquistas sociais do país, um elemento de afirmação da identidade nacional e de diferenciação em relação aos Estados Unidos da América.

O sistema de saúde canadense

O sistema de atenção de caráter universal começou a ser implantado no Canadá a partir da década de 1960.

O governo canadense financia, através da arrecadação de impostos e taxas, aproximadamente 70% dos gastos do setor saúde. Em 1996 o Canadá investiu na saúde 50 bilhões de dólares, ou seja, 9,5% do PIB, um gasto *per capita* de 1.800 dólares americanos (Health Canada, 1999).

Pelo sistema federativo canadense, estados (províncias) e territórios têm autonomia na formulação, na implementação e na gestão das ações de saúde. Cabe ao governo central repassar recursos federais e garantir que estados e territórios cumpram critérios e condições que constam do Canada Health Act (1984), qual sejam: administração pública, integralidade, universalidade, acessibilidade e portabilidade.

O critério de administração pública significa que o sistema público de atenção deve ser administrado e operacionalizado em bases não-lucrativas por uma autoridade pública. Esta é regulada pelo Estado, sendo sujeita à auditoria de sua contabilidade e de transações financeiras. Por integralidade entende-se que o sistema de saúde deva assegurar os serviços providos por hospitais, médicos, e, em determinadas situações, por outros profissionais de saúde.

Através da diretriz de universalidade exige-se que a totalidade das pessoas asseguradas no sistema deve ter a garantia de acesso aos serviços a quem tem direito. O princípio de acessibilidade procura garantir a todos os cidadãos o direito a serviços de saúde de qualidade, sem barreiras financeiras ou de outra natureza. Portabilidade, por sua vez, é a diretriz que garante aos cidadãos canadenses receberem atenção à saúde em todos os estados canadenses e no exterior (Canadian Institute for Health Information, 2000).

Atenção hospitalar e serviços prestados por médicos em nível de consultório, remunerados através de repasses do Estado canadense, formam a base da universalidade do sistema . O atendimento domiciliar e ambulatorial é ofertado e gerenciado de acordo com as características de cada região (Canada Federal, Provincial, and Territorial Advisory Committee on Population Health, 1994):

Over 95 percent of Canadian hospitals are operated as private non-profit entities run by community boards of trustees, voluntary organizations or municipalities. (...) Although the provinces and territories do provide some additional benefits, supplementary health services are largely privately financed and Canadians must pay privately for these non-insured health benefits. (...) Under most provincial laws, private insurers are restricted from offering coverage which duplicates that of the governmental programs, but they can compete in the supplementary benefits market (Canadian Institute for Health Information, 2000).

O sistema de saúde do Canadá tem como base a atenção prestada por médicos generalistas que respondem por cerca de 60% da atenção médica no país.

They are usually the initial contact with the formal health care system and control access to most specialists, many allied providers, hospital admissions, diagnostic testing and prescription drug therapy. (...) Canada does not have a system of "socialized medicine", with doctors employed by the government. Most doctors are private practitioners who work in independent or group practices and enjoy a high degree of autonomy. Some doctors work in community health centres, hospital-based group practices or work in affiliation with hospital out-patient departments (Canadian Institute for Health Information, 2000).

A estrutura assistencial acima delineada vem apresentando problemas desde meados da década de 70. Estas respondem pela atual crise do sistema de saúde canadense e expressa-se em três elementos principais: 1) uma escalada de custos em consequência da

incorporação de novos aparelhos e insumos tecnológicos; 2) a concentração de recursos escassos no sistema de atenção, e 3) a incapacidade da prática médica em responder, de maneira satisfatória, à problemática sanitária surgida na raiz do aumento da prevalência das doenças crônico-degenerativas (Labonte, 1994, Hyndman, 1998).

II - A corrente behaviorista da Promoção à Saúde no Canadá

II.1 - Premissas teóricas do Relatório Lalonde

O Movimento de Promoção à Saúde no Canadá desenvolve-se a partir da divulgação do *discussion paper*² denominado “The new perspective for the Health of Canadians”, mais conhecido como Relatório Lalonde³.

Este documento argumenta que, perante a diminuição da morbimortalidade por causas infecciosas, o envelhecimento da população e o aumento de doenças crônicas-degenerativas, as ações de saúde devem ter como objetivo, além de adicionar anos à vida, acrescentar vida aos anos, de tal maneira que o ser humano possa usufruir as oportunidades ofertadas pelo aumento da equidade econômica e social (Lalonde, 1974). Partindo desta premissa, sugere um modelo (Figura 2) que fosse

“intellectually acceptable and sufficiently simple to permit a quick location, in the pattern, of almost any idea, problem or activity related to health: a sort of map of the health territory”
(Lalonde, 1974: 31).

A sua argumentação é simples. Saúde, definida como ausência da doença, resulta de um conjunto de determinantes localizáveis no “campo da saúde” e, principalmente, em quatro grupos: o ambiente (natural e social), o estilo de vida (comportamento individual que afeta a saúde), a biologia humana (genética e função humana) e a organização dos serviços de saúde.

² Documento ministerial que não recebe a chancela oficial, mas que serve de referência para os debates institucionais (Rootman, 1992).

³ O Relatório Lalonde recebe esta denominação graças a Marc Lalonde, político, advogado e um dos principais colaboradores do primeiro ministro Pierre Trudeau. Teve como mentor intelectual Lafontaine, membro do grupo de trabalho do Ministro da Saúde. (Entrevista com Rootman, 2001).

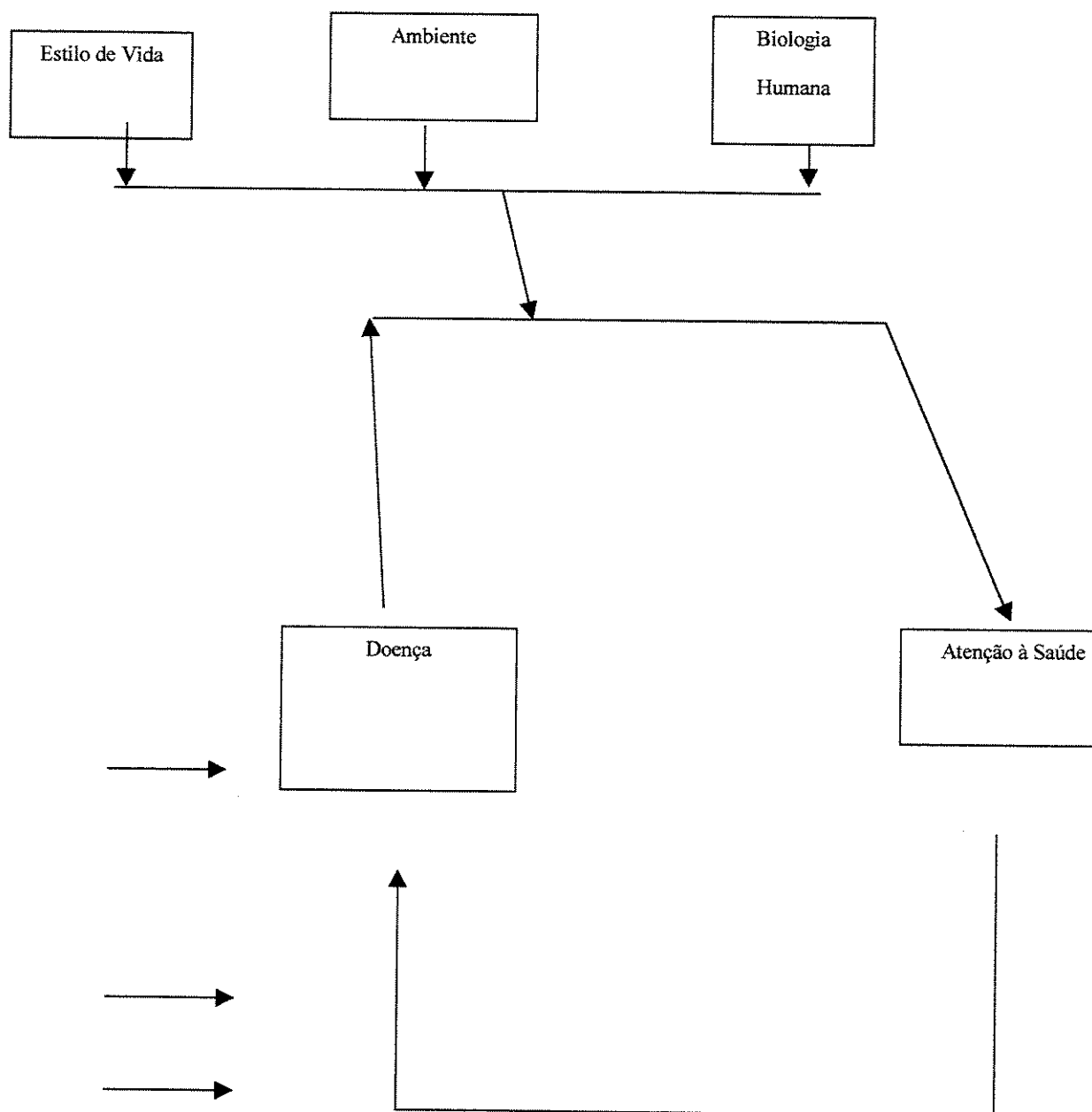


Figura 2 – Modelo de determinação do processo saúde doença do Relatório Lalonde

II.2 - Estratégias relevantes da Promoção à Saúde behaviorista

O Relatório Lalonde recomenda uma mudança no foco das ações sanitárias entendendo que

the traditional view of equating the level of health in Canada with the availability of physicians and hospitals is inadequate(...) there is little doubt that future improvements in the level of health of Canadians lie mainly in improving the environment, moderating self imposed risks and adding our knowledge of human biology (Lalonde, 1974: 18).

Dentre as estratégias sugeridas, o Relatório enfatiza a necessidade de se intervir sobre o estilo de vida, um agregado de decisões individuais que afeta a saúde e sobre o qual as pessoas têm um maior- ou menor - controle (Lalonde, 1974). Afirma o Relatório que

personal decisions and habits that are bad, from a health point of view, create self-imposed risks. When those risks result in illness or death, the victim's lifestyle can be said to have contributed to, or caused, his own illness or death (...) individual blame must be accepted by many for the deleterious effect on health of their respective lifestyles (Lalonde, 1974: 26-32).

Romper com a percepção de que a saúde é sinônimo de cuidados médicos, conscientizar o público do desequilíbrio nos gastos setoriais e mudar o foco das ações sanitárias do sistema de atenção à saúde para ações de promoção, são alguns dos objetivos centrais da corrente behaviorista de Promoção à Saúde no Canadá.

II.2.1 - Implementação das estratégias da Promoção à Saúde Behaviorista no Canadá

A publicação do Relatório Lalonde influenciou políticas sanitárias de outros países e está presente em documentos como o "Prevention and Health: Everybody's Business" publicado em 1976 da Inglaterra, e o "Healthy People: The surgeon General's

Report on Health Promotion and Disease Prevention” divulgado pelo governo norte-americano em 1979 (Rootman, 1992).

O Relatório Lalonde segue, nos dias de hoje, inspirando políticas de saúde de distintos países e organismos internacionais. Conceitos como “estilo de vida”, “campo de saúde” e “qualidade de vida” são alguns dos aportes deste documento para o pensamento sanitário contemporâneo (Mendes, 1996; Carvalho, 1996; Paim & Almeida, 1998; Buss, 2000).

No Canadá, o governo começa a implementar as estratégias preconizadas pelo Relatório partir de 1978, coincidindo com o estabelecimento de uma unidade burocrática no Ministério da Saúde e Bem-Estar responsável por ações voltadas para a promoção à saúde (Raerburn & Rootman, 1989; Rootman, 1992, Hyndman, 1998). Em 1979 inaugura-se, junto à Faculdade de Medicina da Universidade de Toronto, o primeiro programa de pós-graduação em Promoção à Saúde no país.

Através de estratégias maciças de marketing social, de educação para a saúde e de estímulo à auto-ajuda, a corrente behaviorista de Promoção à Saúde contribuiu para a melhora da qualidade de vida de amplos setores sociais no Canadá (Labonte & Penfold, 1981, Hyndman, 1998).

Com o surgimento de novas correntes de Promoção à Saúde nas décadas de 80, a corrente behaviorista passa a ocupar uma posição secundária no contexto dos debates sanitários canadenses. O mesmo não ocorreu no nível das práticas de Promoção à Saúde no Canadá (Pinder, 1988) uma vez que, como afirmam O’Neil, Pederson & Rootman, “the bulk of what was done in the name of health promotion was, and still is, lifestyle-oriented”(O’Neill *et. al.* 1994, 378).

II.3 - Reflexões sobre as temáticas do sujeito e da mudança na Promoção à Saúde behaviorista

A corrente de Promoção à Saúde Behaviorista procura romper com o modelo biomédico e sugerir uma perspectiva mais holística sobre a saúde. Move-se um pouco além do enfoque do modelo da história natural da doença ao enfatizar o papel das ações de

promoção e a necessidade de se atuar visando alterar comportamentos não-saudáveis (Labonte, 1994, Terris, 1996; Buss, 2000).

O sentimento de controle pessoal sobre a doença é fator que esclarece a popularidade desta corrente. Em uma era em que crescem as ameaças sócio-ambientais ao homem, torna-se confortável pensar que a ação individual reduz as chances de uma morte precoce. É importante observar que esta postura contribui, de passagem, para a defesa da idéia de que é possível assegurar a saúde sem que seja necessário realizar transformações no modo de produção vigente, nas relações sociais e (ou) de governantes (Tesh, 1998).

Parte das razões que explicam o sucesso da corrente behaviorista estão, contraditoriamente, nas raízes de seus problemas e insuficiências.

O Relatório Lalonde ameaça uma abertura para o social na determinação da doença ao sugerir a utilização da noção de “campo de saúde” e formular um modelo explicativo ampliado do processo saúde/doença. Este *insight*, porém, é negado no interior do próprio documento. Aos poucos o social, na saúde, vai se tornando sinônimo de “estilo de vida saudável”. Desta maneira, o social se dilui em uma retórica comportamental, a-histórica, que toma o ambiente como tudo aquilo que inclui todas as coisas relacionadas com a saúde e que são externas ao corpo humano e sobre o qual o indivíduo tem pouco ou nenhum controle (Lalonde, 1974).

Estão ausentes temas como poder, sujeitos sociais, estruturas sociais, capitalismo e luta de classes. O social da corrente behaviorista não inclui temas como pobreza, iniquidade social, desemprego, condições de trabalho e de vida, democracia, participação, e direito.

Estas limitações da corrente de Promoção à Saúde Behaviorista respondem, na visão de muitos críticos, pela “culpabilização das vítimas” (“blaming the victims”). Trata-se de um processo no qual alguns setores, à margem do desenvolvimento capitalista, passam a ser responsabilizados por problemas de saúde cujas causas encontram-se fora de sua governabilidade (e.g. poluição, desemprego, falta de saneamento, de habitação e de renda) (Crawford;1977; Labonte & Penfold, 1981; Labonte, 1993).

Em determinados contextos (e.g. hegemonia de políticas neoliberais) estratégias behavioristas de Promoção à Saúde podem vir a constituir-se em uma escusa para a retirada do Estado do setor de atenção à saúde à custa de uma maior responsabilização dos indivíduos por seus problemas de saúde.

O modelo educacional behaviorista da Promoção à Saúde é um outro fator que não contribui para a produção de sujeitos autônomos e para o enfrentamento do *status quo*. Ao afirmar que a Promoção à Saúde é “strategy aimed at informing, influencing and assisting both individuals and organisations so that they will accept more responsibility and be more active in matters affecting mental and physical health” (Lalonde, 1974:66), o Relatório Lalonde aproxima-se de uma perspectiva pedagógica verticalista e autoritária. Parece-me uma abordagem moralista e normativa em que predomina a racionalidade dos técnicos e de saberes “científicos”. Ainda que reconheça a existência de pessoas concretas, a corrente behaviorista da Promoção à Saúde não as incorpora na construção ativa de modos de seguir a vida.

A partir destas reflexões, é possível deduzir que a Promoção à Saúde Behaviorista situa-se, no mapa de Caplan, no quadrante inferior direito (Fig. 3), uma vez que seu ideário se aproxima de uma perspectiva normatizadora do social (regulação social) e que entende o real sempre e quando este se evidencia em dados positivos e, muitas vezes, mensuráveis (e.g. pela epidemiologia).

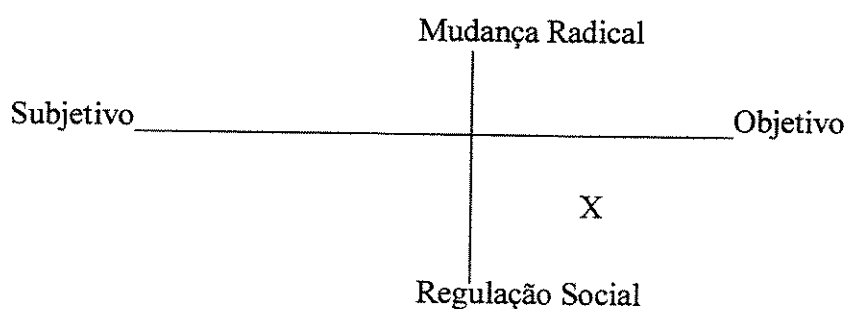


Figura 3

Outrossim, a vertente behaviorista da Promoção à Saúde parece sugerir, em consonância com um enfoque estrutural funcionalista, que vivemos em um sistema social integrado e permanente que se fundamenta na harmonia dos interesses e em um sistema comum de valores. Neste sistema a totalidade social parece ser sustentada por instituições que desempenham suas funções a partir dos interesses individuais e coletivos. No momento em que se afirma que o indivíduo pode fazer pouco ou quase nada para mudar o meio físico e social (Lalonde, 1974), sugere-se uma redução do político e do agenciamento para a mudança. Restaria aos desfavorecidos adaptar seu comportamento de acordo com as regras, valores e normas que lhes são externas.

CAPÍTULO 3 – CORRENTE DA NOVA PROMOÇÃO À SAÚDE: O MODELO SÓCIO-AMBIENTAL DA CARTA DE OTTAWA

“a revolution has been occurring in the field of health promotion. Guided to a large extent by a position paper disseminated by the World Health Organization (WHO) Europe Health Promotion Office (WHO, 1984), and furthered by the Ottawa Charter (WHO, 1986), the Epp Report in Canada (Canada, 1986), the Healthy Cities projet (Duhl, 1986), as well as by other efforts (Hancock, 1986; Labonte, 1986), this new health promotion movement has introduced new ideas, new language, and new concepts about what constitutes health and how health promotion efforts should be configured to achieve health” (Robertson & Minkler, 1994).

Em meados da década de 1980 tornou-se necessária a atualização do Movimento de Promoção à Saúde para que ele lograsse superar os limites teóricos e práticos da corrente behaviorista. Seminários e conferências realizados no Canadá e na Europa congregaram a produção de diversos atores e instituições, dando origem à corrente da Nova Promoção à Saúde (Robertson & Minkler, 1994; Robertson, 1998), cujo documento mais conhecido é a Carta de Ottawa (WHO, 1986).

No ano de 1994, a OMS/Europa produz um documento preliminar contendo os elementos-chaves do ideário da Nova Promoção à Saúde (WHO, 1984). No mesmo ano, realiza-se na cidade de Toronto, no Canadá, a Conferência “Beyond Health Care” (Hancock, 1985)¹, que lança as bases do movimento das Cidades Saudáveis. Em 1986, o escritório europeu da OMS divulga o documento “Health City Movement” (Duhl, 1986) e o Ministério da Saúde canadense torna público o “Epp Report” (Health Canadá, 1986).

No documento publicado em 1984 (WHO, 1984), o Escritório Europeu da OMS apresenta, de maneira pioneira, a essência do ideário que constará da Carta de Ottawa. Entre seus princípios e idéias destaco: 1) a necessidade de transformar as condições de vida dos mais desfavorecidos; 2) a defesa do envolvimento e participação da população nas decisões referentes ao cotidiano do setor da saúde; 3) a importância das ações intersetoriais; 4) a prioridade de capacitar indivíduos e coletivos para definir problemas e tomar decisões;

e 5) importância dos profissionais dos serviços de Atenção Primária em Saúde para a educação e a defesa (*advocacy*) da saúde.

O “Epp Report” foi um documento elaborado sob os auspícios do ministro da Saúde de então, Jackie Epp, e divulgado na 1ª Conferência Internacional de Promoção à Saúde (Health and Welfare Canada, 1986). Foi, junto com a Carta de Ottawa, o arcabouço de referência para as ações de Promoção à Saúde no Canadá até o início da década de 1990 (Pinder, 1988; Rootman, 1992). Propõe como medidas de revigoração deste pensamento a redução da iniquidade, o incremento de ações preventivas, e a ampliação da capacidade dos indivíduos em lidar com limitações advindas de doenças incuráveis e (ou) patologias crônicas comuns à terceira idade. Sugere como mecanismos de intervenção o autocuidado, a ajuda mútua e a atenção ao ambiente. Recomenda como estratégias primordiais o estímulo à participação pública, o fortalecimento dos serviços de saúde na comunidade e a busca de adesão de setores extra-saúde a políticas públicas saudáveis.

A Carta de Ottawa sintetizou, em 1986, esta produção e representou o consenso alcançado pelos 212 participantes de 35 países presentes na 1ª Conferência Internacional de Promoção à Saúde realizada na capital do Canadá, Ottawa, sob o patrocínio da Organização Mundial de Saúde, do governo canadense e da “Canadian Public Health Association”.

As estratégias da Carta foram posteriormente esmiuçadas em quatro outras Conferências Internacionais de Promoção à Saúde, realizadas até o ano 2000 (WHO, 1988; 1991; 1997; 2000). Estas procuram aprofundar o ideário do documento de Ottawa e apresentam, como novidade, uma crescente participação de representantes de nações periféricas. No Canadá, em 1996, a Canadian Public Health Association procura atualizar o ideário da NPS através da publicação do documento Action Statement for Health Promotion in Canada (CPHA, 1996a).

I - Antecedentes da Nova Promoção à Saúde

A Nova Promoção à Saúde compartilha com a vertente behaviorista a crítica ao paradigma biomédico e a necessidade de ampliar o entendimento do processo saúde-doença. Discorda, contudo, da ênfase na intervenção que visa transformar hábitos de vida e da culpabilização dos indivíduos por comportamentos cujas causas encontram explicação no entorno social.

Fundamentando esta crítica, encontram-se investigações das décadas de 1970 e 1980 que reafirmam a relação negativa entre iniquidade social e saúde. Entre os estudos mais importantes encontram-se aqueles que foram produzidos por Ratcliffe (1978), Black, Morris, Smith e Townsend (DHSS, 1980).

Ao investigar o paradoxo existente entre a pobreza do Estado de Kerala, na Índia, e os indicadores sanitários que se mostravam superiores a de estados indianos mais ricos, Ratcliffe concluiu que a melhoria na distribuição de recursos sociais era o principal fator explicativo. O sinergismo na implementação de ações em distintos setores sociais produziu efeito positivo no nível de saúde da população uma vez que

Mass education has doubtless contributed to a heightened political consciousness and more effective political participation. Widespread political participation has resulted in a more equitable distribution of land, income, and services, including education. And a more equitable distribution of resources as served to reinforce political activism and to make schools and health services more accessible (Ratcliffe, 1978: 139).

Ao comparar dados de morbimortalidade na Inglaterra, Black, Morris, Smith e Townsend (McIntyre, 1997) reforçam esta conclusão ao afirmarem que

most recent data show marked differences in mortality rates between the occupational classes, for both sexes and at all ages (...) a class gradient can be observed for most causes of death

(...) the lack of improvement and in some cases deterioration of the health experience of the unskilled and semi skilled manual classes [class IV e V] relative to class I [upper class] (...) inequalities exist also in the utilisation of health services (...) France, like Britain and most other countries considered [though apparently no Sweden] shows significant class and regional inequalities in health (DHSS, 1980:207).

Estas evidências reafirmam a importância da relação entre o modo como a sociedade se organiza e a saúde da população. Apontam, outrossim, que políticas que reduzem a iniquidade social, distribuindo recursos materiais e não-materiais, têm efeito positivo sobre a saúde de todos. Em outras palavras, a melhoria da qualidade de vida de grupos e coletivos passa necessariamente pela consideração de que a saúde é um bem comum e um direito.

Um documento que teve uma grande influência na elaboração do pensamento da Nova Promoção à Saúde foi o Relatório da Conferência de Alma Ata (WHO,1978), fato mencionado no preâmbulo da Carta de Ottawa. Princípios e estratégias que afirmam a importância de ações intersetoriais e a necessidade de ações imediatas por parte de governantes, trabalhadores sociais e da saúde e da comunidade internacional para proteger e promover a saúde de todos são alguns dos elementos compartilhados por ambos documentos.

II - Premissas teóricas da Nova Promoção à Saúde

São inúmeras as definições existentes para a Promoção à Saúde. Esta diversidade se deve a diferentes considerações políticas, sociais e teóricas, tornando impossível uma definição única e universalmente aceita. As definições variam de acordo com os objetivos, a população-alvo, o foco e o tipo de intervenção.

O glossário de conceitos da Promoção à Saúde da OMS define Promoção à Saúde como

the process of enabling individuals and communities to increase control over the determinants of health and therefore improve their health. It has come to represent a unifying concept for those who recognize the basic need for change in both the ways and conditions of living in order to promote health. Health promotion represents a mediating strategy between people and their environments, combining personal choice with social responsibility for health to create a healthier future (WHO, 1998).

Esta conceituação aponta que indivíduos e coletivos humanos constituem o objeto de intervenção da Nova Promoção à Saúde, um entendimento que encontra respaldado por diversos estudos (e.g. Labonte & Penfold, 1981; O'Neill & Pederson, 1994) e documentos institucionais (WHO, 1984; Health and Welfare Canadá, 1986; WHO, 1986).

A corrente da Nova Promoção à Saúde define saúde como “um recurso para a vida cotidiana, e não como um objetivo da vida” Considera que a Saúde é um conceito positivo que diz respeito tanto à capacidade física como à posse de recursos individuais e que

is created and lived by people within the settings of their everyday life (...) by caring for oneself and others, by being able to take decisions and have control over one's life circumstances, and by ensuring that the society one lives in, creates conditions that allow the attainment of health by all its members (WHO, 1986).

Para que um indivíduo ou um coletivo tenha saúde, a Nova Promoção à Saúde julga necessário que estes sujeitos sejam capazes de identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades e transformar ou adaptar-se de acordo com o meio (WHO, 1986).

Esta corrente afirma que as ações de promoção devem pautar-se pela defesa e apoio (“advocacy”) junto às esferas política, econômica e cultural da vida em sociedade. Menciona como importante uma postura voltada para a mediação de interesses

conflituosos. Defende ainda, como norma, que as estratégias de promoção devem procurar superar a iniquidade na saúde e garantir

opportunities and resources to enable¹ all people to achieve their fullest health potential. This includes (...) opportunities for making healthy choices. People cannot achieve their fullest health potential unless they are able to take control of those things, which determine their health (...) (WHO, 1986).

Ao preconizar que a saúde, a justiça social, a equidade, a educação, o saneamento, a paz, a habitação, o salário digno, a estabilidade do ecossistema e a sustentabilidade dos recursos naturais, são pré-requisitos para a saúde, a Nova Promoção à Saúde resgata premissas centrais da Conferência de Alma Ata.

“Empowerment”: o cálice sagrado da Promoção à Saúde

Um dos núcleos filosóficos e uma das estratégias-chaves da Nova Promoção à Saúde é o conceito de “empowerment”² (Riger, 1993; Labonte, 1993; Rissel, 1994; Robertson & Minkler, 1994; Raerburn & Rootman, 1998).

A origem desta noção remonta às lutas dos novos movimentos sociais ocorridos no Hemisfério Norte na década de 1960, aos movimentos de auto-ajuda e de psicologia comunitária da década de 1970 e 1980 e, na década de 1990, aos debates em torno da noção de cidadania na sociedade contemporânea (Rissel, 1994). Entre os autores que têm servido de inspiração para a elaboração desta noção no Canadá, menciono pela importância o ativista social norte-americano Saul Alinsky e o educador brasileiro Paulo Freire.

1 A palavra “enable” tem vários sinónimos no idioma inglês: capacitar, tornar possível, habilitar, dar oportunidade, tornar viável (Longman, 1995). Como é o caso de muitas outras palavras deste idioma, a sua tradução demanda a contextualização da leitura. Quando esta última não for evidente o termo será traduzido como capacitar/possibilitar/tornar viável.

2 Alguns autores brasileiros traduzem o termo “empowerment” como “aparecimento” (Buss, 2000) ou “empoderamento”. Na literatura espanhol há sugestões do termo *emancipacion* (Zamudio, 1999).

Ao pesquisar o sentido do verbo “apoderar” encontro com os sinónimos: apossar, dominar, conquistar, tomar posse, dar posse (Aurélio, 2000). Emancipar significa, por sua vez, tornar livre, independente (Aurélio, 2000). Os mencionados sentidos não conseguem sintetizar os diversos significados possíveis do “empowerment”, razão pela qual estarei utilizando por falta de melhor opção, o termo em inglês.

