

## LINHAS DE BASES DO CAMPO PROMOÇÃO DA SAÚDE NA FORMAÇÃO PARA O SUS

Marco Aurélio Da Ros<sup>1</sup>

Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima<sup>2</sup>

Carlos Eduardo Máximo<sup>3</sup>

**RESUMO:** Desde a instituição das Diretrizes Curriculares Nacionais, a formação em saúde vem se caracterizando uma construção social atravessada por vasta pluralidade de ideias, conceitos, imagens-objetivo e valores. Este ensaio apresenta reflexões sobre a importância de reconhecimento de linhas de base do campo promoção de saúde na formação para o SUS. Teve por objetivo iluminar a compreensão de questões teórico-conceituais abrangentes e de movimentos sociais, capazes de gerar abordagens de maior alcance ao campo. Defendeu-se o argumento de que o horizonte científico da promoção de saúde, na formação para o SUS, exige a compreensão de saúde como socialmente determinada, na medida em que esta formação implica em uma prática diferenciada e sustentação epistemológica. O método adotado foi historiográfico, dirigido pelo diálogo entre texto e contexto. Concluiu-se que a perspectiva histórica da promoção da saúde, modelo de sociedade e formação do sujeito são linhas de base do campo da promoção de saúde requerida pelo SUS.

**PALAVRAS-CHAVE:** saúde; promoção da saúde; SUS.

---

<sup>1</sup> Doutor em Educação, UFSC, 2000. Professor do Centro de Ciências da Saúde da Universidade do Vale do Itajaí, SC.

<sup>2</sup> Doutora em Saúde Coletiva, UFSC, 2013. Professora do Centro de Ciências da Saúde da Universidade do Vale do Itajaí, SC.

<sup>3</sup> Doutor em Psicologia Social, UFSC, 2013. Professor do Centro de Ciências da Saúde da Universidade do Vale do Itajaí, SC.

## INTRODUÇÃO

A formação na área da saúde no Brasil é uma construção social, atravessada por vasta pluralidade de ideias, conceitos, imagens-objetivo e valores. Ainda que a instituição das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) tenham impactado positivamente as estruturadas curriculares vigentes nos cursos de graduação (WERNECK et al, 2010), a formação vem se apoiando em um modelo que ainda “não promoveu uma cultura político-pedagógica orientada ao Sistema Único de Saúde” (SUS) (ALMEIDA-FILHO, 2013, p. 1681).

Uma das questões postas na atual conjuntura é como enfrentar o descompasso entre a formação em saúde e a crescente necessidade de profissionais críticos, isto é, profissionais que compreendam saúde, doença e conceitos correlatos a partir do desenvolvimento de uma consciência que conhece a realidade das coisas e de uma subjetividade dialeticamente ligada à experiência do mundo real (SEPPILLI, 2012 apud LIMA, 2013).

Como produzir esta compreensão de base se a maior parte de currículos ainda fechados em universidades brasileiras aliena os diferentes saberes entre si e extravia a tão necessária formação humanística proporcionada por estudos mais gerais (ALMEIDA-FILHO, 2013). Como formar profissionais para o SUS sem assumir o enfrentamento a este descompasso tão desafiador ao campo da saúde coletiva. Como formar para o SUS sem o fomento a um posicionamento crítico sobre a importância da luta pela garantia do direito à saúde para todos: direito conquistado por toda sociedade brasileira (LIMA; SEVERO; DA ROS; VERDI, 2009).

Tendo essa problemática como marco geral, o presente ensaio propõe descrever elementos da história pregressa de promoção da saúde para, em seguida, discorrer sobre uma perspectiva de sociedade e apresentar reflexões sobre sociabilidade, sujeitos e relações educativas. Sensibilizando-se com a questão, os autores utilizam o método historiográfico, dirigido pela relação dialógica entre texto (ideias, conceitos e imagens-objetivo) e contexto (formação em saúde) para impulsionar o debate sobre a importância da perspectiva epistemológica na compreensão deste campo, na formação para o SUS. O argumento aqui defendido é que o horizonte científico da promoção de saúde, na formação para o SUS, exige a compreensão de saúde como socialmente determinada, na medida em que esta formação implica em uma prática diferenciada, com sustentação metodológica e epistemológica próprias. O objetivo é iluminar a importância da

compreensão de questões teórico-conceituais abrangentes e de movimentos sociais, capazes de gerar abordagens de maior alcance ao campo em questão.

Para avançarmos, torna-se necessário recuperar historicamente algumas ideias, conceitos, imagens-objetivo e valores que forneceram as bases para a emergência da compreensão de saúde como socialmente determinada.

## **UM PASSEIO PELA HISTÓRIA...**

Para discutir promoção de saúde torna-se necessário compreender com qual conceito de saúde trabalhamos e reconhecer o nosso modelo de sociedade.

Se nós adotamos o conceito da Organização Mundial da Saúde (OMS), da década de 50, - saúde é o completo bem estar físico-mental-social e não apenas a ausência de doença -, estamos dizendo pela negação que não é possível ter saúde caso estejamos com alguma doença. Na presença, por exemplo, de unha encravada, uso de óculos, calvície, dente cariado, tristeza ou preocupação com a desigualdade social, nós não teríamos saúde: estaríamos afastados do completo bem estar.

Se, ao contrário, nós admitimos saúde e doença como expressões de um processo particular do processo geral da vida social (BREILH, 2011), isto é, como movimentos socialmente produzidos na nossa vida cotidiana, estamos admitindo que possam existir, simultaneamente. Restará, talvez, saber se existe algum tipo de gradiente regulando os dois conceitos, ou se estamos falando de dois conceitos contrários entre si. Se partirmos da premissa de possível coexistência, um novo entendimento se delineia.

