

## 2 - A saúde pública e o campo da promoção da saúde

Lucíola Santos Rabello

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

RABELLO, LS. A saúde pública e o campo da promoção da saúde. In: *Promoção da saúde: a construção social de um conceito em perspectiva do SUS*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010, pp. 65-105. ISBN: 978-85-7541-352-4. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

---



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

## 2

# A Saúde Pública e o Campo da Promoção da Saúde

---

### Saúde Pública: conceito e desenvolvimento

O conceito de saúde pública, segundo George Rosen (1994), diz respeito à consciência desenvolvida, por parte da comunidade, da importância de seu papel na promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença. Essa aquisição de consciência tem início a partir da necessidade de enfrentar problemas de saúde oriundos da condição humana. A partir da natureza da vida em comunidade (Berridge, 2000) são derivados os problemas de saúde, e sua inter-relação originou a saúde pública, tal como conhecida na atualidade. Mas a saúde pública está sob ameaça e necessita ser fortalecida de forma que esteja no centro do empenho humano em nível local, nacional e mundial.

Para Luis David Castiel (1994: 285), “(...) a conotação veiculada pela instância da Saúde Pública refere-se a formas de agenciamento político/governamental (programas, serviços, instituições) no sentido de dirigir intervenções voltadas às denominadas ‘necessidades sociais’ de saúde”. Essas ações de saúde, de alcance coletivo, expressam uma tensão entre Estado e sociedade, entre liberdades individuais e responsabilidades coletivas, entre interesses privados e públicos (Paim, 1992). A extensão e a profundidade delas dependem da dinâmica de cada sociedade, sobretudo diante das articulações que estabelecem concretamente com as instâncias econômicas, políticas e ideológicas. A saúde pública é, portanto, uma prática social, uma construção histórica (Paim & Almeida-Filho, 1998).

Os povos primitivos adotavam medidas higiênicas, assim como os homens pré-históricos, por razões mais religiosas que sanitárias, sendo essas suas formas de exercer a saúde pública. Há registros, datados de 4.000 anos, de cidades planejadas com leis de construção: banheiros, esgotos, ruas largas, drenadas

com canais de escoamento, entre outros. A doença é inerente à vida e como tal os seres humanos sempre tentaram enfrentá-la da maneira mais resolutiva a seu alcance. A paleontologia humana demonstra a antiguidade da doença assim como as mesmas formas de ocorrência – infecção, inflamação, distúrbios do desenvolvimento e do metabolismo, traumatismos e tumores –, ainda que com muitas variações no tempo e espaço.

Quando conquistou o mediterrâneo e herdou a cultura grega, Roma incorporou a medicina e suas ideias sanitárias, moldando-as segundo suas necessidades. Outra grande contribuição de Roma foi o hospital sustentado por fundos públicos para civis, militares, em pontos estratégicos e oficiais do Império, e suas famílias. Posteriormente, com a influência do cristianismo, surgiram hospitais em muitas localidades. As invasões bárbaras, com consequente queda do mundo greco-romano, resultaram na decadência da cultura urbana e da prática da saúde pública (o que ocorreu na Europa Ocidental). No entanto, em cidades prósperas da Ásia Menor, da Síria e do Egito, continuou a existir um governo central efetivo.

A queda de Roma e o surgimento de novas formas políticas, econômicas e sociais, marcaram o início da Idade Média – de 500 até 1500 d.C., aproximadamente. Não havia um sistema de saúde pública, mas eles tinham uma ‘máquina administrativa’ que cuidava da prevenção de doenças e supervisionava sanitariamente a população para proteger a saúde da comunidade. Era “um sistema racional de higiene pública”, o qual persistiu, em meio a superstições de todos os tipos e com escassez de conhecimentos, até o século XIX (Rosen, 1994: 64).

Os temas-chave na prática da saúde pública (Beaglehole & Bonita, 1998) são recorrentes e devem ser redirecionados por cada nova geração de profissionais de saúde num diálogo com as populações (Porter, 1994; Beaglehole & Bonita, 1998). Mais importante ainda: o escopo e o propósito da saúde pública são não resolvidos. Quais são os limites atuais da saúde pública? Os profissionais de saúde pública deveriam estar preocupados com os princípios de saúde, tais como emprego, casa, transporte, alimento e nutrição, e imperativos do comércio global, ou deveriam ter a atenção restrita aos fatores de risco individuais para as doenças? Um enfoque amplo inevitavelmente leva para envolvimento no processo político, que não é enfatizado no treinamento atual; a interseção entre saúde pública e democracia demanda investigação por parte de todos os envolvidos no processo.

O desafio central para os profissionais da saúde é articular e agir sob uma ampla definição de saúde pública que incorpore uma abordagem multidiscipli-

nar e intersetorial para as causas fundamentais de morte prematura e incapacidades. Desde que o sistema de valor dos profissionais de saúde tenda a ser igualitário e sustente a ação coletiva, é importante afirmar e tornar explícitos estes valores e buscar sustentação pública para eles. O setor de saúde pública mais do que o setor de assistência médica deveria ser responsável pelo estado de saúde da população e por informar e monitorar todas as iniciativas de políticas públicas governamentais que afetem o estado de saúde da população (Ratner., 2004; Beaglehole & Bonita, 1998).

Nos séculos XVI ao XVII, duas tendências definiram as atividades da saúde pública: a administração local centralizada nas cidades, em particular, tal como na Idade Média, e o surgimento do Estado Moderno, com seu governo nacional centralizado, com doutrinas políticas e econômicas que influenciaram a administração da saúde pública – chamou-se mercantilismo, significando a ‘política do poder’ (Rosen, 1994). Era também uma concepção de sociedade que pregava seu bem-estar idêntico ao do Estado, tendo como ponto fundamental a *raison d’État* (Rosen, 1994). A partir da necessidade de aumentar o poder e a riqueza nacionais, a atenção aos problemas de saúde passou a ser prioridade de governo. O crescimento da indústria na Inglaterra, no século XVII, torna a produção eixo central da atividade econômica, passando o trabalho a ser essencial para a geração da riqueza, o que transformou qualquer perda decorrente de doenças em problema econômico potencial.

A estatística começa a ser usada, e a utilização de métodos matemáticos aplicados à análise de problemas de saúde amplia o estudo e desenvolvimento da saúde pública. No início do século XVIII havia-se reconhecido a importância da teoria matemática da probabilidade para análise dos fenômenos vitais. O grupo de teóricos, chamados aritméticos políticos (Rosen, 1994: 95), afirmou ser necessária uma população grande e saudável para aumentar a riqueza e o poder do Estado, o que levou “estadistas, legisladores, administradores, médicos e homens de negócio a reconhecerem suas responsabilidades frente ao povo”.

Esta responsabilidade possibilitou a construção de uma política nacional de saúde, inicialmente na Inglaterra e depois na Europa continental. A partir de discussões técnicas importantes, alguns nomes se sobressaíram – como o de William Petty, pai da aritmética política; Samuel Hartlib, educador; Nehemiah Grew, clínico; e John Bellers, filantropo e negociante –, o que resultou em um plano para a formação de um serviço nacional de saúde, lançado em 1714.

Na prática, entre esse período, que vai do meio do século XVII até o ato de emenda da Lei dos Pobres, em 1834, a administração inglesa permanece com

seu caráter local. Ao longo do século XVIII administrou-se a saúde pública nas freguesias, e somente no “século XIX, com a nova civilização industrial e urbana, a saúde da comunidade maior passou a ser de interesse nacional” (Rosen, 1994: 96).

Nos estados germânicos, além de outros do continente, reconhecia-se a proteção da saúde do povo como dever do Estado absolutista, sob a concepção de que o Estado sabia o que era melhor para o povo. Na Alemanha cunhou-se o termo ‘polícia médica’ para a administração da saúde pública, e durante os séculos XVII e XVIII o papel do Estado foi mais trabalhado na Alemanha que na Inglaterra, inclusive com a criação de um Conselho de Saúde. Ao final do século XVIII, foi publicada uma obra sobre polícia médica, afirmando a saúde do povo como responsabilidade do Estado. Considerada seminal, foi escrita por Johann Peter Frank, o *Sistema de uma Polícia Médica Integral*, com seis volumes (*System Einer Vollständigen Medicinischen Polizey*).

Entre 1750 e 1830, os fundamentos do movimento sanitário do século XIX foram construídos e, segundo George Rosen (1994), persistiram influenciando a saúde pública até o século XX. Foi fundamental o advento do Iluminismo, movimento internacional de liderança francesa que considerava como “essenciais à aceitação do supremo valor da inteligência e, em consequência, a crença na utilidade da razão para o progresso da sociedade” (Rosen, 1994: 110). Em termos teóricos, as obras *Ensaio acerca do Entendimento*, de John Locke, e a *Encyclopédie des Arts, Sciences et Métiers* (*Enciclopédia das Artes, Ciências e Ofícios*), que reuniu autores como Diderot, d’Alembert, Voltaire e Rousseau, foram publicadas. A primeira postulava a negação das ideias inatas; a segunda concentrava-se na reforma da sociedade; ambas pretendiam usar o conhecimento acumulado com vistas à melhora da condição humana.

Na saúde pública, artigos sobre tempo de vida, hospital, pessoas abandonadas, aritmética política, homem e população, conformavam espaço de preocupação. A Revolução Francesa com o lema ‘Liberdade, Igualdade, Fraternidade’ afirmou-se na prática, após algum tempo, com estas ideias retomadas pela escola dos ‘Ideologues’ – Cabanis, Daunon, Destutt de Tracy. No entanto, Jeremy Bentham influenciou o pensamento social e a prática legislativa na Inglaterra e no continente, juntando o Iluminismo com o empirismo de John Locke. Ele e seus discípulos, os chamados filósofos radicais, tiveram suas ideias usadas como base teórica da política social e sanitária britânica durante grande parte do século XIX, cooperando com o movimento da moderna saúde pública.

Em relação à Revolução Industrial, em termos da saúde pública, buscou-se minorar os problemas advindos da industrialização. Os efeitos da polícia

médica fizeram-se sentir por meio de uma atuação pioneira para analisar os problemas de saúde da comunidade; reunindo um corpo de conhecimentos que propiciou novos estudos, até que França e Inglaterra inovaram, desenvolvendo as políticas de saúde em escala nacional, que incorporaram as propostas de organização sanitária de Johann Peter Frank.

Os franceses, entusiasmados com os Estados Gerais de 1789 (Rosen, 1994), e acreditando na necessidade de mudanças em relação à saúde e aos problemas do bem-estar, promulgaram a Declaração dos Direitos do Homem. No entanto, a maior contribuição francesa para a saúde pública deu-se na área de diagnóstico e tratamento das doenças transmissíveis. Nesse período, entre outros fatos importantes, na Inglaterra, produziu-se a vacina contra a varíola, sendo o Estado acusado de tentar violar a liberdade individual, quando quis torná-la compulsória. Mesmo assim a vacinação continuou.

O movimento de Reforma Sanitária do século XIX, que acelerou o desenvolvimento da saúde pública, teve início na Inglaterra devido à Revolução Industrial, ampliando-se para a França, Alemanha e Estados Unidos da América do Norte. A visão dos reformadores seguia “situações, ideias e métodos criados entre 1750 e 1830” (Rosen, 1994: 147). O processo de industrialização expandiu-se durante o restante do século XIX, de tal modo que “imundície, doença, desamparo e exigências de redução da assistência aos pobres são as raízes do movimento pela reforma sanitária” (Rosen, 1994: 161).

Considerando questões de renda, prevenção de enfermidades, papel do meio ambiente e ações governamentais, Chadwick, por sua ‘concepção sanitária’ (Rosen, 1994), criou um ‘Ato’ para a reforma, e nesse contexto foi elaborado, em 1842, o documento mais importante para a moderna saúde pública, o “Relatório ou uma Investigação sobre as Condições Sanitárias da População Trabalhadora da Grã-Bretanha”. Vários ‘atos de saúde pública’ foram publicados, e, de 1875 até o final do século, a reforma sanitária inglesa se estruturou.

Ao término do século XIX, sabia-se ser possível induzir resistência imunológica através da injeção de germes vivos atenuados ou estratos de germes mortos, o princípio de imunização ativa, que, no início do século XX, possibilita avanços importantes na elaboração de um programa científico de saúde pública. Ao mesmo tempo, pesquisas evidenciam a imunidade passiva e muitas vacinas são criadas, além de soros imunes.