Genericamente este termo pode ser definido como o acúmulo de poder no âmbito das esferas pessoais, intersubjetivas e políticas. É um processo e ao mesmo tempo um resultado de ações que afetam a distribuição do poder. Através do “empowerment” a Nova Promoção à Saúde pretende capacitar/possibilitar/tornar viável (“enable”) indivíduos e coletivos a aprender, através da vida,

to prepare themselves for all of its stages and to cope with chronic illness and injuries is essential. This has to be facilitated in school, home, work and community settings. Action is required through educational, professional, commercial and voluntary bodies, and within the institutions themselves (WHO, 1986).

O “empowerment” atravessa distintas noções da Nova Promoção à Saúde estando presente, por exemplo, na definição das categorias de saúde e de “promoção à saúde”. Estratégias como a “participação comunitária”, a “educação para a saúde” e a constituição de “políticas públicas saudáveis” são influenciadas por este princípio.

Além da Carta de Ottawa, encontramos a explicitação de elementos do “empowerment” em documentos da OMS (WHO, 1978; 1991; 1997) e, no Canadá, no “Epp Report” (Health and Welfare Canada, 1986) e no documento “Action Statement for Health Promotion in Canadá” (CPHA, 1996). Este último concretiza e aprofunda o conceito de “empowerment” na Promoção à Saúde ao afirmar a necessidade de um maior compartilhamento de poder entre os profissionais do setor da saúde e que se discuta a desequilíbrio de poder entre profissionais e, destes, em relação aos usuários.

O “empowerment” sintetiza os objetivos maiores da Nova Promoção à Saúde e é, junto com a participação comunitária, um elemento de singularização desta corrente perante as demais vertentes de Promoção à Saúde (Rissel, 1994). Irei, mais adiante, refletir sobre os diferenciais internos à Nova Promoção à Saúde tendo como parâmetro o modo com que distintas formulações significam estas categorias centrais.

III - Estratégias relevantes da Nova Promoção à Saúde

Entre as estratégias priorizadas pela corrente da Nova Promoção à Saúde merecem destaque a constituição de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes sustentáveis, a reorientação dos serviços de saúde, o desenvolvimento da capacidade dos sujeitos individuais e o fortalecimento de ações comunitárias.

A corrente propõe a implementação de Políticas Públicas Saudáveis. Esta é uma estratégia com a qual a Nova Promoção à Saúde procura incluir a saúde na agenda dos dirigentes extra-setoriais, alertando-os sobre as suas responsabilidades (Ashton & Seymour, 1988, Ashton, 1992; WHO, 1986; 1988; Bunton & MacDonald, 1992b; Westfall, 2000, Buss, 2000). A Carta de Ottawa sugere, por exemplo, a implementação de ações legislativas, fiscais e organizacionais que tenham como objetivo melhorar a qualidade de vida da população. Identificar obstáculos externos ao setor da saúde e implementar ações de natureza intersetorial é um dos objetivos da Nova Promoção à Saúde.

Em coerência com uma abordagem sócio-ecológica, a Carta de Ottawa propõe a criação de ambientes favoráveis à saúde, que harmonizem a relação entre os seres humanos e o ambiente. Afirmar a necessidade de se encorajar o desenvolvimento sustentável de modo a beneficiar grupamentos humanos sem prejuízo para o ambiente natural. Propõe, para isto, que se realizem ações visando ao monitoramento de mudanças tecnológicas, do trabalho, da produção de energia e do processo de urbanização que afetem o meio ambiente e a saúde da população. Um enunciado central desta estratégia é o de que o trabalho deve ser organizado tendo como objetivo central a criação de uma sociedade saudável.

A Carta de Ottawa sugere que a reorientação dos serviços de saúde deva se dar a partir da ampliação dos enfoques curativo e clínico e do fortalecimento de ações voltadas para a promoção que apontem para uma prática integral em saúde. Considera de suma importância que ocorram mudanças de atitude dos profissionais e que estas devam ser alcançadas por meio de processos educativos, de treinamentos e de novos formatos organizacionais.

A corrente da Nova Promoção à Saúde recomenda que os serviços devem estar voltados para a necessidade dos sujeitos como um todo, devendo se organizar respeitando as diferenças culturais porventura existentes. Este reordenamento deve se realizar a partir do compartilhamento de responsabilidades e da parceria entre usuários, profissionais, instituições prestadoras e comunidade.

A participação comunitária em processos decisórios, no planejamento e na implementação das ações de saúde é um elemento essencial da Nova Promoção à Saúde. A Carta de Ottawa, por exemplo, põe em relevo a necessidade de as ações em saúde buscarem fortalecer a atuação dos indivíduos e dos grupos. Para isto, sugere a implementação de ações que dêem suporte social às comunidades, que estimulem processos de auto-ajuda e que garantam o repasse de informações e a educação em saúde.

Desenvolver habilidades pessoais para viver a vida é um objetivo central e uma das estratégias prioritárias da Nova Promoção à Saúde. Em vários momentos os documentos desta corrente enfatizam a necessidade de criar condições favoráveis ao exercício de um maior controle sobre a saúde e o meio por parte dos indivíduos e coletivos. Colocam como desejável o incremento da participação nas decisões sobre a saúde para que as pessoas adquiram a capacidade para realizar escolhas saudáveis. Sugere-se repensar práticas de Educação para a Saúde que levem em conta um papel mais ativo do público para o qual ela se direciona (Terris, 1996).

III. 1 - A Nova Promoção à Saúde na prática: a experiência canadense

De 1986 ao início da década de 1990, ocorrem no Canadá diversas iniciativas inspiradas pela Carta e pelo Relatório Epp. As experiências diferem de acordo com as peculiaridades locais. A província de Ontário é conhecida internacionalmente por sediar a 1ª Conferência Internacional de Promoção à Saúde, por seus projetos de Cidades Saudáveis, pela excelência de seus programas acadêmicos em Promoção à Saúde e pela presença de destacadas lideranças e investigadores. Entre estes menciono Irving Rootman, Ron Draper, Trevor Hancock e Pinder, Ron Labonte, David Coburn, Blake Poland e Ann

Robertson. A província de Quebec, por sua vez, reluta em utilizar o termo “Promoção à Saúde” para denominar suas estratégias sanitárias, embora tenha sido uma das regiões pioneiras na implementação de ações voltadas para a promoção à saúde (O’Neill & Pederson, 1994).

No Estado de Ontário e na maioria das províncias e territórios canadenses, a promoção à saúde foi patrocinada por profissionais da área, dirigentes sanitários e acadêmicos, e teve participação pouco significativa dos usuários e das comunidades (O’Neill & Pederson, 1994). Carrega na sua conformação a marca da evolução histórica das instituições estatais e acadêmicas canadenses, de intelectuais e dirigentes do campo da saúde, de organizações da sociedade civil como a “Canadian Public Health Association” e de agências internacionais como a OMS.

O período de maior influência da Nova Promoção à Saúde junto às políticas públicas canadenses ocorreu na segunda metade da década de 1980. Entre os avanços de então cito: 1) a organização de Conselhos de Saúde em províncias e territórios; 2) a implementação de uma rede de Comunidades Saudáveis, entre as quais o projeto de “Villes et Villages” estabelecido em 1990 no Quebec, e de arranjos similares em províncias como British Columbia e Ontário; e 3) a criação de uma rede de centros de investigação em Promoção à Saúde em inúmeras universidades canadenses com o objetivo de desenvolver conhecimentos, capacitar os profissionais e avaliar experiências (Health Canada, 1998).

Com a crescente influência neoliberal na década de 1990, o governo canadense passa a restringir os gastos sociais e a dificultar projetos sanitários que viessem a colocar em questão o ideário hegemônico (O’Neill & Pederson, 1994). Entre as consequências deste processo cito a reversão parcial de conquistas do período anterior, o encolhimento da rede de proteção social, o aumento da iniquidade social e da concentração de renda (Health Canada, 1998).

O aumento da mendicância nas ruas de Toronto, o centro financeiro do país, e a inexistência de projetos político-partidários que se contraponham à ordem neoliberal parecem ser sinais dos novos tempos. Este quadro evidencia que os objetivos principais da Nova Promoção à Saúde, na versão mais politizada, não logrou alcançar seus principais objetivos: combater a iniquidade social e “empowering” os indivíduos e coletivos.

Ao contrário do que supunha o Relatório Epp (Health and Welfare Canadá, 1986), não ocorreu a contento a integração das ações de promoção ao sistema de saúde. A corrente da Nova Promoção à Saúde não logra influenciar, significativamente, a formação dos profissionais médicos, o processo de trabalho e a organização do setor da saúde. Documento do Ministério da Saúde canadense, de 1998³, afirma que

generally the public health/health promotion voice is weak and the hospital and biomedical perspectives continue to dominate (...) While most provincial/territorial plans on health reform include statements in support of health promotion, the driving force continues to be cost reduction. The net effect has been hospital bed closures and significant staff layoffs. It is not clear that the institutional savings are being redirected into community-based programs (...) health promotion is not leading, but simply supporting, health care reform and the articulation of future health systems (Health Canada, 1998: 16-20).

A distância entre o discurso da Promoção à Saúde e a prática sanitária é comentada por Pederson, O'Neill, e Rootman, que afirmam que

apesar da visibilidade do discurso da promoção à saúde nos últimos 20 anos, especialmente desde a metade da década de 1980, o que se alcançou foi pouco em relação ao que se esperava. (...) Governos canadenses, sob diferentes partidos, não conseguiram jamais entender e concretizar todo o potencial do discurso de promoção à saúde que eles sustentavam e disseminavam (Pederson, O'Neill, e Rootman, 1994: 378).

³ Este documento foi apresentado na IVª Conferência Internacional de Promoção à Saúde de Jakarta (WHO, 1997) pela delegação canadense. Na sua elaboração contou com a participação da elite intelectual e de dirigentes da Promoção à Saúde do Canadá, entre os quais: Trevor Hancock, Ron Labonte, Ron Draper, Michael O'Neill, Irving Rootman, Tarik Bhatti, Nancy Hamilton e outros.

Perante este quadro, em 1996 a “Canadian Public Health Association” propõe, como estratégia para a implementação de ações de promoção à saúde, uma reestruturação do setor sugerindo a mudança de foco do atendimento aos casos agudos, em hospitais e serviços de urgência, para serviços centrados na comunidade.

Ao propor esta mudança, alerta que ela seria apenas um primeiro passo, que deveria ser seguido pela implementação de práticas que privilegiem a prevenção e a promoção. Considera que a mudança do cuidado do consultório médico e dos hospitais para a comunidade não seria, por si só, suficiente para alterar o modelo de saúde hegemônico. Propõe que a mudança do sistema de atenção ocorra paralelamente a ações direcionadas ao enfrentamento do amplo espectro de determinantes da saúde – i.e. moradia, renda, educação, emprego, suporte social, preconizando que

Community-based health services need to be oriented towards primary prevention of illness and promotion of health. A health care system, based on the principles of primary health care, will give health promotion and illness prevention a high priority, with a much stronger focus on wellness (...) such a health system would be based on the reality of health problems in the community; health promotion, protection and maintenance (including self-care and mutual aid) would receive the highest priority, followed by treatment, rehabilitation and care. And it would emphasize community over institution (CPHA, 1996b: 11).

Até o fim da década de 1990 esta proposta não logra concretizar-se. Com exceção da Província de Quebec, as demais províncias mantêm um padrão assistencial que tem como eixos a atenção hospitalar e o atendimento médico realizado por generalistas (médicos da família) em consultórios particulares. Em Ontário, estado mais rico e populoso, apenas 10% da atenção básica é prestada em Centros Comunitários de Saúde. Esta tem como clientela preferencial coletivos pertencentes aos estratos sociais menos favorecidos, entre os quais imigrantes, pobres e desempregados (Rachlis, 1997).

A partir de meados dos anos 90, a Nova Promoção à Saúde no Canadá passa a ser superada no nível das práticas governamentais e do discurso hegemônico pela corrente da Promoção à Saúde da População. Estruturas, pessoal técnico, programas e abordagem que se guiavam pela corrente da Nova Promoção à Saúde passam, gradativamente, a incorporar o ideário da Saúde da População.

IV - Reflexões sobre a mudança e os sujeitos na Nova Promoção à Saúde

A Nova Promoção à Saúde realizou uma síntese inovadora de conceitos originários de campos disciplinares como a sociologia, a psicologia, a ciência política, a economia, a epidemiologia e a ecologia. Logrou introduzir novas idéias, linguagens e conceitos sobre a saúde e sobre os caminhos para que a mesma fosse alcançada.

Ao levar em conta todos os fatores causais da saúde e doença esta corrente amplia o alcance das atividades de promoção à saúde para além dos parâmetros tradicionais da saúde pública e da prevenção da doença. É um ideário que pode contribuir para uma ruptura entre as velhas e novas práticas em saúde e fornecer elementos para transformação do *status quo* sanitário e para a produção de sujeitos autônomos e socialmente solidários.

Apesar destas possibilidades, a Nova Promoção à saúde é uma corrente que apresenta ambigüidades internas relevantes. Seus documentos principais têm um discurso politicamente correto que costuma agradar a todos os interesses facilitando, de passagem, a divulgação de seu ideário. Por outro lado, isto dificulta a implementação de estratégias uma vez que em nome do consenso, esta formulação pode significar “tudo para todos e, precisamente por isto, ela se mostra pouco capaz para prover os meios para uma estratégia clara” de soerguimento da Saúde Pública (Caplan, 1993: 152).

Bunton & MacDonald explicam esta dificuldade pela incorporação pragmática de categorias procedentes de distintos saberes, que faz com que conceitos-chaves como o “*empowerment*”, a participação comunitária, o ambiente e a iniquidade careçam de adjetivações que indiquem com precisão o significado desejado (Bunton & MacDonald 1992a,b).

Raerburn & Rootman (1998) acrescentam, como origem dos mal-entendidos, o viés interpretativo de estudiosos e profissionais procedentes de distintas áreas. Sociólogos, médicos, psicólogos e economistas têm a utilizar o referencial de análise vinculado à sua especialidade, fazendo com que a interpretação e análise das diretrizes da Nova Promoção à Saúde obedeça à lógica fragmentadora que informa estes saberes.

Robertson & Minkler (1994), por sua vez, assinalam o conflito existente entre aqueles que entendem que o objetivo desta corrente é a melhoria do estado de saúde - saúde como um fim - e aqueles que colocam como meta a justiça social - saúde como um meio. A partir deste conflito, os autores mencionam outros que com ele se relacionam: mudanças no nível micro (individual) e (ou) no macro (estrutural); estratégias voltadas para estilos de vida individuais *versus* enfoques baseados na comunidade; centralidade do interesses dos profissionais *versus* interesses públicos.

Ilustro a seguir diferentes possibilidades interpretativas da Nova Promoção à Saúde (Tabela 2), apresentando indagações sobre o significado de suas estratégias principais. Diferentes respostas traduzir-se-ão em distintas estratégias e práticas sanitárias.

Tabela 2 – A Nova Promoção à Saúde: questões sobre o conteúdo de suas propostas

ESTRATÉGIA	QUESTÕES/PROBLEMAS
CRIAR AMBIENTES FAVÓRÁVEIS	
Garantir um ambiente saudável para viver a vida com qualidade.	O que é ambiente (“environment”)? Uma situação, um evento, pessoas e grupos que influenciam a vida de terceiros? O ar, a água e o local em que pessoas, animais e plantas vivem? Qual a relação entre o meio ambiente e a economia? Qual o impacto desta relação na saúde? Qual a postura perante os temas da iniquidade social, da pobreza, das condições de trabalho e de vida? Existe uma análise das razões da existência e da manutenção da iniquidade social?

CONSTITUIR POLÍTICAS PÚBLICAS SAUDÁVEIS

Colocar a saúde na agenda dos políticos e dos decisores.	A saúde deveria se tornar o objetivo supremo (“imperialismo da saúde”) de todas as políticas públicas? Saúde é um negócio de todos ou tem seu núcleo específico de saber e de práticas? É possível evitar que setores “extra-saúde” utilizem nas suas formulações o conceito de saúde como ausência de doença? Como as Políticas Públicas Saudáveis incorporam o tema do conflito social e da luta reivindicatória dos movimentos sociais? Qual o modelo decisório que se adota: <i>top-down</i>, <i>bottom-up</i>, outros? As Políticas Públicas Saudáveis priorizam estilos de vida saudáveis ou condições de vida e de trabalho saudáveis?
Fazer das escolhas saudáveis as escolhas mais fáceis.	A escolha se torna mais fácil pelas condições sociais em que o sujeito se insere ou pela adaptação do mesmo a imperativos de ordem externa (e.g. equilíbrio fiscal, pagamento de dívida externa)? Como evitar uma “reengenharia social”, ou seja, que a escolha correta seja determinada pelo pensamento tecnocrático e pelos interesses de grupos em posição de poder no Estado? Quem faz a escolha saudável?

DESENVOLVER HABILIDADES PESSOAIS

Possibilitar/facilitar/apoiar (enable) que pessoas aprendam com a vida e prepará-las para o enfrentamento de distintos desafios e possibilidades.	Qual o significado da palavra “enable”? Qual a concepção de educação em saúde que predomina? Como se concebe a relação entre os profissionais de saúde e os usuários dos serviços de saúde?
Desenvolver habilidades através de dinâmicas voltadas para pessoas, famílias, grupos, organizações, capacitando-os para a análise e para a ação.	As dimensões sociais, biológicas e psicológicas são incorporadas ao modelo teórico de Promoção? Como ocorre o intercâmbio de saberes entre profissionais e usuários? Por uma co-gestão de contratos e compromissos ou por uma relação vertical e autoritária? A relação profissional / usuário é uma relação de co-produção de sujeitos ou uma relação paternalista? Os usuários são vozes passivas ou ativas?

FORTALECER A AÇÃO COMUNITARIA

Dar apoio a atividades que incrementem a habilidade de grupos comunitários para organizar o entorno e atuar sobre fatores ambientais (sociais e físicos) que afetem sua saúde.	O que é comunidade? Quais grupos comunitários devem receber suporte? Qual é a compreensão que se tem sobre o poder? É possível evitar um novo behaviorismo no qual o poder das instituições e dos profissionais sejam estendidos para a população? Como? A participação social resulta em controle social / controle comunitário ou no controle do social / controle da comunidade? Qual a relação entre a participação comunitária e as funções sociais do Estado? Qual a lógica que predomina: libertária ou disciplinar?
Incentivar parcerias na sociedade.	Qual a relação entre as parcerias junto à sociedade civil e o papel social do Estado?

REORIENTAR SERVIÇOS DE SAÚDE

Assegurar que o sistema de atenção à saúde tenha a saúde, e não a ausência da doença, como seu objetivo.	O que é saúde? Como estruturar ações de promoção à saúde em países com carências importantes em relação ao sistema de atenção?
Estabelecer serviços adequados às necessidades locais.	Promoção à Saúde é uma atividade que deve utilizar com prioridade os serviços de saúde (ex: rede SUS no Brasil), estruturados em uma nação ?
Mudar o foco de tratamento da doença para o da melhoria da saúde.	Qual a relação entre Promoção à Saúde e rede de atenção básica em Saúde? Como se define necessidades em saúde? Qual o papel da epidemiologia, da demanda, dos inquéritos sociais?
Implementar serviços comunitários de saúde.	

Fonte: Adaptado a partir de Labonte (1993).

Perante o exposto, procurarei discutir as diferentes perspectivas da corrente de Nova Promoção à Saúde. Optei, para isto, por aprofundar a reflexão sobre dois dos conceitos axiais desta corrente: “empowerment” e participação comunitária.

IV. 1 - Os sentidos da categoria “empowerment” na Nova Promoção à Saúde : as abordagens psicológica e comunitária

No artigo intitulado ““empowerment”: the holy grail of health promotion?”, Christopher Rissel, ao se perguntar sobre a importância deste conceito, conclui que

potencialmente, o “*empowerment*” tem muito que oferecer para a promoção à Saúde. Contudo, alguma precaução se faz necessária antes que esta noção seja abraçada entusiasmamente como o objetivo maior da promoção à saúde. A carência de um embasamento teórico consistente, a distorção do conceito por diferentes autores, a ambigüidade de suas medidas e as barreiras estruturais fazem do “empowerment” uma noção de difícil apreensão (Rissel, 1994: 39).

Para explicitar este conceito faz-se necessário buscar a resposta para algumas questões: o que está por trás da categoria “empowerment”? Qual a teoria sobre o poder que sustenta este conceito? Como quantificar os resultados de uma estratégia de “empowerment”? Processos de “empowerment” estão voltados para a mudança individual ou a social? É possível um processo de “empowerment” que não questione as estruturas existentes? Qual a relação entre o sentimento de poder e o poder sobre os recursos concretos? Qual a consequência do “empowerment” para as relações internas às equipes de saúde e entre profissionais e usuários dos serviços? Qual a relação entre “empowerment” e comunidade? A participação comunitária é um processo positivo em si mesmo? A quem servem o “empowerment” e a participação comunitária?

Tentando responder a estas questões descrevo e reflito a seguir sobre os diferentes sentidos da noção (princípio e estratégia) de “empowerment” na Nova Promoção à Saúde.

As abordagens psicológica e comunitária de “empowerment” na Nova Promoção à Saúde

O termo “empowerment” vem sendo entendido em duas perspectivas principais: o “empowerment” psicológico e o “empowerment” comunitário (Rissel, 1994; Raeburn & Rootman, 1998). A dinâmica do “empowerment” psicológico, que privilegia a ação sobre o indivíduo, apresenta diferenças importantes em relação à do “empowerment” comunitário, que enfatiza a ação sobre coletivos. Estas diferenças têm implicações importantes para as práticas de Promoção à Saúde.

O “empowerment” comunitário significa, por sua vez, a existência de um patamar elevado de “empowerment” psicológico entre os membros de um coletivo, a participação ativa na ação política por parte dos indivíduos, e a conquista (ou possibilidade de) de recursos materiais, ou de poder (Rissel, 1994). Inclui, portanto, a experiência subjetiva do “empowerment” psicológico e a realidade objetiva de condições estruturais que são modificadas no momento em que ocorre a redistribuição de recursos.

Analisarei a seguir as duas modalidades de “empowerment”, utilizando, em alguns momentos, uma formulação sobre a categoria poder distinguindo três de seus componentes principais: 1) o “poder sobre”, dominação implícita ou explícita que implica a posse efetiva de recursos; 2) o “poder com”, a oportunidade de agir com uma relativa autonomia através da partilha do poder e do intercâmbio de idéias em espaços públicos; e 3) o “poder de”, capacidade de resistir e de se contrapor a terceiros em caso de conflito de interesses (Hollander & Offerman *apud* Riger S, 1993).

A multidimensionalidade da categoria “poder” coloca em evidência a relação internamente contraditória dos elementos que o constituem. Dimensões criativas e instituintes convivem com o viés de opressão e regulação. Poder significa opressão e, dialeticamente, a possibilidade da produção, destruição e ao mesmo tempo criação. O exercício e a prática do poder podem resultar na produção de sujeitos reflexivos e, contraditoriamente, sujeitos alienados e colonizados (Guattari & Rolnik, 1986).

O “empowerment” psicológico na Nova Promoção à Saúde

Podemos sintetizar o “empowerment” psicológico como um sentimento de maior controle sobre a própria vida que os indivíduos experimentam através do pertencimento a distintos grupos, podendo ocorrer sem que haja necessidade de que os mesmos participem de ações políticas coletivas.

A perspectiva psicológica do “empowerment” entende que o indivíduo com poder é aquele que é “comedido, independente e autoconfiante, capaz de comportar-se de uma determinada maneira e de influenciar o seu meio e atuar de acordo com abstratos princípios de justiça e de equilíbrio” (Riger, 1993: 280).

Desta concepção derivam estratégias que procuram contribuir para o fortalecimento da auto-estima, da capacidade de adaptação ao meio, da criação de mecanismos de auto-ajuda e de solidariedade. Entre estas, destacam-se práticas de educação para a saúde que procuram contribuir para a formação da “consciência sanitária” do indivíduo, objetivando manter a harmonia e uma relação saudável do mesmo com o seu meio externo. Apela-se aqui para um esforço pedagógico sistemático e permanente, envolvendo técnicas focais e de marketing social que assemelham-se às do sanitarismo higienista (Merhy, 1987) e da Promoção à Saúde behaviorista.

Esta concepção de “empowerment” nem sempre incide sobre a distribuição de poder e de recursos na sociedade (Riger, 1993) e pode constituir-se em mecanismo de regulação social. Weissberg (2000) caracterizou a perspectiva psicológica como uma espécie de “*Cogito empowerment, ergo sum empowered*”, o sentimento de poder criando a ilusão da existência efetiva de poder por parte dos indivíduos, quando boa parte da vida é controlada pela política e por práticas macrosociais.

Programas que preconizam a capacitação e o controle sobre a vida e a saúde deixam intocadas, muitas vezes, as discussões sobre os diferenciais de poder existentes na relação entre “especialistas e não-especialistas, populações dos países ricos desenvolvidos e populações dos países pobres em desenvolvimento, homens e mulheres, e heterossexuais e homossexuais masculinos e lésbicas” (Petersen & Lupton, 1996: 10).

O conceito de “empowerment” é algumas vezes utilizado de uma maneira que confunde a percepção de estima e competência (parte do “poder para”) com o real controle sobre os recursos (“poder sobre”). Para Riger

the individual's experience of power or powerlessness may be unrelated to actual ability to influence, and an increase in the sense of empowerment does not always reflect an increase in actual power. (...) This does not mean that individuals can have no influence or that individual's perceptions are unimportant, but rather that to reduce power to individual psychology ignores the political and historical context in which people operate. Confusing one's actual ability to control resources with a sense of empowerment depoliticizes the later (Riger, 1993: 292).

Na ordem capitalista atual, o “empowerment” psicológico tem inspirado programas políticos da nova direita⁴ no momento em que, ao responsabilizar os indivíduos por seus problemas, reforça a implementação de políticas públicas residuais. Embora expresse na linguagem que afirma a autonomia das pessoas pela diminuição da dependência a instituições macrossociais, este pensamento tem sido usado para justificar a diminuição e o retrocesso na prestação de serviços sociais e de saúde em tempos de conservadorismo fiscal. Nos Estados Unidos, por exemplo,

políticos e organizações conservadoras vêm combinando a noção de *empowerment* com a ideologia política da responsabilidade pessoal para sugerir que as pessoas, individualmente e através de estruturas de mediação como as igrejas e as associações voluntárias, devem contar consigo mesmo antes que em serviços prestados por profissionais de sociais e de saúde (Robertson & Minkler, 1994: 302).

⁴ Em 1988, a categoria “empowerment” forneceu um dos alicerces para a proposta de políticas pública do governo de George Bush (Riger, 1993).

O “empowerment” comunitário na Nova Promoção à Saúde

Para que a Nova Promoção à Saúde se efetive como um abordagem comprometida com a defesa da vida, individual e coletiva, faz-se necessário priorizar o uso do conceito de “empowerment” comunitário no lugar de “empowerment” psicológico.

Inúmeras revisões da literatura identificam nos trabalhos de Saul Alinsky, ativista social norte-americano, e de Paulo Freire, educador brasileiro, a base intelectual e prática do conceito de “empowerment” comunitário (Wallerstein & Bernstein, 1988; Wallerstein, 1992; Rissel, 1994; Robertson & Minkler, 1994).

Este conceito repolitiza o “empowerment” ao trabalhar a noção de poder como um recurso não-material distribuído de forma desigual na sociedade (Labonte, 1994). Considera que a sociedade é constituída de diferentes grupos que possuem níveis diferenciados de poder e de controle sobre os recursos. Para a Nova Promoção à Saúde Radical⁵ o processo de “empowerment” implica, quase sempre, na redistribuição de poder (“poder sobre”) e enseja, comumente, a resistência daqueles que perdem poder.

Sem negar a importância de alcançar os objetivos propostos pelo “empowerment” psicológico – e.g. auto-estima, autoconfiança, sentimento de poder, etc. -, a Nova Promoção à Saúde Radical propõe como eixo de sua estratégia a ampliação da participação dos sujeitos em processos decisórios. Enfatiza, igualmente, papel do agenciamento humano para a mudança e para a garantia dos direitos sociais (Riger, 1993).

O “empowerment” comunitário é considerado, portanto, um processo de validação da experiência de terceiros e de legitimação de sua voz e, ao mesmo tempo, de remoção de barreiras que limitam a vida em sociedade. Wallerstein concorda com esta caracterização quando afirma que este conceito indica

um processo de ação social, que promove a participação de pessoas, organizações e comunidades visando o aumento do controle sobre a vida por parte de indivíduos e comunidades, a eficácia política, uma maior justiça social e a melhoria da qualidade de vida coletiva (Wallerstein, 1992: 198).

⁵ Refiro-me aqui à vertente da Nova Promoção à Saúde que privilegia o uso do conceito de “*empowerment*” comunitário no lugar do conceito de “*empowerment*” psicológico”.

Espera-se como resultado o aumento da capacidade dos indivíduos e coletivos para definirem, analisarem e atuarem sobre seus próprios problemas. Mais do que repassar informações e induzir determinados comportamentos, o “empowerment” comunitário deve buscar apoiar pessoas e coletivos a realizarem suas próprias análises para que tomem as decisões que considerem corretas. Desenvolver a capacidade de participar ativamente da vida social e a consciência crítica são alguns de seus objetivos(Raerbum & Rootman 1998).