A Organização Pan-Americana da Saúde, em seu livro *Desafíos para la educación en salud pública: la reforma sectorial y las funciones esenciales de salud pública*, editado em 2000, afirma que saúde está relacionada com solidariedade, cidadania, direitos sociais, autonomia, equidade (OPAS, 2000). Quatorze anos depois desta edição, a Política Nacional de Promoção de Saúde brasileira reconhece esta afirmativa e adiciona ainda os seguintes valores: emancipação, perspectiva de futuro, felicidade, amorosidade, reconhecimento à diversidade (BRASIL, 2014). Ou seja, em ambas as produções nenhum desses valores relacionados à saúde é compatível com remédios químicos ou físicos, nem ao menos com a questão biológica. São variáveis sociais. Logo, começamos a entender que saúde é determinada socialmente e isto permite entender a convivência simultânea de saúde com doença. Passeando no tempo histórico que impulsionou o modo de produção

capitalista, cuja singular capacidade é a de transformar a “humanidade em mercadoria” (LIMA;VERDI, 2015, p. 336), podemos compreender essa determinação:

No século XIX, o capitalismo super explorava fisicamente a classe trabalhadora. Com o surgimento da ideia de força de trabalho, os donos das fábricas começam a se preocupar com a “saúde” dos trabalhadores, pois o processo acelerado da produção poderia gerar problemas na produtividade das fábricas. Em 1830, Robert Dernham, dono de uma fábrica têxtil inglesa pergunta ao seu médico particular como ele poderia cuidar da saúde dos seus operários. Ouve como resposta:

Coloque no interior da sua fábrica o seu próprio médico, que servirá de intermediário entre você, os seus trabalhadores, e o público. Deixe-o visitar a fábrica, sala por sala, sempre que existam pessoas trabalhando, de maneira que ele possa verificar o efeito do trabalho sobre as pessoas. E se ele verificar que qualquer dos trabalhadores está sofrendo a influência de causas que possam ser prevenidas, a ele competirá fazer tal prevenção. Dessa forma você poderá dizer: meu médico é a minha defesa, pois a ele dei toda a minha autoridade no que diz respeito à proteção da saúde e das condições físicas de meus operários [...] (MENDES; DIAS, 1991, p. 341).

O médico particular é contratado pelo dono da fábrica. Nasce, ali, o primeiro serviço de Medicina do Trabalho (MENDES; DIAS, 1991).

No entanto, para combater a forma com que o capitalismo atuava, um grupo de médicos progressistas alia-se à classe trabalhadora. Diferentemente do discurso médico anterior, ao entrarem nas fábricas esses médicos expressam: “As pessoas adoecem e morrem em função do jeito que vivem; com este regime de exploração da força de trabalho morrerão todos”. Nasce o Movimento de Medicina Social.

Dentre os efeitos perversos do modo de produção capitalista, naquele contexto, cabe assinalar: 16 horas por dia na fábrica; ausência de saneamento, ventilação (janelas), e direitos sociais; salários insuficientes para alimentar o trabalhador; gestantes tendo filhos no chão de fábrica; crianças trabalhando, a partir dos quatro anos, para garantir minimamente a sua comida; pessoas vivendo em quartos úmidos e sujos, comendo alimentos adulterados, usando roupas esfarrapadas. A mortalidade no interior das fabricas era avassaladora. A mortalidade infantil ultrapassava 350/1000 (ENGELS, 1845).

A situação da classe trabalhadora, de suas condições indignas de trabalho e vida, submetida a este modo de produção torna-se objeto de vários estudos, destacando-se aquele realizado por Friedrich Engels, em 1845, “A situação da classe trabalhadora na Inglaterra”. Durante dois anos, ele pesquisa o ambiente de trabalho do operariado inglês,

em várias cidades, tais como Manchester, Liverpool, Glasgow, Preston, Birmingham (ENGELS, 1845).

Engels observa que o processo de industrialização submetia os trabalhadores à incerteza de uma existência, ou melhor, à inevitável inexistência moral e física, expressa em uma vida exposta a violentos estímulos que transitavam entre a esperança e o medo. O perigo rondava os espaços do viver. A saída para o prazer é encontrada no álcool. Pais e crianças bebem coletivamente, especialmente licores, bebida de fácil acesso. O incentivo à ingestão de álcool na infância é a opção que os pais encontravam para silenciar seus filhos e, assim, terem um pouco de descanso. Havia uma urgência de lazer e uma forte tristeza no ar: no ar de má qualidade (ENGELS, 1845).

Apesar de a realidade escancarar a falta de acesso a condições dignas de trabalho e de vida, Engels revela que os trabalhadores alimentavam o capital: vários medicamentos para as dores existentes foram patenteados, na época, gerando lucros aos fabricantes (ENGELS, 1845).

Esta pesquisa revela a forma mais cruel de morte que pode assolar um povo - a morte sem direito à defesa -, pois quando a sociedade submete centenas de proletários a uma morte desumana, ela está matando e negando aos trabalhadores o direito à defesa (ENGELS, 1845).

Neste cenário de degradação da vida produtiva, o Movimento de Medicina Social constrói uma hegemonia no jeito europeu de pensar saúde, entre 1830 e 1875. Aliando-se aos mais de trinta movimentos revolucionários em ebulição na Europa (Socialistas utópicos, Comunais, Populares, Socialistas, Anarquistas, para cita alguns), o Movimento defende que para fazer saúde precisa mudar a sociedade. Dentre as conquistas deste Movimento, cabe citar: a) a inclusão, na Constituição Prussiana (Alemã) de 1849, de saúde como direito social e dever de Estado; b) algumas modificações focais em *locus* de atuação; e c) breves momentos de vitória dos movimentos revolucionários (a Comuna de Paris é um exemplo). Note-se que, aqui, se destaca claramente o que apontávamos no início do texto: promoção de saúde separada de prevenção de doença, uma vez que os dois termos (saúde e doença) não são contrários entre si.