Após algum tempo foi criado o laboratório de bacteriologia, uma nova instituição de saúde pública, expressando a responsabilidade do governo

na proteção da saúde, pois representava o resultado prático do período bacteriológico, assim como a organização dos departamentos de saúde tinha sido produto do movimento pela Reforma Sanitária. Estes permitiram a administração dos problemas, e os laboratórios tornaram-se instrumentos científicos para a execução do programa de saúde pública. Dessa forma, o desenvolvimento da administração da saúde pública passa a ter uma compreensão científica a respeito da propagação das doenças transmissíveis, o que permite às autoridades agir com mais rigor e cuidado quanto à quarentena e ao saneamento ambiental.

O século XX testemunhou a transformação da maioria dos países de nações agrárias e rurais em nações industrializadas e urbanas. Do início do século, até os anos 20, 30, a doença foi identificada como algo eliminável, afligindo a humanidade tanto em face do conhecimento limitado de suas causas, da ausência de higiene individual e pública, quanto de problemas decorrentes do desenvolvimento econômico, como condições inadequadas de moradia e renda incompatíveis com boas condições de vida. Pensou-se que outros tipos de organizações sociais poderiam melhorar as condições de saúde. E sobretudo considerou-se que os órgãos de governo seriam obrigados a enfrentar as causas das doenças, a partir de um processo organizado de trabalho e com a utilização de indicadores sensíveis para acompanhar os possíveis avanços.

Esta perspectiva tornou-se universal, nas origens do Estado moderno, interessado nas necessidades individuais, familiares e comunitárias, de seguridade social e de serviços organizados. Para Rosen (1994), nada pode ser tão fascinante quanto a transformação do Estado Liberal, não intervencionista, 'vigia noturno' do século XIX, para o Estado do Bem-Estar Social. Estruturaram-se os departamentos de saúde preventiva (Elias, 2004), os currículos de cursos de saúde pública nas escolas médicas (Fonseca, 1997), os órgãos de saúde previdenciária, os programas de controle das patologias de transmissão populacional, entre outros.

Em meados do século XX, foi descoberto que o padrão de morbidade e mortalidade havia se modificado, as patologias crônicas passaram a ocupar posições de relevo no espectro de patologias. A população envelheceu com o aumento da esperança de vida. As doenças psicossomáticas abundaram. O debate político retorna à cena da saúde pública. Os avanços técnico-científicos refinam a atuação médico-assistencial, a biotecnologia, a genética, e o Estado do Bem-Estar Social se percebe sem condições de manter os altos custos da atenção à saúde.

Outras patologias surgem no cenário da saúde pública como a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids). O processo produtivo apresenta novas mudanças e o neoliberalismo instala-se como proposta preponderante dos governos; outros desafios surgem. Os anos 80 encontram diferentes propostas para a saúde pública, não mais centrada na ação dos governos, mas numa orquestração entre governo e cidadania. Propõe-se o movimento da promoção da saúde, e o Estado é concebido como regulador desse processo de atenção, tendo a iniciativa privada um papel preponderante a desempenhar.

Os problemas de saúde existiram, existem e continuarão a existir. Cada vez mais pode-se planejar e organizar formas de enfrentamento desses problemas, pois conhecimento e recursos vão permitir agir, em cada contexto dado, compreendendo as ações. Os desafios permanecerão com novas roupagens, em novos tempos. Como afirma Rosen (1994: 352), lembrando Tennyson: “(...) à minha frente reluz aquele mundo desconhecido, cujas margens se apagam, sempre que dou um passo adiante”.

O Estado tem como responsabilidade cuidar da situação de saúde das populações sob sua jurisdição e dessa forma propiciar condições de desenvolvimento para o país. Na prática, a forma como o Estado configura-se e se expressa concretamente, através das ações de governo, vai influenciar distintos ordenamentos dos condicionantes sociais da saúde. O que não significa que o Estado seja o único responsável por estes determinantes, mas é o mais expressivo.

Para a saúde pública é muito importante considerar tanto o desenvolvimento da ciência e da técnica médicas, pois entender a doença e sua causação permite propor ações e controles adequados, quanto compreender e incorporar nas ações os fatores políticos, econômicos e sociais, ambos configurando o ‘tecido sanitário’ (Rosen, 1994). O potencial e a relevância da ciência (Swales, 1997) são mais controversos atualmente como nunca foram, a despeito de sua proeminência. Especialização em níveis cada vez mais desagregados tem progredido num ritmo acelerado.

Autorrespeito é frequentemente sustentado pela assunção que uma área própria de *expertise* possui a chave para o entendimento fundamental. Alfred North Whitehead tentou definir um fundamento filosófico que articulasse partículas físicas ao desenvolvimento da vida e da consciência, mas falhou numa característica que é consequência da diversidade da ciência: “Cada ciência confina-se a um fragmento da evidência e ondula suas teorias em termos de noções sugeridas pelo fragmento” (Whitehead *apud* Swales, 1997: 1320).



A necessidade de reunir esses fragmentos e definir seus limites é central para que haja uma incorporação coerente da ciência dentro da atenção à saúde.

A ciência, que informa o processo de tomada de decisões, tem crescido em tecnologia e relevância durante os últimos anos. Experimentos não se voltam somente para resultados médicos, mas também para custos e qualidade de vida. Mesmo assim, não há tradução automática a partir de um experimento clínico ou revisão sistemática de experimentos dentro da ação no âmbito nacional ou no cuidado clínico de pacientes individuais. Os valores sociais que influenciam a tradução de um experimento em prática podem nem sempre ser evidentes quando o experimento está completo e analisado. Tais fatores como equidade e preferência do paciente podem alterar as perspectivas substancialmente, como demandado pelo desenvolvimento da saúde pública.

## O Campo da Promoção da Saúde

O campo da promoção da saúde (Carvalho, 2004), em nome da erradicação dos riscos, sob o paradigma flexeneriano, permite que o ambiente seja esquadrihado nas suas dimensões físicas, psíquicas e sociais e que se proponham muitas intervenções e prescrições, em bases probabilísticas, enquadrando as pessoas nestas classificações, estejam ou não com sintomas de perigo ou anormalidade. Segundo Petersen<sup>43</sup> e Lupton<sup>44</sup> (*apud* Carvalho, 2004: 674), essas práticas produzem também identidades, e “o saber médico, científico, epidemiológico e social passa a ser considerado como a ‘verdade’ para construir ‘problemas’ públicos de saúde” e propor intervenções.

Os profissionais da área passariam a mapear a vida social e a partir de ‘relatórios, estatísticas e gráficos’ apoiariam as ações sociais de governo. Haveria uma mudança de um modelo anterior de coerção direta sobre os indivíduos para a adoção de controle com base em cálculos abstratos de riscos, no intuito de prevenir doenças e comportamentos de risco.

Uma possibilidade importante para que isso seja realizado seria o uso de tecnologias de promoção da saúde para regular o “corpo biossocial e para o fortalecimento da hegemonia neoliberal” (Castel *apud* Carvalho, 2004: 674). Ainda no sentido de compreender a sociedade como complexo sujeito coletivo de saúde, é importante acompanhar, como exemplo, a chamada nova utopia da saúde perfeita, termo cunhado por Lucien Sfez (1995), na sociedade ameri-

---

<sup>43</sup> Ver Petersen (1997).

<sup>44</sup> Ver Petersen e Lupton (1996).

cana, no momento mesmo em que ela se desenvolve. Diferentemente do que assinalaram Giovanni Berlinguer (1978), Mckeown e Löwe, (1984) e Maria Cecília de Souza Minayo (2001), mostrando a sinergia entre as lutas das classes trabalhadoras e as políticas públicas eficazes para a sociedade como um todo, o projeto da saúde perfeita está sendo construído por uma elite científica e tecnológica, sob os auspícios de poderosos interesses econômicos e financeiros. Ele acontece em um momento histórico de extraordinário avanço científico na área da biologia e da genética que apoia e tem financiamentos concentrados das companhias de seguro e de toda a indústria da saúde.

Como visto, a subjetividade que a promoção da saúde induz está calcada num “indivíduo de classe média, racional, civilizado, disciplinado e consciente de sua saúde”. Uma subjetividade que se acredita poder ser construída, no entanto, para o autor, teria sua ênfase na escolha individual e na autodeterminação, mas através da manipulação de “informações preconcebidas de profissionais ou pelas diretrizes das mencionadas políticas públicas saudáveis” (Lupton<sup>45</sup> *apud* Carvalho, 2004: 674).

O movimento de promoção da saúde, se tomado positivamente, poderia possibilitar a construção de uma consciência crítica sobre a saúde por parte das pessoas, sejam de quaisquer classes sociais, pois não é privilégio de pessoas pobres a não incorporação dos problemas de saúde como preocupação importante de vida. O uso manipulado das informações por parte dos governos é sempre possível, e os governos, sob a égide do neoliberalismo, com seu interesse prioritário de baixar custos, não investem necessariamente em desenvolver a consciência crítica da cidadania, em melhorar as condições de vida das populações.

Nesse sentido, e se a proposta é de manipulação da população, todos passariam a ser potenciais “vítimas das políticas contemporâneas de prevenção” (Petersen & Lupton<sup>46</sup> *apud* Carvalho, 2004: 674). Sem dúvida, a maioria dos projetos de promoção da saúde em andamento possui “o enfoque behaviorista e mantém o foco de sua atenção para ações voltadas para a regulação da vida social e para a criação de critérios que delimitem o sentido do viver saudável” (Carvalho, 2004: 670), e, deve-se ressaltar, relaciona-se a doenças específicas.

Não há, em termos de propostas governamentais, ações dirigidas para conscientizar as pessoas sobre seus direitos como cidadãos, em relação à saúde; pode-se encontrar alguns trabalhos isolados com esse tipo de preocu-

---

<sup>45</sup> Ver Lupton (1999).

<sup>46</sup> Ver Petersen e Lupton (1996).

pação, mas a maioria apenas segue os programas aprovados pelos ministérios da saúde.

A autonomia possível é dependente de muitas variáveis fora do controle, tanto das pessoas quanto dos profissionais que viabilizam na prática a promoção da saúde, pois se inscreve no espaço da realidade social, das crenças, dos valores, das ideologias, dos conhecimentos acumulados sobre saúde, das condições básicas materiais de vida – o que certamente transcende as políticas públicas de saúde.

Política pública é o enunciado que delimita o espaço de variedade do possível sobre uma determinada área de responsabilidade governamental, possibilitando assim a tomada de decisões; a definição, formulação, aceitação e implementação de ações pertinentes; o reconhecimento das prioridades governamentais pelos outros atores sociais; e a petição e prestação de contas sobre seu desenvolvimento. Em outras palavras, é o conjunto de diretrizes e valores a partir dos quais decisões são tomadas (O'Neill & Pederson, 1992; Pinder, 1994).

A proposta de aumento da autonomia do sujeito e do *empowerment*,<sup>47</sup> ainda que verdadeiramente pretendida, encontra muitas dificuldades de viabilização prática, a começar pelo tempo dedicado aos encontros, nos serviços de saúde, entre a população e os profissionais da área. Ademais não há uma orientação (Seedhouse, 2000), a partir da concepção de saúde que as pessoas utilizam, para o diálogo acontecer, o que também ocorre nas ações com grupos ou ainda em comunidades específicas.

Nesse sentido, o exercício da cidadania na promoção da saúde implica estabelecer os limites entre o que é responsabilidade do Estado e responsabilidade dos cidadãos e cidadãs em relação a seu próprio bem-estar – questão bastante complexa a ser tratada na prática dos serviços de saúde, sobretudo quando as pessoas estão em faixas de risco de vida, como através do uso de drogas, tabagismo excessivo, comportamentos de alto risco em termos sexuais, entre outros.

Como tratar a escolha individual, legitimada pelas liberdades democráticas da sociedade, quando se apresenta como altamente lesiva ao indivíduo diretamente, e ao Estado, indiretamente? Não há respostas definitivas para essas indagações, no entanto pode-se concluir que o espaço entre a normativa das ações de saúde e o comportamento das pessoas é muito tênue e ao mesmo

---

<sup>47</sup> Este termo tem sido traduzido para 'empoderamento', no entanto, aqui será mantido o uso da palavra em inglês.

tempo muito amplo e possibilitador de todo tipo de consequências, a depender da interação entre as pessoas que demandam os cuidados e os profissionais que os prestam (Seedhouse, 2000).

Segundo Anthony Giddens (1991, 2002), em face das tendências da globalização, que geram mudanças profundas nas relações sociais, com ameaças sociais e ambientais concretas, “a sensação de controle do indivíduo sobre o processo saúde doença” (Tesh<sup>48</sup> *apud* Carvalho, 2004: 675) contribui para que se acredite ser possível melhorar as condições de saúde de modo independente das transformações na produção capitalista, nas relações sociais e/ou de governantes.

