



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL**

ALEXANDRA BONIFACIO XAVIER

**POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E SOCIAL-LIBERALISMO:
contradições e confluências conceituais, ideológicas e políticas**

CAMPINA GRANDE

2018

ALEXANDRA BONIFACIO XAVIER

**POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E SOCIAL-LIBERALISMO:
contradições e confluências conceituais, ideológicas e políticas**

Dissertação apresentada à Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Área de concentração: Serviço Social, Estado, Trabalho e Políticas Sociais.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Alessandra Ximenes da Silva

CAMPINA GRANDE

2018

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

X3p Xavier, Alexandra Bonifácio.
Política nacional de promoção da saúde e social-liberalismo [manuscrito] : contradições e confluências conceituais, ideológicas e políticas / Alexandra Bonifácio Xavier. - 2018.
180 p. : il. colorido.
Digitado.
Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas , 2019.
"Orientação : Profa. Dra. Alessandra Ximenes da Silva , Coordenação do Curso de Serviço Social - CCSA."
1. Política nacional de saúde. 2. Promoção da saúde. 3. Social-liberalismo. 4. Reforma sanitária. 5. Sistema Único de Saúde - SUS. I. Título

21. ed. CDD 362.1

ALEXANDRA BONIFACIO XAVIER

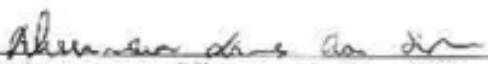
**POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E SOCIAL-LIBERALISMO:
contradições e confluências conceituais, ideológicas e políticas**

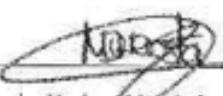
Dissertação apresentada à Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

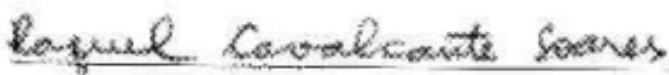
Área de concentração: Serviço Social, Estado, Trabalho e Políticas Sociais.

Aprovada em: 29 de Novembro de 2018.

BANCA EXAMINADORA


Prof.^a Dr.^a Alessandra Ximenes da Silva (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)


Prof.^a Dr.^a Maria Dalva Horácio da Costa (Examinadora Externa)
Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)


Prof.^a Dr.^a Raquel Cavalcante Soares (Examinadora Externa)
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Dedico este trabalho a Deus, Meu Pai e Melhor Amigo...

*Pai querido, obrigado pelos planos;
Grandes sonhos especiais pra mim.
Tu me guias nos caminhos desta vida.
Ao teu lado, nada faltará.*

*Eu te amo mais que tudo;
Quando forte, quando fraco,
Ao meu lado estás.
Agradeço, Pai querido,
Por ligar a nossa vida
Num só coração. [...]*

(Canção da Vida - Hinário Adventista do Sétimo Dia)

AGRADECIMENTOS

A presente dissertação marca o encerramento de mais um ciclo de minha trajetória: a sonhada conquista do curso de mestrado. Não considero, porém, essa etapa vencida com dedicação, risos e lágrimas, apenas mais uma aquisição acadêmica. A Pós-Graduação me proporcionou concomitantemente ao título de mestre, mais amadurecimento teórico-crítico, a ampliação de minha autonomia intelectual enquanto discente e pesquisadora e, por conseguinte, a superação de obstáculos pessoais.

Destaco que de modo algum teria chegado até aqui ou me tornado o ser humano que hoje sou sem o apoio de pessoas especiais às quais dirijo minha gratidão e carinho:

Ainda que em nossos dias o maior desafio do cristianismo seja exteriorizar a contemporaneidade da fé (Rodrigo Silva) e, apesar de que abordar esse assunto seja visto comumente como algo obsoleto, inicio expressando minha gratidão a Deus. Diferente do que muitos possam arrazoar, “a fé não consiste na ignorância” (João Calvino), pelo contrário, ela tem relação com o conhecimento e se amplia na medida em que o ser humano busca razões para crer. A espiritualidade é uma das dimensões da integralidade dos indivíduos sociais e relaciona-se à história que deve ser contextualizada, porém jamais retificada pelos cristãos: a encarnação de Deus na figura de Jesus Cristo (Rodrigo Silva).