O “empowerment” comunitário demanda a convivência da noção de determinismo social com a de agenciamento humano. Implica em entender que as macroestruturas influenciam e condicionam o cotidiano dos indivíduos e estes, no cotidiano de suas vidas, conformam as macroestruturas.

To illustrate it in the health arena: on the one hand, many epidemiological studies demonstrate the often profound role of poverty and other social, economic, and political factors in influencing individual health status, on the other hand, individuals have been able to reshape the social context within which they live, and thus affect their health (Robertson & Minkler, 1994:297).O modelo educativo de “empowerment” preconizado vem buscando no pensamento de Paulo Freire a inspiração necessária para romper com métodos educativos centrados no exercício do poder-sobre o outro (*power-over*) e pela valorização de espaços em que seja possível o exercício do poder na interação entre sujeitos e coletivos (“power-with”). Nesta perspectiva, o “empowerment education” tem como objetivo contribuir para a emancipação humana, o desenvolvimento do pensamento crítico, a superação das estruturas institucionais e ideológicas de opressão.

Esta concepção de educação trabalha com um modelo pedagógico que procura

always engage people through a group dialogue process in identifying their problems; in critically assessing the social, historical, and cultural roots of their problems; and in developing actions strategies to change their personal and social lives (Wallerstein, 1992: 203).

O “empowerment” se transforma, neste contexto, em um ato político que se contrapõe à concepção bancária de educação. O indivíduo “empowered” deve ser capaz de analisar criticamente o contexto político e social para, desta maneira, envolver-se efetivamente em ações que apontem para a mudança do *status quo*.

No processo de “empowerment” comunitário observa-se a presença de fatores situados em distintas esferas da vida social. Estão presentes microfatores encontráveis no plano individual, a exemplo do desenvolvimento da autoconfiança e da auto-estima. Na meso-esfera social encontramos estruturas de mediação, nas quais os membros de um coletivo compartilham conhecimentos e ampliam a sua consciência crítica. No nível macro estão presentes fatores que fazem referência a estruturas sociais como o Estado e a macro-economia (Rissel, 1994:41).

Este entendimento permite afirmar que a existência, ou a não-existência, de poder em um dos níveis das relações sociais afeta e é afetada por sua existência nos demais níveis. Não é possível pensar processos de “empowerment” comunitário sem levar em conta as demais instâncias de funcionamento da vida em sociedade, entre as quais: a intrapsíquica, a intersubjetiva, a familiar, a comunitária, a étnico-cultural .

Estas observações são importantes para nos lembrar de que devemos cuidar para que, em nome da luta contra a “tirania do indivíduo” que se faz presente nos modelos teóricos biomédicos e da Promoção à Saúde behaviorista, não se corra o risco de criarmos uma formulação que induza à “tirania do coletivo”.

Este alerta se deve ao fato de que muitas leituras da Nova Promoção à Saúde tendem a moldar uma noção de “empowerment” que o reduz unicamente a ações políticas coletivas. Desta maneira nega-se o caráter multidimensional do poder e a interdependência entre o “empowerment” individual e o “empowerment” em um nível propriamente político. Para isto é mister reconhecer que, embora o desenvolvimento crítico dos indivíduos não seja suficiente para a transformação da sociedade, ele é absolutamente necessário para a mesma (Robertson & Minkler, 1994).

Pensar o “empowerment” comunitário como um continuum que pode ocorrer desde o nível do “empowerment” individual ao da organização comunitária e da ação macropolítica (Labonte, 1993) pode ser uma maneira produtiva de se pensar as práticas de saúde em uma perspectiva integral.

A politização da saúde e das estratégias de promoção à saúde não significa que apenas a ação política direta é que tem validade. Quer dizer, isto sim, que devemos sempre “enquadrar os problemas de saúde e sua solução no seu contexto social, político e econômico” (Robertson & Minkler, 1994: 302). O “empowerment” pode se dar tanto em nível do coletivo quanto da relação intersubjetiva. Pode ocorrer no espaço da promoção, da prevenção, da cura e da reabilitação. O elemento que determina o caráter libertário do “empowerment” é dado pela maneira com que os serviços lidam com a clientela: são os usuários suplicantes e beneficiários de um serviço ou são membros de um coletivo e portadores de direitos?

IV.2 - Os múltiplos significados da participação comunitária na Nova Promoção à Saúde

A participação comunitária é um outro elemento de distinção da Nova Promoção à Saúde. Esta categoria tem um caráter ambivalente que origina confusão, polêmica e conflito, uma vez que o seu conteúdo reflete noções político-ideológicas sobre cidadania, direitos e democracia.

Coletivos comunitários diferenciam-se a partir de características como a natureza e a função, o modo de processar suas demandas e de conduzir os processos decisórios. Constituem instâncias políticas que mediam as relações entre indivíduos no cotidiano da vida social e o contexto sócio-político-econômico mais amplo.

Por entender que sem uma vinculação com uma teoria política da organização social e da mudança, a noção de comunidade é algo ilusório, Arnstein (1967) propõe um modelo de análise desta categoria (Tabela 3) conhecida como a “escada de participação de Arnstein” (Robertson & Minkler, 1994, Poland *et al*, 2000).

Tabela 3 - A ‘escada de participação’ de Arnstein

NÍVEIS DE PARTICIPAÇÃO		
SUBNÍVEIS DE PARTICIPAÇÃO		
PODER CIDADÃO	8	Controle cidadão
	7	Delegação de poder
	6	Parceria
TOKENISM	5	Cooptação
	4	Consulta
NÃO PARTICIPAÇÃO	3	Informação
	2	Terapia
	1	Manipulação

Fonte: Arnstein (1967)

Este modelo tem três níveis de participação, divididos, no seu conjunto, em oito subníveis (degraus).

O nível mais alto, que a autora denomina “poder cidadão”, consiste de três degraus. O degrau superior (8) denota uma participação comunitária plena, na qual os coletivos organizados gerenciam e controlam financeiramente os projetos. O degrau 7 representa a situação em que ocorre uma delegação de poder para os cidadãos, que ocupam a maioria dos assentos junto aos fóruns decisórios. O subnível 6 (parceria) representa a participação ativa dos membros de uma comunidade no processo decisório, não obstante se encontrarem em minoria.

O patamar intermediário é denominado pela autora de “tokenism”, conceito que em inglês significa um tipo de ação que tem como objetivo fazer com que as pessoas pensem que uma organização está enfrentando razoavelmente os problemas, quando de fato isso não acontece (Longman, 1995). Nesse nível de participação o poder e o *status quo* não são colocados em questão. O nível inferior da “escada de Arnstein” corresponde ao patamar da não-participação e inclui os degraus classificados como de manipulação e terapia.

Modelos de desenvolvimento comunitário em saúde, decididos de maneira centralizada e sem a participação da comunidade, poderiam ser enquadrados nos patamares inferior e médio da “escada de Arnstein”. Este tipo de participação é freqüente na Promoção à Saúde, apesar do discurso libertário que este movimento enseja (Caplan, 1993; Robertson & Minkler, 1994; Labonte, 1993; O'Neill, Pederson, Rootman, 2000). Isto ocorre com especial freqüência, por exemplo, através de programas de prevenção voltados para a população de risco. “Estes programas podem facilmente tornar-se uma nova arena de colonização, em que as pessoas são forçadas a consumir bens e serviços” (Rappaport, 1981 *apud* Raeburn & Rootman, 1998:68) .

Comentando a implementação de estratégias de participação comunitária na Inglaterra, Labonte afirma alerta para a necessidade de se perguntar quem são os beneficiários destas ações:

Apart from concern over tokenism (participation without authority), community involvement in health programs may not always ‘strengthen’ the community. UK health activist allude to colonization, the ‘takeover’ of community actions in the name of ‘health city’ or ‘healthy public policy’. Health officials may bureaucratize thriving community initiatives if they are insensitive to the fact that a community development approaches is intrinsically unmanageable, with actions accountable not to health authorities but to community organizations. (Labonte, 1989: 87).

V - Considerações finais

A corrente da Nova Promoção à Saúde tem contribuído para uma renovação progressista do pensamento sanitário internacional e, ao mesmo tempo, tem servido de suporte a uma prática mantenedora do *status quo*. Comentando o caráter ambivalente desta corrente, Stevenson & Burke afirmam que

The new paradigm's (...) discursive themes of disease prevention, health promotion, iatrogenesis, individual and community empowerment, social networks, and family and home care can as easily become ideological justification for the privatization and deregulation of health services with all that implies for the quality and equality of care, as they can become mobilizing frameworks for a progressive transformation and democratization of social policy (Stevenson & Burke, 1992: 54).

Uma das razões para esta contradição diz respeito a existência de diferenças importantes entre o discurso libertário desta corrente e estratégias que, em muitos casos, cumprem uma função disempowering (Grace, 1991).

Perante as mencionadas ambiguidade, a Nova Promoção à Saúde pode constituir-se enquanto um modelo teórico que contribui para a produção do sujeito e de mudanças do *status quo* e, contraditoriamente, para uma perspectiva que se aproxima do pólo da regulação do “mapa de Caplan”.

Denomino, e represento, a primeira situação como a Nova Promoção à Saúde Radical e segunda como a Nova Promoção à Saúde tradicional (vide Fig. 4).

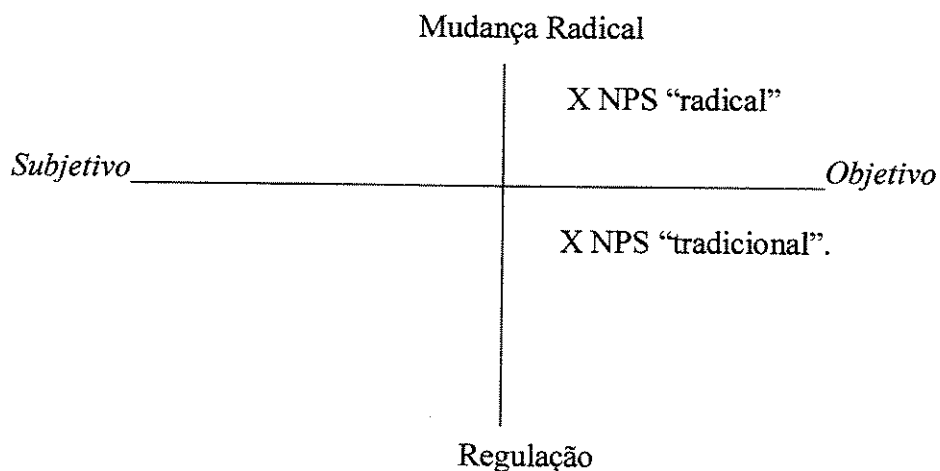


Figura 4

É possível encontrar fronteiras e linhas divisórias no ideário da Nova Promoção à Saúde? O estudo em questão mostra que sim, afirmando a necessidade de assumir, como um parâmetro valorativo, o posicionamento de distintas versões da corrente Nova Promoção à Saúde em relação ao compromisso com a defesa da vida que impacte de maneira positiva a produção de sujeitos reflexivos, autônomos e socialmente solidários. Sujeitos que sejam, em potência, capazes de contribuir para um novo patamar de relações sociais que aponte para uma sociedade mais justa e fraterna.

ⁱ Conferência realizada em Toronto, em 1984, sob a coordenação de Trevor Hancock, com o patrocínio da “Toronto Board of health” e o apoio do Ministério da Saúde e da Canadian Public Health Association..

CAPÍTULO 4 – A CORRENTE DE PROMOÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO NO CANADÁ

A corrente da Saúde da População, ou Promoção à Saúde da População (Hamilton & Bhatti, 1996), surge, no Canadá, no início dos anos 90. Ao final da década esta corrente substitui gradativamente a da Nova Promoção à Saúde como ideário orientador das estratégias do Ministério da Saúde canadense (Health Canadá, 1994; 1996).

Resulta, inicialmente, do esforço de renomados investigadores canadenses congregados em torno do Canadian Institute for Advanced Research (CIAR) da Universidade McMaster. Tem como marco inicial o artigo publicado, em 1990, por Robert Evans e Gregg Stoddart, intitulado “Producing Health, consuming health care”, reeditado em 1994 no livro “Why some people are healthy and others not” (Evans, Barer & Marmor, 1994).

Edições especiais de conceituadas revistas científicas (Daedalus, 1994; CJPH, 1999) e artigos de renomados investigadores (Lavis & Stoddart, 1994; Wilkinson, 1994; Marmot, 1994; Lomas & Contradiopoulos, 1994) contribuem para a consolidação deste ideário junto ao pensamento sanitário internacional. Presente em documentos de organismos internacionais como a Organização Mundial de Saúde, suas proposições influenciam nos dias de hoje a produção de autores latinos como Castellanos (1997), Contradiopoulos (1998), Hortale *et al* (1999), Zamudio (1999) e Espejo & Garcia (1999).

I - Premissas e estratégias da corrente Saúde da População

A corrente da Saúde da População afirma que a inadequada alocação de recursos no sistema de atenção e a ineficiência do modelo de atenção são as duas principais causas da crise do setor da saúde. A seletividade da clientela a partir da lógica profissional, a insuficiência do paradigma biomédico dominante e os interesses privatistas de empresários e médicos são alguns dos elementos citados como responsáveis por este quadro.

A Promoção à Saúde da População critica a expansão da indústria de cuidados em saúde. Afirma que a execução de cuidados sem considerar a cura ou, a prevenção dos danos, representa uma extensão da lógica de lucro do setor privado para o sistema de saúde (Evans & Stoddart, 1990). Compartilha, igualmente, das conclusões de Mckeown(1969) de que sistemas de atenção tem papel marginal na melhoria da saúde da população. Estes argumentos municiam uma das premissas centrais desta corrente: é necessário colocar-se freios no financiamento dos serviços de atenção à saúde dos países ricos.

A partir do levantamento de evidências empíricas, econômicas e epidemiológicas, conclui que o modelo biomédico hegemônico é ineficiente e que, nos países desenvolvidos, ocorre um uso inadequado dos recursos escassos em saúde. Argumenta que estes últimos são, em grande parte, investidos no setor de atenção, impossibilitando o financiamento de políticas que tenham impacto sobre determinantes culturais, econômicos e sociais em saúde (Frank, 1995).

A Saúde da População assume como um avanço o modelo teórico sugerido pelo Relatório Lalonde (1974). Considera, entretanto, que a proposta do Relatório não atende à complexidade do fenômeno da saúde criticando políticas de Promoção à Saúde derivadas do ideário behaviorista, observando que

a surprising proportion of so-called 'health promotion' includes various forms of 'see your doctor' messages, and might more accurately be called disease promotion (...) too much emphasis on the number of things than can go wrong, even resented under the banner of 'health promotion', can lead to excessive anxiety and a sense of dependence on health care (...) this is very advantageous economically for the 'health care industry' (Evans & Stoddart, 1990: 1349-1351).

Inspirado no modelo de determinação da saúde/doença de Lalonde, a corrente de Promoção à Saúde da População delineia uma nova proposta explicativa (Fig. 5). Está implícito neste arcabouço o esforço de distinguir

disease, as defined and treated by the health care system, health and function, as perceived and experienced by individuals, and well-being (...). It should be build on the Lalonde health field framework, (with) more complex consideration of both behavioural and biological responses to social and physical environments (Evans & Stoodart 1990: 1362).

O processo saúde/doença na corrente de Saúde da População

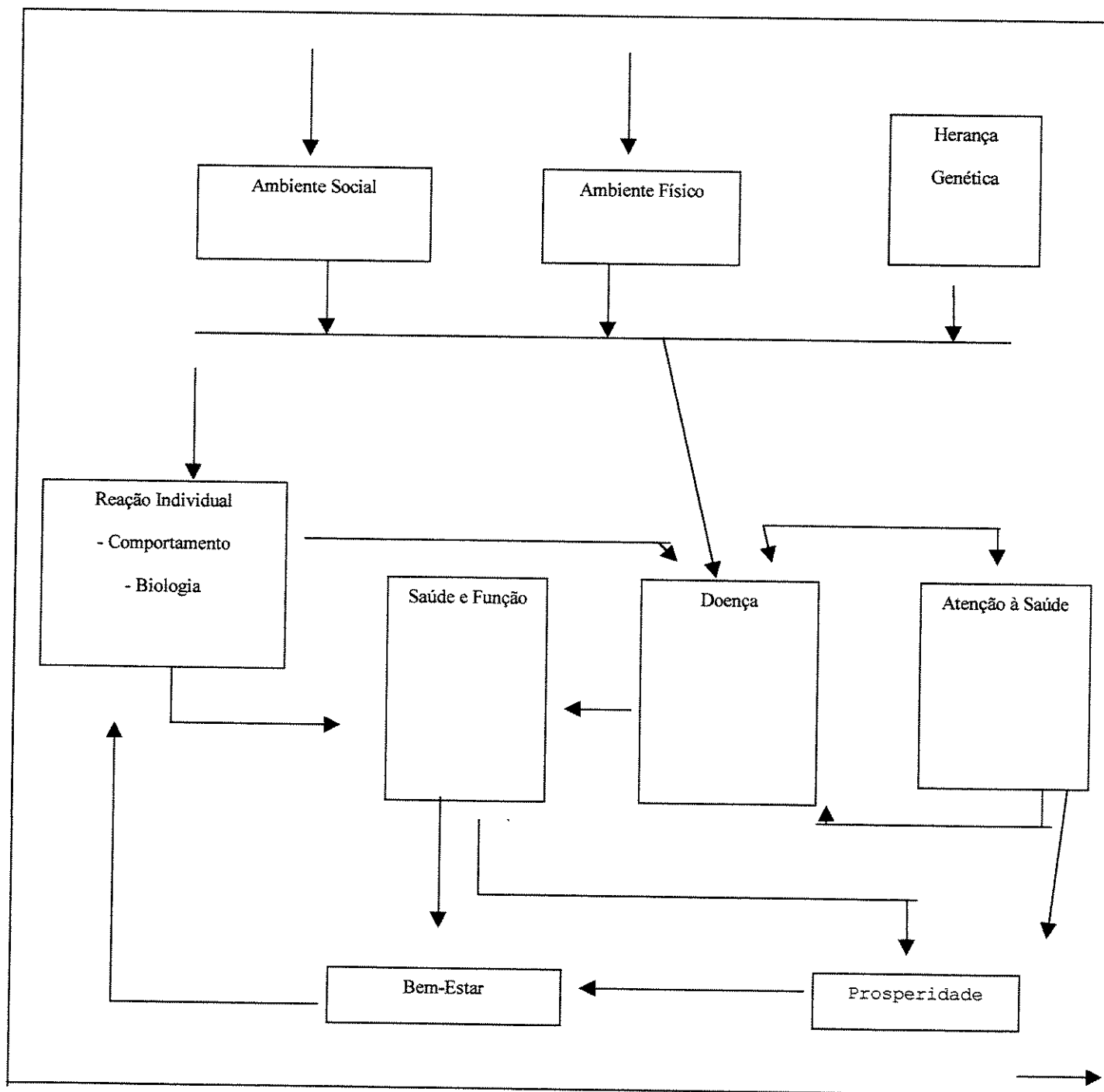


Figura 5 - O modelo de determinação do processo saúde-doença da Nova Promoção à Saúde

Subsidiando este modelo esta a afirmativa de que o ambiente físico e social determinam e condicionam a resposta biológica do indivíduo e que este, por sua vez, desenvolve mecanismos adaptativos que influenciam na produção da doença e sobre o binômio saúde/função.

Relações sociais hierarquicamente diferenciadas são, por exemplo, consideradas um dos fatores responsáveis pelo aumento da morbimortalidade de determinados grupos populacionais. Isto se deveria ao fato de que tais relações poderiam levar à baixa auto-estima tornando os indivíduos e coletivos mais propensos a adquirirem doenças. Esta afirmação permitiria compreender que o desemprego “faz mal para a saúde” tanto pela privação econômica quanto pelo isolamento e estigma social a que é submetido o indivíduo.

Justifica, também, a ênfase posta pela Promoção à Saúde da População, na necessidade de se implementarem ações objetivando a criação de estruturas de apoio social (Evans & Stoodart, 1990).

The fact that inequalities in health are not limited to worse health among the poor but that a gradient runs across society, in combination with the close link between income inequalities and health, indicates that relative deprivation is an important determinant of health inequalities. Such deprivation influences life-style choices and differential access to high quality social environments. Providing more people with fulfilling jobs, adequate compensation, and social environments that foster good relationships may be of crucial importance in reducing inequalities in health (Marmot, 1994:205)

Para a corrente de Promoção à Saúde da População a prosperidade é um importante determinante da saúde no momento em que afeta positivamente o meio social e físico e que contribui para o sentimento de bem-estar da população. Bem-estar que, por sua vez, é considerado uma variável de grande importância para o aumento da confiança e a auto-estima dos indivíduos.

Refletindo sobre a relação entre os excelentes indicadores sanitários do Japão e o baixo investimento no setor da saúde, quando comparados com outros países desenvolvidos, Evans e Stoddart concluem pela existência de uma relação de causa/efeito entre o desempenho econômico e a elevada auto-estima dos japoneses.

Very especulatively, then, one can suggest that by limiting the growth of their health care sector, the Japanese have freed up resources which were devoted to capital investmen (...) The consequent rapid growth in prosperity (...) has greatly enhanced (...) national and individual self-esteem, which has in turn contributed to a remarkable improvement in health (Evans & Stoddart, 1990: 1361).

Esta linha de raciocínio justifica, para a mencionada corrente, a afirmação de que na disputa por recursos escassos, “a expansão do sistema de atenção pode ter efeitos negativos” para a saúde (Evans & Stoddart, 1990:1360) no momento em que prejudica o desenvolvimento econômico e a prosperidade.

Partindo destas considerações esta corrente recomenda, como estratégia fundamental para a promoção da saúde, a priorização de políticas voltadas para a produção da riqueza social. Para que isto ocorra, sugere ser necessário aumentar o nível da poupança interna, disponibilizando capital a baixo custo para o desenvolvimento diminuindo, quando necessário, aportes de recursos para a prestação de serviços sociais.

II - Reflexões sobre a corrente da Saúde da População

A Promoção à Saúde da População reforça os argumentos das corrente que procuram salientar o papel do social na determinação da saúde (Labonte, 1995). A ênfase na utilização de dados empíricos e quantitativos contribui para a legitimação de seu arcabouço conceitual junto à comunidade acadêmica e ao pensamento científico de base positivista. O caráter multidisciplinar de sua investigação é, igualmente, um elemento digno de menção.

A expansão da indústria de cuidados, sob o rótulo da promoção à saúde, e a dependência que esta última podem ensejar constituem observações importantes para os formuladores da política.

O mesmo ocorre em relação ao debate sobre a importância de se observar o efeito deletério para a saúde das grandes diferenças socio-econômicas mas, também, de gradientes encontráveis dentro de uma mesma camada social. A afirmação de que a deprivação relativa gera diferenciais de morbimortalidade constitui uma contribuição importante para a renovação do pensamento crítico em saúde.

Vejo também como um esforço meritório a tentativa de realizar a intermediação entre os determinantes sociais da saúde e o indivíduo através da incorporação ao modelo de determinação da variável “reação individual”.

Este esforço apresenta, porém, uma limitação: tem como fundamento uma leitura comportamental e funcionalista da dimensão psíquica do indivíduo. Isto coloca uma contradição ao modelo proposto: embora denuncie o caráter reducionista do modelo biomédico, a dependência induzida pelas estratégias de promoção de cunho behaviorista (“see your doctor messages”) a corrente Saúde da População não oferece uma alternativa diferenciada. Julgo que o modelo preconizado mantém o indivíduo refém de fatores biológicos e comportamentais.

Ao afirmar que “pessoas que têm igual diagnóstico por parte dos profissionais, vivenciam os sintomas e as angústias segundo a singularidade de cada um” (Evans & Stoddart, 1990) a Promoção à Saúde da População parece sugerir que as decisões do setor da saúde levem em conta a maneira pela qual os sujeitos/usuários da saúde representam a sua necessidade (Castellanos, 1997). O problema que encontro é que esta representação está sobredeterminada por elementos de natureza macrossocial, no caso a manutenção do equilíbrio social que permite o desenvolvimento e o bem-estar, o que reduz o papel dos sujeitos no processo de significar seus problemas e sofrimentos.

O acento que a Saúde da População coloca na necessidade de limitar a incorporação das ações de cuidados no sistema de atenção pode significar uma limitação para o encontro de alternativas para a crise do setor da saúde. Refiro-me aqui à necessidade

de humanizar a atenção prestada aos usuários e ao papel estratégico da dimensão cuidadora das práticas em saúde para o aumento da eficácia do setor (Merhy, 2000).

A corrente da Saúde da População trabalha o “social” a partir de uma fundamentação teórica estrutural funcionalista, o que leva a limitações importantes do seu modelo explicativo. Categorias centrais como poder, luta de classes, sujeitos sociais e iniquidade social estão ausentes ou têm presença marginal no ideário da Saúde da População (Labonte, 1995; Coburn, 1996; Robertson, 1998; Poland *et al.*, 1998).

Entendo que a Saúde da População aproxima-se da Nova Promoção à Saúde no momento em que aponta limites do enfoque behaviorista do MPS e afirma a importância dos fatores macrossociais na determinação da saúde.

Entretanto, se tomarmos como base de comparação a vertente radical da Nova Promoção da Saúde, observaremos uma distância importante dos dois enfoques tendo como pano de fundo o posicionamento em relação ao tema do agenciamento humano. A corrente de Promoção à Saúde da População tem uma visão limitada do sujeito, o que pode explicar, em parte, o fato de que o documento fundador desta corrente não faça nenhuma referência à Nova Promoção à Saúde e, particularmente, aos conceitos sobre “empowerment” e participação comunitária.

Julgo que a corrente de Promoção à Saúde da População parece pouco aberta à incorporação da complexidade dos elementos que constituem o ser humano tendendo a reduzir o mundo social aos limites de algumas variáveis ou a técnicas político-administrativas.

If we can just determine the right policy silo into which to drop our declining public resources (but why are they declining in a nation of such wealth?), we can ‘immunize’ the socially oppressed or disadvantaged against the unfortunateness of their birth. We can increase their individual capacities for mainstream social competition, without having to ask why they are oppressed or disadvantaged in the first place. Human agency disappears. Social conflict as one engine of social change

disappears. The ‘invisible hand’ of economic growth and prosperity – central to CIAR’s model of health determinants (...) replaces the analytical critiques of capitalism, patriarchy and non-ecological industrialism raised by social justice, feminist and environmental movements (Labonte, 1995: 166).

A partir das considerações precedentes, entendo que a corrente de Promoção à Saúde da População é uma formulação que deve ser enquadrada no quadrante inferior direito do Diagrama de Caplan (Fig. 6).

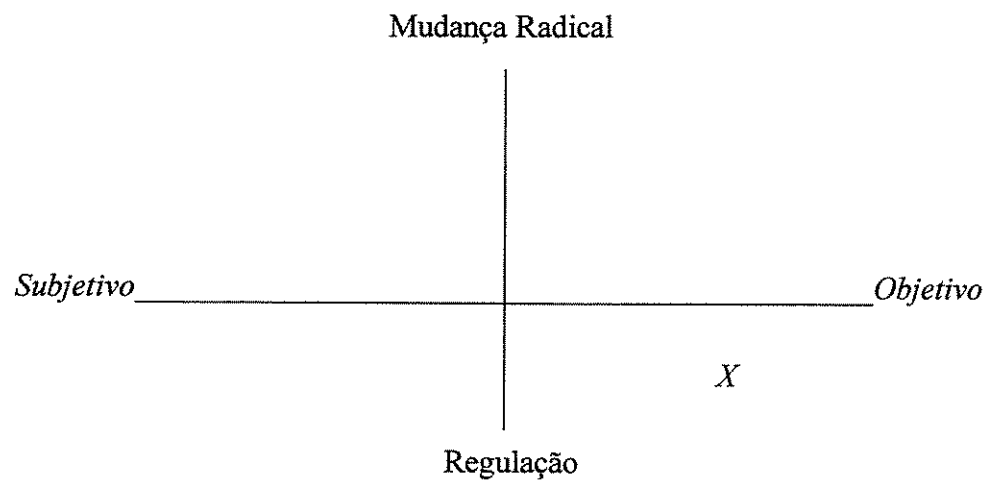


Figura 6



SEÇÃO 3

CAPÍTULO 5 – A CONSTITUIÇÃO DA SAÚDE COLETIVA NO BRASIL

A Saúde Coletiva surge no Brasil na segunda metade da década de 1970. Integra, ao mesmo tempo, uma corrente de pensamento e um movimento social. Ao redor do discurso da Saúde Coletiva organiza-se o Movimento Sanitário, ator coletivo que se torna o principal responsável pela reforma sanitária brasileira (Escorel, 1998) e que tem no Sistema Único de Saúde o seu projeto estratégico.

Esta corrente resulta da crítica aos diferentes movimentos e projetos de reforma em saúde ocorridos nos países capitalistas, no século XX, e do diálogo com a produção internacional. Entre as experiências sanitárias mais influentes menciono as de países como Inglaterra, Cuba, Itália (Berlinguer, 1988a; 1988b; Berlinguer *et al.*, 1988) e Canadá.

Constitui-se até o final da década de 1980 em um contra-discurso sanitário “sob a forma de uma teoria crítica histórico-social da doença” que se expressou como “uma contra-política, sob a forma do dispositivo legal, institucional e administrativo da Reforma Sanitária” (Dâmaso, 1989: 64).