Esta compreensão do Movimento de Medicina Social tem Rudolf Virchow como pai: três anos após a divulgação dos resultados do estudo de Engels, em 1848, Rudolf Virchow, médico alemão, é designado pelo governo prussiano para a missão de combater uma epidemia de tifo que acometia a população polonesa. Os resultados demonstram que o tifo era determinado pela “presença de um Estado autoritário e repressivo”, pelas

condições insalubres e pobreza (BERLINGUER, 2011, p. 202). Este ‘jeito’ socialmente determinado de pensar a doença mantém-se hegemônico até quase o final do século XIX (DA ROS, 2000).

Na primeira década do século XX, os estudos sobre a situação da classe trabalhadora da Inglaterra e o estudo sobre o tifo refletem na conquista do primeiro Sistema Nacional de Saúde implantado no mundo: o Sistema Nacional de Saúde russo (COELHO, 1998). Engels e Virchow inspiraram Nikolai Semashko, então Ministro de Saúde da Rússia, que, em 1917, em cenário de Revolução Socialista, coordenou a conquista de um sistema universal de saúde, sustentado no conceito russo de saúde social (SERENKO; ERMAKOV, 1984).

Para Semashko, saúde social (saúde da população) é **determinada** pelo regime sociopolítico, ou seja, pelas relações sociais de produção, pelo nível de desenvolvimento das forças produtivas e pelos modos de vida que deste (regime sociopolítico) dependem. Saúde social é **condicionada** pela influência integral de fatores sociais e biológicos do meio ambiente, tais como: condições ambientais de vida e de trabalho da população, salário, cultura, escolaridade, alimentação, relações familiares, qualidade e acesso à serviços de saúde, lazer; fatores climáticos, geográficos, hídricos e meteorológicos (SERENKO; ERMAKOV, 1984). Observa-se, na lógica russa de saúde, a clara distinção entre determinante de saúde e condicionantes de saúde.

O conceito russo de saúde social acaba expressando uma raiz embrionária de atenção primária, bem como impulsionando a necessidade de modificar as relações sociais de produção para garantir a promoção da saúde da população. Vale assinalar que a Rússia do início do século XX é um país pobre, camponês, com aproximadamente 90% de sua população residindo no campo; um país “atrasado, semifeudal e semibárbaro” (RODRIGUES, 2006, p. 13). A maior parte de sua população vive em aldeias, o trabalho centra-se na terra e os instrumentos utilizados são tipicamente medievais. Há poucas cidades, destacando-se São Petersburgo e Moscou, mas elas guardam traços ainda rurais. Segundo Bahro (1980), nesta época coexistem no país três formações econômico-sociais: a asiática (aldeia), a feudal e a capitalista moderna (nova e frágil). Enquanto a Inglaterra, Alemanha, França e Estados Unidos vivem um capitalismo desenvolvido, a Rússia instala um modelo que centra sua produção nas suas necessidades de defesa como um meio de fazer frente à competição com as potências ocidentais. Com um capitalismo incipiente, o país é considerado por Lênin o “elo mais fraco da cadeia capitalista” (LENIN, 1983 apud

RODRIGUES, 2006, p. 24). Seu proletariado era jovem e não tinha uma identidade operária: parte da identidade era operária, parte camponesa.

O Sistema Nacional de Saúde russo, fundamentado no conceito de saúde social, perdura por pelo menos dez anos: até a ascensão de Stalin que, gradativamente, rompe com o modelo, adotando a premissa ocidental biologicista.

Esta premissa nasce ao final do século XIX com a descoberta da bactéria por Pasteur, cujo resultado converge para o surgimento da teoria unicausal das doenças. Um dos efeitos imediatos desta teoria sobre o Movimento de Medicina Social é gerado na Alemanha: em 1893, Behring (médico alemão) pede a revogação dos Capítulos de Saúde da Constituição Alemã, alegando e explicitando a dicotomia que interessava ao capital: agora que descobrimos que a causa das doenças são as bactérias, os médicos não precisam mais se preocupar com a sociedade (DA ROS, 2000).

A então fortemente chamada teoria unicausal das doenças - embora contestada pela evolução óbvia do raciocínio que dará origem a teoria multicausal - permanece no imaginário profissional e popular até hoje. Quem nunca pensou: “Um dia, descobriremos a causa do câncer?” Na adoção do modelo unicausal, ‘a causa de’ é simplista, mas facilmente inteligível; daí a dificuldade de se desvincular de tal raciocínio.

O raciocínio unicausal é fundamental para a emergência de bases que permitam ao capitalismo aplicar sua lógica no setor. Ele atua em descobrir a causa das doenças, o que implica no desenvolvimento de equipamentos. Uma vez descoberta, a causa passa a ser combatida não socialmente, mas na esfera privada individual (aproveitando para culpabilizar a vítima); pela via dos medicamentos. Outro desdobramento do raciocínio unicausal é sobre o melhor lugar para o doente ser tratado: este lugar é onde existe disponibilidade maior de recursos (equipamentos e remédios). Chama-se hospital. Exames + Remédios + Hospital estabelecem o tripé do chamado complexo médico industrial, acrescido, depois, dos seguros de saúde.

Com esta lógica, os Estados Unidos, em crescimento capitalista, utilizam um de seus pilares, a Fundação Rockefeller, que havia construído sua universidade, a John’s Hopkins, para realizar uma investigação nas Faculdades de Medicina. Capitaneada por Abraham Flexner, em 1910, esta investigação proporciona ao Estado capitalista o lançamento de uma Reforma, que culmina com o fechamento da maioria das Faculdades de Medicina daquele país: a Reforma Flexneriana (DA ROS, 2000).