Vivo de modo pessoal e significativo a fé no Filho de Deus, o qual me amou e a si mesmo se entregou por toda a humanidade. Através dos ensinamentos e da vida de Cristo, aprendi a valorizar o ser humano e a amar o meu próximo como a mim mesma, independente de quaisquer diferenças, pois entendi que nEle absolutamente todos foram feitos família de Deus (Apóstolo Paulo). Jesus inverteu a lógica predominante de seu tempo ao valorizar os que eram oprimidos e desprezados pela sociedade. Viveu a pobreza, a vida árdua de trabalho, a opressão política, a perseguição religiosa, sendo torturado e morto injustamente sem, contudo, deixar de transmitir empatia em cada gesto e palavra. Em vista disso, a pessoa de Jesus é minha inspiração maior na busca por igualdade e justiça.

A mais valiosa dádiva que dEle recebi é certamente minha família. Assim sendo, agradeço à minha mãe, Catarina, mulher batalhadora que sozinha criou os três filhos. Jamais

esquecerei suas lutas diárias para nos educar e oferecer o melhor possível. Com ela e meus avós maternos (*in memoriam*) aprendi valores únicos e preciosos que constitui quem sou.

Ao meu amado esposo, Maurício, homem sério, sábio, amante do conhecimento e companheiro de vida que sempre me motivou a buscar meus objetivos e a lutar por meus ideais. Sou grata por não medir esforços e fazer todos os sacrifícios para me incentivar nos estudos e em todos os aspectos da vida. Nesses dez anos de casados, o contato com um ser humano tão afetuoso e responsável me fez crescer e experimentar sentimentos até então não vividos. Agradeço pelo amor expresso através de dedicação, carinho e cuidado sem medidas; pela divisão dos encargos diários; pelo acolhimento e alívio de minhas angústias e cansaço durante o processo de pesquisa e escrita da dissertação; pela paciência com meus erros; por cada palavra de ânimo e abraço reconfortante; pelas horas que passou acordado preocupado comigo, zelando pelo meu conforto; por sua existência que não me deixa sentir sozinha.

À Ágata, minha filha, meu maior tesouro nessa vida, pequena grande menina que pacientemente me esperou para brincar após as horas extenuantes de estudo e que perdoou de forma tão pura minhas falhas e desatenções de mãe estudante. Agradeço por me fazer ver a vida de uma forma tão nova e linda, cheia de sentido e doçura; pela ternura e força que me transmite diariamente; por ser a parte mais feliz de minha existência e de nosso lar.

Ao meu irmão Ricardo, que mesmo tendo partido em busca de melhores condições de vida, permanece preocupado com suas caçulas. À minha irmã e companheira Andreza, da qual cuidei quando crianças na ausência de nossa mãe. Não imaginei que se tornaria a mulher guerreira que é hoje. Agradeço por ser a pessoa com a qual posso compartilhar confidências, tristezas e alegrias.

Aos (às) cunhados(as), Mário, Marcos, Maurílio, Márcia, Marilene e Marta pelo cuidado e carinho que demonstram por mim e aos(às) queridos(as) sobrinhos(as) que proporcionam afeto e estimam minhas conquistas.

Aos meus sogros João (*in memoriam*) e Francisca por me receberem como filha.

Às preciosas amigas, Vaninha, Janete e Verônica, verdadeiras irmãs, pela presença, embora nem sempre física; pela compreensão; por todos os momentos felizes que passamos e

ainda passaremos juntas; por cada palavra de apoio dita em momentos difíceis; por cada “bom dia” e estímulo trocados com reciprocidade; pelas intercessões.

Ainda no tocante à amizade, entre todas as experiências vividas nesses anos de mestrado, o maior tesouro que recebi foi a turma 2016. Construimos não só uma relação de companheirismo, mas laços de família. Nos momentos angustiantes, Sayonara, Mayara, Milca, Flávio, Daliane e Márcia estiveram presentes para compartilhar as lutas, aliviar os fardos e multiplicar as alegrias. Agradeço por cada palavra de ânimo dita com sinceridade; pelo abraço amigo; pela luz que trouxeram em dias turvos. Através de nossa relação experimentei as palavras de Cecília Meireles: “há pessoas que nos falam e nem as escutamos, há pessoas que nos ferem e nem cicatrizes deixam, mas há pessoas que simplesmente aparecem em nossas vidas e nos marcam para sempre.”