A influência significativa dos valores e crenças nas ações de promoção da saúde implica a preponderância de processos não bem estruturados, o que remete ao *empowerment* um papel decisivo para sua efetividade. Para Sérgio Resende Carvalho (2004), há duas abordagens principais para *empowerment* – o enfoque psicológico e o enfoque comunitário. O autor os diferencia em termos das especificidades do poder em cada um deles, variando desde a opressão social até a produção de uma potência libertadora. A proposta delineia um tipo de “pessoa comedida, independente e autoconfiante, capaz de comportar-se de uma determinada maneira, de influenciar o seu meio e atuar de acordo com abstratos princípios de justiça e de equilíbrio” (Riger<sup>49</sup> *apud* Carvalho, 2004: 675).

Os objetivos são “fortalecer a auto-estima e a capacidade de adaptação ao meio e desenvolver mecanismos de auto-ajuda e de solidariedade” (Carvalho, 2004: 675). Certamente esta abordagem pretende solucionar as dificuldades mais imediatas das pessoas e não tem como objetivo o desenvolvimento de uma consciência crítica a respeito do que é a responsabilidade pessoal e intransferível que cada pessoa tem com a preservação<sup>50</sup> de sua saúde, nem tampouco de esclarecer aspectos políticos importantes para a compreensão do processo saúde e doença, responsabilidade do Estado, entre outros.

Carvalho explicita o *empowerment* comunitário citando trabalhos de Paulo Freire e Saul Alinsky, em busca de superação das limitações no processo de construção de consciências críticas, possibilidade de transformação da realidade

---

<sup>48</sup> Tesh (1988).

<sup>49</sup> Riger (1993).

<sup>50</sup> Interessante verificar o conceito de autocuidado de Ivan Illich (1974), a despeito da crítica que faz à medicina; há um espaço de atuação da própria pessoa em relação à sua saúde que não depende de conhecimentos exclusivos de profissionais da saúde, nem da atuação do Estado.

social. É importante referir que a grande base do método de Paulo Freire é exatamente construir o aprendizado a partir das representações que as pessoas trazem, adquirindo, dessa forma, consciência em cada degrau dessa construção.

Saúde é uma ideia rica e profundamente controversa, como se tem visto, e, portanto, sabe-se que o mesmo se aplica à promoção da saúde, não havendo respostas óbvias para seu campo (Seedhouse, 2000). As diferentes crenças que a envolvem apoiam-se em distintas percepções (visões de mundo) políticas. O papel do bom governo é capacitar todos os cidadãos a escolherem tão livremente quanto possível, dando-lhes a maior quantidade de informação, mas fazendo-o sem preconceitos. Desse modo, ter-se-ia a incorporação da qualidade de vida como objetivo da promoção da saúde, com possibilidades de superação do paradigma flexeneriano.

A promoção da saúde é essencialmente predisposta a pontos de vista particulares, preconcebida, pensada com antecipação. Ainda que a evidência pareça factualmente compelida, todas as formas de promoção da saúde devem, a princípio, ser preconcebidas. Cada forma usará evidência em suas práticas, mas nenhuma será inicialmente direcionada para aquela evidência. Cada proposta de promoção da saúde é baseada em um ponto de vista sobre os modos que as pessoas deveriam ou não deveriam comportar-se (Hyndman<sup>51</sup> *apud* Seedhouse, 2000), e no final das contas, portanto, em alguma noção da boa sociedade.

Desde que a boa sociedade pode ser pensada de muitas maneiras diferentes, e os promotores da saúde inevitavelmente situam-se em uma ampla faixa de filosofias políticas, a promoção da saúde é interpretada com tensões teóricas profundas. Apesar disso, a superfície da prática da promoção da saúde raramente reflete seu tumulto interno. Somente quando a discussão filosófica dos propósitos básicos da promoção da saúde tornar-se lugar comum, esses objetivos terão sido atingidos (Seedhouse, 2000).

A discussão de uma base teórica para a promoção da saúde é importante, pois suas raízes conceituais devem ser reveladas para prover um mapa acessível de promoção da saúde aos seus profissionais. Dessa forma, estes estarão aptos a selecionar um caminho que possam defender teoricamente, conscientes de muitas assunções políticas e filosóficas que sancionam ao realizarem suas escolhas (Seedhouse, 2000).

Nessa perspectiva, a maioria que escreve sobre promoção da saúde e praticamente todas as campanhas convencionais sobre o tema assumem muito

---

<sup>51</sup> Ver Hyndman (1993).

mais do que deveriam. Tipicamente tomam como verdadeiro, quando não deveriam, que saúde é algo desejado igualmente por todos; escolher tarefas para melhorar a saúde suscita poucas dificuldades morais; qualquer método que possa melhorar a saúde é justificável; e que um movimento unificado de promoção da saúde é “uma cruzada para um mundo mais saudável” (Seedhouse, 2000: 1).

Qualquer profissão que tenha de lidar com problemas práticos complexos inevitavelmente desenvolverá procedimentos básicos para resolvê-los. E isto é igualmente verdade para a promoção da saúde, que emprega uma larga extensão de métodos de resolução de problemas tomados de empréstimo de outras disciplinas. A profissão deveria sentir-se obrigada a indicar com qual tradição teórica sua proposta prática está construída.

A promoção da saúde não acontece simplesmente, nem é sempre e inquestionavelmente algo bom. Ao invés, toda promoção da saúde é preconcebida, é toda baseada, calcada, em valores humanos de algum tipo e, portanto, em última instância, inspirada em algum tipo de filosofia política, mesmo se os promotores da saúde estejam inconscientes disso (Seedhouse, 2000).

Ao longo dos anos, seus teóricos e praticantes têm acumulado um estoque de técnicas, modelos e objetivos oriundos de várias disciplinas: medicina e educação; sociologia, psicologia e epidemiologia; estatística; legislação e política; educação física; propaganda e *marketing*; e muito mais do que isso, ademais do exercício individual, profissional, em grupos de diferentes naturezas, entre outros. Atuam ecleticamente porque a promoção da saúde não possui uma racionalidade unificada.

Entretanto, se as considerações antropológicas estão incluídas, as questões podem ser respondidas de outras maneiras. Por não especificar uma natureza precisa da promoção da saúde o assim chamado ‘movimento<sup>52</sup> da promoção da saúde’ tem incorporado uma grande variedade de partidos interessados e influentes. Se os que influenciam no movimento não podem ver qualquer mérito prático em se posicionar a respeito de questões teóricas, quem as perguntará?

Os que defendem que não há necessidade de uma teoria para a promoção da saúde tomam os problemas para resolvê-los na ordem em que aparecem. Se o significado de promoção da saúde não tem importância, então qualquer

---

<sup>52</sup> Há autores que criticam que a promoção da saúde seja chamada de movimento e alguns propõem o uso do termo ‘nova saúde pública’, ‘nova promoção da saúde’. Entendemos que, de acordo com a dinâmica da realidade social, sempre serão novos os exercícios da saúde pública e da promoção da saúde, em termos das organizações sociais sob estudo e em termos dos momentos históricos considerados. Por isso achamos muito apropriado o uso do termo movimento.

ponto de início deve ser tão bom quanto outro qualquer. Assumem que a colheita habitual de ideias e técnicas desenvolvidas em qualquer lugar automaticamente provê uma racionalidade para sua ‘disciplina’.

Na mesma linha de raciocínio, Keith Tones e Silvia Tylford, recusam-se a oferecer uma definição com significado para a promoção da saúde. Elas explicam que:

semanticamente (...) o curso mais lógico [é usar] o termo Promoção da Saúde para referir-se a qualquer medida designada para promover saúde. Dessa maneira, a educação para a saúde formará parte integral da Promoção da Saúde. A Organização Mundial da Saúde adota esta perspectiva, vendo a Promoção da Saúde como um ‘(...) conceito unificado para aqueles que reconhecem a necessidade por mudança nos modos e condições de vida, no sentido de promover saúde (...)’. Promoção da Saúde neste sentido é, portanto, relacionada a todos os fatores que influenciam saúde (...). Para os propósitos atuais, saúde é vista como estado positivo de bem-estar como ausência de doença. Quatro grandes influências afetam o estado de saúde: a saúde e os serviços médicos; herança genética; comportamentos individuais e ambientes, socioeconômico e físico (*apud* Seedhouse, 2000: 30)

Os teóricos da promoção da saúde não apresentam modelos claramente desenhados porque ainda não existe uma tradição de análise crítica. Diferentemente de escritos teóricos encontrados em várias disciplinas estabilizadas, aqueles que escrevem sobre promoção da saúde tendem a estar preocupados mais com ‘dar uma mensagem através’ do que com estabilizar significados precisos e teorias aplicáveis. E assim é que fatos e valores, evidência e crenças morais, entrelaçam-se.

Para Seedhouse (2000), há cinco formas para o exercício da promoção da saúde, sendo somente três particularmente significativas:

1. ‘Promoção médica da saúde’, que deveria trabalhar contra doença, enfermidade e danos;
2. ‘Promoção social da saúde’, que deveria mudar o mundo socialmente, desafiar as injustiças sociais que causam saúde-doença;
3. ‘Promoção da boa vida’, que buscaria trazer o ‘estado positivo da saúde’ ou ‘estado de bem-estar’, criar ‘boas vidas’;
4. ‘Ir para a promoção da saúde’, que é uma questão de fazer o que obviamente se necessita fazer, pois muito pensar toma o lugar da ação;
5. ‘Um misto de promoção da saúde’ com pensar e fazer, que é uma questão de ser teoricamente flexível no sentido de proporcionar a maioria das possibilidades práticas.

A ‘promoção médica da saúde, a ‘promoção social da saúde’ e a ‘promoção da boa vida’ são tendências dominantes no campo. Na verdade, na literatura existente, há diferentes distinções, combinações e rótulos, ainda que todos pareçam adequar-se ao quadro geral anteriormente descrito. Essas distinções deveriam mostrar o *core* político da promoção da saúde, e parecem ser apenas um número limitado de posições políticas abertas disponíveis. As bases políticas da promoção da saúde, considerando as três principais tendências, seriam: a promoção médica da saúde, que busca prudência, utilitarismo, preservação do *status quo* e conservadorismo; a ‘promoção da vida saudável’, que depende da especificação de vida saudável sob utilização; e a ‘promoção social da saúde’, que compreende igualitarismo, democracia social, socialismo e marxismo.

A promoção da saúde é um empreendimento político enraizado nas preferências e preconceitos humanos, sendo esta a primeira razão pela qual deveriam ser desenvolvidas teorias sobre ela, pois seus objetivos e métodos são sempre preconcebidos, são sempre contestáveis e, portanto, sempre requerem justificativas, e ainda que corretos devem parecer corretos. A segunda razão por que desenvolver uma tradição filosófica é ser a promoção da saúde frequentemente exercida sem a permissão (e muitas vezes sem até mesmo o conhecimento) dos que recebem suas ações. A terceira razão é para fazê-la explícita, para fazê-la um empreendimento propriamente público e para expô-la a um debate amplo e informado. Se promoção da saúde é realmente promover as implicações práticas de várias filosofias políticas, então, pelo menos naquelas sociedades onde abertura e prestação de contas são consideradas valores sociais centrais, o público é designado a conhecer o que está acontecendo, ainda que isso deva ocorrer mesmo nas sociedades que não demandam tal postura. Em quarto lugar, a promoção da saúde deveria melhorar substantivamente sua base teórica por razões internas. Na ausência de teorias pensadas sobre seus propósitos os profissionais podem encontrar somente acordos superficiais sobre a política pública. Sem uma teoria de respaldo para permitir comparações analíticas da efetividade, da política e da ética das várias formas de seu exercício, a defesa da promoção da saúde fica muito pessoal.

As fundações teóricas para a promoção da saúde são derivadas da análise conceitual de saúde, da observação empírica do trabalho realmente feito e de certas crenças não verificáveis (certos tipos de preconceitos) sobre a moralidade dos arranjos sociais. A análise de David Seedhouse (2000) dessas questões levou-o a concluir que qualquer consideração coerente de saúde deve



entender o propósito do seu trabalho para identificar e, onde possível, remover os obstáculos que dificultem o aumento das potencialidades humanas.

No entanto não se pode pensar e/ou desejar que essas fundações teóricas proponham todas as respostas. Por vezes, podem oferecer guias práticos, noutras, sugerem uma direção geral para o estabelecimento de uma política pública. Mas o mais importante é que a teoria abertamente reconhece que propor prioridades em saúde é um problema político. Argumenta que a política pública deve ser decidida primeiramente em seu nível apropriado e sugere uma base teórica para fazer isso, insistindo que quaisquer medidas técnicas deveriam ser consistentes com a base primária. E o que tudo isso significa é que a promoção da saúde deve ser vista como ambas: como um empenho para ajudar indivíduos e como uma tarefa para governos, pois somente estes estão aptos para assegurar que todas as pessoas tenham as fundações adequadas para as realizações pertinentes.