Esta Reforma justifica o fechamento de inúmeras Faculdades com o argumento de que elas não são científicas: ensinam práticas alternativas (acupuntura, fitoterapia,

homeopatia), medicina social (que não seria científica, naquela perspectiva), e psiquiatria (que não se comprovava cientificamente); aceitam negros e mulheres em seus cursos (que não teriam capacidade de entendimento do conhecimento científico). Estabeleceu-se, naquele país, a lógica do pensamento único: positivista, hospitalocêntrico, com ensino segmentando o corpo em pedaços, ignorando a sociedade e valorizando o complexo médico industrial. Expande-se como lógica predominante para o mundo (DA ROS, 2000). Apesar disto, ocorrem algumas tentativas de busca por novas luzes, na década seguinte, cabendo citar uma iniciativa lançada dentro da própria Universidade *John Hopkins*: o modo de ver saúde de Henry Sigerist.

Médico e historiador suíço, humanista apaixonado pelo enfoque do social em saúde, Sigerist ingressa na *John Hopkins* em 1927, tornando-se professor na mesma Universidade em que Flexner atuava. Já no início de suas atividades, ele mostra à Instituição a importância da história e do enfoque social na formação e prática médicas. Cinco anos depois, em 1932, ele cria e dirige o Instituto de História da Medicina da *John Hopkins*. A criação deste Instituto é aceita porque, naquela década, os EUA estavam interessados em resolver urgentes e graves problemas sociais da medicina. No mesmo ano, Sigerist resolve conhecer o conceito de saúde social do Sistema Nacional de Saúde, nesta década, não mais russo, mas soviético (CHAPLE, 2002).

Admirado intensamente pelo observado, - o conceito soviético de saúde social e a abordagem qualitativa da epidemiologia soviética -, Sigerist retorna aos Estados Unidos quando divulga que aquele seria o modelo ideal a ser implantado em qualquer país, inclusive nos EUA. Ele defende claramente a determinação social do processo saúde/doença e, portanto, separa promoção de saúde (que se debruça sobre o objeto saúde) de prevenção de doença (que se debruça sobre o objeto doença). No entanto, em 1940, em clima de Guerra Fria, ele foi taxado comunista e expulso do país (CHAPLE, 2002).

Nos anos 60 e 70, Juan Cesar García, médico argentino (que pode ser intitulado como o pai da medicina social latino-americana), retoma as bases filosóficas e sociológicas de Virchow e Sigerist e insere a perspectiva de Canguilhem, para quem saúde é a capacidade de reagir a uma situação opressora. O pensamento social de García impulsiona o pensamento social na América Latina (GARCÍA, 1989).

García deixa como herdeiros Everardo Nunes e Sergio Arouca, no Brasil; Jaime Breilh, no Equador; Mario Testa e Juan Samaja, na Argentina; e muitos outros, que se debruçaram e/ou debruçam-se sobre a diferenciação entre saúde coletiva (determinação social) e saúde pública (determinação biológica). Alinha-se a Vicente Navarro, a Asa



Cristina Laurell para produzir o pensamento que, juntamente com Giovanni Berlinguer, servirá de base e inspiração para a construção do Movimento da Reforma Sanitária, célula-mãe do Sistema Único de Saúde (SUS).

A idealização do SUS e do próprio pensamento da medicina social latino-americana/ saúde coletiva têm como um dos pilares e fonte de inspiração os Movimentos Populares de Saúde que mesclavam conhecimento popular com participação da teologia da libertação. Estamos nos reportando aos de 1960, quando os Movimentos Populares de Saúde convivem com uma educação dialógica preconizada por Paulo Freire e se constituem em importante ator social para a construção deste ideário.

Em contrapartida, na mesma década, de 1960, eventos importantes compõem um raciocínio que culmina com o entendimento de promoção de saúde com sentido de prevenção de doença. A origem desta vinculação se dá em solo norte-americano, através do modelo explicativo de saúde e doença, criado por Leavell e Clark (LEAVELL; CLARK, 1976).

Leavell e Clark, questionando o simplismo do raciocínio unicausal de doenças, criam a teoria multicausal, também chamada de modelo ecológico. Baseando-se na história natural da doença, modelo explicativo criado por John Ryle, em 1930 (FREITAS, 2000), os pesquisadores agregam variáveis sociais (mas somente enquanto variáveis), na tentativa de incorporar o biológico como causa necessária e suficiente. Segundo seus estudos, a história natural da doença tem um agente (biológico), um hospedeiro (indivíduo) e o ambiente (LEAVELL; CLARK, 1976) (um “cheirinho” de sociedade).

O modelo ecológico configura uma avanço ao reconhecer a presença de fatores físicos, biológicos, sociais, econômicos, culturais, e demográficos entre aqueles que contribuem para a produção de saúde e doença (BARATA, 2005), mas não estabelece o modo de produção social e as condições de vida que deste dependem como “determinante” hierarquicamente supremo. Isto é, tratava-se de um modelo que continuaria explicando o processo saúde-doença através de “causado por”, ainda que tenha introduzido “um cheirinho de sociedade”, na sua lógica.

É nesta teoria que se estabelece a confusão que reina até hoje, na medida em que Leavell e Clark criam níveis de prevenção da doença. O primeiro nível intitulado de prevenção primária inclui promoção de saúde e proteção específica. Logo, promoção seria uma variável da prevenção de doença. A partir desta premissa, educação para higiene oral, por exemplo, seria promover saúde, enquanto claramente isto é um

mecanismo preventivo da cárie. Portanto, é só com a ruptura do biológico como causa das doenças que se pode compreender promoção de saúde.

Com isto não queremos negar o biológico, mas assinalar que a dimensão biológica participa de modo indireto do processo saúde-doença: “somente através de condições sociais” (SERENKO; ERMAKOV, 1984, p. 15). Os nossos processos saúde-doença transitam sobre as condições sociais dos nossos processos de vida, desde o nascimento à velhice. Se imaginamos a nossa vida acontecendo, em interação, em um grande corredor (social) com inúmeras portas laterais chamadas processo saúde-doença, dependendo do modo como vivemos os efeitos do modo de produção capitalista (as relações sociais, as forças produtivas, o trabalho, a garantia de condições materiais de existência, os afetos), no corredor da vida, tais portas poderão ou não ser abertas pelo biológico.