Passados 25 anos de seu surgimento, a Saúde Coletiva abrange, nos dias de hoje, “um conjunto articulado de práticas técnicas, científicas, culturais, ideológicas, políticas e econômicas”, que se desenvolveram no âmbito da academia, das instituições de saúde, das organizações da sociedade civil e em institutos de pesquisa (Paim & Almeida Filho, 1998: 309).

Princípios e conceitos tais como: a “saúde como direito e dever do Estado”, a participação comunitária e a descentralização da gestão são algumas das marcas desta abordagem. No centro de sua formulação estão presentes dois temas-chave: a determinação social do processo saúde/doença e o processo de trabalho em saúde.

Parte A – Origens da Saúde Coletiva

I - O contexto do surgimento do Movimento da Saúde Coletiva

A Saúde Coletiva surge no bojo da crise do sistema social da década de 1970 e do questionamento da legitimidade social do pacto de dominação vigente por amplos setores da sociedade. Do ponto de vista sanitário irá se deparar com um quadro caracterizado pela iniquidade e desigualdade social, pelas más condições de vida da maioria dos brasileiros e por uma transição epidemiológica em que às “doenças da pobreza” vinham somar-se as “doenças da riqueza” (Laurell, 1986 *apud* Nunes, 1994:12).

O desenvolvimento capitalista, injusto e predador, cobra seu preço. Até o final da década de 1980, o sistema de saúde se caracteriza pela fragmentação organizacional, pela baixa eficácia e pelo predomínio de interesses privatistas. Mecanismos gerenciais e financeiros reforçam a dualidade entre os serviços de atenção individual e as ações de saúde pública e dificultam a racionalização do sistema (Campos, 1991a).

O paradigma biomédico, hegemônico, subsidia e legitima o modelo hospitalocêntrico e as práticas médico-centradas e curativas. Modelos teórico-conceituais derivados deste paradigma, no caso a corrente preventivista e da Medicina Comunitária, procuram constituir-se enquanto uma alternativa.

Correntes do período da pré-saúde coletiva

A corrente preventivista fundamenta suas proposições no modelo da história natural das doenças, no conceito ecológico de saúde/doença e na teoria da multi-causalidade.

Nesta proposta, o conceito de saúde é representado por metáforas gradualistas do processo saúde-enfermidade, que justificam conceitualmente intervenções prévias à ocorrência concreta de sinais e sintomas em uma fase pré-clínica. A própria noção de prevenção é radicalmente redefinida, através de uma ousada manobra semântica ampliação de sentido pela adjetivação da prevenção como primária, secundária e terciária) que termina incorporando a totalidade da prática médica ao novo campo discursivo (Paim & Almeida Filho, 1998).

Esta corrente constitui um primeiro momento crítico que induz a introdução da temática do social no campo do saber médico, propondo uma tarefa “fundamentalmente educativa, trabalho, portanto, mais ideológico do que clínico”. Ela toma o ato médico individual como o

momento no interior do qual a medicina poderá a um só tempo corrigir deficiências técnicas e incorporar a dimensão social que se manifesta por via da enfermidade (Donnangelo, 1975: 80).

Propõe como foco de análise e interferência, a recomposição dos elementos internos à prática médica. “A mudança proposta por este preventivismo” constitui, mais do que tudo, “uma extensão do olhar clínico a um campo que se lhe tornara – desde os tempos de Pasteur – propositadamente estranho e indiferente” (Dâmaso, 1989: 81). Ao buscar romper com a tradição higienista e curativa dominante, a corrente preventivista conserva-se, entretanto, nos limites do paradigma clínico. Em seu arcabouço teórico não se coloca o questionamento em relação a agenciamentos históricos e sociais do processo saúde/doença.

Novas percepções e atitudes médicas demandam uma reforma educacional. A incorporação aos programas de graduação em Medicina de disciplinas vinculadas às ciências da conduta, epidemiologia, administração de serviços e bioestatística e a constituição dos departamentos de Medicina Preventiva e Social constituem os principais resultados do projeto preventivista.

Este projeto não logra transformar a essência das práticas sanitárias. Apesar disto, ele representou uma abertura teórica para o pensamento sanitário latino-americano ensejando outras proposições, entre as quais vale mencionar, pela sua importância para a reforma sanitária brasileira, a corrente da Saúde (Medicina) Comunitária.

A Saúde Comunitária recupera parte importante do arsenal discursivo do projeto preventivista

particularmente a ênfase nas então denominadas ‘ciências da conduta’ (sociologia, antropologia e psicologia) aplicadas a problemas de saúde. Nesse caso, entretanto, o conhecimento dos

processos socioculturais e psicossociais destina-se não a facilitar a relação médico-paciente ou a gestão institucional em saúde, como no movimento *[preventivista]*, mas sim a possibilitar a integração das equipes de saúde nas comunidades 'problemáticas', através da identificação e cooptação dos agentes e forças sociais locais para os programas de educação em saúde (Paim & Almeida Filho, 1998: 304).

A corrente da Saúde Comunitária propõe uma nova forma de prestação de serviços em que se postula a integração de cuidados curativos e preventivos, individuais e coletivos, valendo-se de conceitos como a atenção simplificada à saúde e a participação comunitária. Esta última é incorporada ao modelo “visando, por um lado, atenuar as tensões sociais, e por outro, dentro da própria lógica da racionalidade econômica dominante, como meio de diminuição de custos através da auto-ajuda” (Fleury 1988a: 61).

Na América Latina, a difusão do projeto de Saúde Comunitária se faz através de agências internacionais, como a OMS, a OPAS e a fundação Kellog (Donnangelo, 1976; van Stralen, 1996). Esta proposta é impulsionada pela Assembléia Mundial de Saúde de 1977, que lança a consigna: “Saúde para Todos no ano 2000” (WHO, 1977), e pela Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, realizada em Alma Ata em 1978 (WHO, 1978).

Mais do que uma proposta de mudança do paradigma sanitário, a Saúde Comunitária se constitui em um projeto de racionalização das práticas médicas resultando em

programas experimentais de prestação de serviços que se propõem o desenvolvimento de modelos de assistência passíveis de garantir a extensão do cuidado à saúde a populações pobres, urbanas e rurais (...) aparece, em uma de suas dimensões como prática alternativa paralela à organização dominante da assistência médica (Donnangelo, 1976: 85).

Nos países periféricos, a Saúde Comunitária realiza um percurso diferente ao dos países centrais. Sua expansão requer o papel ativo do Estado e assume freqüentemente um perfil assistencial simplificado, denominado por alguns críticos de Atenção Primitiva em Saúde (Navarro, 1984; Werner, 1995; Zakus, 2001).

No Brasil, setores vinculados ao Movimento Sanitário utilizaram o modelo teórico conceitual da Saúde Comunitária para fazer avançar propostas de transformação radical das práticas sanitárias. Implementam, para isto, projetos inovadores em várias regiões do país, entre as quais Montes Claros, Paulínia, Sobradinho, Caruaru, Londrina, Niterói e Campinas (Fleury, 1988; Escorel, 1988; van Stralen, 1996).

Parte B – A Saúde Coletiva nas décadas de 1970 e 1980

II - Premissas relevantes da Saúde Coletiva das décadas de 1970 e 1980

No esforço de elaboração teórico-epistemológica, o movimento da Saúde Coletiva procura romper com a orientação da sociologia funcionalista norte-americana percorrendo um caminho que inclui a medicina social inglesa, o estruturalismo francês e a sociologia política italiana. Teoria integradora de todo este complexo é o paradigma histórico-estrutural, um arcabouço que possibilita a incorporação da “dimensão histórico-social à análise epidemiológica, e ao mesmo tempo aporta novas categorias de análise” (Arredondo, 1992: 258), que questionam a viabilidade de ações preventivas e de controle da doença em situações em que se mantêm as relações de exploração.

A Saúde Coletiva incorpora elementos da corrente preventivista, do projeto da Saúde Comunitária, da Saúde Pública e da corrente da Medicina Social. À semelhança da Medicina Social, realiza a incorporação das ciências sociais à medicina através de um “recorte sistemático, uma incisão profunda no interior mesmo daquelas ciências, a partir da inscrição de conteúdos disciplinares no método histórico-estrutural” (Fleury, 1988:90).

Enquanto campo de saber a Saúde Coletiva

contribui com o estudo do fenômeno saúde/doença em populações enquanto processo social; investiga a produção e distribuição das doenças na sociedade como processos de produção e reprodução social; analisa as práticas sociais¹; procura compreender, enfim, as formas com que a sociedade identifica suas necessidades e problemas de saúde, busca sua explicação e se organiza para enfrentá-los (Paim & Almeida, 1998:310).

Ao final da década de 1970 a Saúde Coletiva passa a informar as atividades de distintos Departamentos de Medicina Preventiva e Social e a inspirar teoricamente a constituição de instituições como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO).

A concepção sobre saúde e doença da Saúde Coletiva nos anos 1970 e 1980

A abordagem da Saúde Coletiva e a corrente da Medicina Social, que está em sua origem (Laurell, 1989), diferencia-se das correntes vinculadas ao paradigma da história natural da doença pela afirmação da historicidade do social na determinação da saúde da população.

¹ Prática social em saúde significa, para Saul Franco *“una manera de entender y sentir frente a la vida y a la muerte, a la salud y a la enfermedad (...) que se convierte (...) en procesos organizativos, reivindicativos y transformadores de grupos sociales en defensa o promoción de la vida, y de mejores condiciones para su realización. Prácticas sociales que implican educación para la salud, para la enfermedad y para la muerte: capacitación para entender y enfrentar los riesgos para la vida y la salud (...), acción constante para que los acuerdos sociales y las legislaciones nacionales e internacionales favorezcan el derecho a la vida, a la salud y no sólo a servicios asistenciales de recuperación (...) creación y cultivo de la conciencia social (...) que afectan cualquier aspecto a la salud en sus dimensiones individual y colectiva”*. Prática política é entendida pelo mesmo autor como *“motivo y guía de acciones colectivas, conscientes y organizadas, hacia objetivos específicos y también colectivos”* (Franco, 1990:43-44).

Os componentes da saúde e da doença são considerados elementos polares de um mesmo processo que

resulta da interação do homem consigo mesmo, com outros homens na sociedade e com elementos bióticos e abióticos do meio. Esta interação se desenvolve nos espaços social, psicológico e ecológico, e como processo tem dimensão histórica” (Silva, 1973).

A Saúde Coletiva tem como objeto “a saúde do público, sejam indivíduos, grupos étnicos, gerações, castas, classes sociais, populações. Nada que se refira à saúde do público, por conseguinte, será estranho à saúde coletiva” (Paim & Almeida, 1998: 61).

A Constituição brasileira de 1988, em seu artigo 196, e a Lei Orgânica de Saúde 8.080/90 (Brasil, 1990) consagram esta compreensão visto ao afirmarem que “a saúde é um direito fundamental do ser humano devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício através de políticas sociais e econômicas” (Brasil, 1988), e pelo estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. O texto menciona, entre os fatores que determinam e condicionam a saúde, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o transporte, o trabalho, a renda e o lazer.

Desta forma, a Saúde Coletiva insere o debate sobre o campo da saúde ao plano das políticas sociais, aproximando-o “das idéias de cidadania e democracia ao consolidar seus compromissos com a universalidade e equidade”. Este campo, até então “científico e neutro”, buscará traduzir a ação social e a política no seu arsenal de práticas terapêuticas (Carvalho, 1996:110). O pensamento em saúde “contamina-se” pelo político, demarcando, no processo, um campo teórico e prático substancialmente diferente dos que o precederam.

Apesar dos mencionados aportes, esta abordagem é criticada no final da década de 1980 por incorrer em um desvio positivista que guarda similaridade com o modelo explicativo que procurava superar. No afã de se contrapor ao modelo biomédico, a Saúde Coletiva, em sua primeira década de existência, declara a primazia dos fatores macro-sociais à custa das demais variáveis que influenciam e determinam o sujeito (Campos, 1988b,c; Costa & Costa, 1990; Dâmaso, 1990; Carvalho, 1996).

O processo saúde/doença passa a ser concebido como uma relação de exterioridade, pressupondo que a obtenção da saúde por um povo só será possível a partir da transformação da totalidade socioeconômica. Sob o manto da dialética e da história, o funcionalismo é reposto, pelo avesso, no paradigma da Medicina Social/Saúde Coletiva. Para Dina Czeresnia e Nilson Costa,

A aceitação do ponto de chegada estruturalista traz como pressuposto a tese de que o movimento e a criatividade do indivíduo-sujeito não realizam mediação alguma na produção da consciência e dos valores coletivos. Do mesmo modo que o discurso positivista estruturalista concebe uma ciência sem sujeito, a aplicação do modelo de ‘determinação social’ sobre o processo saúde e doença tendeu a fazer, por conta do enfrentamento com o discurso clínico, tábua rasa da problemática da individualidade e da singularidade (Costa & Costa, 1990: 48-49).

O projeto terapêutico estrutural, que procura explicar o complexo saúde/doença pela “patogenicidade do capitalismo” e que exclui do foco de análise as patologias clínicas, mostra-se insuficiente para instrumentar a intervenção no campo da saúde. Com a substituição do “conceito biologista de ‘História Natural da Doença’ pela interpretação materialista-histórica das enfermidades”, olvida-se que o processo saúde/doença possui “um nível próprio de registro e [impõe] uma modalidade própria de interrogação e análise” (Dâmaso, 1990:66).

A superação destas limitações será uma preocupação das correntes da Saúde Coletiva que, na década de 90, procuraram atualizar o arcabouço teórico desta abordagem. No próximo capítulo, apresentarei algumas destas alternativas conceituais.

III - Estratégias sugeridas pela Saúde Coletiva nas décadas de 1970 e 1980

A Saúde Coletiva priorizou, nas décadas de 1970 e 1980, três tipos de práticas sociais: a prática teórica, com o objetivo de construir um saber; a prática ideológica, em que procurou criar uma consciência sanitária como parte da consciência social, e a prática política, que teve como objetivo a transformação das relações sociais (Escorel, 1988; Campos, 1988; Paim, 1997). Conhecimento, consciência sanitária e organização do movimento social constituíram, para Sônia Fleury, o triedro da Saúde Coletiva neste período e fundamentaram três faces de uma luta contra-hegemônica: saber, ideologia e prática política (Fleury, 1988a).

Além de procurar garantir o provimento de serviços assistenciais, a Saúde Coletiva prioriza estratégias que procuram atuar na esfera da macropolítica, objetivando melhorar as condições sociais que produzem as doenças (Dâmaso, 1989).

A Saúde Coletiva propõe, como meta, mudar a correlação de forças no seio da sociedade, recomendando ações que logrem influenciar a agenda estatal, que envolvam a sociedade na produção de ambientes e populações saudáveis e que modifiquem o modo de produção dos serviços de saúde (Campos, 1988; Paim & Almeida Filho, 1998). Reorganizar o Estado, reformar o sistema de saúde e redefinir os mecanismos de gestão do setor da saúde foram, em síntese, as principais linhas estratégicas do período compreendido entre os anos de 1974 a 1988.

III.1 - As estratégias e seus resultados

Nos anos 80 do século XX, o Movimento Sanitário teve papel de destaque no processo de expansão da rede pública, na consolidação de um arcabouço jurídico inovador e na tentativa de institucionalizar espaços de participação do movimento social da saúde.

Aproveitando o fato de que Estado capitalista em crise necessitava de quadros para implementar suas políticas sanitárias, dirigentes do campo progressista passam a ocupar postos de direção em instituições governamentais. Com a redemocratização do país

e a posse de novos governantes, secretários municipais e estaduais passam a ter um papel de destaque na implementação das estratégias da Reforma Sanitária, e sanitaristas progressistas assumem cargos nos escalões superiores dos Ministérios da Saúde e da Previdência Social (Campos 1987a; van Stralen, 1996).

O Movimento Sanitário privilegia, igualmente, a implantação de medidas administrativas, objetivando a racionalização e o aumento da eficácia do setor da saúde. Estratégias voltadas para a unificação e a descentralização do sistema de saúde, o controle do público sobre o setor privado e a participação popular constituem aportes para o processo de reforma deste setor no Brasil.

Além dos atores sociais já mencionados, é importante observar a participação dos profissionais de saúde e dos usuários na defesa das diretrizes preconizadas pela Saúde Coletiva. O movimento dos médicos residentes, os sindicatos médicos, os sanitaristas da rede pública de saúde e setores populares organizados em torno do lema do “direito à saúde” são exemplos destes novos atores sociais (Sader, 1988; Escorel, 1988; Campos, 1988; von Stralen, 1996).

Os usuários, representados (ou não) nos Novos Movimentos Sociais, têm participação importante, mas secundária, na tomada de decisões do Movimento Sanitário da década de 1980 (Luz, 1994). Um paradoxo: o Movimento Sindical Operário progressista apóia apoiando, no discurso, as consignas universalizantes da Reforma Sanitária mas, na prática, privilegia interesses corporativos direcionando suas reivindicações para a luta pela conquista de planos de saúde para a categoria.

Em 1986 aconteceu, em Brasília, a VIII Conferência Nacional de Saúde, que contou com a participação de mais de quatro mil delegados representando profissionais, usuários, prestadores da saúde² e outros setores sociais. Princípios e diretrizes “realtivos ao direito à saúde, à cidadania, à universalização, à equidade, à democracia e à descentralização” (Paim, 1997: 14) constituíram o eixo das deliberações deste fórum. Este ideário será incorporado à Constituição de 1988 influenciando, *a posteriori*, a elaboração da legislação infraconstitucional que normatiza o funcionamento do SUS (Brasil, 1988; 1990).

² Importantes atores vinculados ao grande capital no setor saúde optaram por não participar dos debates da VIII Conferência Nacional de Saúde (Escorel, 1998).

Este movimento logrou criar um arcabouço jurídico-institucional que rege o funcionamento do SUS. Este último torna-se responsável pela atenção à saúde de mais de 70% da população brasileira, pela implementação de medidas de prevenção e promoção e pela regulação do sistema privado de saúde. A descentralização do sistema, a participação social, o desenvolvimento de mecanismos democráticos de deliberação de políticas e a constituição de uma rede de atores sociais interessados em aprofundar as diretrizes do Sistema são conquistas que têm suas raízes fincadas na práxis sanitária das décadas de 1970 e 1980.

A análise positiva deste momento histórico não deve, porém, escamotear lacunas e limitações. Em trabalho de 1989, Faveret & Oliveira alertam, por exemplo, para a ocorrência do fenômeno da universalização excludente, no qual a ampliação do acesso aos serviços e bens de saúde ocorreu à custa da qualidade da atenção. Uma das conseqüências deste processo foi a “fuga” dos setores médios e dos trabalhadores qualificados para o sistema privado com o conseqüente enfraquecimento do bloco histórico que sustenta a Reforma Sanitária brasileira.

Parte dos insucessos da reforma sanitária brasileira explica-se pelo contexto político brasileiro das décadas de 1970 e 1980, em que predominaram governos conservadores. Sob o influxo do ideário neoliberal ascendente, grupos conservadores com interesse no setor saúde rearticulam-se logrando diluir, bloquear ou rejeitar proposições constitucionais que apontassem para a construção de um Sistema de Saúde público e de qualidade (Luz, 1994).

Recalques teóricos, questões não-resolvidas e (ou) eludidas no modelo teórico-conceitual da Saúde Coletiva contribuem, também, para parte das insuficiências detectadas (Dâmaso, 1990). Perante a “descoberta da surpreendente consistência das bases ideológicas e programáticas da ‘grande medicina’ especializada, que desafia agressivamente as

limitações do discurso generalista da medicina social/saúde coletiva” (Costa & Costa, 1990: 46) o Movimento Sanitário irá se defrontar com a necessidade de realizar uma profunda revisão do arcabouço teórico-conceitual que o sustentava.

A Saúde Coletiva é chamada a teorizar e propor alternativas assistenciais ao modelo existente. Práticas de Saúde passam a ser tratadas já não apenas na sua dimensão social (econômica, ideológica e política) mas, simultaneamente, na sua dimensão técnica. Parte significativa do debate da reforma sanitária iria se desenvolver, na década de 90, no plano técnico-institucional no qual se dá “o encontro de indivíduos ou cidadão com a burocracia e com os agentes das práticas de saúde” (Paim, 1997: 18).

IV - Considerações sobre as temáticas do sujeito e da mudança na Saúde Coletiva das décadas de 1970 e 1980

Ao politizar o debate sobre a saúde, ao romper com o padrão meritocrático e autoritário das políticas públicas brasileiras, e ao contribuir para o surgimento de uma nova noção de cidadania, o Movimento Sanitário brasileiro, inspirado pela Saúde Coletiva, concretiza uma postura de questionamento do *status quo*.

A influência do arcabouço epistemológico marxista estruturalista é um fator que contribui para o posicionamento a favor da mudança do paradigma da Saúde Coletiva da década de 1980. O reconhecimento da existência do conflito nas relações sociais, da historicidade do processo saúde-doença, da articulação entre política e serviços de saúde, da “patogenicidade” do capitalismo e da necessidade do enfrentamento das causas da iniquidade social são elementos em que se observa a influência do referido modelo.

Ao considerar que os conflitos sociais fundamentais têm como origem a concentração do poder econômico e que as instituições em saúde são, em última instância, um resultado de determinações estruturais, a Saúde Coletiva coloca na agenda setorial o tema da transformação do modo de produção capitalista. Preconiza, em essência, que libertar o ser humano das estruturas que o oprimem, que produzem doenças e que impedem a equidade na distribuição de bens e serviços sanitários é uma estratégia-chave para a produção da saúde.

Apesar dos aportes da visão marxista estruturalista, estes respondem por equívocos e limitações da reforma sanitária do período. Explicam, por exemplo, a concentração de esforços na transformação da lógica do aparelho estatal burguês e a marginalização de estratégias que objetivem ampliação de alianças com setores populares e a constituição de um bloco histórico contra-hegemônico.

O viés estruturalista da Saúde Coletiva da década de 1980 explica, também, a perspectiva reducionista desta corrente em relação ao sujeito, individual e coletivo. Predomina, nesta vertente, a visão de que o sujeito é fruto de determinações e forças situadas na superestrutura social (economia, etc). A subjetividade que predomina é aquela que surge

da necessidade coletiva e que se organiza em sujeitos coletivos – no Estado, no partido, nas organizações classistas e comunitárias – portadores de projetos políticos de intervenção/interação nas estruturas que moldam socialmente as realidades sanitárias (Carvalho, 1996).

A objetivação do sujeito se manifesta, também, na perspectiva reducionista sobre o processo de determinação da saúde/doença. Como já foi mencionado, o arcabouço da Saúde Coletiva preconiza que os determinantes macrossociais respondem pela quase totalidade dos problemas de saúde, deixando em segundo plano o enfrentamento das variáveis biológicas e do inconsciente.

A ênfase no coletivo se realiza à custa dos planos do desejo, do interesse individual e, inclusive, do biológico. Não se reconhece, nesta formulação, que qualquer que seja a causa da doença, esta se dá nos corpos de indivíduos desejantes, que vivem em um dado contexto social. Causalidade estrutural, totalidade econômico-social são abstrações encontráveis na reprodução social e dizem muito pouco sobre a produção concreta da doença (Dâmaso, 1990).

Estas reflexões justificam posicionar a Saúde Coletiva das décadas de 1970 e 1980 no quadrante superior direito do mapa de Caplan (Fig. 7) Certamente ela é um modelo teórico comprometido com a mudança radical. No entanto, o positivismo de seu arcabouço dificulta delinear estratégias que logrem incorporar a complexidade do social. O sujeito da Saúde Coletiva do período é um ser, em última instância, objetivado pelos determinantes macro-sociais.

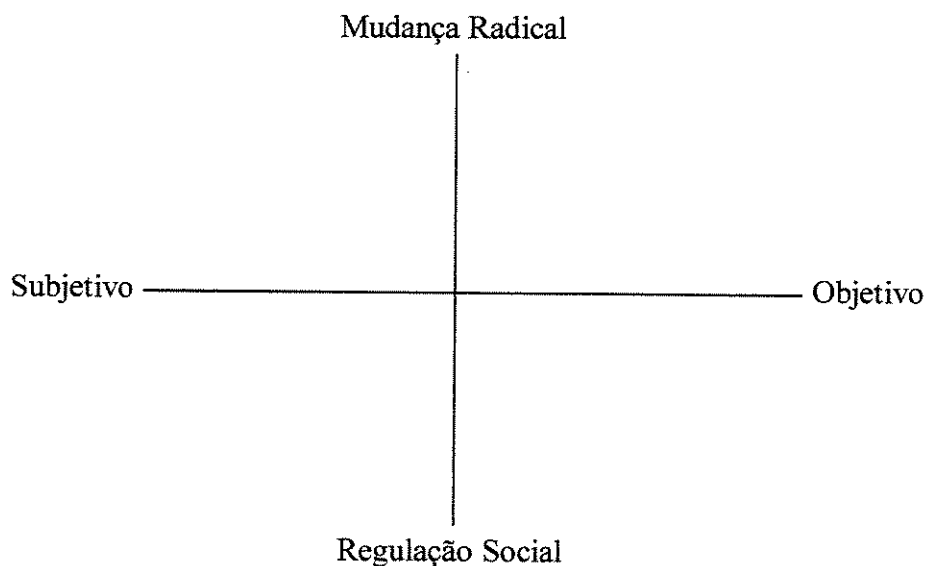


Figura 7

CAPÍTULO 6 -CORRENTES DA SAÚDE COLETIVA DA DÉCADA DE 1990

Parte A - A Corrente da Vigilância à Saúde

A Vigilância à Saúde é uma corrente da Saúde Coletiva brasileira que se desenvolve a partir do final da década de 1980 logrando pautar os debates sobre as políticas e práticas sanitárias brasileiras na década de 1990.

Esta corrente procura articular “avanços da ‘Epidemiologia crítica’ com a elaboração de propostas de mudança nas formas de organização tecnológica do processo de trabalho em saúde” (Teixeira, 2000) repensando, no processo, as práticas de prevenção e promoção da saúde (Teixeira, Paim & Vilasboas, 1998). Tem como objetivo elaborar “uma estratégia de organização de um conjunto heterogêneo de políticas e práticas que assumiriam configurações específicas de acordo com a situação de saúde da(s) populações em cada país, estado, município ou território” (Teixeira, 2000).

I - Premissas teóricas

A Vigilância à Saúde propõe um arcabouço teórico prático que procura superar a tendência observada em sociedades capitalistas de que, orientada pela lógica do lucro, as políticas públicas privilegiem serviços voltados para o consumo individual às custas de serviços de consumo coletivo (Teixeira, 2000).

A partir do pressuposto de que o saber clínico informa o modelo hegemônico voltado para práticas individuais e curativos, (Mendes, 1993), a Vigilância à Saúde propõe a estruturação de um novo modelo de saúde. Este deve ter como base a utilização dos saberes e instrumentais provenientes da epidemiologia, da sociologia e do Planejamento Estratégico Situacional os quais devem ter precedência sobre a Clínica na conformação do campo das necessidades em saúde.

Do ponto de vista estratégico sugere um deslocamento da ênfase em serviços assistenciais em direção ao enfrentamento dos problemas relacionados com a condições de vida de uma população (Paim, 1993). Sugere, para isto, priorizar intervenções voltadas para problemas de “enfrentamento contínuo” a serem escolhidos de acordo com a possibilidade de que as ações tenham um impacto positivo sobre as condições de existência de grupos populacionais que vivem em micro-áreas específicas. Problemas de “enfrentamento ocasional” devem, por sua vez, ser atendidos no sistema de prestação de cuidados em saúde e devem ensejar uma prática sanitária subordinada (Mendes, 1996)

Concepções sobre o processo saúde-doença da corrente de Vigilância à Saúde

Esta corrente entende a saúde como uma resultante de um processo de acumulação social expressa em um estado de saúde, que sintetiza múltiplas determinações que podem ser encontradas em quatro grupos causais principais: biologia humana, serviços de saúde, estilo de vida e meio ambiente. Saúde é entendida como o

“resultado de um processo de produção social que expressa a qualidade de vida de uma população, entendendo-se qualidade de vida como uma condição de existência dos homens no seu viver cotidiano, um ‘viver desimpedido’, um modo de ‘andar a vida prazeroso, seja individual, seja coletivamente (...)”
(Mendes, 1996: 237).

Ao ponderar que a saúde é um produto social resultante de fatores econômicos, políticos, ideológicos e cognitivos, a Vigilância à Saúde sugere que a mesma deva ser apreendida por um olhar interdisciplinar e que as práticas sociais em saúde devam dar-se na ordem da intersetorialidade (Mendes, 1996). Partindo dessas considerações, Vilaça Mendes deduz a pertinência de que a prática sanitária da atenção médica, baseada no paradigma flexneriano, seja substituída por uma prática sanitária baseada na Vigilância à Saúde, pautada no paradigma da Produção Social da Saúde.

Para este autor, o mencionado paradigma tem potência para fazer desaparecer a “artificial separação entre ações curativas e preventivas”, uma vez que “o ambiente social pode ter papel curativo importante, assim como a existência de serviços confiáveis de saúde pode exercer função preventiva pelo sentimento de confiança que cria na população” (House,1988 apud Mendes, 1996: 240).