A promoção da saúde tem contribuído para a renovação do pensamento sanitário contemporâneo buscando contrapor-se ao modelo biomédico, hospitalocêntrico e curativo que domina o pensamento sanitário desde o século XX. Resgata de alguma maneira o papel dos determinantes sociais no processo saúde/doença, presente no ideário da medicina social do século XIX, defendendo ações que incorporem a articulação intersetorial, as abordagens interdisciplinares e a participação social. Ao considerar todos os fatores causais da saúde e doença, amplia o alcance das ações para além dos parâmetros tradicionais da saúde pública e da prevenção da doença. Realiza, em paralelo, uma síntese inovadora de conceitos originários de campos disciplinares como a sociologia, a psicologia, a ciência política, a economia, a epidemiologia e a ecologia, introduzindo novas ideias, linguagens e conceitos sobre a saúde e sobre a maneira de produzi-la.

A promoção da saúde não é necessariamente um projeto libertário e voltado para a justiça social. A análise da utilização do conceito de risco e de *empowerment* junto desse ideário constata a possibilidade de que suas intervenções e conceitos venham reforçar estratégias voltadas para a regulação e a vigilância sobre os corpos sociais e individuais com profundas implicações políticas, morais e sociais de algumas de suas estratégias, como, por exemplo, os programas de planejamento familiar (Carvalho, 2005; Seedhouse, 2000; Labonté & Penfold, 1981a).

Investigações da década de 1990 confirmam que as estratégias derivadas dessa abordagem foram responsáveis pela melhoria da qualidade de vida de alguns

grupos sociais, mostrando que os resultados, em termos de qualidade de vida, variaram de acordo com a extração social do indivíduo. Constatase um melhor aproveitamento por setores mais bem situados na escala social e um efeito menor, e até mesmo negativo, por parte de setores marginalizados (Hyndman *et al.*, 1998).

Este fenômeno foi objeto de análise de inúmeros estudiosos que assinalam, como uma debilidade do modelo explicativo da promoção da saúde, a incorporação residual de fatores, como classe, gênero e raça, e a excessiva ênfase em intervenções behavioristas. Deriva daqui o conceito de ‘culpabilização das vítimas’ (*victim blaming*) através do qual os investigadores significam a situação em que grupos populacionais à margem do desenvolvimento capitalista são responsabilizados por problemas de saúde cujas causas encontram-se fora de sua governabilidade (Carvalho, 2005).

A partir da aceitação de que os discursos da saúde são altamente complexos, refletindo estruturas da realidade e relações sociais, a proposta é que o discurso dominante da promoção da saúde seja transformado em um que seja mais libertador. Nesse sentido, a abordagem não deve permanecer centrada no indivíduo, pois pouca ou nenhuma mudança institucional ocorrerá. Ao contrário, manterá a abordagem da prevenção da doença, fechar-se-á na esquemática do ‘marketing social’ e se fixará nas formas institucionais e biomédicas de resolver problemas.

No sentido de reverter esse processo, a promoção da saúde deve ser entendida como a possibilidade de conferir *empowerment* às pessoas para que desenvolvam controle e responsabilidade sobre suas saúdes (Labonté & Penfold, 1981b; Labonté, 1994). Para que haja *empowerment*, é necessário ter consciência crítica sobre assuntos patogênicos da sociedade e estruturas, poluição, iniquidades econômica e sexual; organização em torno de temas sociais identificados por diferentes grupos em desvantagens e outros ‘consumidores de saúde’ como riscos à saúde.

É necessário também considerar a consciência das escolhas de estilos de vida que são perigosas para as pessoas e como tais escolhas relacionam-se aos assuntos mais abrangentes do meio ambiente e da saúde; compromisso visível e financeiro da parte dos governantes, corporações, profissionais médicos e outros; e instituições sociais amplas para redirecionar as iniquidades sociais e contradições políticas que lideram, em relação ao povo pobre. A chamada para promoção da saúde como responsabilidade social, como oposto ao *victim blaming*, sustenta-se na necessidade de ideias para a prática profissional e estratégias para a mudança institucional.

Segundo Ronald Labonté (1994), a promoção da saúde deve ser vista como uma metáfora, como uma lente profissional e burocrática através da qual as práticas do passado devem ser reavaliadas. Pode ser conceitualmente útil dentro de um algum tipo de projeto explícito de *empowerment*. A promoção da saúde é indiscutivelmente um conceito contestável, significando várias coisas para as várias pessoas que a usam.

As instituições e organizações devem ser transformadas, podendo esta mudança ser apenas no 'quê' fazem e no 'como' fazem. Concebida como uma reavaliação libertadora da prática profissional, a promoção da saúde existe entre dois perigos dialeticamente posicionados: o de cooptar ou neutralizar a luta social dentro do *ethos* conservador das instituições, e o de negar seu parentesco burocrático e ingenuamente proclamar que 'a comunidade' é a solução de todos os infortúnios sociopolíticos e econômicos.

A essência do *empowerment*, para Labonté (1994), é o compromisso autêntico para ouvir as experiências das vidas das pessoas, compreendendo estas experiências nas palavras que as pessoas usam para expressá-las e negociando ações mútuas para melhorar aquelas situações que as pessoas gostariam de alterar.

A crise do setor saúde é um fenômeno mundial, e, em países centrais, ocorreu de modo generalizado no interior de duas crises mais amplas: a do Estado de Bem-Estar Social e a do paradigma flexeneriano da medicina curativa (Queiroz & Vianna, 1992), o que pode ser verificado pelo gasto crescente com saúde, consumindo algo em torno de 10% do Produto Interno Bruto (PIB), e pela completa ausência de evidências a comprovar que esse aumento nos gastos com este tipo de medicina tenha revertido em melhores níveis de saúde para a população. A conclusão mais importante a se deprender desse argumento é que, em um nível mais profundo, o problema da medicina e da saúde envolve uma dimensão social que, por ser muito mais ampla, não pode ser reduzida a uma questão exclusivamente administrativa ou financeira.

## **Equidade como princípio fundamental**

Conceitualmente, a equidade (Duarte, 2000) congrega um debate extenso e não consensual. Equidade em saúde implica (WHO, 1985) que todos teriam uma oportunidade justa de atingir seu potencial de saúde e que ninguém estivesse em desvantagem para adquirir esse potencial, se isso puder ser evitado. Com base nessa definição, o alvo da política pública para equidade em saúde

não é eliminar todas as diferenças de saúde para que todos tenham o mesmo nível e qualidade de saúde, mas de preferência reduzir ou eliminar aquelas resultantes de fatores considerados evitáveis e injustos. Equidade, portanto, está relacionada à criação de oportunidades iguais para a saúde e à diminuição dos diferenciais de saúde para o nível mais baixo possível.

A discussão sobre equidade (Almeida, 2002) também vem associada à discussão sobre reforma, a partir de análises políticas, técnicas ou científicas e em muitas inscrições ideológicas diferentes, relacionada a questões sociais, econômicas, de desenvolvimento geral ou particular. As dualidades ‘público *versus* privado’ e ‘Estado *versus* mercado’ estão presentes, bem como sua relação com eficiência e qualidade.

Equidade está relacionada às noções de igualdade e liberdade e remete à questão da justiça, dos direitos e deveres do homem/cidadão e do Estado. Em termos muito sintéticos, liberdade indica um estado e igualdade uma relação: um estado do indivíduo e uma relação geral, desejável, entre indivíduos em sociedade (Bobbio, 1983). Em si mesma, a igualdade não é um valor, mas o é apenas na medida em que seja uma condição necessária, mas não suficiente, de um ordenamento justo.

Sendo assim, em função do conjunto de valores predominantes, diferentes conotações podem ser atribuídas à equidade ao longo do tempo e em distintas sociedades, sendo vários os seus significados e raro o consenso em torno de uma definição, como já assinalado (Almeida, 2002). Além disso, existem diversas maneiras de avaliar justiça social, e cada uma delas produz diferentes resultados. Portanto, a definição de equidade escolhida para ser operacionalizada e as formas de avaliá-la refletem os valores e as escolhas de determinada sociedade em momentos específicos. Pode-se constatar que, de acordo com as propostas dos sistemas de saúde, surgirão as escolhas dos indicadores utilizados para a expressão da equidade, de acordo com os critérios distributivos utilizados e sua relação com a efetividade do sistema.

Turner (*apud* Duarte, 2000) diferencia quatro tipos de equidade: ontológica, de oportunidade, de condições e de resultados, conforme segue:

1. A ‘equidade ontológica’, relacionada à igualdade entre as pessoas, compreende as abordagens religiosa, todos são iguais perante Deus; a marxista, “a natureza do ser humano é forjada por sua ‘*práxis*’ livre e transformadora, que busca um domínio cada vez maior sobre a natureza e maior comunicação, autonomia e consciência” (Duarte, 2000: 444); e as relativistas que consideram a inter-relação entre culturas, sistemas sociais e essência humana;

2. A ‘equidade de oportunidade’ implica o alcance das metas desejadas. Sua fundamentação é a meritocracia, característica das revoluções francesa e norte-americana, parte do liberalismo clássico, que afirma a mobilidade social perfeita, desde que haja igualdade de oportunidades. Na presença dos direitos fundamentais à vida, à liberdade e à propriedade, tal universalidade assegurada pelo sistema social possibilita que as mesmas oportunidades estejam à disposição de todos, independentemente de origem;
3. A ‘equidade de condições’ está diretamente relacionada à equidade de oportunidade, pois somente pessoas subordinadas a iguais condições de vida estariam em igualdade para competir exclusivamente de acordo com suas capacidades. Esta tipologia permite incluir aspectos estruturais para avaliação da mobilidade social entre diferentes classes sociais;
4. A ‘equidade dos efeitos ou resultados’ depende da legislação e demais ações políticas compensatórias dos efeitos das desigualdades de condições sociais. Em geral, a discriminação positiva opera em favor de grupos menos privilegiados que têm, assim, suas oportunidades aumentadas, possibilitando a equidade nos resultados.

Para a análise do campo da ‘promoção da saúde’, os quatro tipos de equidade são pertinentes, pois dessa forma tenderiam a englobar toda a complexidade de sua proposta, na busca de compreender as pessoas de um modo mais totalizante: físico, social, emocional e mental. Le Grand<sup>53</sup> (*apud* Duarte, 2000) afirma que muitas são as questões a serem consideradas para uso do conceito de equidade, na verdade mais perto da concepção de justiça<sup>54</sup> do que de igualdade. Noutra vertente, é preciso aceitar a liberdade de escolha dos indivíduos, algo fundamental na promoção da saúde, pois, para se afirmar como instância transformadora, exige a participação consciente dos sujeitos, portanto, “nem todas as diferenças em saúde são inevitáveis e inaceitáveis, dependendo da liberdade de escolha que o indivíduo tem ao submeter-se a situações de risco sanitário reconhecido” (Duarte, 2000: 445).

Um requisito para a equidade é que o movimento da ‘promoção da saúde’ gere uma adesão consciente. Imposições não devem ser praticadas, sob pena de retomar modelos autoritários do passado, criticados atualmente. No entanto, não devem ocorrer omissões, sob a proteção dessa liberdade de escolha, e assim não serem fornecidas informações embasadas cientificamente para esclarecer

---

<sup>53</sup> Ver Le Grand (1988).

<sup>54</sup> Ver Berlinguer (1996).

os riscos aos quais as pessoas estarão subordinadas ao fazerem suas escolhas. De todo modo, é preciso ter consciência de que<sup>55</sup>

a liberdade de escolha de estilos de vida é restrita; devido à exposição a condições de vida e trabalho estressantes e doentias; ao acesso inadequado a serviços públicos essenciais, entre eles os de saúde; e à mobilidade social relacionada à saúde, envolvendo a tendência dos doentes descenderem na escala social. (Whitehead *apud* Giovanella *et al.*, 1996; Duarte, 2000: 447)

O princípio da equidade, em relação às reformas setoriais, está condicionado ao alcance de eficiência submetida aos ‘limites de caixa’ e de custo-efetividade que não inclui a análise dos objetivos de determinada política e exclui a valoração dos fins que a justificam, cuja definição e implementação pertencem ao campo político e não à análise técnica. As ações em saúde devem ser efetivas, no entanto, a questão das diferentes necessidades de distintos grupos populacionais é reduzida à diminuição da intervenção estatal e do financiamento público, traduzidas nas políticas de focalização (nos mais pobres) e de privatização, apregoadas como mais equitativas. Nesse sentido, a equidade na área da saúde vem recebendo um tratamento econométrico (Elias, 2005).