Ainda na lógica da causalidade, o hemisfério norte abre outro capítulo sobre promoção da saúde, nos anos 70. Em 1974, o Canadá inaugura aquela que vem a ser chamada promoção da saúde “moderna”. Com o país imerso em crise do *Welfare State*, o ministro canadense entende que, diante da falta de recursos para atender as necessidades de saúde da população, é necessário um reinvestimento na causalidade do processo saúde-doença. Ele sugere quatro dimensões de saúde para a construção de políticas públicas: o ambiente (externo), a biologia, os estilos de vida e o sistema de saúde (WESTPHAL, 2008).

No entanto, a partir dos movimentos ocorridos, especialmente, no Canadá e nos Estados Unidos, duas tendências passam a compor as políticas públicas de saúde, de modo geral: a primeira baseada no comportamento dos indivíduos e seus estilos de vida; a segunda baseada em um enfoque mais abrangente de desenvolvimento de políticas públicas e de condições favoráveis à saúde (BUSS, 2012). A primeira, hegemônica, priorizando aspectos da educação ligados aos fatores de riscos comportamentais individuais, aqueles que fazem parte da vida privada das pessoas; a segunda, com menos luz ao sol em sociedades capitalistas, priorizando, de acordo com Iriarte et al (2002), as condições históricas e sociais como estruturantes de saúde e doença.

No trânsito desses fatos históricos complicadores, a OMS promove, em 1986, a 1ª Conferência Nacional de Saúde em Ottawa. Embora o debate tenha avançado em alguns componentes do entendimento do que é promover saúde, a lógica permanece culpabilizando o indivíduo pelas doenças. Ou seja, permanece a confusão. Ainda que tenha afirmado que saúde está associada a um conjunto de valores - solidariedade, equidade, democracia, cidadania -, a Conferência não deixa de colocar sobre os

indivíduos a responsabilidade de saúde, pela antítese de saúde. Chega a citar o desenvolvimento de habilidades pessoais para responsabilizar-se mutuamente com as políticas públicas. Usa, para este reforço das capacidades individuais, a palavra empoderamento, que acaba subordinando o possível protagonismo que defendem: “eu profissional de saúde, sábio, (em)podero-te com meu conhecimento biologicista”.

### **UMA PERSPECTIVA DE SOCIEDADE...**

Tendo discutido até aqui aspectos históricos, políticos e conceituais de promoção da saúde, em relação com o conceito de saúde que trabalhamos, cabe retomar a essência do primeiro parágrafo deste texto e tecer considerações sobre modelo de sociedade.

Conforme expressamos no primeiro parágrafo, para discutir promoção de saúde precisamos reconhecer o nosso modelo de sociedade, pois as condições de possibilidades e os limites para a consolidação da lógica abrangente de promoção da saúde ou para a perpetuação da lógica reducionista dependem das luzes ou sombras lançadas pela sociedade. Sociedade aqui entendida como Estado, formado por sociedade civil e sociedade política (GRAMSCI, 2007).

Que sociedade nós somos? Nós nos reconhecemos enquanto a sociedade de classes que concretamente produzimos todos os dias e que por ela somos produzidos? Estamos em tempos de mobilização orgânica em prol de uma sociedade justa e igualitária? Com condições de acesso, oportunidade e resultado para todos? Estamos em tempos de luta de classes?

Na nossa perspectiva, mais que nunca a conjuntura política brasileira clama, em tempos de crise ética, política e econômica, pelo reconhecimento da sociedade de classes que somos e da proteção da promoção da saúde como um direito social conquistado e uma via política para a transformação social. No entanto, a dinâmica social cotidiana nos revela a presença de um véu sobre esse produto histórico: há uma tendência no nosso processo de viver e de garantir políticas públicas que tem condicionado a existência do hoje às incertezas do amanhã. Nos mais variados contextos de nossos processos de produção e reprodução da vida, nós vivemos tempos contingentes, tempos de riscos, reais e imaginários, codificados e não codificados. Vivemos tempos de incertezas, alimentados por muitos meios para se realizar qualquer coisa que seja. Vivemos tempos sem tempo para fins concretos (LIMA, 2013).

Em tais cenários, para muitos, o problema “social” é “global”; trata-se de pressão sistêmica global. Para outros, “salve-se quem puder”. Para o contingente sonhador, que sonha um mundo melhor “precisamos recomeçar”, reconstruir a luta na recuperação de outro começo, como diria Gramsci, *quando tutto pare perduto bisogna ricominciare dall’inizio* (GRAMSCI, 2012).

O que parece comum no contemporâneo não é o bem comum, mas a inclusão do consumo e um movimento acelerado individual e entre pares, instaurado no cotidiano para dominar o tempo e alimentar suas demandas correlatas, impostas pelo modo de produção capitalista. Em consequência, parece que os efeitos gerados nos processos individuais e sociais não têm sido poucos, pois irritação, angústia, desencanto, relações estéreis e produção de falsos self (saudáveis?) têm emoldurado o cotidiano do viver (LIMA; VERDI, 2011), aprisionando, em seu interior as necessidades humanas conclamadas pelo mercado consumidor (BAUMAN, 2000 apud LIMA, 2013).

Neste cenário, há uma banalização para a reflexão da qualidade (ou sentido?) das relações sociais, de processos gerais, da importância de realização de valores coletivos, tais como solidariedade, humildade, generosidade, e dignidade. Parece que essas questões estão fora de moda. O que se procura universalizar nesse véu que encobre a sociedade de classes não são condições concretas para uma vida digna para todos, mas a vida digna do eu, a temporalidade acelerada, a predição do futuro, o processo de individualização (LIMA; VERDI, 2011).