II - Estratégias sugeridas pela corrente Vigilância à Saúde

Ao compreender que a saúde é “objeto de todas as políticas públicas, entre elas as políticas de serviços de saúde” (Mendes,1996: 259), a Vigilância à Saúde preconiza que as ações sanitárias devam ter uma gestão social, de preferência do executivo local, em contraposição à gerência médica, realizada pelo secretário de saúde.

Como estratégia de intervenção, a Vigilância à Saúde propõe um conjunto de arranjos que incluem os projetos de Cidades Saudáveis e Distrito Sanitário, e propostas para a organização do sistema de atenção em saúde (Mendes, 1996: 245). Ao conceitualizar “Distrito Sanitário” afirma que este deve ser entendido como

Um processo social de mudança das práticas sanitárias, de natureza tática, referido pela estratégia de Reforma Sanitária, direcionado no sentido da eficiência e eficácia sociais, da equidade e da democratização [estando fundamentado em três idéias-chaves] (...) a existência de um território-processo onde diferentes atores sociais estão em permanente tensão(...); a direcionalidade das ações de saúde, próprias do setor e intersetoriais, para resolver problemas complexos que se manifestam (...) na base territorial do distrito; a estruturação inovativa da prática sanitária da Vigilância à Saúde enquanto conjunto de operações organizadoras dos processos de trabalho em saúde, destinadas a enfrentar as causas principais dos problemas através de uma discriminação positiva dos grupos sociais que vivem no território (Mendes, 1993:94).

A partir da metade da década de 1990, a Vigilância à Saúde incorpora a seu arcabouço teórico as propostas do Programa Saúde da Família e de Agentes Comunitários em Saúde (Mendes, 1996; Teixeira & Paim, 1997) preconizando que estes projetos apresentavam uma oportunidade para a implementação das diretrizes por ela enunciadas.

III - Considerações sobre as temática do sujeito e da mudança na corrente de Vigilância à Saúde

A Vigilância à Saúde tende a igualar o saber clínico às práticas concretas de atenção à saúde. Como predominam práticas degradadas nestas últimas, esta corrente tende a desconsiderar a importância do conhecimento clínico acumulado ao longo da História. Esta análise mecanicista induz a uma formulação de um modelo teórico que repete a contraposição entre “um modelo centrado na saúde pública [a um] modelo centrado na medicina; o que tem sido profundamente limitado para efetivamente criar modos alternativos mais impactantes no cerne das práticas de saúde” (Merhy, 1995b)

A ênfase no papel da epidemiologia e do planejamento na determinação das necessidades em saúde e a pouca atenção ao papel da demanda espontânea e do saber clínico para a organização dos serviços de saúde apontam para um enfoque reducionista no qual olvida-se que:

Necessidade em saúde é sempre socialmente definida, dependendo da cultura, da história política e econômica de cada povo e de cada época, e não consta que a Epidemiologia seja capaz de tecnicamente realizar a proeza de definir o que, em última instância, só é definido pela ação individual e coletiva de milhões de sujeitos sociais, pertencentes a diferentes classes e com diversas capacidades de influenciar a composição final deste mosaico, conforme (...) cada situação específica (Campos, 1991:71).

Apenas excepcionalmente, no caso de situações de riscos de grandes agrupamentos populacionais demasiados evidentes, a epidemiologia é capaz de assumir um papel preponderante no processo decisório. Em geral, as decisões são antes políticas do que

técnicas, demandando saberes, tecnologias e práticas de gestão que vão muito além do que este núcleo de conhecimentos, isoladamente, tem a oferecer.

A subordinação do universo do sofrimento à lógica dos fatores e condições de riscos aponta para uma perspectiva estruturalista que não dá conta de responder ao complexo mundo das necessidades dos usuários. Em nome do coletivo, a Vigilância à Saúde tende a desconsiderar os planos do desejo e do interesse individual que conformam o sujeito. Repete-se desta forma as insuficiências já apontadas na vertente do Movimento de Saúde Coletiva que predominou nas décadas de 1970 e 1980.

O papel central do instrumental do “Planejamento Estratégico Situacional” (PES) nesta corrente (Teixeira, 1993), pode igualmente levar ao desvio estruturalista acima mencionado. Isto se deve ao fato de que, como comenta Merhy, a incorporação do PES à corrente de Vigilância à Saúde parte

da noção de que o ator em situação, que define os problemas, são os saberes epidemiológico e higienista, o que coloca esta linha em um certo desconforto na hora de associar uma estratégia de planejamento mais aberta à constituição singular dos atores em cena, com os objetivos duros e estruturados que assume (Merhy, 1995:142).

Modelos teóricos baseados na racionalidade do Planejamento e (ou) da epidemiologia costumam se transformar em métodos prescritivos que burocratizam a práxis sanitária. O uso das mencionadas tecnologias e saberes não deve significar a subordinação de outros discursos e competências que se encontram presentes no campo da saúde.

Este alerta é especialmente válido no setor da saúde, onde profissionais acumulam recursos de poder cognitivo e impõem, freqüentemente, a sua visão de necessidades aos usuários. Esta postura coloca empecilhos para uma troca democrática que procure corrigir desigualdades e respeitar as diferenças.

O paradigma de Produção da Saúde sugerido por Mendes (1996), como um desdobramento da corrente da Vigilância à Sa, aponta para um esforço de incorporação da temática do agenciamento político e social. No entanto, esta se faz sem que se logre superar

a herança estruturalista da Saúde Coletiva brasileira das décadas de 1970 e 1980. A hipervalorização da determinação social do processo saúde/doença e a desqualificação dos fatores de ordem biológica e subjetiva que constituem o sujeito são alguns dos elementos presentes na corrente de Vigilância à Saúde.

Concordando com Campos (2000a), entendo que um limite importante da corrente de Vigilância à Saúde não são suas tecnologias, úteis e necessárias à construção do SUS, mas a manifesta intenção de constituir-se como um paradigma sanitário que substitua a todos os demais. A Vigilância à Saúde é útil enquanto um modo de intervenção sobre o real que prioriza os coletivos humanos, entretanto, não tem a potência para abarcar a complexidade do processo saúde/doença e muito menos a multidimensionalidade do sujeito que se faz presente no campo da saúde. Estas considerações negam que a Vigilância à Saúde possa ser a prática estruturante de todo o campo da saúde. Ao subsumir a Clínica à lógica da determinação social do processo de saúde/doença, parece-me que a proposta desta corrente reduz o potencial operativo de suas estratégias.

Essa discussão tem importância prática, pois quando determinados atores acrescentam ao ideário da corrente de Vigilância à Saúde a afirmativa feita de que “os serviços de saúde no Brasil respondem por uma ínfima minoria dos resultados sanitários” (Mendes, 1996: 233), pode estar se legitimando a diminuição das obrigações estatais em relação ao provimento de bens e serviços em saúde.

A ênfase dada ao método epidemiológico na priorização dos problemas em saúde coloca em questão a afirmação de que a Vigilância à Saúde teria como objeto a saúde e não a doença. Ocorre aqui uma contradição entre suas premissas e suas estratégias. Por um lado, anuncia-se a necessidade de superação do paradigma biomédico através do “paradigma da produção social da saúde” e, por outro, delineiam-se estratégias que têm como eixo a epidemiologia. Esta última é um saber construído a partir do paradigma biomédico e da prática clínica.

Com a ressalva de que a corrente de Vigilância à Saúde apresenta diferenciais internos e que, na prática, seus princípios e diretrizes transformam e são transformado – sem perder o rótulo de Vigilância à Saúde – por múltiplas influências teóricas e sociais que

preenchem lacunas da formulação original, entendendo que a proposta hegemônica das década de 1990 deveria ser enquadrada no pólo superior direito do mapa de Caplan (Fig. 8).

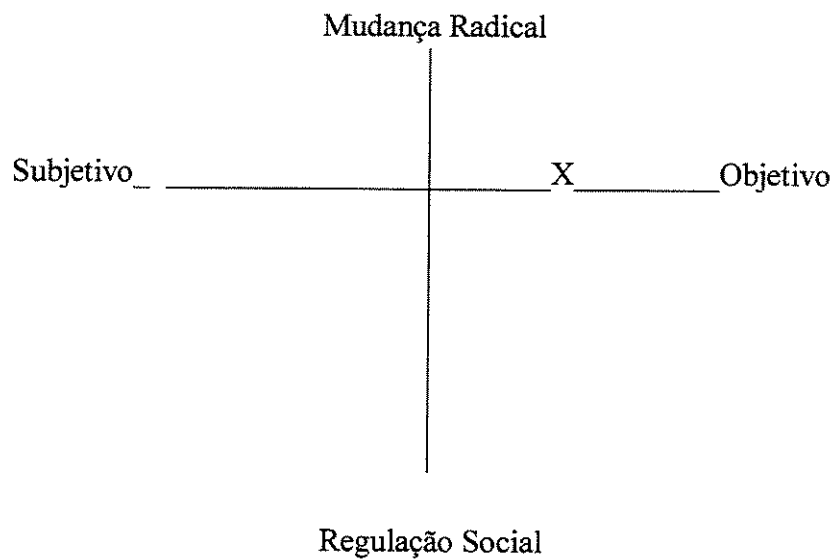


Figura 8

Parte B -A corrente Em Defesa da Vida

A corrente Em Defesa da Vida¹ surge ao final da década de 1980 a partir das atividades acadêmicas de um grupo de sanitaristas, vinculados ao Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade de Campinas, e de trabalhadores da Secretaria de Saúde da cidade de Campinas. Nessa época é organizado o Laboratório de Planejamento e Administração (LAPA) que iria, até o ano de 1997, centralizar a produção teórica desta formulação. A partir de meados da década de 1990 a produção desta corrente se diversifica.

Entre os temas de investigação priorizados encontram-se: 1) gestão e processo de trabalho em saúde, sob a liderança de Emerson Merhy ; 2) gestão, sujeitos e modelos de atenção, que tem em Gastão Wagner o autor de referência, e 3) poder, organização e gestão hospitalar, em que se sobressai a produção teórica de Luis Cecílio. Nos últimos anos, novos autores passam a contribuir para esta formulação, investigando a implementação das diretrizes e estratégias (Bueno, 1997; Rollo & Oliveira, 1997; Carvalho, 1997; Franco, Merhy & Bueno, 1999; Onocko & Amaral, 1998; Malta, 1998, 2001; Carvalho & Campos, 2000), e (ou) aprofundando os elementos teóricos da corrente Em Defesa da Vida (Bueno & Merhy, 1996; Silva Junior, 1996; Furtado, 2001; Drummond, 2001; Campos, 2001).

Elemento de distinção da produção desta corrente é a vinculação com a práxis sanitária de centenas de trabalhadores e dirigentes de instituições de saúde em distintas regiões do país. Entre as secretarias municipais de saúde que, em algum momento, pautaram suas estratégias pelo ideário da Defesa da Vida estão: Campinas, Piracicaba, Ipatinga, Belo Horizonte, Betim, Sumaré, Hortolândia, Volta Redonda e Paulínia. A prática iluminando a teoria é um elemento constante na produção teórica da corrente Em Defesa da Vida, uma produção coletiva devedora da interlocução com investigadores, profissionais e dirigentes da saúde no Brasil e no exterior.

¹ Ao longo deste trabalho estarei utilizando indistintamente a denominação corrente Em Defesa da Vida, corrente Defesa da Vida, ou a Defesa da Vida.

I - Premissas teóricas da corrente Em Defesa da Vida

Ao refletir sobre os avanços e percalços na trajetória da Reforma Sanitária brasileira, a corrente Em Defesa da Vida detecta problemas e aponta soluções. Critica, por exemplo, os limites teóricos do arcabouço marxista estruturalista hegemônico no movimento sanitário e a excessiva ênfase às estratégias de ocupação de espaços governamentais (Campos, 1988; 91; 92; Cecílio, 1994). Considera que medidas como a territorialização, a hierarquização, o planejamento e a programação, embora importantes e necessárias, não são suficientes para a transformação do modo concreto de produzir saúde. Entende que não basta impulsionar a descentralização do sistema de saúde e a participação social afirmando que nem sempre é verdadeiro

o pressuposto da maior representatividade das lideranças locais ou do poder executivo municipal, (...) não é necessariamente verdade que o controle social é mais viável a nível local. O arbítrio, a prepotência e o clientelismo municipal nada ficam a dever ao estadual ou federal. Frequentemente, a capacidade de coação econômica dos poderosos locais é direta, muitas vezes cruel (Campos, 1988a: 192)

Para a corrente Em Defesa da Vida, um dos principais empecilhos ao desenvolvimento da Reforma Sanitária brasileira tem sido o insuficiente enfrentamento da temática da mudança do processo de trabalho e da participação dos trabalhadores de saúde na mudança setorial.

Perante este quadro, a corrente Em Defesa da Vida procura: 1) criar mecanismos para a incorporação de novos sujeitos na luta pelas mudanças setoriais; 2) qualificar a gestão do setor da saúde, e 3) promover mudanças visando intervir no processo de trabalho em saúde. A partir dos princípios e diretrizes do SUS procura contribuir para: 1) a construção de um sistema de saúde público, universal, equitativo, participativo, de qualidade e centrado no usuário; 2) a produção de trabalhadores que sejam sujeitos autônomos, criativos e socialmente solidários, e 3) o fortalecimento da democracia.

Busca elaborar conceitos, estratégias e tecnologias de gestão com o intuito de implementar determinadas diretrizes: a gestão democrática dos estabelecimentos de saúde, o acolhimento humanizado da clientela, o acesso a serviços resolutivos e o fortalecimento de vínculos entre profissionais e usuários com a clara definição de responsabilidades.

Aos mencionados princípios a corrente Em Defesa da Vida acrescenta determinadas concepções com importantes consequências operacionais:

- entende que a política *lato sensu* vai além da relação entre o Estado e a sociedade civil organizada, estando presente, por exemplo, na microesfera da vida social;
- valoriza ações em microespaços, consideradas estratégicas para a mudança, sem com isto desconhecer o papel dos determinantes macroestruturais;
- entende que sem a participação dos trabalhadores, médicos incluídos, não é possível haver mudanças no setor público de saúde;
- define como objetivo do setor da saúde produzir bens e serviços necessários e contribuir para a emancipação social;
- preconiza o resgate do usuário como sujeito da mudança, valorizando o papel dos mesmos no dia-a-dia dos Serviços de Saúde assim como em fóruns de deliberação coletiva, tais como os Conselhos de Saúde;
- compreende que se, por um lado a demanda espelha a oferta de serviços e a ideologia/cultura dominantes, por outro, ela traduz as aspirações da sociedade por novos padrões de direitos sociais, revelando elementos da subjetividade do usuário. Deve, portanto, ser criticamente incorporada ao processo de organização dos serviços de saúde;
- preconiza a necessidade de reformular a Clínica e a Saúde Pública a partir das reais necessidades dos usuários.

Concepções sobre o processo saúde/doença na corrente Em Defesa da Vida

A Defesa da Vida trabalha com um modelo social de determinação do processo saúde/doença. Na leitura do social, ela dá uma especial atenção a Aspectos ideológicos, culturais e psicológicos da vida em sociedade recebem especial atenção o que tornam uma constante a presença de temas referentes ao agenciamento humano, a produção do sujeito e emancipação social.

Esta corrente não desconhece a importância de saberes vinculados às Ciências Naturais, como a anatomia, a fisiologia, a patologia e a biologia criticando, porém, a reivindicação de verdade (“cientificidade”) que permeia o discurso destas disciplinas (Campos, 1992; 1999).

Entende que a doença é um fenômeno coletivo que reflete relações plurais envolvendo “indivíduos, grupos e classes sociais, serviços de saúde, sistema produtivo e de consumo, bem como o saber médico-sanitário sobre esta doença”. Mesmo “ a dimensão individual do sofrimento é sempre produto da história de um certo sujeito vivendo em um dado tempo histórico”. Afirma que a relação dinâmica entre sofrimento, subjetividade, doença, morte e vontade de viver é consequência da “demanda espontânea, de lutas coletivas por acesso a serviços de saúde, ou em defesa do meio ambiente, ou de condições adequadas de trabalho” (Campos, 1991: 69-70).

Julga que um indivíduo saudável é aquele que possui um sentimento de segurança para viver a vida, para criar valores e instaurar normas vitais a partir de seus desejos, interesses e das necessidades individuais e do entorno social. Em lugar da resignação e da conformidade que o adjetivo “paciente” insinua (Aurélio, 2000), esta corrente considera de fundamental importância redefinir o sujeito/usuário das intervenções sanitárias, considerando-o indivíduo capaz de viver a vida com liberdade e criatividade.

Produzir saúde, nesta corrente, significa contribuir para o aumento do coeficiente de autonomia de indivíduos e coletivos para viver a vida, possibilitando-lhes lidar com as limitações decorrentes da doença, da genética e do contexto psicossocial. Isto demanda que capacidade de discernimento, condições dignas de vida e oportunidade para

utilizar instrumentos naturais e artificiais (e.g. a Clínica, a Saúde Pública) para afastar a dor, o sofrimento, a morte e para poder escolher os vários modos de seguir a vida.

Saúde é considerada como o resultado de um processo de produção, um objetivo, a ser alcançado por tecnologias e saberes que têm como objeto a doença em sujeitos concretos ou situações que a potencialize.

Note-se a perspectiva fenomenológica: sai o objeto ontologizado da medicina – a doença – e entra em seu lugar um sujeito. No caso da clínica, o doente; no caso da Saúde Coletiva, uma coletividade específica. (...) não se trataria de um enfermo em geral, mas de um sujeito concreto, social e subjetivamente constituído. O mesmo se aplicaria a uma Saúde Coletiva que se pretendesse construtiva: trabalhar com grupos concretos, social e culturalmente constituídos (Campos, 1999)

Na tradição da Saúde Coletiva, a corrente Em Defesa da Vida afirma a necessidade de

admitir que cada cidadão deve dispor de meios subjetivos e materiais – boa parcela da qual não diretamente dependente do sistema de saúde – suficientes para sua produção e para construir autonomamente sua felicidade, realização pessoal e social (Campos, 1992: 169).

O conceito ampliado de saúde e o entendimento do social sustentam a afirmação de que o setor da saúde necessita “admitir que uma série de procedimentos, até agora classificados como estranhos à prática sanitária, tem uma função terapêutica essencial” (Campos, 1992: 171). Tecnologias e saberes como a educação, a psicanálise, as ciências políticas, a assistência social devem, cada vez mais, subsidiar a práxis sanitária.

A proposta de redefinição da Clínica da corrente Em Defesa da Vida

A corrente Em Defesa da Vida compartilha da crítica negativa de muitos sanitaristas no que se refere à prática clínica. O papel no controle social da população, a influência de interesses corporativos e do complexo médico-industrial, a redução do sujeito a indivíduos portadores de doenças, a alienação dos profissionais de saúde, o caráter ritualista e conservador são alguns dos muitos elementos citados.

Esta análise não autoriza, na opinião da corrente Defesa da Vida, a negação do imenso aporte da Clínica para prolongar e melhorar a qualidade de vida das pessoas, uma vez que evita e alivia a dor e o sofrimento, cura e reabilita. A clínica degradada, uma prática social historicamente determinada, não sintetiza todas as possibilidades de intervenção acumuladas pelo saber clínico. A ênfase no valor de troca das práticas clínicas, favorecidas pelo modo de produção neoliberal, não deve servir de argumento para subestimar a importância e o valor de uso desta prática .

Neste sentido, a Defesa da Vida propõe uma redefinição da clínica que passa, necessariamente, pela valorização de seus aportes históricos e por uma renovação de alguns de seus elementos teóricos e práticos entre os quais o conceito de saúde e de doença, a definição de objetos e objetivos anteriormente descritos. Estes conceitos embasam uma proposta de recomposição da clínica

no sentido de incorporar rotineiramente procedimentos de promoção e proteção à saúde, bem como questões de educação para a saúde e da saúde mental, tanto para os considerados pacientes como para aqueles que compartilhem de um dado risco epidemiológico ou social de adoecerem (Campos,1991: 60).

Propõe-se que, em lugar da clínica degradada, seja estimulada a incorporação, por parte dos trabalhadores em saúde, de diretrizes que apontem para a garantia da reprodução social e também da emancipação social. A prática clínica que se deseja é aquela que intervém sobre as disfunções biológicas por meio da prevenção, do diagnóstico, da cura

e da reabilitação, mas também como “um processo e um espaço de produção de relações e intervenções, que se dá de modo partilhado, e no qual há um jogo entre *necessidades e modos tecnológicos de agir*” (Merhy, 2000: 189).

A Defesa da Vida recomenda, por exemplo, a substituição das técnicas semióticas, que neutralizam a interferência do social e da subjetividade na prática clínica por uma prática holística, em que se valorize a relação intersubjetiva entendendo que

o processo de diagnóstico e de cura é sempre uma relação entre sujeitos nunca redutível a uma objetividade positiva (...) e sempre influenciado pela história social e características psíquicas dos dois elementos envolvidos (...) e que mecanismos conscientes e inconscientes, peculiares a esses dois sujeitos, estarão sempre interferindo na história da doença e no processo de atenção à saúde (Campos, 1992: 184).

Em suma, a corrente Em Defesa da Vida reconhece a importância da Saúde Coletiva enquanto saber sem, com isto, desconhecer outros campos de saberes igualmente importantes, entre os quais encontra-se a Clínica.

neste sentido, a construção de uma Teoria sobre a produção de saúde (...) não seria monopólio nem ferramenta exclusiva da Saúde Coletiva, mas de todo o campo de saúde. Não há como pensar a superação do paradigma biomédico sem a contribuição da própria clínica. (...) A clínica tem muito a ser criticada, mas tem também muito a dizer. O mesmo poder-se-ia comentar sobre a Saúde Coletiva, não há como repensar suas práticas desconhecendo o acervo da biologia, da psicologia e da clínica em geral. (...) Nega-se, portanto, a existência automática, e em princípio, de uma dominância da determinação social no processo saúde/doença. Com certeza, há hierarquia ao se produzir um dado fenômeno sanitário. No entanto, esta hierarquia será, necessariamente, situacional e variável e jamais pré-determinada (Campos, 2000a:226).

Concepção do trabalhador em saúde na corrente Em Defesa da Vida

A Defesa da Vida detecta que o fenômeno da alienação² dos trabalhadores é um dos pontos críticos do SUS. Identifica que a alienação se dá em relação: 1) ao objeto de trabalho, manifestada pela fragilidade de vínculos entre o trabalhador e o usuário; 2) aos meios de trabalho, observáveis na separação entre os que executam as ações e os que dirigem as instituições; e 3) ao trabalho em equipe, em que o trabalho de grupo não vem significando a constituição de trabalhador coletivo e de uma prática interdisciplinar.

A mudança deste quadro é, para a Defesa da Vida, uma tarefa da maior importância. Considera que apenas alterando o modo como os trabalhadores de saúde se relacionam com o seu principal objeto de trabalho, a vida e o sofrimento dos indivíduos e da coletividade representados como doença, é que será possível cumprir os preceitos constitucionais que garantem o direito efetivo à saúde a todos os brasileiros.

A partir deste entendimento esta corrente procura desenvolver novos conhecimentos e experimentar novas formas de gerir organizações procurando “superar o eixo central da maioria das escolas de administração que busca, de diferentes maneiras, reduzir sujeitos humanos à condição de instrumentos dóceis aos objetivos da empresa, transformando-os em insumos ou em objetos” Governar para produzir sujeitos é um dos eixos de investimento da Defesa da Vida (Campos, 1994: 31).

Os arranjos propostos pela Em Defesa da Vida têm tido como objetivo produzir uma cultura institucional mais pública e solidária e induzir linhas de subjetivação diferentes das que predominam no setor da saúde. Procura constituir estruturas que não sejam “centralmente indutoras de corporativismo e alienação” e “instaurar uma nova ordem organizacional” que estimule o “compromisso das equipes com a produção de saúde” e que lhes facilitassem, ao mesmo tempo, a própria realização pessoal e profissional” (Campos, 1999: 395).

² Alienação é um processo de objetivação e reificação do homem que está “ligado essencialmente à ação, à consciência e à situação dos homens, e pelo qual se oculta ou se falsifica essa ligação de modo que apareça o processo (e seus produtos) como indiferente, independente ou superior aos homens, seus criadores” (Aurélio, 2000). Este processo ocorre na forma de “alienação do homem na técnica ou pela técnica, (...) pela alienação do eu (como acredita Marx), mas de uma alienação em relação ao próprio mundo: o homem não somente se perde em sua produção, mas perde seu próprio mundo, que é ocultado, esterilizado, banalizado e desencantado pela técnica, com tudo o que implica de sentimento de absurdo, de privação de norma, de isolamento de si, de falta de comunicação, etc.” (Japiassu & Marcondes, 1990)

A maneira pela qual esta corrente lida com o tema do trabalho médico e a gestão parece-me de especial interesse. Embora ela compartilhe da crítica de muitas correntes sanitárias, de que os médicos são um dos principais instrumentos de manutenção do modelo curativo, centrado no hospital, ineficaz e de alto custo, propõe como necessário, e possível, tomar o trabalho médico como um dos principais dispositivos para a mudança do modelo assistencial (Merhy, 2000).

Outro aporte relevante desta corrente é o conceito de “campo e núcleo de competência profissional”. Núcleo de competência indica uma identidade: o compromisso com um certo saber e com um conjunto de práticas e de tarefas que [é peculiar às diferentes profissões. Campo, por sua vez, é “uma ampliação situacional do Núcleo, orientada pela necessidade de se cumprir objetivos acordados em um dado contexto” (Campos, 2000b: 216). Um exemplo de campo de atuação pode ser dado pela capacidade de relacionar-se de forma acolhedora com todos os usuários, o que deve ser uma característica comum a todos os profissionais de saúde. Conhecimentos básicos sobre a Saúde Pública constituem um outro exemplo de campo de competência.

A aplicação destes conceitos pela corrente Em Defesa da Vida tem sido útil para se pensar o trabalho interdisciplinar ao permitir

que se supere na prática, a aporia de quando se admite que todo saber e todo campo de prática são interdisciplinares, mas que ainda faria sentido operar-se com identidades profissionais e de papéis. Nem a geléia geral de que todos fariam tudo, agentes sem distinção ou especificidade, nem a progressiva fragmentação do processo de trabalho decorrente da especialização burocrática (Campos, 2000b: 216).

II - Estratégias relevantes da corrente Em Defesa da Vida

Ao procurar fazer avançar o ideário do SUS, a Defesa da Vida explora novas possibilidades para a constituição de modelos organizacionais e de gestão de instituições de saúde. Seus conceitos e tecnologias. Discuto a seguir algumas de suas propostas de intervenção, alertando, de antemão, que elas guardam entre si uma relação de interdependência onde cada uma potencializa, ou condiciona, a capacidade transformadora das demais.

II.1- Modelos assistenciais na corrente Em Defesa da Vida

Os modelos de atenção em saúde representam um dos principais fatores que condicionam a eficácia e viabilidade do Sistema Único de Saúde. Modelos, ao contrário do que induz a palavra, são sempre formações mutantes e provisórias variando no tempo (história) e no espaço (diferenças econômicas, sociais, populacionais) de acordo com a especificidade dos problemas de saúde existente. Constituem, mais apropriadamente, uma modelagem (Merhy,2000) cuja feição "definitiva" é devedora dos determinantes macrossociais e ação de milhares de sujeitos – usuários, trabalhadores, gerentes, etc. – que intervêm no processo de produção de saúde. Modelo é, portanto, uma categoria de mediação entre determinação histórico-estrutural de políticas sociais e as práticas de saúde.

Para corrente em Defesa da Vida um modelo de atenção em saúde deve ampliar a capacidade resolutiva da rede básica, fortalecer ações de Saúde Pública, revisar as funções e o modo de funcionamento das unidades hospitalares e aprimorando a integralidade das ações sanitárias. Esta última deve ser garantida por meio da atuação conjunta da equipe, do serviço e do sistema e por uma organização flexível do processo de trabalho apta a captar e gerenciar a complexidade das necessidades em saúde.

A rede básica cumpre, aqui, uma função essencial. Os centros de saúde devem funcionar nesta proposta como uma espécie de centro de apoio às pessoas com dificuldade de levar a vida em sociedade, em razão de desordens direta ou indiretamente vinculadas ao campo da saúde. Preconiza-se que a rede conte com serviços que apresentem uma

plasticidade organizacional que a habilite a “absorver e a trabalhar as aspirações de saúde dos grupos e das pessoas, por mais que, de imediato, não correspondam às expectativas clínicas e epidemiológicas dos técnicos” (Campos, 1992: 168-172).

A corrente Em Defesa da Vida recomenda que a rede básica se estruture visando esgotar a maior parte dos problemas de saúde e que realize ações com o objetivo de acolher os usuários, prover uma Clínica de qualidade e exercer ações de Saúde Pública. Além da atenção médica individual e das ações programáticas, sugere a ampliação da oferta de serviços, tomando como base a realidade local e as possibilidades institucionais.

Ao final da década de 1990 a Em Defesa da Vida consolida uma proposta organizativa e gerencial para hospitais e rede básica que recebe a denominação de Equipe de Referência.

O projeto de Equipes de Referência

O arranjo denominado Equipes de Referência³ parte da suposição de que a reordenação do trabalho em saúde deve trabalhar com uma perspectiva que aponte para a criação da vínculo entre trabalhadores e usuários, a constituição de espaços institucionais de co-gestão e o estímulo ao trabalho de natureza interdisciplinar (Campos, 1998, 1999).