A discussão sobre quais são as condições necessárias e inevitáveis na saúde e quais são desnecessárias e injustas depende de país para país. Sete determinantes principais de saúde foram selecionados, como segue (WHO, 1985):

1. Variação biológica natural;
2. Comportamento danoso à saúde se escolhido livremente, tal como participação em certos esportes e passatempos;
3. Vantagem transitória de um grupo sobre outro, quando aquele grupo é o primeiro a adotar um comportamento que promove saúde, desde que os outros grupos tenham os meios de alcançá-lo da forma correta e em tempo eficaz;
4. Comportamento danoso à saúde quando o grau de escolha de estilos de vida é severamente restrito;
5. Exposição a condições de trabalho e de vida estressantes e não saudáveis;
6. Acesso inadequado a serviços públicos em geral e a serviços essenciais de saúde, em particular;
7. Seleção natural ou mobilidade social relacionada à saúde envolvendo a tendência das pessoas doentes de se moverem para baixo na escala social.

---

<sup>55</sup> Ver “Marcuse y la escuela de Francfort: diálogo con Herbert Marcuse”. Magee (1993).

As três primeiras não são iniquidades em saúde. O termo iniquidade tem uma dimensão moral e ética. Refere-se às diferenças que são desnecessárias e evitáveis, além de injustas (WHO, 1985). Assim, no sentido de descrever certa situação como iníqua, a causa tem de ser examinada e julgada para ser injusta no contexto do que está acontecendo no todo da sociedade. Julgamentos sobre quais situações são injustas variam de lugar para lugar e de tempos em tempos, mas um critério bastante utilizado é o grau de escolha envolvido.

Políticas de equidade requerem descentralizar poder e realizar escolhas, encorajando as pessoas a participar em cada estágio do processo de tomada de decisão; consciência de temas da equidade, em todos os níveis; aporte educacional de profissionais e não profissionais do sistema de saúde e o princípio de fazer os cuidados de saúde de alta qualidade acessíveis para todos, compreendendo que não basta apenas um serviço universal provido através de lei, pois nem sempre é equitativo na prática.

É fundamental para os profissionais de saúde avaliar as políticas públicas propostas e monitorar seus efeitos sobre o acesso, utilização e qualidade da atenção para os grupos em desvantagem. Políticas de equidade deveriam ser baseadas em pesquisas apropriadas, monitoração e avaliação. Acima de tudo, deve ser enfatizado que solucionar problemas de iniquidade não pode ser alcançado por um nível de organização ou um setor, mas tem de ter lugar em todos os níveis e envolve todos como parceiros na saúde para enfrentar os desafios do futuro.

### **Qualidade de Vida, intersectorialidade e política pública**

Amartya Sen, e mais recentemente Michael Marmot, consideram que recursos e meios não podem ser bons por direito próprio, não têm valor intrínseco, pois não podem ser os objetos da atividade social, sendo bons somente quando promovem o funcionamento humano. Como Amartya Sen registra,

se o objeto é para concentrar na oportunidade individual real para perseguir seus objetivos, então responsabilidade teria de ser tomada não somente dos bens primários que as pessoas possuem respectivamente, mas também das características relevantes que governam a conversão dos bens primários dentro da habilidade da pessoa para promover seus fins. (*apud* Ruger, 2004: 1094)

Continua Amartya Sen, “Por exemplo, uma pessoa que é incapacitada pode ter uma grande cesta de bens primários e ainda ter menos chance de viver uma vida normal (ou de buscar seus objetivos) do que uma pessoa em boa forma

física, com uma pequena cesta de bens primários” (Sen *apud* Ruger, 2004: 1094). Assegurar a posse de bens primários pode não diminuir desigualdades em saúde, como reduzir a desigualdade socioeconômica necessariamente pode não reduzir desigualdades em saúde. Nesse sentido, é importante considerar que a política pública não deve ser apenas orientada por recursos, mas também por resultados, que seria a consideração de capacidades.

Amartya Sen desenvolveu a abordagem da capacidade, como arcabouço filosófico, com raízes na teoria política de Aristóteles, aplicando-se aos determinantes sociais de saúde, ‘centrado em pessoas’ e ‘orientado à ação’, em sua base filosófica, e mais matizado em sua aplicação prática. Esta concepção vê a expansão das capacidades humanas, as liberdades reais que as pessoas têm como o objetivo final da política pública. A concepção de Amartya Sen não elide ou diminui a responsabilidade do Estado com a saúde, apenas inclui mais atores sociais nessa discussão.

A questão da saúde deve incluir então toda a população e não somente a carente. A responsabilidade de cada pessoa é fundamental para que uma sociedade seja saudável. Nesse contexto, a responsabilidade do Estado passa a incluir, compulsoriamente, a necessidade de disseminar as informações sobre saúde para que as pessoas tomem consciência e possam posicionar-se com clareza sobre ela, devendo ser esta divulgação feita em linguagem compreensível para todos os segmentos sociais, em suas variadas formas.

Nesse contexto, diferentes tipos de capacidades (a capacidade para evitar morbidade preventiva e mortalidade prematura, ou ser alfabetizado e ser capaz de compreender e usar números) são vistas como fins em si mesmos e instrumentalmente importantes para a realização de outros fins (também intrinsecamente valorados), instrumentos econômicos, tais como a capacidade para participação em comércio e produção, e liberdades políticas. Por exemplo, o grau de capacidade que os indivíduos têm de participar ativamente em sua vida de trabalho, social e política, de ser bem educado ou estar protegido em seus meios econômicos é um fim em si mesmo, mas pode também ser relacionado à capacidade individual para o funcionamento da saúde desde que a ausência de uma dessas capacidades possa ser prejudicial à saúde, como sugere o trabalho de Marmot *et al.* (*apud* Ruger, 2004).

Assim, tais determinantes sociais de saúde têm ambos os valores – constitutivo e instrumental –, e eles servem não somente para contribuir na “capacidade geral de uma pessoa para viver mais livremente, mas eles também servem para complementar um ao outro”, como afirmado por Amartya Sen (1999: 90).



A perspectiva de capacidade é também uma percepção orientada à ação. Ela enfatiza a importância da ação humana, a habilidade das pessoas de viverem a vida que valorizam, o que é um conceito muito importante para o alcance da qualidade de vida.

Isso ressalta que a atitude pró-ativa tanto é essencial para a ação individual e coletiva como é crítica para mudar a política, as normas e os compromissos sociais. Reduzir desigualdades sociais em saúde, portanto, requer mais do que ‘aplainar o gradiente socioeconômico’, requer melhora das condições sob as quais os indivíduos são livres para escolher estratégias de vida e condições para eles e para as futuras gerações.

A perspectiva da capacidade enfatiza o *empowerment* de indivíduos para serem atores sociais protagonistas de mudança em seus próprios termos, em ambos os níveis: individual e coletivo. É importante para a política pública porque estimula a participação individual e societária nas ações econômicas, sociais e políticas, possibilitando aos indivíduos tomarem decisões como atores sociais. Esta concepção contrasta com a perspectiva de indivíduos como recebedores passivos de cuidado de saúde ou mesmo de decisões de redistribuição de renda ou de outros programas de política pública. Pode promover habilidade individual e coletiva para compreender e “moldar seu próprio destino e ajudar uns aos outros” (Sen, 1999: 90). Assim, é imperativo para a qualidade de vida e ao mesmo tempo para a possibilidade de sua construção (Nussbaum & Sen, 1996).

Uma abordagem de capacidade para os determinantes sociais de saúde, dessa forma, reconhece a importância de dirigir as necessidades em múltiplas frentes, em múltiplos domínios de política que afetam todos os seus determinantes e não somente as desigualdades socioeconômicas. Isso enfatiza a integração das políticas públicas dentro de um conjunto abrangente de estratégias realizadas através de uma pluralidade de instituições e comumente denominadas intersectorialidade.

A informação sobre os fatores e processos que podem melhorar a saúde e reduzir as desigualdades formaria a base de políticas desenhadas para evitar problemas de saúde. De acordo com Amartya Sen, tais políticas podem dirigir-se a diferentes influências, tais como “tendências herdadas individualmente, características individuais de incapacidade, perigos epidemiológicos de regiões particulares, influência de variações climáticas” (*apud* Ruger, 2004: 1095).

As políticas públicas deveriam fazer “progresso simultâneo em diferentes frentes, incluindo distintas instituições, que reforçam umas às outras”

(Sen, 1999: 9). Esta abordagem ‘integrada e multifacetada’ engloba a ideia de que a sociedade é chamada a reduzir desigualdades na capacidade, para desenvolver-se, incluindo o funcionamento da saúde, reconhecendo os ‘papéis respectivos e as complementaridades’ dos diferentes tipos de capacidades, o que não exime o Estado de sua responsabilidade neste processo.

Nesse sentido, é reconhecido que considerável trabalho deve ser feito para uma melhor compreensão dos impactos relativos de vários domínios de políticas, incluindo política partidária e suas inter-relações; expansão das fronteiras tradicionais de política de saúde para incluir todos os domínios políticos que afetam a saúde; a conscientização de que as reformas políticas, econômicas e sociais serão associadas com melhora de saúde em um caminho definido pela dinâmica dos atores sociais envolvidos em cada contexto social dado. Não há como, portanto, fazer com que todos ajam da mesma maneira, pois tal conduta não faz sentido, se as diferenças entre os distintos sujeitos sociais são entendidas e respeitadas como proposto pela política de promoção da saúde (Marmot *et al. apud* Ruger, 2004).

Deve-se então definir como sopesar objetivos sociais diferentes, uma vez que se tenha esta informação. A perspectiva da capacidade rejeita tanto uma concepção estreita e compartimentada da desigualdade, como foco único na distribuição de renda, quanto a busca por um ‘remédio único para todos os propósitos’ (Sen, 1999) para reduzir desigualdades de saúde, pois várias distinções são relevantes para esta proposta.

A capacidade implica aumentar a avaliação de outros domínios de políticas públicas, fora do setor saúde, o que significa a inclusão dos outros atores sociais envolvidos (a intersectorialidade como processo); formar bases de políticas designadas para evitar problemas de saúde a partir de informações sobre os fatores e processos pertinentes à saúde; considerar a interdependência das políticas públicas; e entender os mecanismos precisos por meio dos quais vários fatores influenciam a saúde.

Tal abordagem de política pública poderia também igualmente demandar o que poderia ser chamado de integração horizontal e vertical, respectivamente. A dimensão horizontal integra políticas através de programas específicos para doenças para criar um conjunto abrangente de intervenções complementares para melhorar saúde. A dimensão vertical integra domínios de política pública que se constroem uns sobre os outros. A realidade social exige que ambas as dimensões atuem de modo integrado, articulado, dada sua complexidade. A perspectiva de capacidade também reconhece a importância de abordagens multilaterais

que direcionem as funções de instituições plurais, incluindo atores sociais não governamentais e forças do mercado para conseguir objetivos de política pública. Tais esforços têm avançado o pensamento sobre equidade em saúde e seus determinantes, a justiça social de modo geral, tomando as capacidades e liberdades humanas como fins reais da política pública.

Os ministérios da saúde e seus dirigentes são os responsáveis pela intermediação desse conhecimento para uma prática que possa ultrapassar estes obstáculos no âmbito dos serviços de saúde. É necessário um exercício de aumento de consciência por parte desses para explicar a extensão dos problemas e ampliar a compreensão dos efeitos adversos das demais políticas públicas sobre a saúde, especialmente aqueles que incidem sobre os grupos mais vulneráveis.

Esse é um processo de dupla via, porque os dirigentes da saúde e suas equipes assessoras precisam tornar-se conscientes de que muitas iniciativas acontecem em outros setores com impacto positivo sobre a saúde, mas as que não se encontram incluídas precisam ser demandadas. Não se pode esperar que os outros tomem iniciativas coordenadas com boa resposta para a saúde, sem que haja uma demanda interessada da área de governo responsável pelo setor.

Essa é a essência da intersetorialidade: ações demandadas por atores sociais da saúde a outros atores sociais com capacidade decisória sobre o que é solicitado. Em contrapartida, com vistas ao desenvolvimento de uma política de equidade que rompa com o positivismo incorporado na realidade social, representantes de governos necessitam estabelecer arranjos de gestão no âmbito nacional, regional e local para encorajar ações intersetoriais.

## **O Estado Neoliberal**

O fim da Segunda Guerra (Chang, 2002) testemunhou a rejeição em todo o mundo da doutrina do *laissez-faire* que falhou no período entreguerras. Durante aproximadamente vinte e cinco anos, no período conhecido como a Idade de Ouro do capitalismo, muitas teorias econômicas intervencionistas, tais como economia do bem-estar, keynesianismo e a ‘economia do desenvolvimento’, prepararam a agenda para o debate sobre o papel do Estado (Chang & Rothorn, 1955; Deane, 1989; Chang, 2002).