No campo teórico, há diversas expressões difíceis para explicar a nossa sociedade: sociedades complexas, pós-industriais, pós-materiais, tardo-capitalistas, de informação, capitalismo tardio; sociedade da modernidade fluída, segunda modernidade, modernização da modernidade; sociedade intervalar, sociedade de transição paradigmática; sociedade moderna reflexiva; sociedade moderna e sociedade de risco (LIMA, 2013). No campo prático, somos uma sociedade de classes encoberta pela sociedade de risco.

Segundo Ulrich Beck, sociólogo alemão, deixamos de ser uma sociedade industrial moderna e nos tornamos uma sociedade reflexiva moderna. Esta sociedade reflexiva não é aquela que nós sonhamos concretizar, para a qual a reflexão seria a base do exercício ético de realização de valores para fins de tomadas de ações políticas justas para nós e para os outros, mas aquela que reflete as biografias, de modo compulsivo. Para ele, o ponto de partida desta sociedade está na produção de uma subjetividade individualizada, desenvolvida nos anos de 1970. Ela é composta por duas etapas: uma em

que nós produzimos as ameaças e os efeitos das supostas ameaças em nossas mentes (na vida pessoal, privada) chamada sociedade de risco residual. Nesta etapa, produzimos, por exemplo, desafetos, doenças imaginárias, sensações de abandono, de solidão: produzimos doenças da modernidade. Na outra etapa, os riscos produzidos pela sociedade são colocados no centro dos conflitos públicos, tanto políticos como privados (BECK, 2011 apud LIMA, 2013).

Para Beck, os riscos não compõem uma ideia: eles “são uma realidade virtual” das latentes sociedades capitalistas contemporâneas. A fundação desta sociedade está expressa na cegueira e na surdez dos efeitos e perigos ignorados na construção e consolidação do projeto de modernidade (BECK, 2011, p. 328 apud LIMA, 2013).

E, aqui, abrimos um parêntese para retomar o século XVIII, especificamente o Movimento de Medicina Social europeu. Comentamos sobre a pesquisa de Engels, cujo objetivo foi estudar a situação da classe trabalhadora na Inglaterra. Este estudo nos mostra os perigos degradantes imputados aos trabalhadores pelo modo de produção capitalista. Em outras palavras, Engels expressa perigos advindos de situações “concretas”, indignas de vida e de trabalho. A sociedade de risco contemporânea, por sua vez, nos mostra outra coisa: ao transformar intencionalmente o perigo em risco, a favor do capital, ela acaba produzindo riscos “virtuais”, probabilísticos, suficientemente capazes de tensionar as portas dos processos de saúde e doença, dos corredores da nossa vida cotidiana. O que parece importar nesta sociedade é o exercício cotidiano individual de auto confrontar-se com riscos, para fins de proteção. Qual efeito é gerado neste percurso individualizado? A liquefação da integração; o fortalecimento da lógica: “salve-se quem puder” (LIMA, 2013). Quem tem ganhado muito com isto? As operadoras e os planos de “saúde”, para os quais os riscos definem custos.

Nesse fluxo, a saúde e a promoção da saúde como bens comuns, como direitos sociais e os efeitos gerados no histórico cenário injusto de sociedade de classes parecem clamar, na voz dos excluídos, pela gestação de novos modelos epistemológicos, em cuja essência o respeito pela dimensão histórica, social e ética componha uma nova ordem. Enquanto essa gestação não chega, as discussões sobre a relação entre a saúde e a ideia de risco tomam assento em diversas esferas e parecem, nas vozes dominantes, naturalmente dispostas para compor uma agradável harmonia. Tais vozes, ao ecoarem na sociedade civil, acabam “qualificando” modos de vida, adaptações sociais, percepções de saúde e (intencionais?) enfoques de risco (LIMA, 2013). Eis um terreno fértil para o

modelo explicativo de Leavell e Clark que, ao antever a importância de barreiras para “evitar a doença”, acaba hegemonizando a ideia de risco.

Na nossa perspectiva, gramsciana, somente com vontade coletiva e movimentos de base (MANACORDA, 2012) será possível criar estratégias políticas com capacidade para alavancar a luta por outra sociedade: uma sociedade solidária, fraterna, justa, na qual todos possam gozar a vida com dignidade.

## **PROMOÇÃO DA SAÚDE, SOCIABILIDADE, SUJEITOS E RELAÇÕES EDUCATIVAS**

A produção das práticas de saúde, assumidas como política de estado, sustenta-se na criação de documentos reguladores, conceitos, ferramentas materiais e imateriais, metas, programas, modos de operar com a vida - exercício de captura das vicissitudes entre o nascer e o morrer -; múltipla afirmação de conhecimentos e sujeitos que inventam a vida ora como doença, ora como saúde.

A promoção da saúde como estratégia de Estado elege novos cenários e práticas como a comunidade, a participação e o controle social. Contudo, toma como centralidade do processo o aparato do Estado e o exercício da ciência (outorgada pelo Estado). Aposta na estratégia de capacitação dos atores como condição para promover saúde. Nesta medida, o texto ou discurso que capacita é de quem? Qual seu autor? E, quais os interesses deste autor? A racionalidade das políticas de saúde propõe uma atuação no cenário dos problemas sociais ou sanitários como se este cenário fosse um vazio a ser preenchido pelas soluções da engenharia social constituída de saberes sanitários. Tais saberes tomam o ser humano e sua expressão maior, a sociedade, como dado universal e necessariamente simplificado para caber nos limites do método empirista.