As equipes sugeridas devem se organizar a partir da unidade de produção de serviços (e.g. lavanderia, UTI, pediatria, etc.) e devem constituir-se a partir das necessidades locais e da disponibilidade de recursos. O projeto de Equipe de Referência da corrente Em Defesa da Vida está estruturado para orientar arranjos organizacionais em distintos níveis do sistema de saúde (primário, secundário, terciário).

³ A síntese aqui realizada se embasou em trabalhos de Campos (1992, 1998), em documentos de distintas Secretarias de Saúde (Sumaré, 1997; Betim, 1997; Campinas, 2001) e em artigo de minha autoria em parceria com Campos (Carvalho & Campos, 2000). Esta formulação fundamenta parte do Projeto Saúde para Todos de Betim, Minas Gerais (Betim, 1998) e do Projeto Paidéia do Saúde da Família de Campinas (Campinas, 2001).

A título de exemplo, apresento a formulação concebida como proposta de organização da rede básica de atenção. A Defesa da Vida sugere a criação de equipes que se responsabilizem pelos problemas de saúde da população de uma dada área de abrangência. Estas equipes podem vincular-se a grupos específicos, no caso crianças, adultos e mulheres em idade fértil (Campos, 1998; Carvalho & Campos, 2000) , ou à população em geral (Campinas, 2001).

As equipes devem contar , no mínimo, com um médico (especialista geral ou generalista⁴), um enfermeiro e um auxiliar de enfermagem. De acordo com as necessidades e possibilidades locais, as equipes podem contar com agentes de saúde, psicólogos, odontólogos e outros profissionais.

Além das Equipes de Referência o usuário deve ser atendido, quando necessário, por profissionais que atuam de forma matricial. Estes últimos atuam junto a diversas equipes, a partir de um núcleo específico de saber (e.g. assistência social, atendimento psiquiátrico).

Equipes de Referência devem, sempre que necessário, delinear Projetos Terapêuticos interdisciplinares a serem executados por um conjunto mais amplo de trabalhadores. Cada usuário deve contar com um profissional de referência que pertence à equipe. Cabe a este trabalhador fiscalizar e gerenciar a evolução do problema do usuário, administrar o deslocamento do paciente entre os serviços de saúde e a sociedade, e fazer cumprir o projeto terapêutico individual.

No caso dos usuários adscritos, a Equipe de Referência buscava se responsabilizar pela integralidade e a qualidade do atendimento prestado, devendo disponibilizar e ofertar ao usuário tecnologias como consultas individuais, grupos educativos, atendimento domiciliar, trabalhos comunitários, ações programáticas, ações de vigilância à saúde e o Acolhimento. Este último constitui uma estratégia que procura facilitar o acesso dos usuários aos serviços e disparar dispositivos que provoquem

4 A crítica inicialmente feita aos generalistas e aos agentes de saúde "pau para toda obra" (Campos, 1992:159) se fundamentava na crítica às concepções que entendiam ser suficientes os trabalhos dos mesmos para se mudar a realidade sanitária. A complexidade do fenômeno saúde/doença e das tecnologias necessárias para o enfrentamento de distintas dimensões da mesma (e.g. prevenção, cura, reabilitação, promoção, educação) estava a demandar o trabalho transdisciplinar de equipes de saúde (Japiassu, 1976). A abertura para a incorporação dos generalistas nas publicações recentes da corrente Em Defesa da Vida não significou o abandono desta importante premissa.

rearranjos no modo de produzir saúde nas distintas unidades assistenciais (Merhy, 1994; Carvalho, 1997; Franco, Bueno & Merhy, 1999; Malta, 1998, 2001)

A Defesa da Vida propõe a singularização da atenção ao usuário pela elaboração de projetos terapêuticos individuais conforme cada caso e a disponibilidade de recursos. Estes projetos têm como pano de fundo o “reconhecimento das diferenças econômicas, culturais e da subjetividade dos vários usuários do sistema, e da repercussão dessa variabilidade na evolução dos problemas individuais ou coletivos de saúde” (Campos, 1992:170).

As Equipes de Referência devem ter autonomia para definir normas e atribuições, desde que se responsabilizem perante a instituição, pelo cumprimento de diretrizes, democraticamente acordadas, mediante o estabelecimento de um contrato entre as partes. Isto supõe

a transformação das relações de trabalho, de tal forma que cada um desempenhasse o seu trabalho autonomamente, dentro de um projeto coletivo, controlando o seu processo de trabalho, seus produtos e resultados, transformando-se em agente e sujeito deste processo; porém, dentro de um contrato público, pautando-se pela defesa da vida do usuário, como o principal objetivo estratégico (Campos, 1994: 32).

II.2- Propostas para a gestão da corrente Em Defesa da Vida

A Defesa da Vida entende que as mudanças contemporâneas dos setores produtivos vêm colocando para a sociedade a importância de aprimorar a capacidade de gestão estratégica das instituições. Compreende, ao mesmo tempo, que o setor da saúde apresenta peculiaridades (e.g. autonomia dos profissionais, natureza do objeto saúde, predomínio de tecnologias de relações no processo de trabalho) que reclamam novas formulações sobre gestão e planejamento.

Supõe que, para se opor à lógica privatista e clientelista do setor público, faz-se necessário ampliar a autonomia dos trabalhadores. Desta maneira estes atores podem contribuir para reorganização do processo de trabalho em saúde e para a democratização da gestão. As mudanças dos processos de trabalho e da gestão em saúde apresentam-se aqui como lados de uma mesma moeda, sendo, portanto, interdependentes.

A Defesa da Vida recomenda a utilização da epidemiologia como um elemento fundamental para o planejamento e a gestão da saúde. Alerta, porém, para a presunção dos que sugerem a subordinação das práticas clínicas, do planejamento e da gestão às evidências epidemiológicas. Reconhece o papel preponderante da epidemiologia em casos de risco demasiado evidente de grandes agrupamentos populacionais, afirmando, porém, que as necessidades em saúde requerem, na maioria das vezes, outros instrumentos.

Escutar e interpretar a demanda cotidiana dos usuários, realizar inquéritos sociais e viabilizar o debate de propostas em espaços públicos são alguns dos caminhos sugeridos para, ao lado da epidemiologia, fazer as escolhas mais adequadas no setor da saúde. A Defesa da Vida afirma que o recorte de problemas sanitários é, antes de uma decisão técnica, uma decisão política.

Para a corrente Em Defesa da Vida, a demanda espelha a oferta de serviços e a cultura dominante, traduzindo, ao mesmo tempo, as aspirações da sociedade por novos padrões de direitos sociais. Revela elementos da subjetividade do usuário que devem ser incorporados ao processo de trabalho em saúde e aos modelos de gestão das organizações. Mesmo quando apresenta distorções e equívocos, a demanda constitui em muitas situações a única possibilidade de expressão da vontade do usuário. Aprimorar mecanismos para captá-la, garantindo o direito de expressão dos usuários, sem deixar de criticar os seus equívocos é uma das preocupações estratégicas da Defesa da Vida (Campos, 1991b.; 1992; Merhy, 1994).

Ao reconhecer que o setor da saúde é permeado pela disputa de interesses, esta corrente propõe-se a desenvolver estratégias de gestão que permitam a negociação de conflitos e a tomada de decisões que viabilizem ações eficazes sobre a realidade sanitária. Elabora, para isto, um conjunto de proposições que procurem apontar para um processo de

poder compartilhado e para a descentralização do processo decisório e que levem à diminuição da distância entre os que comandam, planejam, dirigem e a maioria executante de ações e serviços (Merhy, 2000).

Comento a seguir algumas das propostas desta corrente.

O método Paidéia

Em sua tese de livre-docência, Gastão Wagner propõe, a partir do ideário acima referido, um arcabouço de análise e de intervenção denominado de “Método Paidéia” ou “Método da Roda”.

Nesta proposição, o autor trabalha com a noção de sujeito enquanto ser que possui um núcleo ontológico⁵ e um conjunto de valores que o sujeito incorpora na interação com o social. Entende que, no momento em que indivíduos e coletivos produzem e transformam a realidade, eles se co-produzem e se transformam. Ou seja, para Campos, os indivíduos e coletivos humanos são considerados sujeitos em “transformação incessante e permanente pela qual as coisas se constroem e se dissolvem noutras coisas”, sujeitos do *devoir* (Ferreira, ABH, 2000), em dialética relação com o núcleo ontológico e com a sua história.

Esse processo é dinâmico e ocorre, na opinião de Campos, a partir da conjugação de forças internas e externas ao sujeito. Entre as primeiras, o autor cita as variáveis detectáveis no plano biológico, no plano do inconsciente e no do interesse racional.

Entre as forças externas, destaca aquelas vinculadas ao plano da necessidade social e ao dos interesses institucionais.

⁵ “Ontológico” faz menção ao substantivo “ontologia”, que significa “ser concebido como tendo uma natureza comum que é inerente a todos e a cada um dos seres” (Ferreira, ABH, 2000).

Esta noção embasa a proposta de gestão do autor que procura ampliar a capacidade de análise e de intervenção dos sujeitos, individuais e coletivos, em distintos planos da vida social. Os coletivos privilegiados nesta proposta são os grupamentos que produzem valores de uso (bens e serviços) e são denominados de Coletivos Organizados de Produção (Campos, 2000b).

Campos preconiza que os mencionados coletivos venham a cumprir, no cotidiano institucional, três funções principais, a saber:

uma clássica, de administrar e planejar processos de trabalho objetivando a produção de valores de uso (...) outra de caráter político, a co-gestão como uma forma de alterar as relações de poder e construir a democracia em instituições [e] uma pedagógica e terapêutica [que se refere à] capacidade que os processos de gestão têm de influir sobre a constituição de sujeitos (...) (Campos, 2000b: 4).

Para que estas funções se concretizem Campos propõe a constituição de espaços públicos em que seja possível a ocorrência do debate franco das idéias, levando à formação de sínteses e consensos provisórios que orientem a ação. Propõe um método no qual os dirigentes de nível central, os coordenadores de equipes ou os apoiadores ofertem, na “roda” formada pelos membros de um coletivo organizado de produção (e.g. equipe de saúde de uma unidade básica), as diretrizes, os saberes e objetivos de instituições de nível central (e.g. secretaria de saúde).

Estas ofertas são uma base de diálogo com as demandas recolhidas junto aos membros de um coletivo, devendo ser discutidas, analisadas e interpretadas na “roda” coletiva, gerando, no ato, decisões a serem traduzidas em tarefas ou seja, formas de intervir no mundo e reconstruir valores.

O método Paidéia procura subsidiar a gestão em diferentes planos da vida social. No setor da saúde pode ser útil, por exemplo, no processo de deliberação de políticas públicas, na gestão do cotidiano dos serviços de saúde, na formulação e monitoramento de

projetos terapêuticos individuais e, até mesmo, no encontro entre profissionais e usuários. Assim sendo, todo e qualquer instrumento ou dispositivo de gestão, como as oficinas de planejamento, a supervisão, os processos avaliativos, deve

considerar os dois grandes determinantes da organização e das relações intrínsecas à gestão de coletivos organizados para a produção: um relativo às questões oriundas da produção de bens e serviços e outro constituído da temática ligada à constituição de sujeitos e da própria organização (Furtado, 2001: 175).

A micropolítica do trabalho e a gestão na corrente Em Defesa da Vida

Merhy vem trabalhando, em seus textos recentes, na formulação de um arcabouço teórico com o objetivo de dar novas referências à elaboração de estratégias de intervenção na área pública da saúde, tomando como categoria central de suas reflexões a análise do processo de trabalho no setor da saúde.

Partindo do diagnóstico da insuficiente incorporação da temática da micropolítica do trabalho nas discussões sobre a gestão da saúde, este investigador propõe uma nova maneira de pensar estratégias de intervenção. Ao considerar que a “gestão do cotidiano em saúde [é um] terreno da produção e cristalização dos modelos de atenção à saúde” sugere alternativas que têm como eixo o conceito de “micropolítica do trabalho vivo em saúde”. Concebe o trabalho vivo com sendo

o momento do trabalho em ato, que se ‘apossa’ dos meios de trabalho atuando de uma maneira transformadora sobre o objeto, buscando a construção de um produto, tendo em vista a satisfação de uma finalidade (social) tomada como necessidade(...) Neste fazer a transformação o homem, de posse de sua capacidade de trabalhar e de seu saber trabalhar, imprime um ritmo vivo aos outros componentes, inclusive ao produzir os próprios meios de trabalho - como, por exemplo, o saber tecnológico e as ferramentas de trabalho - que cristalizam, fixam um trabalho vivo anterior, agora sob a forma de trabalho morto

O trabalho vivo em ato é criador e possuidor de um modo de operar o mundo que não está dado no que foi determinado, ele tem uma capacidade de gerar um certo saber fazer (...). Este conhecimento cria determinadas tecnologias, que entretanto em muitos casos se cristalizam, como trabalho morto, pois resultam em métodos prescritivos para o homem agir e não em verdadeiras “caixas de ferramentas” que o trabalho em ato pode construir, dispor e reconstruir no momento, em que se apossa instituintemente dos processos de trabalho (Merhy, 1995a:4).

A concepção de tecnologia trabalhada por Merhy tem como fonte a produção de Ricardo Bruno em que este afirma que “marca mais característica do pensamento contemporâneo a respeito da tecnologia, em qualquer âmbito do conhecimento e em todo campo de práticas, é a redução do significado do termo ao conjunto de instrumentos materiais do trabalho. Isto reflete um discurso ideológico, presidido pelas noções de progresso técnico ou de desenvolvimento tecnológico (...) na qual ganham centralidade categorias como eficácia, produtividade e novos instrumentos de trabalho(...). Ao criticar esta perspectiva de fundo positivista o autor propõe que

discutir a tecnologia não é discutir equipamento, nem o moderno e o novo, mas discutir o proceder eficaz de determinados saberes e suas finalidades”. Conclui afirmando que toda ferramenta constituída guarda, em si, uma determinada intencionalidade que nega a suposta neutralidade e o caráter implicitamente progressista do desenvolvimento científico-tecnológico (Mendes Gonçalves, 1994).

Na trilha do citado autor, Merhy propõe pensar a tecnologia em saúde como uma categoria que pode ser classificada em dura (“hard”); leve/dura e leve (“soft”). A tecnologia dura corresponde ao uso de ferramentas e máquinas para atingir determinado fim. Corresponde ao entendimento predominante desta categoria e pode ser exemplificada pelo aparelho de Raio X, pelo tomógrafo.

A tecnologia leve/dura é aquela que se concretiza em um “saber fazer bem estruturado, bem organizado, bem protocolado, normatizável e normalizado” (Merhy, 2000: 188); e mediada por indivíduos e adquirida em processos de aprendizagem. Exemplos dessa tecnologia são a clínica e a epidemiologia. A tecnologia leve em saúde é aquela que ocorre durante o encontro do trabalhador com o usuário. Ocorre no processo de interação entre sujeitos e envolve expectativas e produções. Estas tecnologias têm, como processo privilegiado de produção, o trabalho vivo, em ato.

A partir destas considerações, este autor propõe que gestores e trabalhadores se capacitem a interrogar o sentido da captura do trabalho vivo pelo trabalho morto. Caso se desvelem sentidos contrários às necessidades dos usuários, Merhy defende uma intervenção que busque “liberar o trabalho vivo da força instituinte do trabalho morto, que está cristalizada nos meios de produção e no processo já institucionalizado do modo de trabalhar” (Merhy, 1995:7).

Merhy propõe uma releitura do campo produtivo da saúde com o objetivo de realizar uma combinação apropriada das diferentes tecnologias, visando minorar e (ou) controlar o sofrimento e produzir a saúde. Para isto, julga ser necessário entender que as principais tecnologias a serem utilizadas são aquelas que estão centradas no conhecimento

de como trabalhar a relação de cidadania entre o usuário e o serviço, o usuário e o trabalhador e as atividades de grupos de gestão (...), estas tecnologias são quase todas do tipo *soft* (leve), isto é, estão muito mais em nossa sabedoria, experiências, atitudes, compromissos, responsabilidade, etc., do que em equipamentos, espaços físicos, entre outros, apesar de também dependerem destes de alguma maneira, mas secundariamente (Merhy, 1997c:126).

Merhy considera ainda que, para se repensar a gestão em saúde, faz-se necessário “reconhecer que a saúde é um território de práticas em permanente estruturação e ontologicamente conflitivo”. Estes conflitos ocorrem no campo de definição das macropolíticas sociais, no campo das organizações em saúde e no espaço de produção em

ato da saúde. Explorar estas “tensões-potências constitutivas do campo da saúde” (Merhy, 1999: 306-313), com o objetivo de substituir a lógica centrada em procedimentos por uma lógica centrada no usuário, constitui o centro desta produção.

Tornar mais pública a dinâmica microdecisória em saúde é considerado um nó crítico que interessa a todo o “conjunto do processo gerencial, tanto no plano da organização, quanto do processo de trabalho” o que pede “uma descaptura do trabalho vivo, em ato, no plano da assistência e no plano da gestão, contemplando a razão do usuário, mesmo que ele não esteja ali” (Merhy, 1999:312).

Ao referir-se à necessidade de publicização (tornar mais público) do processo de trabalho em saúde, que envolve o encontro do trabalhador com o usuário, Merhy alerta para a necessidade de preservar o “exercício privado das produções intercessoras, base de constituição de qualquer ato de saúde” (Merhy, 1999: 308). O que se busca é colocar um freio aos interesses privatistas dos profissionais em saúde sem, com isto, impedir o exercício da autonomia que os caracteriza. O importante é que as ações de saúde tenham como referência os interesses dos usuários.

A partir de conceitos vinculados à análise institucional, e nela a pensadores como Guattari e Deleuze (Barembliet, 1994), Merhy sugere que tecnologias leves podem constituir-se em potentes dispositivos para a mudança sanitária. Propõe, em consequência, a criação de dispositivos que atuem no dia-a-dia dos serviços de saúde e que ajam nos espaços de interação das distintas configurações tecnológicas. Acredita que, desta maneira, será possível imprimir

mudanças no modo de operar as relações trabalhadores-usuários, que exponha o conjunto dos modos de atuar dos vários profissionais de saúde, nas suas respectivas competências” (Merhy, 2000: 195). Pretende-se, com a utilização desses dispositivos, que sejam identificados “ruidos” cuja escuta possa “possibilitar interrogações sobre o modo instituído que se opera o trabalho e o sentido de suas ações” (Merhy, 1997: 135) e o delineamento de estratégias que procurem valorizar processos instituintes que contribuam para a produção da saúde.

Esta formulação tem servido de referência para a elaboração de inúmeras ferramentas de intervenção. Destaco, entre estas, o dispositivo denominado “Acolhimento” que desde o ano de 1994 vem sendo utilizado em inúmeras instituições de saúde com a finalidade de facilitar o acesso do usuário aos serviços e desencadear processos que apontem para mudanças nos modelos assistenciais e de gestão existentes (Merhy, 1994; Betim, 1996; Carvalho, 1997; Franco, Bueno & Merhy 1999; Malta, 2000).

III - Considerações sobre as temáticas do sujeito e da mudança na corrente Em Defesa da Vida

A Defesa da Vida incorpora a contribuição de diferentes autores que procuraram produzir um saber voltado para a emancipação humana. Marx, Gramsci, Foucault, Delleuze, Guattari, Freud, Sartre e Paulo Freire são algumas de suas fontes. A partir deste referencial teórico e do diálogo com as práticas concretas de saúde, esta corrente vem propondo conceitos, estratégias e tecnologias de intervenção para o setor.

O conceito de política da corrente Em Defesa da Vida difere substancialmente da concepção estruturalista marxista quando afirma que

se por um lado, as coisas, ou as estruturas, determinam a vida das pessoas, por outro, são estas mesmas pessoas que constroem as coisas, as normas, os valores e as estruturas (...). [Infer-se daí que] qualquer projeto mudancista deveria, ao mesmo tempo, apostar tanto na mudança das pessoas, de seus valores, da sua cultura ou ideologia, quanto em reformar as instituições sociais. Dizendo de outra maneira, temos que mexer, simultaneamente, com as pessoas, com as estruturas e com as relações entre elas. (Campos, 1994:30)

A partir desta afirmação propõe como caminho para “abalar a hegemonia das classes dominantes e o poder de Estado” a constituição de

movimentos multicêntricos de milhões de pessoas, que questionem sistematicamente o exercício dos micropoderes em instituições de produção de bens e serviços, de administração pública, do ensino, da saúde, de representação política e, até mesmo, religiosas” (Campos, 1994:31).

Mudar as práticas sanitárias, produzindo o sujeito, passa a ser uma ação que contribui, potencialmente, para a construção de uma outra hegemonia social, diferente da atual dominação capitalista. Mediante suas estratégias de intervenção, a Defesa da Vida considera que

deslocar a luz da análise para o mundo da cotidianidade pode ser uma estratégia eficaz não só para o processo de construção de consciências críticas sobre o geral e o particular mas, centralmente, ajuda cada homem dominado a superar seus limites, a constituir-se como sujeito e a apostar na construção de outros que como ele acreditem no novo (Campos, 1994:68).

A gestão de instituições é concebida como um espaço administrativo e de produção de bens e serviços, mas também como espaço da redefinição do sentido do processo de trabalho em saúde, como instância de produção de sujeitos – individuais e coletivos – e de democratização institucional.

Embora não tenha a temática das políticas públicas como centro de suas análises, a Defesa da Vida afirma a necessidade de que o Estado garanta a saúde de todos os cidadãos, como prestador e regulador de serviços. Esta corrente não compartilha, porém, da visão política estatista, uma vez que trabalha com a noção de que não basta um Estado interventor, é necessário um Estado fundado sobre regras públicas coletivamente contratadas.

Para a Em Defesa da Vida é possível otimizar o papel do Estado, conciliando serviços próprios com alta produtividade, com qualidade e com humanização do atendimento público, em geral, e da atenção médico-sanitária, em particular. Ela denuncia, em contrapartida, políticas focalizadoras ou as estratégias que, sob o manto do melhor uso dos recursos escassos, propõem a prestação de serviços hospitalares pelo setor privado.

A Defesa da Vida é uma formulação que lida o tempo inteiro com o tema do poder e da autonomia dos sujeitos. A procura da mudança lhe é fundamental. Estas considerações justificam a “classificação” da corrente Em Defesa da Vida de acordo com o seguinte posicionamento:

DIAGRAMA DE CAPLAN

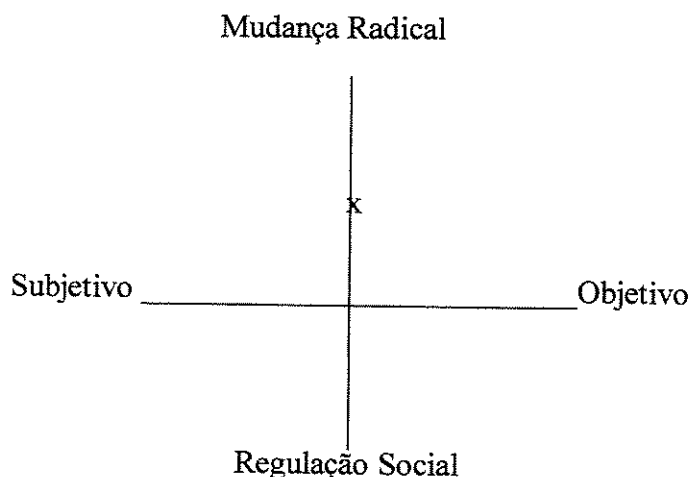


Figura 9

A corrente Em Defesa da Vida traz contribuições para um pensamento voltado para a mudança e a produção de sujeitos. Apesar disto, apresenta lacunas importantes que demandam o diálogo com outros saberes presentes no campo da saúde.

É uma corrente que não possui um pensamento organizado e sistemático sobre políticas públicas de saúde e gestão do sistema de saúde. Observa-se, ainda, que a crítica da Defesa da Vida em relação à crescente reificação da epidemiologia e dos métodos quantitativos pelo Movimento Sanitário brasileiro não tem significado o delineamento de alternativas consistentes.

Apenas recentemente (Drummond, 2001; Campinas, 2001) a corrente em Defesa da Vida vem buscando operar arranjos e tecnologias que contribuam para a intervenção sobre as ações coletivas de saúde. Outra lacuna importante constitui a ausência de proposições para a temática da participação social e, em particular, dos Conselhos de Saúde. As propostas de gestão da corrente Em Defesa da Vida ampliam e inovam o pensamento do setor ao valorizar a importância dos trabalhadores e do encontro usuário/profissional mas, surpreendentemente, deixa os usuários organizados de fora de sua proposição.



SEÇÃO 4

CAPÍTULO 7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Promoção à Saúde, no Canadá, e a Saúde Coletiva, no Brasil, são abordagens que têm contribuído para a renovação do pensamento sanitário contemporâneo. Ao enfatizarem o papel dos determinantes sociais no processo saúde-doença resgatam o ideário da Medicina Social do século XIX contrapondo-se aos modelos biomédicos que dominaram o pensamento sanitário na maior parte do século XX.

Estas abordagens apresentam coincidências cronológicas importantes. Em 1974, o Canadá divulga o Relatório Lalonde, documento que inaugura a moderna Promoção à Saúde e abre passo para a constituição de um movimento sanitário em torno de um conjunto de profissionais e tecno-burocratas vinculados a centros acadêmicos e instituições de saúde. No mesmo período vem a luz um conjunto de textos que embasam o surgimento da Saúde Coletiva (Arouca, 1975; Donnangelo & Pereira, 1976), movimento teórico, ideológico e político que encontra-se nas origens do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 1986 ocorre na VIIIª Conferência Nacional de Saúde que sintetiza e articula um conjunto de princípios, diretrizes e estratégias que definiram o panorama sanitário brasileiro dos anos futuros. No mesmo ano o Canadá realiza, com apoio da OMS, a 1ª Conferência Internacional de Promoção à Saúde que resultou na elaboração da Carta de Ottawa, documento amplamente divulgado e discutido por governos de distintos países.

Sob os auspícios de organismos multilaterais como a OMS e a OPAS inicia-se, ao final da década de 1980, uma crescente incorporação do ideário da Promoção à Saúde ao ideário da Saúde Coletiva brasileira. I

Interessante observar que o ideário sanitário brasileiro não logra influenciar a produção canadense. Este fato, constatável na análise de artigos de revistas como o *Canadian Journal of Public Health* e *International Health Promotion*, parece traduzir em parte a desigual capacidade de divulgação da produção intelectual dos países periféricos. Outra hipótese explicativa para tal fato seria a incompatibilidade do SUS, e nele da Saúde Coletiva, em relação aos ditames neoliberais que permeiam a lógica de funcionamento das agências multilaterais (Costa, 1998).

Semelhanças à parte, as formulações investigadas apresentam diferenças importantes devedoras, em parte, do contexto sócio-histórico em que surgem e se desenvolvem. De um lado encontramos um país rico e desenvolvido, o Canadá, com um sólido sistema de proteção social, uma democracia consolidada e um sistema de atenção à saúde universalista cujas origens remontam à década de 1960. Manter a qualidade do sistema, conter os custos e responder com maior eficácia à transição demográfica e ao aumento das doenças crônico-degenerativas são algumas das prioridades do movimento de Promoção à Saúde.

O Brasil, por sua vez, apresenta um desenvolvimento econômico intermediário que convive com uma escandalosa concentração de renda, uma sociedade autoritária e carências sociais acumuladas ao longo de sua história. Neste quadro a Saúde Coletiva teve que priorizar princípios e estratégias que procuravam criar um sistema nacional de saúde compatibilizando este objetivo com a luta pelos direitos sociais e políticos. No Brasil a viabilidade do SUS sempre esteve vinculada a movimentos mais amplos de consolidação da cidadania e de implementação de políticas sociais redistributivas e universalizantes.

I - Olhares sobre o social, a mudança e o sujeito

Com o olhar voltado para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde penso ser possível classificar as correntes investigadas em dois grandes grupos: 1) correntes que apontam para a manutenção do *status quo*, e 2) correntes que apostam na mudança do *status quo*.

Este enquadramento é um esforço de caráter didático construído a partir de características gerais das distintas correntes e que reconhece, de antemão, a possibilidade de que esta classificação não corresponda a situações particulares. Propostas politicamente retrógradas em determinado contexto podem constituir-se em alternativa progressista em outros. O que é bom para o Canadá nem sempre é bom para o Brasil e vice-versa. Esta nuance nos obriga, em muitos casos, a analisar proposições caso a caso.