Essas teorias intervencionistas da ‘Idade de Ouro da Economia’ identificaram grande quantidade de ‘falhas de mercado’ e discutiram que o envolvimento

ativo do Estado seria necessário com o objetivo de corrigi-las. Ainda que as políticas recomendadas por diferentes ramos da Idade de Ouro da economia divergissem, foi acordado que uma ‘economia mista’ de um tipo ou de outro seria necessária e desejável.

Segundo Chang (2002), a partir dos anos 70, seguindo as mudanças econômicas e políticas que a Idade de Ouro da economia tinha trazido nacional e internacionalmente, ocorreram marcantes transformações em termos do debate sobre o papel do Estado. Os novos termos do debate foram colocados por economistas neoliberais como Milton Friedman, Friedrich von Hayek, George Stigler, James Buchanan, Gordon Tullock, Anne Krueger, Ian Little e Alan Peacock.

O neoliberalismo emergiu de uma aliança entre a economia neoclássica, que forneceu a maioria das ferramentas analíticas, e a tradição austríaca da doutrina do livre arbítrio, que forneceu a política e a filosofia moral. Não mais se pode supor o Estado como guardião social imparcial e onipotente, como suposto na Idade de Ouro da economia. Em vez disso, ver-se-ia o Estado como uma organização que funciona com políticos egoístas e burocratas, que não somente estão limitados em sua habilidade de coletar informações e executar políticas, mas estão também sob pressões dos grupos de interesses.

Os economistas neoliberais discutem que esta natureza imperfeita do Estado resulta em ‘falhas governamentais’ nas formas de regulação aprisionadora, exercício da coerção, corrupção, entre outros. Discutem que os custos a partir dessas falhas governamentais são maiores que os custos das falhas do mercado e, portanto, é melhor para o Estado não tentar corrigir as falhas de mercado, porque isso pode tornar o resultado pior.

Argumentam que falhas de mercado, vistas como possíveis em qualquer lugar, na realidade existem somente em poucas áreas limitadas, por isso somente um ‘Estado mínimo’ é necessário. O segundo caminho é limitar os efeitos da lógica de falha do mercado dentro de ações políticas (Chang, 2002). Assim, por exemplo, economistas neoclássicos em universidades podem estar fazendo pesquisa justificando uma política antitruste severa, mas os mentores da política podem justificá-la em termos de alguma outra lógica que não tem lugar na economia neoclássica, como, por exemplo, alegar que é ‘para não desencorajar as iniciativas’. O terceiro caminho, da domesticação da lógica da falha de mercado, é aceitá-la passivamente.

O discurso neoliberal sobre o papel do Estado diz que a intervenção do Estado pode melhorar os trabalhos do livre mercado. A mesma ação do Estado

pode ser, e tem sido considerada uma ‘intervenção’ numa sociedade,<sup>56</sup> mas não em outra (e às vezes na mesma sociedade em diferentes momentos do tempo). Por que isto? Por exemplo, atualmente, poucas pessoas em países desenvolvidos considerariam a proibição do trabalho infantil como uma ‘intervenção’ do Estado. Os direitos das crianças de não trabalhar, nos países desenvolvidos, é em geral visto como precedentes sobre o dos produtores para empregar quem eles consideram mais lucrativo. Como resultado, nesses países, essa proibição nem ‘mais’ é assunto legitimado no debate político. Em contraste, em muitos países em desenvolvimento, ainda que o Estado proíba o trabalho infantil, isso é considerado uma ‘intervenção’, cujo impacto na eficiência econômica é ainda legitimado pelo debate político.

Os exemplos poderiam continuar, mas dependem de quais direitos e obrigações são vistos como legítimos e que espécie de hierarquia entre esses direitos e obrigações é aceita (explícita e implicitamente) pelos membros daquela sociedade e não de outra. E uma vez que a ação estatal para de ser considerada uma ‘intervenção’, em uma sociedade particular, num dado tempo (por exemplo, a proibição da escravidão nos países avançados hoje), debater sobre sua ‘eficiência’ torna-se politicamente inaceitável.<sup>57</sup>

Para Chang (2002), definir livre mercado é, no nível mais profundo, um exercício sem propósito, porque nenhum mercado é ao final ‘livre’: todos os mercados têm algumas regulamentações do Estado sobre quem pode participar em quais mercados e em que termos (Trebilcock, 1993; Chang, 2002). A menos que se reconheça a determinação política da estrutura de direitos e obrigações que sustentam as relações de mercado, a discussão sobre o papel do Estado será conduzida com a pretensão de que nossas opiniões são baseadas em análises ‘objetivas’ e as de nossos oponentes são ‘politicamente motivadas’.

O termo ‘falha de mercado’ refere-se a uma situação quando o mercado não trabalha como se espera do mercado ideal. Mas o que é o que se supõe ser o mercado ideal? No arcabouço neoliberal, o mercado ideal é equacionado como ‘o mercado perfeitamente competitivo’ da economia neoclássica.<sup>58</sup>

---

<sup>56</sup> Ver Pollock e Price (2002).

<sup>57</sup> De fato, durante o final do século XX, quando a escravidão tornou-se uma memória distante e logo politicamente menos sensível, alguns historiadores econômicos americanos começaram um debate sobre a ‘eficiência’ da escravidão, embora muitas pessoas tenham achado a tentativa desagradável (Chang, 2002).

<sup>58</sup> O mesmo raciocínio aplica-se ao julgamento sobre quanto intervencionista um Estado é. Por exemplo, é por causa do consenso político de que a defesa é uma das funções absolutamente necessárias do Estado que muitas pessoas subestimam o intervencionismo do governo federal norte-americano, que tem fortemente influenciado a evolução industrial do país, através dos programas de aquisição de defesa, especialmente em indústrias tais como de computadores, telecomunicações e aviação (Johnson, 1982; Chang, 2002).

Entretanto, a teoria neoclássica de mercado é somente uma das muitas teorias legitimadas de mercado. Como dizia Hirschman<sup>59</sup> (*apud* Chang, 2002): há muitas ‘visões rivais da sociedade de mercado’. Assim, o mesmo mercado poderia ser visto como falhando por algumas pessoas, enquanto outras o observam como funcionando normalmente, dependendo de suas respectivas teorias de mercado.

No começo, havia ‘não’ mercados. Os historiadores econômicos têm repetidamente mostrado que, exceto no âmbito mais local (no suprimento de necessidades básicas) ou no âmbito mais internacional (no comércio de luxo), o mercado ‘não’ foi dominante, deixou sozinho o dirigente/controlador, parte da vida econômica humana, até o surgimento do capitalismo. A emergência de mercados foi quase sempre deliberadamente arquitetada pelo Estado, especialmente nos primeiros estágios do desenvolvimento capitalista (Polanyi, 2000; Block, 1999; Chang, 2002).

O Estado determina novos direitos e obrigações necessárias para seus funcionamentos, por um lado, e modifica a estrutura de direitos e obrigações existentes no sentido de acomodá-los, por outro. Portanto, discordar da suposição da primazia do mercado na teoria neoliberal não é meramente discutir teoria, nem é uma investigação da ‘verdade’ histórica. Esta suposição afeta profundamente o caminho no qual se pode entender a natureza e o desenvolvimento do mercado, assim como sua relação com o Estado e outras instituições. O mercado em si é um construto político e, portanto, a proposta neoliberal para sua despolitização é contraditória.<sup>60</sup>

A afirmação de que os mercados são construtos políticos baseia-se no fato de que a instituição e a distribuição dos direitos de propriedade e outras titularidades, que definem as ‘fundações’ que os participantes daquele mercado têm, e os economistas neoliberais tomam como dadas, são exercícios altamente políticos. Ademais, mesmo quando se aceita a estrutura de direitos/obrigações existente como incontestável, não há praticamente preços que não estejam, na realidade, sujeitos às influências ‘políticas’. Para começar com dois preços críticos que afetam quase todos os setores e são politicamente determinadas em grau muito amplo: salários e taxas de juros. Em outras palavras, a ‘racionalidade de mercado’ que os neoliberais querem resgatar a partir de influências

<sup>59</sup> Ver Hirschman (1982a).

<sup>60</sup> Segundo Chang (2002), para mais críticas da economia política neoliberal, ver, em ordem cronológica, King (1987), Gamble (1988), Toye (1991), Stretton e Orchard (1994), Chang (1994a, 1994b), Evans (1995), Weiss (1998) e Woo-Cumings (1999).

‘corruptoras’ da política somente pode ser definida com referência à estrutura institucional existente, que é produto da política (Vira *apud* Chang, 2002).

Além disso, ao propor a despolíticação da economia, os neoliberais estão assumindo suas visões políticas como ‘objetivas’, ‘acima da política’, e minando o princípio do controle democrático. A chamada neoliberal por despolíticação é frequentemente justificada apregoando uma defesa da ‘maioria silenciosa’ contra os políticos corruptos, os feudos dos burocratas e os poderosos grupos de interesse. Todavia, a diminuição do domínio da política, que a proposta neoliberal de despolíticação apregoa, somente serve para diminuir mais ainda a pequena influência que a sociedade tem para modificar resultados de mercado, os quais são influenciados, em primeiro lugar, pelos parâmetros institucionais determinados politicamente. Por não poderem os neoliberais opor-se abertamente à democracia, tentam fazê-lo desacreditando os ‘políticos em geral’ e fazendo propostas que buscam reduzir a influência desses políticos e burocratas não confiáveis, no entanto, diminuem o controle democrático em si mesmo.<sup>61</sup>

Este discurso neoliberal dominante e corrente sobre o papel do Estado, atualmente é prevalente nos países ocidentais, nos organismos internacionais, com importantes reflexos na área da saúde. Tem-se vivenciado, na maioria dos países desenvolvidos e nos em vias de desenvolvimento, com raras exceções, o predomínio dos seguros de saúde; da atuação do setor privado na área com retirada do Estado e presença mínima do mesmo na regulação da saúde de suas populações.

Somente uma proposta de boa sociedade<sup>62</sup> poderá tratar desse tema de forma resolutiva. Para Chang, há uma abordagem alternativa que incorpora a política e as instituições dentro de seu *core* analítico, que chamou economia política institucionalista,<sup>63</sup> também abordada anteriormente, que possibilitaria tal construção. Além de aceitar a variedade e a complexidade das motivações

---

<sup>61</sup> Podemos também registrar que as atividades políticas são frequentemente fins em si mesmos, e as pessoas podem produzir valor a partir das atividades *per se* bem como a partir de produtos de tais atividades (Hirschman *apud* Chang, 2002).

<sup>62</sup> Não vamos discutir como se chegará a este tipo de sociedade, é citada aqui como a utopia necessária para que haja promoção de saúde como se propõe no discurso da saúde pública/promoção da saúde, seria o contexto para uma ampla realização das expectativas. Mantemos a visão institucionalista, a partir da qual teríamos uma boa sociedade organizada para utilizar a capacidade produtiva de sua moderna tecnologia e das regras de trabalho das instituições econômicas para a provisão de todos os seus membros; aspiramos a uma justa distribuição dos rendimentos e produtos da nação; compartilhamento de responsabilidades e valores coletivos, buscando equidade, segurança e humanismo.

<sup>63</sup> O autor tem tentado desenvolver elementos dessa teoria em vários trabalhos anteriores. Ver Chang (1994b) e Chang e Rowthorn (1995).

humanas, também é necessário reconhecer que os seres humanos são fundamentalmente moldados pelas instituições. Aqui é preciso pensar na relação médico-paciente como também em todas as relações entre as pessoas e os membros das equipes de saúde.

Nas teorias neoliberais as instituições podem ser aptas para moldar ‘comportamentos’ individuais, punir ou premiar tipos particulares de comportamento, mas não estão aptas para mudar as ‘motivações’ em si mesmas (Ellerman, 1996; Hodgson, 2000; Chang, 2002). Em contraste, a economia política institucional não vê essas motivações como dadas, mas como sendo fundamentalmente moldadas pelas instituições que circundam os indivíduos, amparando, dessa forma, a proposta da promoção da saúde de estabelecer uma relação com as pessoas no âmbito de suas autonomias, de seus *empowerment*.