Para isto, Ayres (2001) desenvolve uma reflexão que expõe uma das principais contradições nas propostas de transformação da prática em saúde. Refere o autor que todo o avanço político pretendido pelos sanitaristas ou qualquer outro tipo de humanismo que queira se estabelecer no campo, esbarra com a noção de sujeito que alimenta e se reproduz na produção dos atos dos serviços de saúde. Questiona o autor se a concepção de sujeito estabelecida nas práticas de saúde é produtiva em relação aos princípios políticos que se quer afirmar como medida de superação de problemas alvo das críticas que se tem feito ao modelo biomédico vigente. O mesmo responde: “A tese que se quer aqui defender é a de que não, a concepção de sujeito predominante no pensamento sanitário não está em

sintonia com os principais valores e pressupostos que o orientam hegemonicamente na atualidade” (AYRES, 2001, p. 65).

Mesmo diante dos princípios doutrinários do SUS, inspirados pelos debates e conquistas do Movimento pela Reforma Sanitária, o uso da premissa empirista e fantasmagórica da prática sanitária supracitada estabelece impedimentos para o alcance da universalidade, equidade e integralidade. O sujeito do empirismo é um corpo natural e mecânico, determinado por sua natureza e passível de predição por sua mecanicidade. Corpo individual e central do modelo explicativo da saúde e doença que expressa variabilidade em função de elementos “menores” como a cultura e a sociedade. Frequentemente tomados como elementos de risco e, portanto, negativos. Afirmativos quando expressam uma consciência ideologicamente alinhada com os valores do capitalismo, consequentemente valores do Estado neoliberal.

Outro exercício estratégico do empirismo científico ou mesmo a sua versão política (a biopolítica e a medicalização) é o corte minimalista da sociedade, reduzida a uma somatória de indivíduos racionais e capacitáveis. Esta insistente afirmação apaga a expressão contemporânea do sujeito coletivo e julga o seu passado como problema civilizatório da irracionalidade das massas. Mediante este juízo, a expressão coletiva organizada, os movimentos sociais, por exemplo, ou mesmo o encontro público de pessoas, precisa ser evitado. A sociedade se constitui de um campo operacional teleologicamente orientado para o progresso e a sociabilidade desejada se configura como relação de controle. Controle sutil e midiático, tais quais os comerciais de margarina como demonstram Coelho e Fonseca (2007) em as “mil saúdes: para aquém e além da saúde vigente”, intensidades afetivas e políticas que reproduzem a mesmice das identidades biopolíticas.

A proposição da promoção da saúde como prática de resistência e crítica ao risco e controles biopolíticos demanda um posicionamento ético e político dos atores das práticas sanitárias que se inicia com a tomada intelectual de um sujeito de relações, da história, da cultura, do corpo criado na sociabilidade. Sujeito transcendente em relação à natureza. Pelbart (2003) toma a sociabilidade como potência afetiva. Força, poder de afetar e ser afetado, sujeito coletivo e, paradoxalmente: exclusiva possibilidade da emergência de um sujeito singular.

É justamente nesta tensão entre a sociabilidade polifônica, efervescente de valores e de sujeitos ou pessoas que se abraçam e se chocam mediante estes mesmos valores, que a vida digna e justa tem a sua possibilidade. A saúde como expressão de uma vida não

colonizada pela medicalização depende de sujeitos plurais, de sociabilidade atravessada pela diferença e pelo conflito, pelo uso da palavra e emergência da consciência na ação de construir a vida com os outros. A partir deste ponto, promover saúde é criar ou apoiar relações educativas.

Paulo Freire (1987) propõe uma educação orientada para a dialogicidade. A educação dialógica compreende que dizer a palavra não é apenas direito de alguns que supostamente sabem, mas direito de todos, tendo em vista que não há palavra verdadeira dita por um indivíduo como ato de prescrição; a pronúncia da palavra mundo é um ato de criação e recriação. A expressão palavra “mundo” para Paulo Freire é decorrente da compreensão de que a palavra não é apenas um código escrito ou falado, mas sim resultante da ação dos humanos que se encontram dialogicamente no mundo. Por esta mesma razão, não pode haver verdade validada por apenas um indivíduo, pois ela se põe na medida em que é validada nos encontros entre pessoas:

Não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação reflexão. (...) O diálogo é este encontro dos homens, mediatizados pelo mundo, para pronunciá-lo, não se esgotando, portanto, na relação eu-tu. (...) Se é dizendo a palavra com que, “pronunciando” o mundo, os homens o transformam, o diálogo se impõe como caminho pelo qual os homens ganham significação enquanto homens (FREIRE, 1987, p. 78-79).

Os sentidos que Freire (1987) atribui à palavra, ao encontro e ao diálogo sustentam sua proposta de educação crítica. A perspectiva crítica, no dizer de Benjamim, é aquilo que faz escovar a história a contrapelo. Isto é, educar através do diálogo e da relação comunitária deve ter por horizonte a reconstrução das condições de possibilidade do modo de vida das pessoas envolvidas. Recuperar objetos, textos, documentos, histórias que deem sentido ao modo como se vive. Recuperar relações sociais explicativas das necessidades reproduzidas no cotidiano das pessoas envolvidas.

No cotidiano, espaço de implementação das práticas de promoção da saúde, impera o pensamento espontâneo e automático, espécie de conduta respondente às contingências de um modo de vida determinado pelo regime produtivo do capitalismo. Domínio da alienação sobre a possibilidade da tomada de consciência. Existe alienação quando ocorre um abismo entre o desenvolvimento humano-genérico e as possibilidades de desenvolvimento dos indivíduos humanos, entre a produção humano genérica e a



participação consciente do indivíduo nessa produção (HELLER, 1985 p.32 apud MAFRA, 2010 p.35).

Frente a este cenário a educação traduz-se como necessidade humana. Na medida em que propõe para si o modelo dialógico, possibilita retomar a participação da pessoa na produção histórica de seu modo de vida, mesmo que como tensionamento político e cultural de sua condição. Assim, o abismo entre a determinação humano-genérico, a construção social das possibilidades humanas ao longo da história da humanidade, e a vida ordinária pode ter seu estreitamento. Retornando a Freire, o diálogo educativo não limita-se à relação eu-tu; é diálogo com o mundo, com a história.