Às amigas que trago da graduação em Serviço Social e que encontram morada no meu coração, Nair, Marta, Rosana, Nanda, Juliana e Thayza; e à Mila, companheira na pesquisa de iniciação científica e em outras dimensões da vida. Agradeço por todo o aprendizado que obtivemos juntas e pela alegria e crescimento que nossa relação proporciona.

Às queridas docentes do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UEPB, Sheyla, Mônica, Jordeana, Moema e Alessandra, pela seriedade, engajamento e pelas valiosas contribuições que deram à minha vida acadêmica e pessoal. Em especial, à Alessandra, minha orientadora, pela confiança nas reflexões que construí e pela autonomia que proporcionou para que eu pudesse traçar minha própria trajetória investigativa.

Gratidão especial à Kathleen e Sandrinha, queridas orientadoras enquanto fui bolsista de iniciação científica e que se tornaram grandes amigas e inspirações, pessoas únicas com as quais tenho aprendido lições essenciais de vida. Agradeço pelas preciosas orientações na elaboração de meu Trabalho de Conclusão de Curso bem como na construção do projeto de pesquisa para a seleção do mestrado. Passei por uma verdadeira metamorfose da iniciação científica até aqui e o casulo desse amadurecimento foi tecido com o compromisso e a afeição que me proporcionaram. Não poderia deixar de registrar minha profunda gratidão à Kathleen também pelas valiosas contribuições em minha banca de qualificação do projeto de mestrado.

À turma de Política Social do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFPE, notadamente às docentes Graça e Raquel, pela acolhida calorosa nos debates da disciplina que me proporcionaram maior amadurecimento em torno do objeto de pesquisa no mestrado. A esta última sou grata também pela participação tanto na banca de qualificação, através de criteriosas observações que possibilitaram a construção do presente trabalho, quanto na banca examinadora. É um privilégio poder contar com uma pessoa tão amável e dedicada, uma grande profissional envolvida com as lutas em defesa da saúde pública.

À amiga Vanusa e à sua estimada família que me recebeu em seu lar no Recife, permitindo que cursasse a disciplina acima referida. Agradeço pela hospitalidade e carinho, pelo estímulo e pelos ternos laços que construímos.

À Dalva, por ter aceitado o convite de participar da banca examinadora; pelos profícuos contatos que tivemos até aqui através da amizade comum com Kathleen; pela inspiração que representa para mim por seu compromisso com a Saúde Coletiva.

Aos estimados vizinhos e amigos Renato e Claudinha, pelo apoio na tradução do resumo da dissertação para o inglês.

À CAPES e à Pós-Graduação em Serviço Social da UEPB, pelo apoio institucional.

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. O direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano. (Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde, 1986).