O problema da escassez de recursos (Almeida, 2002) para satisfazer as necessidades e demandas dos membros de uma sociedade não é novo e sempre esteve presente no pensamento político e econômico, durante séculos, inserindo-se no âmbito da questão mais ampla sobre a possibilidade de manutenção da ordem social. A crença em uma ordem política, promovida a partir do Estado e organizadora da sociedade, simultânea ao desenvolvimento do sistema econômico capitalista, é a base da expansão da capacidade de regulação social do Estado, da criação das representações democráticas e da ideia dos direitos sociais que sustentam os princípios de cidadania (Almeida, 2002). A dinâmica dessa intervenção estatal no campo social repercutirá de forma importante e específica em cada sociedade, notadamente no campo da saúde.

Essa agenda constitui um conjunto articulado de proposições: redefinição das relações público e privado; separação de funções de financiamento e provisão; diminuição da intervenção do Estado na provisão de bens e serviços; fortalecimento de seu poder de regulação; direcionamento da esfera pública para os grupos sociais ‘mais necessitados’ e reorientação da oferta pública, priorizando a prestação de serviços básicos e de baixo custo. Isso permitiria maior abrangência e eficácia; descentralização funcional das responsabilidades de prestação para as outras esferas de governo; introdução de mecanismos competitivos e de contenção, controle e recuperação de custos. Essa agenda busca melhorar a eficiência e estimular a privatização, sobretudo em relação à assistência médica, com fomento do mercado privado de serviços e da previdência social privada em praticamente todos os processos de reforma dos sistemas de saúde na região das Américas, o que inclui Brasil e Canadá.



Para tal, modificaram-se as regras de financiamento e de benefícios como também a participação dos atores sociais públicos e privados, separando-se as funções de regulação, provisão e financiamento. Estimulou-se uma maior participação do setor privado na provisão de serviços, e instituiu-se a competição entre as entidades seguradoras e as prestadoras, implantando-se formas de mercado na provisão pública de serviços. A ideia de seguro é dominante e existem diferenças importantes nas combinações entre seguro social público e seguros de saúde privados, estruturando-se arranjos público/privado (Almeida, 2002).

As reformas implementadas na América Latina exacerbaram alguns dos traços constitutivos das sociedades e criaram novos problemas ao privilegiar uma perspectiva economicista, pragmática e restritiva. Assiste-se assim à substituição dos valores de solidariedade e igualdade de oportunidade pelos de um 'individualismo utilitarista radical' (Almeida, 2002), mais característico de séculos passados do que do início de um novo milênio, e à substituição do princípio de 'necessidades de saúde ou de serviços de saúde' pelo de 'risco', monetarizado e definido segundo a posição social e econômica do indivíduo.

Na última década do século XX, em termos gerais, a situação dos sistemas de saúde manteve as desigualdades regionais; o financiamento público pouco se alterou; o gasto privado manteve-se alto, notadamente com seguros privados e esquemas de pré-pagamento das empresas e outras organizações da sociedade. Além da diminuição da cobertura populacional (com exceção de alguns países como Brasil e Colômbia), piorou o acesso e a utilização dos serviços de saúde e deteriorou-se consideravelmente a capacidade instalada pública, também com poucas exceções (Almeida, 2002).

Pode-se afirmar que, em alguns casos, as reformas executadas foram muito mais radicais que as dos países desenvolvidos, abrangendo vários âmbitos – do financiamento à reorganização dos sistemas de serviços –, e implicaram importantes conflitos com o princípio de solidariedade e equidade, aumentando a complexidade inerente aos sistemas de saúde. Além disso, foram aprovados princípios legais que institucionalizaram o direito à saúde como benefício social, e foram formalizados a cobertura universal e o comprometimento com o princípio da equidade (como Brasil e Colômbia), mas a operacionalização dessas mudanças, de fato, tem aumentado a fragmentação e a segmentação dos sistemas de saúde e não tem superado as desigualdades, além de não alcançar a eficiência proposta.

Apesar da necessária capacidade de regulação e de implantação, a reforma do Estado não se efetivou como desenhada, e o desenvolvimento

dessa capacitação foi prejudicado pelo *stress* fiscal e o desprestígio das instituições públicas e de seus funcionários (Schmidt, 1999). A influência da tendência das reformas do setor saúde orientadas pelo mercado (Whitehead, Dahlgren & Evans, 2001) tem gerado a ‘armadilha da pobreza’, em todo o mundo, geralmente se espalhando no sentido norte-sul, e do Ocidente para o Oriente.

Programas globais têm sido defendidos por agências, tais como o Banco Mundial (Bird) com vistas à privatização do setor saúde e ao aumento do financiamento privado, por meio da cobrança de taxas dos usuários. Além disso, interesses comerciais têm sido promovidos pela Organização Mundial do Comércio (OMC), que tem tentado abrir os serviços públicos para mercados e investidores estrangeiros. Esta política conseguiu pavimentar o caminho para financiamento público de operadores privados nos setores de saúde e educação, especialmente nos países ricos do hemisfério norte, nas duas últimas décadas.

Embora tais tendências para minar os serviços públicos gerem uma ameaça concreta para a equidade nos sistemas de bem-estar social estruturados da Europa e do Canadá, para os países de rendas baixa e mediana são ameaças imediatas, pois seus sistemas são frágeis. Duas dessas tendências – a introdução de taxas de usuários para os serviços públicos e o crescimento das despesas desembolsadas para serviços privados –, podem, se combinadas, constituir uma armadilha maior para o empobrecimento.

Uma segunda tendência reforçadora do uso de taxas no serviço público é o aumento das práticas médicas privadas e um explosivo crescimento das farmácias privadas. O acesso limitado aos serviços de saúde profissionais e o *marketing* agressivo de drogas em um mercado não regulado não somente gerou um uso irracional de remédios, como também desperdiçou recursos financeiros escassos, especialmente entre as pessoas pobres.

As afirmações positivas sobre essas estratégias não têm sido corroboradas pelos estudos empíricos, que, ao contrário, apontam para consequências muito negativas. O aumento de despesas, com serviços públicos e privados de atenção à saúde, está levando famílias para a pobreza e aumentando a pobreza daqueles que já eram pobres. A magnitude dessa situação, conhecida como ‘a armadilha médica da pobreza’ tem sido mostrada por estudos de acompanhamento das famílias e estudos participativos de alívio da pobreza. Os efeitos negativos são, portanto, de dupla via: empobrecimento da saúde e aumento dos gastos médicos. Dessa forma, tem-se ineficiência e ausência de equidade na saúde (Whitehead, Dahlgren & Evans, 2001).

## A Sociedade Civil e a Cidadania

Ainda no contexto das reformas, a transformação da sociedade civil (Cohn, 2003b; Schmidt, 1999), ampliando-a e redefinindo-a no interior das regras do poder político, ocorre em um contexto de diminuição progressiva da soberania do Estado. Esta se manifesta na definição de políticas nacionais, aumentando o descompasso entre as políticas econômicas e sociais, continuando estas últimas a terem como referência o Estado nacional, enquanto aquelas passam a ser crescentemente determinadas pela economia global.

Esta sociedade civil como instituição, uma sociedade civil constituinte, para fins analíticos, situa-se entre uma sociedade econômica – caracterizada por relações ditadas pelas formas de propriedade e associações de cunho puramente econômico –, uma sociedade política – fundada nos partidos e no sufrágio – e uma sociedade civil – fundada em direitos de comunicação, associação e movimentos civis. Essa distinção permitiria superar o tradicional dualismo entre Estado e sociedade, e imprimir, ao mesmo tempo, ênfase à dimensão normativa da vida coletiva.

Em decorrência, as configurações das relações entre Estado e sociedade civil são passíveis de serem pensadas a partir da capacidade de a ordem instituída integrar no processo decisório os múltiplos atores sociais presentes no novo cenário das sociedades contemporâneas, preservando-se as condições para a possibilidade de institucionalização das aspirações normativas desses atores.

Com esta diferenciação e pluralidade de sujeitos e atores sociais, com distintos graus na consolidação de sua identidade social; com a tensão entre as esferas pública e privada como principal elemento organizador da vida em sociedade, a questão dos direitos e da cidadania passa a se exercer por gradações e possibilidades distintas. Segundo Vieira<sup>64</sup> (*apud* Cohn, 2003b: 16), “A cidadania, no âmbito deste esforço coletivo, não pode mais ser vista como um conjunto de direitos formais, mas como um modo de incorporação de indivíduos e grupos ao contexto social”. Nesse sentido, vai importar como concretamente as pessoas serão incorporadas nas ações de atenção à saúde, a partir de suas perspectivas, no exercício de suas condições de sujeitos e atores sociais.

Outros autores, no entanto, privilegiam a dimensão política da cidadania, como é o caso de Michael Walzer<sup>65</sup> (*apud* Cohn, 2003b), analisando a

---

<sup>64</sup> Ver Vieira (2001).

<sup>65</sup> Ver Walzer (1992).

sociedade civil da perspectiva do conflito e do enfrentamento de interesses diferenciados. Assim, é por permitir o enfrentamento crítico das diversas reivindicações sociais que a sociedade civil desempenha sua tarefa de gerar civilidade, pois o respeito à diversidade e ao pluralismo funda o discurso da cidadania na prática.

A discussão sobre cidadania é muito ampla. De acordo com Dallari (*apud* Scherer, 1987), a origem do conceito de cidadão deu-se durante a Revolução Francesa como uma demonstração da igualdade de todos. Não havia mais nobres e plebeus, livres e escravos: havia apenas cidadãos, e o cidadão era dependente do Estado, que estabelecia regras para aquisição da cidadania, dizia quais eram os direitos deles e as condições para gozá-los, fixando também as hipóteses de sua perda. Assim pode-se observar que não vem sendo raro que os direitos fundamentais da pessoa sejam negados ou restringidos por leis que tratem da regulação da cidadania.

A cidadania, portanto, não implica só acesso à satisfação das necessidades dos cidadãos inscritas como direitos, mas, sobretudo, proteção jurídica que garanta que os mesmos cidadãos serão efetivamente portadores do direito de usufruí-los (Cohn, 2003b). Isso significa que a cidadania, para estar configurada, exige a autonomia dos sujeitos sociais, portadores do direito de promoverem suas escolhas responsabilmente. Esta consideração implica que a cidadania é uma via de mão dupla, e engloba o gozo de direitos e o cumprimento dos deveres na vida em sociedade.

A dinâmica de transformação da sociedade (Bodstein, 2003), sob efeito da globalização e da chamada ‘modernidade tardia’ (Giddens, 2002) neste novo milênio, revoluciona quase que inteiramente a estrutura social, a agenda governamental e o caráter e conteúdo do conflito social. Se, por um lado, o papel do Estado nesse novo cenário vem sendo questionado, é necessário, por outro, reafirmar sua importância e acima de tudo a centralidade do espaço público como conquista da democracia e do exercício da cidadania. Assim, a sociedade moderna (Giddens, 2002) deve ser entendida politicamente por meio do exercício da democracia e do processo contínuo de adequação dos direitos, de acordo com as mudanças democraticamente construídas.

A construção de uma utopia social baseada nos direitos humanos e no indivíduo como princípio moral constitui um dos principais aspectos da transformação política da sociedade contemporânea e fundamento dos movimentos de emancipação. A distância entre norma e fato social precisa

ser compreendida, pois a igualdade assumida em lei e as condições reais de desigualdade e injustiça social exigem denúncias e direitos reivindicados. A cidadania é então o espaço jurídico da igualdade e dos direitos humanos, terreno compartilhado, de modo a permitir que todos os indivíduos tenham liberdade de ser diferentes.

O exercício democrático e a defesa da cidadania têm como pressuposto sujeitos sociais que se organizam para reivindicar direitos. Estes sujeitos sociais também precisam ouvir o poder público quando este atua em defesa da preservação de suas vidas. A capacidade de fala precisa seguir a capacidade da escuta, mesmo quando esta escuta implica mudança de hábitos aos quais se está arraigado.

Há um debate sanitário que necessita ser travado: o quanto se é também responsável pelo próprio adoecimento e morte prematura? Ainda que esta discussão seja travada, de algum modo, nos contextos psicológicos, compreende-se que para a promoção da saúde, ela necessitaria ser ampliada para o espaço social e político. A afirmação de direitos implica o fortalecimento de organizações sociais, respondendo pelo processo contínuo de renovação de interesses, identidades e atores sociais. Modifica constantemente o conteúdo dos conflitos e movimentos sociais. Atualmente, os conflitos sociais trazem a marca da fluidez e da fragmentação de acordo com os diversos interesses, concepções e organizações da sociedade civil.