Entre as correntes que observo tendências de conservação do quadro sócio-sanitário menciono a Promoção à Saúde Behaviorista, a Saúde da População e vertentes “tradicionais” da Nova Promoção à Saúde. Entre as que se enquadram no segundo grupo, cito a vertente radical da Nova Promoção à Saúde e os distintos modelos teóricos da Saúde Coletiva. Procura sintetizar na figura 10 esta afirmação:

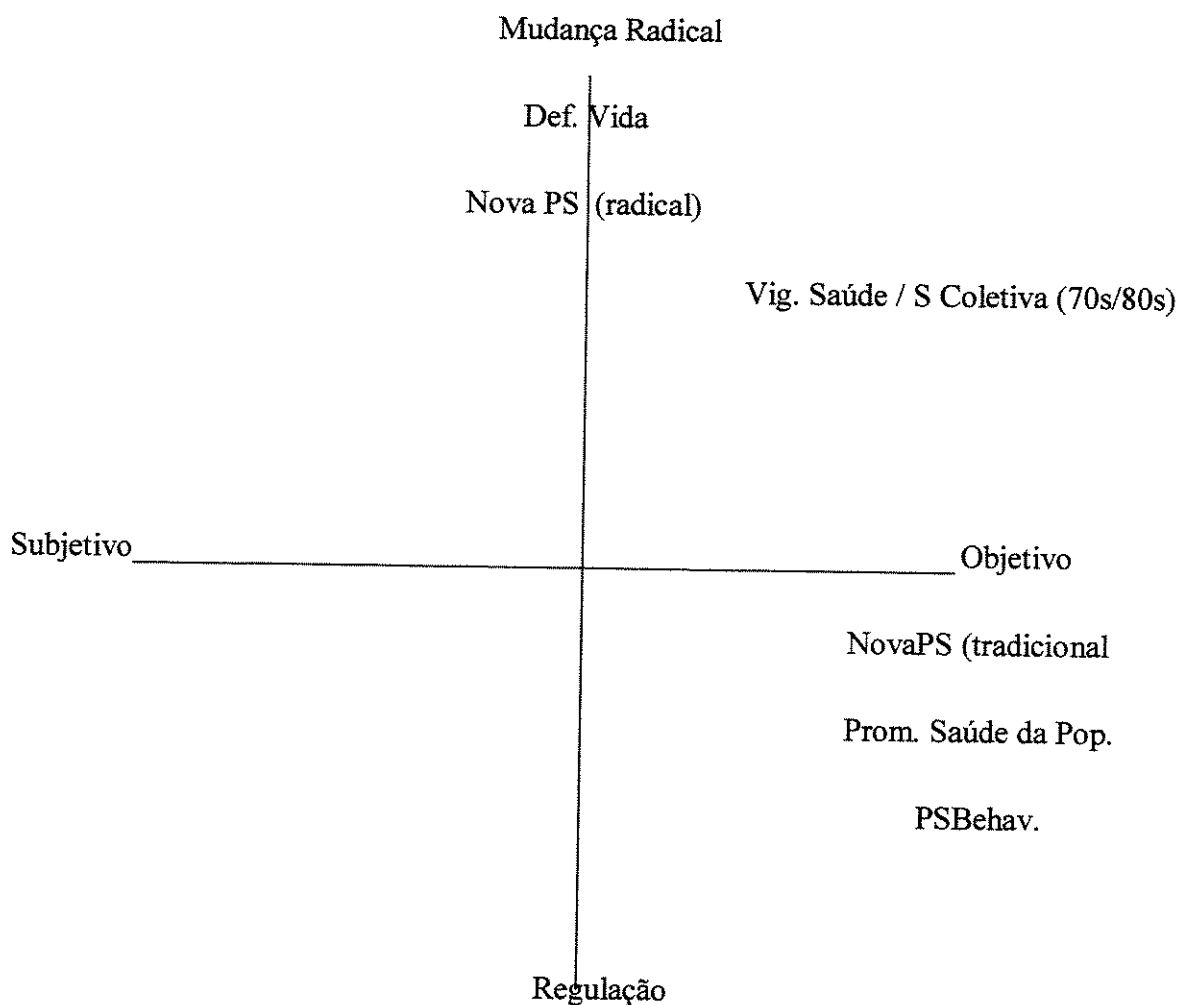


Figura 10

Correntes que apontam, tendencialmente, para a manutenção do status quo,

Observo na Promoção à Saúde behaviorista, na versão dominante da Nova Promoção à Saúde e na corrente de Saúde da População um olhar limitado sobre o “social”. Conceitos como poder, classes sociais, gênero, modo de produção e conflito estão ausentes, ou em posição marginal, nestas correntes refletindo uma perspectiva positivista e funcionalista. Em países, como o Brasil, onde prepondera a iniquidade social e a submissão aos ditames das corporações multinacionais e aos desígnios dos países centrais o não enfrentamento destas temáticas dificulta a elaboração de estratégias de superação do modelo sócio-sanitário dominante.

A Promoção à Saúde Behaviorista trabalha, em minha opinião, com uma concepção reducionista do sujeito definindo o como um ser que resulta, predominantemente, de determinações de natureza biológica ou comportamental. Condições sociais que influenciam o fenômeno saúde/doença são fatores abordados superficialmente por esta corrente. O direito à igualdade e à diferença, base para uma moderna noção de cidadania (Dagnino, 1997), não faz parte do ideário da Promoção à Saúde Behaviorista.

A necessidade de estruturarmos políticas voltadas para a alteração de estilos de vida (e.g. fazer exercícios; não fumar) não deve servir de justificativa para o não enfrentamento das causas da iniquidade na distribuição de recursos e de poder na sociedade. É importante que a intervenção sobre o plano fenomenológico dos fatos sociais leve em consideração a gênese mais profunda dos problemas. Ao lidarmos com políticas que procurem induzir “hábitos de vida saudáveis” é útil contextualizar estas propostas indagando: a) quem e como se definiu o que é estilo de vida saudável? b) quais as causas que estão na origem do estilo de vida não saudáveis?.

O modelo teórico da Promoção à Saúde da População avança ao propor a inclusão de temas como distribuição de renda, desenvolvimento social e reação individual na explicação do fenômeno saúde/doença. Porém, à semelhança da corrente behaviorista, fica na superfície dos fenômenos não questionando as relações sociais vigentes dominada pela ideologia neoliberal e pelo modo de produção capitalista. Os fatores psicológicos que

interferem na reação individual são trabalhados a partir de uma perspectiva behaviorista e funcionalista que se mostra limitada para dar conta da complexidade dos fenômenos ligados ao inconsciente.

A Nova Promoção à Saúde, cujo ideário encontra sua síntese nas declarações das Conferências Internacionais de Saúde promovidas pela OMS, tem como característica a ambigüidade de suas premissas. Seus fundamentos básicos estão em total acordo com o caráter progressista, democrático e humanitário dos novos movimentos sociais e ao mesmo tempo com os valores da democracia liberal das sociedades no qual muitos destes movimentos emergiram. Ela é freqüentemente descrita como sendo um movimento para a mudança utilizando-se de termos como auto-ajuda, equidade, “empowerment”, participação, controle comunitário e outros que têm um amplo apelo e explicam a sua rápida disseminação.

Estes conceitos podem, no entanto, mascarar estratégias que envolvam a redefinição de direitos de cidadania e responsabilidades estatais. Em muitos casos discursos progressistas escondem estratégias reducionistas e conservadoras (Grace, 1991; Stevenson & Burke, 1992; Labonte, 1993; Caplan, 1993). Desta forma governos e instituições conservadoras legitimam suas práticas neutralizando, de passagem, proposições que questionam a ordem social.

Não basta ser contra a pobreza, é necessário ser contra as estruturas que a determinam. Declarações de princípios contra a iniquidade social e a favor de uma sociedade saudável e socialmente justa transformam-se em discursos vazios quando não se discute as raízes destes problemas nem se delineia alternativas ao *status quo*.

No Canadá, apesar dos discursos oficiais que suportam a Promoção à Saúde, a força motriz da reforma sanitária continua a ser a da redução de custos. Isto tem levado ao fechamento de leitos hospitalares e à diminuição relativa da mão de obra em saúde. Não está claro que esta economia esteja sendo redirecionada para programas comunitários de saúde (Health Canadá, 1998).

Outra ambigüidade observável é aquela que manifesta-se na distância dos enunciados teóricos, que destacam o papel dos fatores sociais e ambientais na determinação da saúde, e parte das estratégias da Nova Promoção à Saúde que priorizam a intervenção sobre a “doença ou a fatores biológicos e comportamentais” (Baum & Sanders, 1995: 151).

Correntes que apontam, tendencialmente, para a mudança do status quo

Apesar destes problemas é fundamental assinalar que o ideário do movimento da Nova Promoção à Saúde sintetiza parte importante dos projetos igualitários e democratizantes em saúde no Canadá. “Políticas Públicas Saudáveis”, “Ambientes Sustentáveis”, “Empowering” e “Qualidade de Vida” são conceitos que vêm dando importante contribuição para a renovação do pensamento em Saúde. É aqui que se localiza a vertente radical da Nova Promoção que preconiza a centralidade de conceitos como “empowerment” e participação comunitária para um projeto que almeje a transformação do *status quo* sócio-sanitário de um país.

Ao contrário da maioria das correntes da Promoção à Saúde do Canadá, a Saúde Coletiva, influenciada pelo marxismo, trabalha o “social” enquanto uma categoria histórica. Ao assumir o conflito como um elemento inerente à vida em sociedade e ao vincular o seu ideário às lutas democráticas e pelos direitos sociais no Brasil, a Saúde Coletiva ocupa um espaço singular na produção sanitária internacional. Todas as vertentes investigadas – pré-88, Vigilância à Saúde e Defesa da Vida – valorizam estes aspectos apresentando nuances e ênfases que as diferenciam.

A corrente das décadas de 70 e 80 privilegiou o enfrentamento dos aspectos macro-sociais que determinam o processo saúde-doença preconizando a necessidade de mudanças no modo de produção capitalista que garantisse a equidade na distribuição de bens e serviços. Esta visão fez do movimento sanitário um componente importante da luta pela democratização do país e logrou avanços importantes.

Apesar destes aportes, a corrente da Saúde Coletiva pré-88 não foi capaz de propor alternativas para a mudança do processo de trabalho em saúde tendo trabalhado com uma perspectiva reducionista do tema da participação e do agenciamento humano. O sujeito desta corrente é fruto, em última instância, de determinantes macro-sociais. É, acima de tudo, um sujeito coletivo – Estado, partido, movimentos organizados - submetido a forças sociais, refém de macro-estruturas sobre as quais tem pouco controle. Variáveis vinculadas ao desejo, ao interesse individual e até mesmo à dimensão biológica têm pouco espaço nesta formulação.

Ao afirmar que a saúde é uma resultante da qualidade de vida de uma população, ou seja, “condição de existência dos homens no seu viver cotidiano, um ‘viver desimpedido’, um modo de ‘andar a vida’ prazeroso, seja individual, seja coletivamente” (Mendes, 1996: 236), a corrente de Vigilância à Saúde tenta incorporar variáveis vinculadas ao inconsciente e ao interesse individual.

Considero, porém, que esta corrente não logra traduzir este ideário em estratégias que, efetivamente, dê conta da complexidade do sujeito, individual e coletivo. Tal fato deve-se, entre outros, à centralidade que a epidemiologia e o planejamento assumem no seu arcabouço teórico que dificultam a incorporação dos desejos e interesses dos sujeitos que cotidiana relacionam-se no processo do “fazer saúde”. O sujeito desta formulação não logra realizar a ruptura com o “sujeito coletivo” que predominou na formulação pré-88.

O posicionamento dos autores da Vigilância à Saúde em relação aos macro-determinantes políticos apresenta nuances dignas de registro. A revisão de textos relevantes de alguns autores, como os vinculados ao Instituto de Saúde Coletiva da Bahia, aponta para existência de uma produção que se mantém fiel ao posicionamento crítico em relação ao modo de produção capitalista vigente no Brasil.

Outros autores, como Vilaça Mendes (1996, 1999), vêm realizando uma releitura do ideário da Vigilância à Saúde propondo, de passagem, a incorporação de valores e estratégias contidas nas propostas de reforma do estado do governo federal. Esta aproximação justifica a defesa, pelo autor, de teses que afirmam a existência de gastos

excessivos no setor saúde e a defesa de um Estado que priorize o enfrentamento do déficit público e que implemente reformas econômicas orientadas para o mercado. Propõe, de passagem, a necessidade de se implementar uma reengenharia do Estado brasileiro que priorize mecanismos de regulação às custas da prestação de serviços e que leve a um fortalecimento das instituições públicas não estatais e a uma gestão de características empresariais.

A corrente Em Defesa da Vida, por sua vez, trabalha com uma perspectiva que destaca o papel dos determinantes macro-sociais e ambientais (habitação, saneamento, alimentação, etc) e dos serviços de atenção para a saúde da população. Amplia esta visão do social colocando em evidência a importância do agenciamento de indivíduos e coletivos para a produção da saúde.

Esta ampliação do social tem repercussões estratégicas influenciando a elaboração de políticas e de propostas de gestão na saúde (“método Paidéia”, “tecnologias leves”, etc.). Permite entender, por exemplo, que doença, sofrimento ou problema de saúde são categorias socialmente construídas. Esta perspectiva possibilita delinear estratégias visando a desconstrução / reinvenção da Clínica, em que esta última é assumida como uma tecnologia/saber historicamente determinada que se produz em ato, no encontro entre sujeitos, profissionais e usuários.

A Saúde Coletiva como matriz da reforma sanitária brasileira.

A partir do afirmado anteriormente preconizo que o Movimento Sanitário brasileiro deve reafirmar que a abordagem da Saúde Coletiva constitui o arcabouço teórico por excelência do SUS. Esta matriz, plural e mutante, vem sendo devedora deste multifacetado experimento social que é a reforma sanitária brasileira e da contribuição de outros ideários sanitários, entre os quais o da Promoção à Saúde.

Defendo, por exemplo, que a incorporação de conceitos e estratégias como “estilo de vida”, “campo de saúde”, “políticas públicas saudáveis”, “empowering” e “gradientes sócio-econômicos” deva ter como balizador a reafirmação da consigna de que

“a saúde é um direito de todos e um dever do Estado” e de diretrizes como universalização, descentralização, gestão democrática, resolutividade e integralidade.

A experiência sanitária brasileira, que tem como eixo o paradigma da Saúde Coletiva, constitui nos dias de hoje um exemplo para os países da periferia do mundo capitalista. A abrangência desta abordagem e o seu caráter de alternativa às políticas públicas dominantes no setor saúde legitima esta proposta como uma promissora alternativa para países que, como o Brasil, padece das conseqüências das políticas neoliberais.

II - Aportes teóricos para a consolidação do SUS

O estudo em questão permite fazer ilações que entendo serem úteis para a superação dialética da práxis sanitária em nosso país.

Por um novo conceito de saúde

Julgo importante tomar como ponto de partida a afirmação da necessidade de aprimorarmos o conteúdo da categoria Saúde. A partir da Nova Promoção à Saúde, da Vigilância à Saúde e da corrente em Defesa da Vida considero pertinente afirmar a Saúde como “um processo/estado em que indivíduos e coletivos têm o máximo de capacidade para viver a vida de maneira autônoma, reflexiva e socialmente solidária”.

Saúde e doença são, como afirma Canguilhem (1995) categorias “biologicamente técnicas e subjetivas e não biologicamente científicas e objetivas” aí residindo a historicidade das práticas em saúde. Saúde é, portanto, uma categoria normativa e dinâmica que vai muito além da neutralidade de conceitos que a declara como sendo a “ausência de doenças” e (ou) o completo bem estar físico, mental e social.

Este conceito tem conseqüência no momento em que delineamos tecnologias e estratégias para a produção de saúde uma vez que estas últimas estão marcadas “pela própria conformação de que é saúde e doença, normal e patológico, vida e morte, além da conformação de um determinado saber que permita ler, em nós, a linguagem destes processos” (Merhy, 1994: 124).

A investigação realizada corrobora a idéia de que a produção à saúde passa pela garantia de ações integrais que procurem prevenir, curar, reabilitar e promover a saúde, individual e coletiva. Esta produção passa por dois planos igualmente importantes: reprodução da vida e a emancipação social. Em países como o Brasil esta produção deve ter como norte a produção de sujeitos (nas dimensões biológicas, sociais e psíquicas) tendo, como pano de fundo, a construção da cidadania.

Contribuições da categoria “empowerment” para o SUS

Considero que o conceito de “empowerment”, elemento axial ao pensamento progressista na Promoção à Saúde canadense, contribui para consolidar em nosso país, práticas sanitárias que procuram concretizar a saúde como um direito e privilegiar a capacidade dos sujeitos de viverem a vida com autonomia. A utilização desta categoria nos é útil em diversas áreas: na educação à saúde, na gestão das instituições e em estratégias voltadas para a participação comunitária.

Este conceito pode contribuir para superar uma das grandes debilidades do movimento de Promoção à Saúde: a ausência de propostas para o setor assistencial e de alternativas para as práticas clínicas. O conceito de “empowerment” pode contribuir, por exemplo, para se pensar superação da desigualdade de poder que predomina na relação entre os profissionais e usuário.

Uma prática profissional não alienada deve entender os usuários como sujeitos/cidadãos portadores de direitos. Sugere-se, aqui, trabalhar com uma noção de parceria entre profissionais e indivíduos e comunidades no lugar de relação hierárquica que confunde o trabalhador com o provedor de serviços e o usuário como cliente. Não caberia aqui a visão reducionista que idealiza o trabalho de profissionais que atuam sobre o ambiente físico e social e que subestima o papel desempenhado por profissionais que prestam atenção ao usuário.

O que se necessita é de uma atitude que redefina a Clínica e atualize as práticas sanitárias. Uma visão que encontra respaldo na produção da corrente em Defesa da Vida e de autores canadenses, como Ron Labonte, que afirma a importância dos serviços de atenção como um espaço de “empower setting; since the *professions and bureaucratic institutions are capable of transformation...therefore it is necessary to argue against the polarities and false cleavage between caring professional and other professionals...*”(Labonte, 1994: 266).

O esgarçamento do tecido social brasileiro nas últimas décadas coloca-nos a necessidade de valorizarmos o sistema de cuidados estruturados ao redor do SUS como espaço privilegiado de sociabilidade e de politização dos grupos sociais que o freqüentam. No Brasil serviços de saúde são, portanto, espaços que produzem bens, serviços. Produzem igualmente sujeitos, individuais e coletivos, e contribuem para a ampliação da vida democráticas das distintas instituições.

Serviços de saúde que previnem a doença, que curam e que reabilitam deve ter como objetivo contribuir para o aumento da capacidade reflexiva e de intervenção de diferentes sujeitos sobre o social. Este social apresenta uma dimensão individual mas, também, coletiva que podem incidir de maneira positiva sobre os múltiplos determinantes do processo saúde doença.. .

Eixos para a reforma sanitária brasileira: qualificar a rede assistencial, produzir sujeitos/cidadão e atuar sobre o determinantes da saúde

Considero, portanto, que a reforma sanitária brasileira deve dar resposta a uma dupla necessidade: construir uma rede de prestação de serviços de qualidade e intervir sobre fatores sociais que tenham impacto negativo sobre o processo saúde/ doença.

Promoção à Saúde *latu e strictu sensu*

A implementação de políticas sociais, públicas e estruturais, de corte igualitário e universalizante requer a ação ativa do Estado. Estas políticas têm conseqüências diretas para a saúde da população e podem ser consideradas como responsáveis pelas ações de

“Promoção à Saúde *latu sensu*.” Isto nos permite afirmar que, em um sentido ampliado, a Promoção à Saúde é devedora da atuação de distintas esferas de intervenção sendo objeto de saberes e matrizes disciplinares entre os a Economia, a Sociologia, as Ciências Políticas, a Educação e a “Promoção à Saúde *strictu sensu*”.

Conforme analisado neste trabalho a Promoção à Saúde *strictu sensu* privilegia como objeto as denominadas “Políticas Públicas Saudáveis”, as ações intersetoriais, a produção de “ambientes saudáveis” e estratégias voltadas para o “empowerment” e a participação comunitária. Qualidade de vida e a importância do social na determinação do processo saúde/doença são alguns de seus temas centrais.

O reconhecimento da importância do ideário da Promoção à Saúde não deve nos levar a conclusões apressadas que possam sugerir um deslocamento de intervenções do “setor saúde” para o “campo da saúde” (Mendes, 1996) que possa significar uma hierarquia que privilegie o coletivo às custas do indivíduo, a Saúde Pública às custas da Clínica e as atividades extra-muros às custas das práticas de centros de saúde, ambulatorios de especialidades, serviços de urgência e emergência e hospitais.

Esta afirmativa é especialmente válida para nosso país onde o SUS constitui um dos poucos serviços de proteção social à disposição da quase totalidade dos brasileiros. Neste quadro de carências desemprego, falta de moradia, ambientes insalubres, violência e dificuldades de inserção social passam a influenciar demandas e a determinar o conteúdo das necessidades dos usuários que procuram os serviços de assistência em saúde.

O SUS, conformado por um extenso aparato assistencial, vem constituindo, em muitas experiências, um espaço pedagógico de conformação de uma nova cidadania onde sujeitos, individuais e coletivos, disputam projetos, formulam propostas e luta por seus direitos à saúde. O que se afirma é que é possível, a nível dos estabelecimentos de saúde, realizar uma atenção integral à saúde e contribuir para a consolidação de práticas democráticas que busquem garantir e ampliar direitos sociais. Para isto não se faz necessário, antes o contrário, desfigurar características que singularizam o setor saúde enquanto um campo de ação tecnologicamente informado.

Compreendo, portanto, que no Brasil o sistema de atenção é um locus estratégico de produção (e promoção) da saúde e espaço vital à expansão das ações sanitárias. Politizar a rede assistencial, ampliar o sentido da saúde, rediscutir processos de trabalho e fortalecer prática co-gestoras são condições *sine quo non* para a conquista e, preservação, de direitos sociais.

Serviços e territórios saúde como locus prioritários de intervenção do setor

Sustento a necessidade de que o setor saúde assuma como núcleo prioritário de intervenção o serviço de saúde e seu território. Estes últimos são aqui compreendidos como o espaço de encontro entre profissionais e usuários, indivíduos e coletivos. Este espaço inclui, e vai além, da área física dos estabelecimentos de saúde no momento em que se estende para um determinado território sócio, demográfico e cultural.

Estes serviços deve enfrentar o desafio de ampliar o cardápio de suas ofertas segundo as necessidades dos usuários. Trabalho em equipe, inserção no entorno social (comunitária) e promoção de políticas públicas que tenham como objetivo alcançar a equidade na saúde são algumas das estratégias que devem prevalecer nos mencionados serviços. Serviços de saúde devem estar abertos à escuta das demandas dos usuários desconstruindo-as com o objetivo de dar respostas às distintas facetas das necessidades em saúde: acesso a tecnologias (dura, leve/duras e leves), condições de vida, necessidade de vínculo e aumento do coeficiente de autonomia para viver a vida (Cecílio, 2001).

A criação de vínculos entre usuários e profissionais deve ocorrer sem que isto implique na “medicalização” das relações sociais (Illich, 1975). A visão ampliada de necessidades em saúde que afirma a importância da autonomia do usuário é um antídoto para este “efeito colateral”. Desta maneira é possível evitar, por exemplo, que estratégias como a “adscrição da clientela” criem uma artificial sobrecarga dos serviços de saúde e que facilite a vigência de práticas clínicas degradadas.

Ações coletivas e individuais, visando a prevenção e promoção à saúde, podem vir a influenciar o cotidiano “assistencial”. Para isto é necessário pensar a formação de núcleos de Saúde Pública junto aos Centros de Saúde (Carvalho & Campos, 2000) e na constituição de observatórios de “Saúde Coletiva” junto a unidades secundárias, terciárias e de urgência/emergência.

Pensar igualmente a expansão das ações clínicas para o território em que se encontra a unidade de saúde é uma maneira eficaz de se redefinir a própria noção de serviço de saúde. O inserção dos trabalhadores no entorno social, potencializados por estratégias de adscrição de clientela e ações extra-muros, possibilita a criação de vínculos entre equipes e usuários e a mobilização de energias comunitárias que viabilizem respostas aos múltiplos problemas que interferem na qualidade de vida da população.

Concluo, portanto, afirmando que ações de Promoção à Saúde devem enfrentar, em países periféricos como o Brasil, o desafio de contribuir para superar as raízes estruturais da iniquidade na saúde o que passa necessariamente pela democratização do poder político e pelo acesso a bens e serviços. Isto exige a redefinição do tema da participação dos sujeitos em micro e macro-espacos de poder que inclui, entre outros, o encontro profissional/usuário, as lutas pelos direitos sociais e a oportunidade de definir o que é saúde e o que é ter uma vida saudável.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida Filho N 1997. Transdisciplinaridade e saúde. *Revista ciência e saúde coletiva II* (1/2):5-20.

Almeida Filho N & Paim JS 1998. La crisis de la salud Pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. *Cadernos médicos sociales* 75:5-30.

Arnstein S. 1967. A ladder of citizen participation. *American Institute of Planners journal* 35:216-224.

Arouca AS, Campinas, 1975. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. Tese de Doutorado. Universidade Estadual de Campinas

Arredondo A 1992. Modelos teóricos del processo salud-enfermedad. *Cadernos de saúde pública* 8 (3):254-261

Ashton J & Seymour H, UK, 1988. *The new public health*. Open University Press, Milton Keynes.

Ashton J, Bristol UK, 1992. *Healthy cities*. Open University Press.

Barata RB 1997. A Saúde é responsabilidade do Estado contemporâneo. *Tema-radis* 15. FIOCRUZ.

Baremblyt G, Rio de Janeiro, 1994. *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática*. Editora Rosa dos Tempos.

Baum F & Sanders D 1995. Can Health promotion and primary Health care achieve Health for all without a return to their more radical agenda?. *Health promotion international* 10 (2): 149-160.

Berlinguer G, Fleury SM & Campos, GWS, São Paulo, 1988. *Reforma sanitária: Itália e Brasil*. Ed. Hucitec/CEBES.

Berlinguer G 1988a. Medicina e política 39ª Reunião Anual da SBPC. *Saúde e debate*. Dez. p. 62-65

- Berlinguer G 1988b. As tarefas das unidades locais de saúde. *Saúde e debate*. Jun. p. 69-79
- Betim (Secretaria Municipal de Saúde), 1998. *O Programa Saúde para Todos*. Betim. mimeo.
- Boutilier M, Cleverly, S & Labonte, R, Thousand Oaks, CA, 2000. Community as a setting for Health promotion. In B Poland, LW Green & I Rootman (orgs), *Setting for health promotion: linking theory and practice*. Sage.
- Brasil 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Senado Federal, Brasília.
- Brasil, Brasília, 1990a. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. 20/09/1990. pp. 18.055-18.059.
- Brasil, Ministério da Saúde, Brasília, 1999. Município saudável: novo conceito de gestão revoluciona a vida de comunidades. *Promoção da Saúde* 1(1), ago/out.
- Brasil, Ministério da Saúde, Brasília, 1999. Experiências saudáveis. *Promoção da Saúde*. 1(2), nov/dez.
- Brasil, Ministério da Saúde, Brasília, 2001. *Promoção à Saúde: documentos básicos*.
- Bueno WS, São Paulo/Buenos Aires, 1997. Betim: construindo um gestor único pleno, pp. 170-196. In EE Merhy & R Onocko (orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. Hucitec; Lugar Editorial.
- Bueno WS & Merhy, EE 1996. *Os equívocos da NOB 96: uma proposta com sintonia com os projetos neoliberalizantes?* DMPS/UNICAMP, Campinas. Mimeo.
- Bunton R & MacDonald G 1992a. Introduction, pp. 6-22. In R Bunton, & G MacDonald (eds), New York, 1992. *Health promotion: disciplines and diversity*. Routledge.
- Bunton R & MacDonald G 1992b. Health promotion: discipline or disciplines?, pp. 6-22. In R Bunton & G MacDonald (eds), New York, 1992. *Health promotion: disciplines and diversity*. Routledge.

Bunton R 1992. Health promotion as social policy, pp. 129-152. In R Bunton & G MacDonald (eds), New York, 1992. *Health promotion: disciplines and diversity*. Routledge.

Buss PM 2000. Promoção da Saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde coletiva*. 5 (1):163-178.

Campinas (Secretaria Municipal de Saúde). Campinas, 2001. PROJETO PAIDÉIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA. mimeo.

Campos GWS 1988a. A Reforma sanitária necessária. In G Berlinguer, SM Fleury & GWS Campos, São Paulo, 1988. *Reforma sanitária: Itália e Brasil*. Hucitec/CEBES.

Campos GWS et al., São Paulo, 1989. Planejamento sem normas. Hucitec.

Campos GWS, São Paulo, 1991. *A Saúde Pública e a defesa da vida*. Hucitec.

Campos GWS 1991a. A militância em Saúde Pública e a luta em defesa da vida, pp. 13-36. In GWS Campos, São Paulo, 1991a. *A Saúde Pública e a defesa da vida*. Hucitec.

Campos GWS 1991b. Crítica às noções que fundamentam o método de “programação em Saúde”, pp. 55-88. In GWS Campos, São Paulo, 1991b. *A Saúde Pública e a defesa da vida*. Hucitec.

Campos GWS, São Paulo, 1992. *Reforma da reforma: repensando a Saúde*. Hucitec.

Campos GWS 1994. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da Saúde. In LCO Cecílio (org.), São Paulo, *Inventando a mudança na Saúde*. Hucitec, 1ª ed.

Campos GWS, Campinas, 1995. *Reflexões sobre o estilo do LAPA*. Mimeo.

Campos GWS 1997a. Subjetividade e administração de pessoal: Considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de Saúde, pp. 229-266. In EE Merhy & R Onocko (orgs.), São Paulo/Buenos Aires, *Agir em saúde: um desafio para o público*. Hucitec; Lugar Editorial.