A afirmação destas teses faz da instituição de saúde outro lugar e outro dispositivo também. Os clássicos desafios da clínica passam a dividir espaço com os desafios da construção de relações cuidadoras com protagonistas e saberes diversos. O tempo de cuidado não é mais o do cronômetro da fábrica, mas o tempo histórico da história social e biográfica dos sujeitos coletivos e singulares. Talvez tempo de reinventar a saúde.

## **CONSIDERAÇÕES**

O ensaio propôs o debate sobre o campo promoção da saúde, a partir da recuperação de sua base teórico-histórica e da compreensão de saúde como socialmente determinada. Na perspectiva dos autores, a formação em saúde para o SUS implica em uma prática diferenciada, com sustentação metodológica e epistemológica próprias, e requer assunção ao enfrentamento do descompasso contemporâneo entre o modelo hegemônico vigente e a produção de sujeitos reflexivos e críticos, dispostos à compreensão da realidade social como ferramenta de tomada de decisão.

## **REFERÊNCIAS**

ALMEIDA FILHO, N. M. de. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [online], v.18, n.6, pp. 1677-1682, 2013.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.

BERLINGUER, G. *Storia della salute*. Da privilegio a diritto. Firenze: Giunti, 2011.

BARATA, R B. Epidemiologia Social. *Rev Bras Epidemiol*, v. 8, n. 1, p. 7-17, 2005.

BRASIL, 2014. *Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014*. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446\\_11\\_11\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html)>. Acessado em 15 de dezembro de 2015.

BUSS, P. Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA; FREITAS. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 19-42, 2012.

BREILH, J. Determinantes Sociais da Saúde. Entrevista para o CEBES. Disponível em: <<http://www.cebes.org.br/internaEditoria.asp?idConteudo=1664&idSubCategoria=38>>. Acessado em 11 de setembro de 2015.

CHAPLE, E. B. Henry E. Sigerist Y La Medicina Social Ocidental. *Rev Cubana Salud Pública*, n. 28, v. 1, p. 62-70, 2002.

COELHO, A. R. O urbano e o sanitário na globalização – Estudo de questões urbanas e sanitárias na cidade de Florianópolis – SC. *Tese* (doutorado). 385 f. 1998. Universidade Federal de Santa Catarina.

COELHO, D. M.; FONSECA, T. M. G. As mil saúdes: para quem e além da saúde vigente. *Psicol. Soc.*, Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. 65-69, 2007.

DA ROS, M. A. Fleck e os estilos de pensamento em saúde pública. 2000. 206 f. *Tese* (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Educação, UFSC, Florianópolis, SC.

ENGELS, F. *The Condition of the Working Class in England, 1845*. Tim Delaney (trad.), 1988. Disponível em: <<http://www.marxists.org/archive/marx/works/1845/condition-working-class/>>. Acesso em: 11 de setembro de 2015.

FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FREITAS, S. F. T. *História Social da Cárie*. Bauru: EDUSC, 2001.

GARCÍA, J. C. *Pensamento social em saúde na América Latina*. In: NUNES, E. D. (Org.). São Paulo: Cortez, 1989.

GRAMSCI, A. *Come va il tuo cervellino?* Roma: L'orma, 2012.

GRAMSCI, A. *Quaderni del carcere*. 3. ed. v. 1. Torino: Einaudi, 2007.

IRIARTE, C *et al.* Medicina social latinoamericana: aportes y desafios. *Rev Panam Salud Pública*, n. 12, p. 128-136, 2002.

LEAVELL, H.; CLARK, E. G. *Medicina Preventiva*. Rio de Janeiro: McGraw-Hill do Brasil, 1976.

LIMA, R. C. G. S. Atenção Primária à Saúde como um produto da hegemonia: análise das Assembleias Mundiais de Saúde da OMS, 1948-1978. 2013. 298 p. *Tese*(Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, UFSC, Florianópolis, SC.

LIMA, R. C. G. S.; VERDI, M. I. M. Reflexões sobre a relação entre saúde e sociedade no contexto contemporâneo italiano. *Rev. bioét* (Impr.), v.19, n.1, p.157, 2011.

LIMA, R. C. G. S.; SEVERO, D.; DA ROS, M. A.; VERDI, M. A construção do direito à saúde na Itália e no Brasil na perspectiva da bioética cotidiana. *Saude soc.*, v. 18, n. 1, p. 118-130, 2009.

MAFRA, J. F. O cotidiano e as necessidades da vida individual: uma aproximação da antropologia de Agnes Heller. *Educação e Linguagem*: vol. 13, n. 21, 2010.

MANACORDA, M. A. *Antonio Gramsci, L'alternativa pedagogica*. Roma: Riuniti, 2012.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Rev. Saúde públ.* v. 25, n. 5, p. 341-9, 1991.

ORGANIZACIÓN PAN-AMERICANA DE LA SALUD. *Desafíos para la educación en salud pública: la reforma sectorial y las funciones esenciales de salud pública*. Washington, D. C., 2000.

PELBART, P. P. *Vida Capital: ensaios de biopolítica*. São Paulo: Iluminuras, 2003.

RODRIGUES, R. P. O colapso da URSS. Um estudo das causas. 2006. 310 f. *Tese* (Doutorado)-Pós-Graduação em História Econômica, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

SERENKO, A.F.; ERMAKOV, V.V. *Higiene social y organización de la salud pública*. Izabel V. Danílova (trad.). Moscou: Mir Moscú, 1984.

WERNECK, M. A. F. et al. Nem tudo é estágio: contribuições para o debate. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 15, n. 2, p. 221-231, 2010.

WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G. W. S. et al. *Tratado de Saúde Coletiva*, p. 665-67, 2008.