Nesse sentido, é fundamental que a sociedade civil aja em defesa de seus direitos. Um exemplo importante foi o que ocorreu na Tailândia. Dois pacientes, com a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), processaram o laboratório farmacêutico Bristol-Myers Squibb e o Departamento Tailandês de Propriedade Intelectual porque tinham ‘conspirado para intencionalmente suprimir’ a restrição de dosagem da patente do *Didanosine*. Este processo tornou-se simbólico por demonstrar como as companhias multinacionais e os governos dos países industrializados protegem seus próprios interesses às expensas do acesso a remédios essenciais por parte dos pobres. A corte judicial intimou o Departamento de Propriedade Intelectual como um corréu. A sentença colocou um importante precedente: afirmou que drogas essenciais não são apenas outros produtos de consumo, mas um direito humano, e que os pacientes estão sendo prejudicados por patentes (Ford *et al.*, 2004).<sup>66</sup>

---

<sup>66</sup> Os acusados inicialmente apelaram, mas desistiram dessa apelação em janeiro de 2004.

A corte judicial continuou a afirmar a primazia da vida humana nos acordos comerciais, como reconhecido internacionalmente na Declaração de Doha,<sup>67</sup> como segue:

insistiu-se que o Acordo Geral como parte do Comércio em Serviços-Aspectos Relacionados de Direitos de Propriedade Intelectual (*General Agreement on Trade in Services- Related Aspects of Intellectual Property Rights/ Trips*) seja interpretado e implementado assim como promovidos os direitos dos membros para proteger a saúde pública, especialmente a promoção e suporte ao acesso a remédios. (Ford *et al.*, 2004: 560)

Acredita-se, esta foi a primeira vez que uma decisão de corte usou a Declaração de Doha (capital de Qatar) para proteger a saúde pública e os direitos dos pacientes. Ao final do julgamento foi decidido que as: “partes prejudicadas (...) não estão limitadas a fabricantes ou vendedores de remédios protegidos por patentes. Aqueles em necessidade dos remédios são também partes interessadas nas concessões das patentes” (Ford *et al.*, 2004: 561). A Fundação de Acesso a Aids também foi considerada uma parte interessada, afirmando o importante papel dos grupos da sociedade civil.

## **A Cooperação Técnica Internacional em Saúde**

A cooperação técnica internacional, na área da saúde, nasceu da compreensão de que o controle de doenças entre os países seria fundamental para o exercício das relações comerciais e também da interdependência econômica e política internacional cada vez mais complexa. Segundo Rosen (1994: 343), “a presença da doença em uma área constituía-se em um perigo para muitas outras”. Nesse contexto, foi criado, em 1902, o Escritório Pan-Americano de Saúde, para responder pela região das américas. Em 1907, em Roma, foi instituído o Office Internationale d’Hygiène Publique [Escritório Internacional de Higiene Pública], resultante de várias conferências sanitárias acontecidas no século XIX, com a preocupação de acompanhar as informações sobre peste, cólera, varíola, tifo exantemático e febre amarela.

---

<sup>67</sup> Até 2005, os países em desenvolvimento membros da OMC devem implementar o acordo Trips-Acordo Geral como parte do Comércio em Serviço - Aspectos Relacionados de Direitos de Propriedade Intelectual. Sem o uso efetivo de salvaguardas para assegurar a competição genérica, o custo de todos os novos remédios dependerá quase exclusivamente do preço estipulado pelo detentor da patente. Os países também necessitam de assistência para encontrar suas obrigações sob a Declaração de Doha, implementar o acordo Trips e promover acesso a remédios para todos (Ford *et al.*, 2004).

Em 1923, criou-se a Organização de Saúde da Liga das Nações, tendo o Serviço de Inteligência Epidemiológica como unidade primordial ao seu funcionamento: estudos sobre higiene rural, habitação, saúde escolar; centros de saúde, seguro-saúde e educação física, com enfoque na difusão do conceito de promoção da saúde.<sup>68</sup> Iniciou-se o trabalho incluindo outras organizações, como, por exemplo, a Fundação Rockefeller. Acreditava-se que a saúde comunitária fosse função governamental e que os países precisavam de ajuda com a criação de agências de saúde nacionais e locais para atuarem por meio de pesquisa, educação e treinamento de pessoas da área de saúde pública e de instalação de exposições, bem como via oferta temporária de recursos, pessoais e materiais para estabelecimento de novos serviços comunitários (Rosen, 1994).

Estes são os princípios de atuação de organismos internacionais de saúde e, em particular de programas de cooperação técnica bilateral, que se desenvolveram após a Segunda Guerra Mundial. Em 1946, foi criada a Organização Mundial da Saúde (OMS) que substituiu a Organização de Saúde da Liga das Nações, do Escritório Internacional e da Administração de Assistência e Reabilitação das Nações Unidas; que começa a existir após ratificação de sua constituição por 26 países. A Carta das Nações Unidas estatuiu a ajuda mútua entre países devido aos problemas sanitários e sociais.

Para a OMS, agência multilateral de coordenação mundial, a saúde é “um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, credo, crença política, condição social ou econômica” (OMS, 1948). Outras organizações, como o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), a Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO), a Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (Unesco) atuam ao lado da OMS.

Esse trabalho internacional em saúde, particularmente a assistência técnica, esteve associado à política externa. Em 1942, propunha-se a resolver problemas de saúde comunitária nas américas por meio de acordos bilaterais e outros. Criou-se o Instituto de Assuntos Interamericanos, sob liderança dos Estados Unidos da América do Norte, para assistência técnica. A atuação enfatizou a saúde comunitária sob supervisão e perdurou até os anos 70.

Nesse período, enfatizou-se a importância da relação entre desenvolvimento econômico e saúde pública, como complementares, interdependentes, englo-

---

<sup>68</sup> Conceito de promoção da saúde à época, da medicina preventiva, o causador da doença como um agente biológico a ser combatido por ações de saúde pública sob orientação dos serviços de saúde.

bando o desenvolvimento social e cultural. Houve redução drástica das doenças transmissíveis, melhoras no abastecimento de água pura e da elevação do nível de vida. Ao mesmo tempo outras patologias foram surgindo, sobretudo aquelas relacionadas ao aumento da esperança de vida, a agressões ao meio ambiente e às decorrentes do trânsito, entre outras.

Nesse contexto, a OMS foi o produto do clima político gerado após a vitória sobre o nazismo e o fascismo. Sua Constituição é um documento que deveria prover os princípios sobre os quais trabalha. Com as mudanças do pós-guerra ao redor do mundo, os Estados Unidos da América do Norte tornaram-se a força predominante. Isso teve um efeito altamente adverso sobre a OMS que tem também, frequentemente, se tornado quase um cinturão de transmissão para a instituição dos Estados Unidos da América do Norte, cuja dominação é decorrente de sua provisão à organização, de 20% de seu orçamento (Navarro, 2004).

Segundo Navarro (2004), tal dominação é constatável ao se observar a língua usada nos documentos oficiais, que é o inglês, e o uso de termos que diminuem a gravidade dos problemas encontrados na realidade social, como por exemplo, o termo fome, agora substituído por baixo peso, e desigualdades, agora descrito como disparidades. O objetivo é evitar qualquer expressão ou tom que possa ser visto como juízo de valor, ignorando o fato de que essa terminologia e discurso são por si só, profundamente ideológicos e políticos, negligenciando as realidades existentes e suas causas.

É precisamente a concentração do poder econômico, político e cultural entre e dentro dos países que está na raiz dos problemas sociais (incluindo saúde) mais importantes do mundo. Os mais ricos do mundo desenvolvido e os grupos sociais relacionados estão em interação com os mais ricos do mundo em desenvolvimento (20% das pessoas mais ricas do mundo vivem em países em desenvolvimento) e os grupos sociais relacionados. O discurso e a prática dessas instituições, tais como o uso do termo 'clientes' ao invés de 'pacientes', ou mercados de promoção da saúde (erroneamente identificado com escolha) ao invés de planejamento de saúde (abandonado por ser considerado encorajador de ineficiência e burocracia), são dominantes: no Fundo Monetário Internacional (FMI), no Bird, na OMC e também na OMS. Nesse cenário ideológico, a gerência orientada ao mercado está nas agendas dos dirigentes do setor público, e os serviços nacionais de saúde estão sendo substituídos por serviços privados, seguros, planos de saúde, entre outros (Navarro, 2004).



Dessa forma, são as instituições políticas e de saúde dos Estados Unidos da América do Norte, seus aliados e os dirigentes das corporações e grupos do mundo em desenvolvimento que estão impondo políticas neoliberais às populações dos países desenvolvidos e em desenvolvimento. A maior parte da população norte-americana opõe-se e tem uma profunda desconfiança da orientação para o mercado e seu programa operacional, não aprovando as Organizações de Manutenção da Saúde (HMO), dirigidas pelas companhias de seguro privado (Navarro, 2004). Essas políticas têm resistido dentro e fora da OMS, que pode levantar-se contra governos poderosos e grupos de pressão. O ponto que necessita ser esclarecido é que isto ocorre muito raramente.

Outra consequência desse padrão de influência e controle são os programas de ajuste estrutural (caracterizados pela redução do gasto público social e pela privatização dos serviços de saúde), por muitos anos apresentados pelo governo norte-americano, pelo FMI e Bird, como a solução para a pobreza do mundo. Tais programas, entretanto, têm feito grandes danos para as infraestruturas dos serviços de saúde nos países em desenvolvimento (Banerji, 1999; Navarro, 2004).

Outro exemplo de políticas neoliberais são as estratégias da OMC para o livre comércio de serviços, forçando a adoção dessa proposta junto aos países com serviços nacionais de saúde ou mesmo seguro nacional de saúde. A OMC tem pressionado o Canadá a dismantlar esses serviços para permitir a operação de companhias comerciais de saúde e/ou corporações de negócios médicos (Thompson, 2003; Navarro, 2004). Em ambas as instâncias, a OMS, por colaborar com o Bird, tem sido participante na promoção de tais políticas. Dessa forma, tem acatado um ambiente cultural e ideológico que justifica investimentos em saúde sobre a base do que contribuem para o desenvolvimento econômico.

Nos últimos 25 anos do século XX houve uma profunda mudança na cooperação técnica internacional na área da saúde (Buse & Gwin, 1998). O Bird emergiu e consolidou sua posição como principal financiador externo de atividades do setor saúde em países de rendas baixa e mediana. Como resultado de seus recursos, a filosofia e a legitimidade dessa instituição influenciaram reformas de programas de trabalho do setor saúde, como também relações institucionais em níveis globais e nacionais. Em 16 anos de atuação, já em 1996, ele chegou a 11% dos compromissos anuais, enquanto, em 1980, respondia por 1% do total de empréstimos concedidos.

No período 1985-1993 a instituição alcançou US\$ 2 bilhões anualmente, a preços de 1996, excluindo os empréstimos bancários, ao passo que o orçamento regular da OMS foi de US\$ 800 milhões de dólares. A partir de então começam a declinar o prestígio e a influência internacional das organizações de saúde no mundo e tudo passa a ser uma questão de aporte de recursos financeiros e eficiência na área da saúde, mais do que em qualquer outra época da modernidade. A maioria das reformas, em seu *core*, centra-se ao redor do papel do Estado nas economias mistas capitalistas, e secundariamente na priorização da alocação de recursos e mudanças organizacionais.

Em contraste, a influência da OMS como agência especializada em saúde foi amplamente confinada aos ministérios da saúde. Quando se fala OMS, a referência diz respeito a quaisquer de suas regionais no mundo, sendo a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) a da região das américas. Consequentemente, alguns analistas veem a publicação, em 1993, pelo Bird, do Relatório de Desenvolvimento Mundial, Investindo em Saúde, como o divisor de águas da passagem da liderança, na saúde internacional, da OMS para o essa instituição. No Relatório de Desenvolvimento Mundial, de 1993, o banco propôs racionalidade e metodologia para a estimativa da carga de doenças de cada país baseadas no indicador de anos perdidos de vida (Daly)<sup>69</sup> para várias doenças. Devido a seu método, práticas de negócios e agenda, o Bird tem alterado as prioridades do setor e as relações entre organizações bilaterais e multilaterais e países receptores nos níveis, nacional e global. Estas mudanças levantam vários temas obrigatórios que devem ser debatidos e conduzem para um tema final e relativo ao futuro da cooperação internacional para o desenvolvimento da saúde: a instituição tem preenchido um vazio de liderança na reforma e financiamento do setor saúde, mas não tem e não está em posição de desenvolver *expertise* técnica constitutiva do mandato da OMS.

---

<sup>69</sup> Indicador que procura medir simultaneamente o impacto da mortalidade e dos problemas de saúde que afetam a qualidade de vida dos indivíduos. Mede os anos de vida perdidos por morte prematura ou incapacidade em relação à esperança de vida ideal, cujo padrão é o do Japão, país com maior esperança de vida ao nascer do mundo (80 anos para homens e 82,5 anos para mulheres). Ver Schramm *et al.* (2004).