- Campos GWS 1997b. Análise crítica das contribuições as Saúde coletiva à organização das práticas de Saúde no SUS. In S Fleury, São Paulo, *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. Lemos Editorial.
- Campos GWS 1998. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de Saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cadernos de Saúde Pública* 14 (4): 863-870, dez.
- Campos GWS 1999. Equipes de Referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em Saúde. *Ciência e saúde coletiva* 4(2): 393-403.
- Campos GWS 2000a. Saúde Pública e Saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência e saúde coletiva* 5(2): 219-30.
- Campos GWS, São Paulo, 2000b. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. Hucitec.
- Campos G, Chakour M & Santos RC 1997. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos de saúde pública* 13(1):141-144.
- Campos RTO 2001. O Planejamento em Saúde sob o foco da hermenêutica. *Ciência & Saúde coletiva* 6(1): 197-207.
- Canada, Federal, Provincial And Territorial Advisory Committee On Population Health, Ottawa, 1994. *Strategies for population health: investing in the Health of Canadians*. Health Canada.
- Canadian Institute for Health Information 2000. *Health care in Canada: a first annual report. executive summary.HI*. Acesso em: <<http://www.hc-sc.gc.ca>>
- Canguilhem, G. 1995. *O normal e o patológico*. 4ª Ed. São Paulo, Forense Universitária.
- CJPH 1999. Canadian conference on shared responsibility and Health impact assessment: Advancing the population Health agenda. *Canadian journal of public health* 90 (supplement 1). Nov/dec.

CPHA, Ottawa, 1996. *Action statement on health promotion*. Canadian Public Health Association. Acesso em <<http://www.cpha.ca/CPHA/ActionStatementf.enE.html>>.

CPHA 1996b. Focus on health: public health in health services restructuring. *Canadian journal of public Health* 87 (1).

Caplan R 1993. The importance of social theory for Health promotion: from description to reflexivity. *Health Promotion International* 8 (2), 147-157

Carvalho AI 1996. Da Saúde pública às políticas saudáveis – saúde e cidadania na pós-modernidade. *Ciência & Saúde coletiva* 1(1): 104-121.

Carvalho GI & Santos L, São Paulo, 1995. Sistema Único de Saúde. Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis 8.080 e 8.142/90). Hucitec.

Carvalho SR, Campinas, 1997. O desafio da mudança: instrumentos de avaliação como analisadores do processo de gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Betim. Dissertação de mestrado. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

Carvalho SR & Campos GWS 2000. Modelos de atenção à Saúde: a organização de Equipes de Referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim/Minas Gerais. *Cadernos de saúde pública* 16 (2): 507-515, abril/jun.

Carta de Fortaleza 1995. *Saúde em debate* 42: 77-78.

Castelhanos, P.L. 1997. Epidemiologia, Saúde Pública, Situação de saúde e Condições de Vida: considerações conceituais. In: BARATA, R.B. (org.) *Condições de vida e situação em saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997.

Cecilio, L.C.O. 2001. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde”. In: Pinheiro, R. e Mattos, R.A *Os sentido da Integralidade*. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO.

Cecílio, L.C.O., Merhy, E.E. & Campos, G.W.S. 1994. *Inventando a mudança na Saúde*. São Paulo, Hucitec.

- Connil EM *et. al.* 1991. Organização dos Serviços de Saúde: a comparação como contribuição. *Cadernos de saúde pública*, 7(3): 328-346.
- Contandriopoulos AP 1998. Pode-se construir modelos baseados na relação entre contextos sociais e Saúde?. *Cadernos de saúde pública*, 14 (1): 199-204.
- Corburn D, Poland B & Members of the Critical Social Science in Health Group 1996. The CIAR vision of the determinants of Health: a critique. *Canadian journal of public health*, 87(5), 308-310.
- Costa NR, São Paulo, 1998 *Políticas Públicas, justiça distributiva e inovação : Saúde e saneamento na agenda social*. Hucitec.
- Costa NR 1998. O Banco Mundial e a política social nos anos 90: a agenda para a reforma social no Brasil, pp. 125-145. In NR Costa, São Paulo, 1998. *Políticas Públicas, justiça distributiva e inovação: Saúde e saneamento na agenda social*, Hucitec.
- Costa DC & Costa NR , Londrina, 1990, Teoria do conhecimento e epidemiologia: um convite à leitura de John Snow. *Divulgação em Saúde para debate* 2. CEBES, pp. 46-52.
- Crawford R 1977. You are dangerous to your Health: the ideology and politics of victim blaming. *International journal of health services* 7(4): 663-680.
- Daedalus 1994. *Health and wealth*. Daedalus, 124(4).
- Dagnino,E. (1997). Culture, Citizenship, and Democracy: Changing discourses and practices of the latin american left. In: ALVAREZ,S.E., DAGNINO,E. e ESCOBAR,A. *Cultures of politics / Politics of cultures: Revisioning latin american social movements*.
- Dâmaso RF, Londrina, 1990. A medicina social e as políticas sociais. *Divulgação em saúde para debate* 2. CEBES, pp. 66-72.
- Deber RB 1998. Public and private places in Canadian Healthcare. *Hospital Quarterly*, Spring, 1998: 28-31. Acesso em : <<http://www.longwoods.com/hq/winter97/comm1.html>>.

DHSS (Black Report) 1980. *Inequalities in Health: report of a research working group*. London Department of Health and Social Security..

Donnangelo MCF & Pereira L , São Paulo, 1976. Saúde e sociedade. Duas Cidades.

Duhl LJ 1986. The Healthy City: its function and its future. *Health promotion international* 1: 55-60.

Escorel SM 1998. *Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Dissertação de Mestrado, ESNP/Fundação Oswaldo Cruz. 2ª ed.

Escóssia F, São Paulo, 2002. Brasil negro é 101º em qualidade de vida. *Folha de São Paulo*, jan. Acesso em: <<http://www.uol.com.br/fsp/10601200201.htm>>

Espejo, FE., Garcia, RF. 1999. Promocion de Salud desde la perspectiva de la nueva Salud Publica. *Cuadernos medico sociales*, XL, (1):25 – 30.

Evans RG & Stoodart GL 1990. Producing Health, consuming Health care. *Social science and medicine* 31(12), 1347-1363.

Evans RU, Barer ML & Marmor TR (eds.), New York, 1994. Why are some people Healthy and others not? The determinants of Health of populations. Aldine de Gruyter.

Evans RG & Stoodart GL 1994. Producing Health, consuming Health care. In RG Evans, ML Barer & TR Marmor (eds.), New York, 1994. *Why are some people Healthy and others not? The determinants of Health of population*. Aldine de Gruyter.

Faveret Fº & Oliveira PJ, Rio de Janeiro, 1989. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do Sistema de Saúde. UFRJ/IEI.

Federal, Provincial and Territorial Advisory Committee on Population Health 1996. *Toward a healthy future: second report on the health of Canadians*. Acesso em: <<http://www.hc-sc.gc.ca>>

Ferraz SR, 1993. A pertinência da adoção da filosofia de cidades saudáveis no Brasil. *Saúde em debate* 41: 45-49

- Ferreira, ABH, Rio de Janeiro, 2000. *O novo Aurélio século XXI: o dicionário da língua portuguesa*. Nova Fronteira, edição eletrônica.
- Franco S , Londrina, 1990. Tendencias de la Medicina Social en America Latina. *Divulgação em Saúde para debate* 2. CEBES, pp. 40-45.
- Franco T, Silva WB & Merhy EE 1998. O acolhimento e os processos de trabalho em Saúde. O caso de Betim. *Cadernos de Saúde pública*.
- Franco T & Mehry E 1999. *PSF: Contradições e novos desafios*. Conferência Nacional de Saúde Online. Acesso em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/PsfTito.htm>>.
- Frank J 1995. Why “population Health”? *Canadian journal of public Health* 86(3): 162-165.
- Fleury S 1988b. A Análise necessária da Reforma Sanitária. *Saúde em Debate*. Out.
- Furtado, J P 2001. Um método construtivista para a avaliação em saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, vol.6, no.1
- Grace VM 1991. The marketing of empowerment and the construction of the Health promotion consumer: A critique of Health promotion. *International journal of Health services* 21, 329-343.
- Guattari F & Rolnik S, Petrópolis, 1986. *Micropolítica: Cartografias do Desejo*. Editora Vozes.
- Halbert, T. L., Underwood, J. E., et al 1993. Populacion-based Health Promotion: a new agenda for Public Health Nurses. *Canadian journal of public Health*, 84 (4): 243 – 245.
- Hamilton N & Bhatti T, Ottawa, 1996. *Population Health promotion: an integrated model of Population Health and Health Promotion*. Health Promotion Development Division/ Health Canada.
- Hancock T , Toronto,1994. Health promotion in Canada: did we win the battle but lose the war?, pp. 350-373. In A Pederson, M O'Neill, I Rootman *et. al.* 1994. *Health Promotion in Canada: provincial, national and international perspectives*. W.B. Saunders.

Hancock T 1985. Beyond Health care: from Public Health policy to Healthy Public policy. *Canadian journal of Public Health*. (76), supplement 1.

Hayes MV, Foster LT *et. al.*, Victoria, 1994. *The determinants of population Health: a critical assessment*. Western Geographical Series 29. University of Victoria.

Health Canada 1996. Towards a common understanding: clarifying the core concepts of Population Health – A discussion paper. Health Canada.

Health and Welfare Canada 1986. Achieving Health for all: A framework for Health promotion”, pp. 23-33. In PAHO, Washington, 1996. *Health Promotion: an anthology*. Pan American Health Organization. Scientific Publication 557.

Hills, Salvador, 2000. Workshop for teachers of Health Promotion. VI Brazilian Congress on Collectiv Health. ABRASCO, ENSP, CPHA.

Hyndman B, Toronto, 1998. The evolution of Health promotion. *Health Promotion in action: a review of the effectiveness of Health Promotion strategies*. Centre for Health Promotion/ParticipACTION. Section 1-3.

Hortale VA, Conill EM & Pedroza M 1999. Desafios na construção de um modelo para análise comparada da organização de serviços de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública* 15 (1): 4-5.

Houaiss A, Rio de Janeiro, 2001. *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Editora Objetiva.

Japiassu H, Rio de Janeiro, 1976. *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Editora Imago.

Japiassu H & Marcondes D, Rio de Janeiro, 1989. *Dicionário básico de filosofia*. Zahar Editora.

Labonte R 1988. Community Health promotion strategies. *Health Promotion* 26(1): 5-10, 32.

- Labonte R 1989. Community empowerment: the need for political analysis. *Canadian journal of Public Health* 80(2), 87-88 .
- Labonte R, Toronto, 1993. *Health Promotion and empowerment: practice frameworks*. Centre for Health Promotion.
- Labonte R 1994 Death of a program, birth of a metaphor: the development of Health promotion in Canada. In A. Pederson, M O'Neill and I Rootman, Totonto. *Health Promotion In Canada*. W.B. Saunders.
- Labonte R 1995. Population Health and Health promotion: what do they have to say to each other?. *Canadian journal of Public Health* 86(3), 165-168.
- Labonte R & Penfold S 1981. Canadian perspectives in Health promotion: a critique. *Health Education* 19(3/4):4-9.
- Lalonde M, Ottawa, 1974. *A new perspective on the Health of Canadians: a working document*. Ottawa: Health and Welfare Canada.
- Laurell AC 1989. Social analysis of collective Health in Latin America. *Social Science and medicine* 28(11):1183-91.
- López-Acuña D. *et. al.*, Mexico City, 2000. Reorienting Health Systems and Services: Draft technical Report. Fifth Global Conference on Health Promotion.
- Longman 1995. *Dictionary of contemporary English*. Longman Corpus Network, England
- Luz MT 1994. As Conferências Nacionais de Saúde e as Políticas de Saúde da Década de 80. In Guimarães R; Tavares R. Rio de Janeiro. *Saúde e sociedade no Brasil: anos 80*. Relume Dumará.
- Malta DC *et. al.* 1998. Acolhimento - uma reconfiguração do processo de trabalho em Saúde usuária-centrada, pp 121-142. In CR Campos *et al.* (orgs.), São Paulo, 1998. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte reescrevendo o público*. Editora Xamã.

- Malta DC, Campinas, 2001. Buscando novas modelagens em Saúde: as contribuições do Projeto Vida e do Acolhimento na mudança do processo de trabalho na rede Pública de Belo Horizonte, 1993-1996. Tese de Doutorado. DMPS/FCM/UNICAMP.
- Marmot, M. G. 1994. Social differential in Health within and between populations. *Daedalus*, 123 (4): 197 – 210.
- McKeown T , Princeton, 1969. *The role of Medicine: dream, mirage, or nemesis?* Princeton University Press.
- McIntyre S 1997. The Black Report and beyond: what are the issues? *Social science and Medicine* 44(6):723-745.
- Melo MA & Costa NR, Brasília, 1995. Desenvolvimento sustentável, ajuste estrutural e política social: As estratégias da OMS/OPS e do Banco Mundial para a atenção à Saúde. *Revista planejamento & políticas públicas*. IPEA.
- Mendes EV (org.), São Paulo, 1993a. Distrito Sanitário - o processo social da mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. Hucitec.
- Mendes EV (org.) 1993b. O processo social de distritalização da Saúde, p. 93-158. In EV Mendes (org.), São Paulo, 1993^a *Distrito Sanitário - o processo social da mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. Hucitec.
- Mendes EV (org), Brasília, 1993c. A vigilância à Saúde no Distrito Sanitário. *Série de desenvolvimento de serviços de Saúde* 10, OPAS / OMS.
- Mendes EV 1995. Mesa redonda: Saúde e qualidade de vida. *Revista espaço para Saúde* 4 (4): 19-22.
- Mendes EV, São Paulo, 1996. *Uma agenda para a Saúde*. Hucitec.
- Mendes EV 1998. A reengenharia do sistema de serviços de Saúde no nível local: a gestão da atenção à Saúde, pp 57-86. In Mendes EV (org.), São Paulo, 1998. *A organização da Saúde no nível local*. Hucitec.

Mendes EV, Teixeira CF, Araújo EC, Cardoso MRL1993b. Distritos sanitários: conceitos-chave. p. 159-186. In EV Mendes (org.), São Paulo, *Distrito Sanitário o processo social da mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. Hucitec.

Mendes Gonçalves RB, São Paulo, 1978. *Medicina e História: Raízes Sociais do Trabalho Médico*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina, USP.

Mendes Gonçalves RB, São Paulo, 1992. Práticas de Saúde: processo de trabalho e necessidades. *Cadernos Cefor*. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. 94p.

Mendes Gonçalves RB, São Paulo, 1994. Tecnologia e organização social das práticas de Saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de Saúde de São Paulo. Hucitec/ABRASCO.

Merhy EE, São Paulo, 1987. *O capitalismo e a Saúde Pública*. Papirus.

Mehry EE, São Paulo, 1992. A Saúde Pública como política: um estudo de formuladores de políticas. Hucitec.

Merhy EE 1994. Em busca da qualidade dos serviços de Saúde: os serviços de porta aberta para a Saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida, pp 113-160. In LCO Cecílio (org.), São Paulo, 1994. *Inventando a mudança na Saúde*. Hucitec.

Merhy EE, Campinas, 1995. Agir em Saúde: do ruído do cotidiano a um outro sistema de gestão institucional. mimeo.

Merhy EE 1995. Planejamento como tecnologia em gestão: tendências e debates do planejamento em Saúde no Brasil, pp. 117-149. In E Gallo *et. al.* (org.), São Paulo/Rio de Janeiro. *Razão e Planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade*. Hucitec / ABRASCO.

Merhy EE, Campinas, 1996. *Universalidade, equidade e acesso sim, mas, não bastam*. Campinas, DMPS/UNICAMP. mimeo.

Merhy EE 1997. A rede básica como uma construção da Saúde Pública e seus dilemas, pp 197-228. In Merhy EE & Onocko R (orgs.), São Paulo/Buenos Aires, 1997. *Agir em Saúde: um desafio para o público*. Hucitec; Lugar Editorial.

Merhy EE 1997. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em Saúde, pp 71-112. In Merhy EE & Onocko R (orgs.), São Paulo/Buenos Aires, 1997. *Agir em Saúde: um desafio para o público*. Hucitec; Lugar Editorial.

Merhy EE 1997. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em Saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo, p.125-142. In SMF Teixeira (org.), São Paulo. *Democracia e Saúde: a luta do CEBES*. Ed. Lemos.

Merhy EE 1998. A perda da dimensão cuidadora na produção da Saúde, p.103-120. In CR Campos, et al. (orgs.), São Paulo. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte - reescrevendo o público*. Ed. Xamã.

Merhy EE, Campinas, 1998. O desafio da tutela e da autonomia: uma tensão permanente do ato cuidador. *Cadernos do Centro de Estudo Hospital Cândido Ferreira*.

Merhy EE 1999. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em Saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. *Ciência e Saúde coletiva*, 4 (2):305-314.

Merhy EE, Campinas, 2000. Reflexões sobre as tecnologias não materiais em Saúde e a reestruturação produtiva do setor: um estudo sobre a micropolítica do trabalho vivo. Tese de Livre-Docência. Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP.

Merhy EE, Cecílio LC & Nogueira FRC 1991. Por um modelo técnico assistencial da política de Saúde em defesa da vida: contribuição para as Conferências de Saúde. *Revista Saúde em debate* 33: 83-89.

Merhy EE, Chakkour E, Stefano ME, Santos CM, Rodrigues RA & Oliveira PCP. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em Saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em Saúde, pp 113-150. In EE Merhy & R Onocko (org.), São Paulo/Buenos Aires, 1997. *Agir em Saúde. um desafio para o público*. São Paulo Ed. Hucitec/Lugar Editorial.

- Merhy EE, Iriart C & Waitzkin H 1998. Atenção gerenciada: da micro-decisão corporativa à micro-decisão administrativa, um caminho igualmente privatizante?, pp 85-115. In H Bursmester (org.), São Paulo. *Managed care. Alternativas de gestão em Saúde*. Ed. PROAHSA/Ed. Fundação Getúlio Vargas.
- Merhy EE & Queiroz MS 1993. Saúde Pública, rede básica e o Sistema de Saúde Brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública* 9(2): 177-184.
- Mehry EE & Onocko R (orgs.), São Paulo, 1997. *Agir em Saúde. Um desafio para o público*. Ed. Hucitec.
- Mehry EE, Chakkour E, Stefano ME, Santos CM, Rodrigues RA & Oliveira PCP. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em Saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em Saúde, pp 113-150. In EE Mehry & R Onocko (org.), São Paulo/Buenos Aires, 1997. *Agir em Saúde. Um Desafio para o Público*. São Paulo Ed. Hucitec/ Lugar Editorial.
- Minayo MCS, Hartz ZMA & Buss PM. 2000 Qualidade de vida e Saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde coletiva* 5(1):7-18.
- Minayo MCS. 2001. Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da Saúde coletiva. *Ciência & Saúde coletiva* 6(1):7-19.
- National Forum on Health 1997. Canada Health action: building on the legacy: the final report of the National Forum on Health. Vol. 1. National Forum on Health, Ottawa. Acesso em: <<http://www.nfh.hc-sc.gc.ca/publicat/finvol1/1trans.htm>>.
- Navarro V 1984. A critique of the ideological and political positions of the Willy Brandt Report and the WHO Alma Ata Declaration. *Social Science and Medicine*. 18(5):467-474.
- Nunes ED 1995. A questão da interdisciplinaridade no estudo da Saúde Coletiva e o papel das Ciências Sociais, p.95-114. In AM Canesqui (org.), São Paulo, *Dilemas e desafios das Ciências Sociais em Saúde Coletiva*. ABRASCO/Hucitec.

- Nunes ED 1994. Saúde Coletiva : história de uma idéia e conceito. *Saúde e Sociedade* 3(2):5-21.
- O'Neill M & Pederson A 1994. Two analytic paths for understanding Canadian developments in Health promotion In A Pederson, M O'Neill & I Rootman, Toronto. *Health Promotion In Canada*. W.B. Saunders.
- O'Neill, Pederson A & Rootman I 2000. Health promotion in Canada: declining or transforming. *Health Promotion International* 15 (2): 135-141.
- PAHO, Washington, 1996. *Health Promotion: An Anthology*. Scientific Publication 557. Pan American Health Organization.
- Paim JS, Washington, 1992. La Salud coletiva y los desafios de la practica. *Las crises de la Salud Publica: reflexiones para el debate*. OPS. pp. 151-164.
- Paim JS 1993. Reforma Sanitária e Modelos assistenciais, pp 455-466. In MZ Rouguavrol (org.), Rio de Janeiro. *Epidemiologia e Saúde*. Medsi.
- Paim JS 1993. A Reorganização das Práticas de Saúde e Distritos Sanitários. In EV Mendes (org.), São Paulo, 1993. *Distrito Sanitário - o processo social da mudança das práticas sanitárias do SUS*. Hucitec.
- Paim JS & Almeida Filho N 1998. Saúde coletiva: uma “nova Saúde Pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista de Saúde Pública* 32 (4): 299-316.
- Pederson A, O'Neill M, Rootman I *et. al.*, Toronto, 1994. Health Promotion in Canada: provincial, national and international perspectives. W.B. Saunders.
- Petersen A & Lupton D, London, 1996. The new Public Health. Health and self in the age of risk. SAGE Publications Ltd.
- Pinder L 1988. From “A new perspective” to the “Framework”: a case study on the development of Health promotion policy in Canada. *Health Promotion* 3(2): 205-212.

- Poland B, Coburn D, Robertson A, Eakin J, with members of the critical Social Science in Health group. 1998. Wealth, equity and Health care: a critique of a "population Health" perspective on the determinants of Health. *Social Science and Medicine*. 46(7): 785-798.
- Poland, B D., Green, I W; Rootman.I., 2000. Settings for Health Promotion: Linking Theory and Practice. Thousand Oaks, CA, Sage Publications
- Rachlis M & Kushner C, Toronto, 1989. *Second opinion: what's wrong with Canada's Health-Care system and how to fix it*. Collins.
- Rachlis M & Kushner C 1997. Primary Health Care in Canada: a report for the Health Transition Fund, Health Canada. Health Canada.
- RAERBURN,J; ROOTMAN, I. (1998). *People-Centred Health Promotion*. Toronto, ON, John Wiley & Sons.
- Raerburn,J; Rootman, I. 1998. *People-Centred Health Promotion*. Toronto, ON, John Wiley & Sons.
- Ratcliffe J 1978. Social justice and the demographic transition: lessons from India's Kerala State. *International journal of Health Services* 8(1): 123-144.
- Riger S 1993. What's wrong with empowerment. *American Journal of community Psychology* 21: 279-292.
- Rissel C 1994. Empowerment: The Holy Grail of Health promotion? *Health Promotion International* 9(1), 39-47.
- Robertson A 1998. Shifting discourses on Health in Canada: from Health promotion to population Health. *Health Promotion International* 13(2): 155-166.
- Robertson A 1999. Health promotion and the common good: theoretical considerations. *Critical Public Health* 9(2): 117-133.
- Robertson A & Minkler M 1994. New Health promotion movement: a critical examination. *Health Education Quarterly* 21(3), 295-312.

- Rootman I, Toronto, 1992. *Health Promotion: Past, Present and Future*. ParticipACTION/Centre for Health Promotion.
- Rollo A. & Oliveira RC 1997. É possível construir novas Práticas Assistenciais no Hospital Público?. pp 321-352. In EE Mehry & R Onocko (orgs.), São Paulo/Buenos Aires, 1997. *Agir em Saúde: um desafio para o público*. Hucitec/Lugar Editorial.
- Sader E & Gentili P (orgs), São Paulo, 1995. *Pós-neoliberalismo - As políticas sociais e o Estado democrático*. Paz e Terra.
- Sader E, São Paulo, 1988. Quando novos personagens entram em cena: experiências e lutas dos trabalhadores da grande São Paulo 1970-1980. Paz e Terra. 2ª ed.
- Santos BS, São Paulo, 1995. *Pelas mãos de Alice: o social e o político na pós-modernidade*. Cortez
- Silva Junior AG, Rio de Janeiro, 1996. *Modelos assistenciais em Saúde: o debate no campo da Saúde Coletiva* Tese de Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz.
- Stevensohn HM & Burke M 1993. Bureaucratic logic in new social movement clothing: the limits of Health promotion research. *Canadian journal of Public Health* 83 (Supplement 1), S47-S53.
- Sumaré (Secretaria Municipal de Saúde), 1997. A construção do Sistema Único de Saúde em Sumaré: Um compromisso em Defesa da Vida. mimeo.
- Teixeira CF 1994. Planejamento e Programação Situacional em Distritos Sanitários: metodologia e organização, pp 237-265. In EV Mendes (org.), São Paulo, 1993. *Distrito Sanitário - o processo social da mudança das práticas sanitárias do SUS*. Hucitec.
- Teixeira CF 1997 Resenha: Uma agenda para a Saúde. In: *Ciência & Saúde Coletiva* II(1/2), 1997 Seção livros p. 173-176.

Teixeira MGLC & Paim JS 1990. Os programas especiais e novo Modelo Assistencial. *Cadernos de Saúde Pública*, 6 (3): 264-277.

Teixeira CF & Paim JS 1998. SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. In Ministério da Saúde (MS). *Informe epidemiológico do SUS*. Ano VII, 2: 7-28.

Teixeira CF & Melo C (orgs.) São Paulo, 1995. *Construindo Distritos Sanitários: a experiência da cooperação italiana em São Paulo*. HUCITEC/Cooperação Italiana em Saúde.

Teixeira, CF 2000. O futuro da prevenção. Anais do VIº Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Disponível em CD-ROM.

Teixeira CF, Paim J & Vilaboas A, Brasília, 1998. SUS: modelos assistenciais e Vigilância da Saúde. *Informe epidemiológico do SUS*, vol. VII (2), CENEPI/MS. pp. 7-28.

Terris M 1996. Concepts of Health promotion: dualities in Public Health theory, pp. 34-40. In PAHO, Washington. *Health Promotion: an anthology*. Pan American Health Organization.

Tesh S, New Brunswick, 1988. Hidden arguments: political ideology and disease prevention policy. Rutgers University Press.

Vaistman N 1992. Powerlessness, empowerment, and Health: Implications for Health promotion programs. *American journal of Health Promotion*, 6(3), 197-205.

Wallerstein N & Bernstein E 1988. Empowerment education: Freire's ideas adapted to Health education. *Health education quarterly* 15(4), 379-394.

Wallerstein N & Freudenberg N 1998. Linking Health promotion and social justice: a rationale and two case stories. *Health education research* 13(3): 451-457.

Westfall MF 2000. O Movimento Cidades/Municípios Saudáveis: um compromisso com a qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva* 5(1):39-52.

Wilkinson RG 1994. The epidemiological transition: from material scarcity to social disadvantage. *Daedalus* 123(4): 61-77.

World Health Organization (WHO) 1978. *Alma-Ata Declaration*. Acesso em: <<http://www.who.dk/policy/almaata.htm>>

World Health Organization (WHO) 1984. Health Promotion: a discussion document on the concept and principles of Health promotion. *Health Promotion* 1:73-78.

World Health Organization (WHO) 1986. Ottawa Charter for Health Promotion - Health Promotion (HPR). Acesso em: <<http://www.who.int/hpr/docs/ottawa.html>>

World Health Organization (WHO), Barcelona, 1987. Health Cities Project: Workshop on indicadores.

World Health Organizaton (WHO), Adelaide, 1988. *Adelaide Declaration*. II International Conference on Health Promotion: Healthy Public Policy.

World Health Organization (WHO), Adelaide, 1988. *The Adelaide recommendations*. Conference Statement of the II International Conference on Health Promotion. Acesso em: <<http://www.ki.se/phs/wcc-seh/declarations/adelaide.html>>

World Health Organization (WHO), Sundsvall, 1991. *Sundvall statement on supportive environments for Health*. III International Conference on Health Promotion. Acesso em: <<http://www.ki.se/phs/wcc-seh/declarations/Sundsvall.html>>.

World Health Organization (WHO), Geneva, 1995. New Public Health and WHO's IX general programme of work: a discussion paper.

World Health Organization (WHO), Jakarta, 1997. *The Jakarta Declaration on Health Promotion into the 21st Century*. Fourth International Conference on Health Promotion. Acesso em: <<http://www.ki.se/phs/wcc-seh/events/ichp4.html>>.

World Health Organization (WHO), Genebra, 1998. *Glossary of Health Promotion terms*. WHO/HPR/HEP/98.1.

Zakus D & Andrea AC, Toronto, 2000. *Primary Health care and community participation: origins, implementation and future*. Department of Health Administration and Public Health Sciences. Mimeo.

Zakus D, Toronto, 2001. *Primary Health Care – the clash of cultures*. Department of Health Administration and Public Health Sciences. Mimeo.

Zamudio MG, Montreal, 1998. *Teoría y guía práctica para la promoción de la salud*. Unité de Santé internationale. Université Montreal.

Entrevistas

Robertson, Ann, fevereiro de 2001, Toronto, 120 minutos, gravado em fita cassete.

Poland, Blake, em 21 de fevereiro de 2001, Toronto, 100 minutos, gravado em fita cassete.

Rootman, Irving, em janeiro de 2001, Toronto, 00 minutos, gravado em fita cassete.