RESUMO

O presente trabalho buscou analisar as tendências conceituais e ideopolíticas do social-liberalismo que perpassam a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Cumpre situar que a Promoção da Saúde (PS) vem obtendo relevo nas políticas públicas em todo globo, sob os auspícios da Organização Mundial da Saúde (OMS), de modo a constituir o movimento internacional denominado de Nova Promoção da Saúde (NPS). Aparentemente progressista, por questionar o modelo biomédico, a NPS configura um terreno sinuoso e repleto de tensões conceituais e ideopolíticas que integra, no conjunto do ideário social-liberal, a busca do neoliberalismo por uma nova hegemonia. No Brasil, a NPS tem ganhando espaço desde os anos de 1990, no contexto de adesão do país ao neoliberalismo e de arrefecimento de teorias críticas no Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB). A institucionalização dos preceitos da NPS ocorreu nos governos neodesenvolvimentistas através da PNPS. Nesse trilho, para fins do estudo, se fez necessário identificar e analisar as conceituações do ideário social-liberal que fundamentam a PNPS; investigar as inflexões do pensamento social-liberal sobre a PNPS nos governos neodesenvolvimentistas e discutir as principais tendências ideológicas e políticas ligadas aos conceitos social-liberais inscritos na PNPS. Para tanto, foi realizado um estudo analítico, com abordagem qualitativa, a partir do método crítico-dialético. Na coleta e análise dos dados, utilizou-se a pesquisa documental, através de roteiro previamente construído, junto a PNPS e a outros documentos centrais no debate da PS, produzidos entre os anos de 2006 a 2014 e escolhidos para subsidiar o exame da política. Os conceitos centrais do estudo - Promoção da Saúde, Equidade, Participação Social, Educação em Saúde e Desenvolvimento Sustentável - foram eleitos no processo de investigação na realidade empírica, a partir da intersecção dos princípios que fundamentam o ideário social-liberal, a NPS e a PNPS. As análises evidenciam a correlação de forças entre as acepções construídas pelo MRSB e os princípios da NPS/social-liberalismo, com hegemonia desta última perspectiva. A PS aparece como uma estratégia de produção da saúde, como eixo norteador dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Contudo, a ênfase são as concepções voltadas aos hábitos de vida. Há inicial associação entre equidade e redução de desigualdades, sendo preconizado o direito universal à saúde. Entretanto, a tônica é o enfrentamento às iniquidades em saúde a partir dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS). A Participação Social é afirmada como condição para a PS. Todavia, há inconsistências no que tange à perspectiva do controle social e a participação é definida como um mecanismo de construção de consenso, a partir do empoderamento comunitário. No que se refere à Educação em Saúde, as acepções de liberdade de escolha, capacidades e bem-estar, são assumidas na normatização de hábitos de vida. É apontado o conceito de Educação Popular em Saúde, porém no sentido de favorecer escolhas saudáveis e, para tanto, a Educação Permanente em Saúde é afirmada como estratégia central. Por seu turno, o Desenvolvimento Sustentável é abraçado como um verniz ao atual modelo de desenvolvimento, com ênfase nos ambientes saudáveis, nos municípios/cidades e políticas saudáveis e na promoção da mobilidade segura e da paz no trânsito, em sintonia com o Estado mínimo para o social.

Palavras-Chave: Política Nacional de Promoção da Saúde; Nova Promoção da Saúde; Social-liberalismo; Movimento da Reforma Sanitária Brasileira; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The present work sought to analyze the conceptual and ideopolitical tendencies of social-liberalism that permeate the National Policy on Health Promotion (PNPS). It should be noted that Health Promotion (PS) has been gaining prominence in public policies across the globe, under the auspices of the World Health Organization (WHO), in order to constitute the international movement called the New Health Promotion (NPS). Apparently progressive, because of questioning the biomedical model, the NPS configures a sinuous terrain full of conceptual and ideopolitical tensions that integrate, within the social-liberal ideology, the search for neoliberalism by a new hegemony. In Brazil, NPS has been gaining ground since the 1990s, in the context of the country's adherence to neoliberalism and the cooling of critical theories in the Brazilian Sanitary Reform Movement (MRSB). The institutionalization of the precepts of the NPS occurred in the neodevelopmental governments through PNPS. In this way, for the purposes of the study, it was necessary to identify and analyze the conceptualizations of the social-liberal ideology that underlie the PNPS; to investigate the inflections of social-liberal thinking about the PNPS in the neodevelopmental governments and to discuss the main ideological and political tendencies related to the social-liberal concepts registered in the PNPS. For that, an analytical study was conducted, with a qualitative approach, based on the critical-dialectical method. In the collection and analysis of the data, the documentary research was used, through a previously constructed script, together with PNPS and other central documents in the PS debate, produced between the years 2006 to 2014 and chosen to subsidize the policy exam. The empirical categories of the study - Health Promotion, Equity, Social Participation, Health Education and Sustainable Development - were chosen in the process of research in the empirical reality, starting from the intersection of the concepts that underlie the social-liberal ideology, the NPS and the PNPS. The analyzes show the correlation of forces between the meanings constructed by the MRSB and the principles of NPS/social-liberalism, with hegemony of this latter perspective. The PS appears as a health production strategy, as the guiding axis of National Health System (SUS) principles. However, the emphasis is on life-style conceptions. There is an initial association between equity and reduction of inequalities, and the universal right to health is advocated. However, the emphasis is on coping with inequities in health from the Social Determinants of Health (DSS). Social Participation is affirmed as a condition for PS. However, there are inconsistencies with regard to the perspective of social control and participation is defined as a mechanism of consensus building, based on community empowerment. With respect to Health Education, the meanings of freedom of choice, abilities and well-being are assumed in the normalization of habits of life. It is pointed out the concept of Popular Education in Health, but in the sense of favoring healthy choices and, for that, the Permanent Education in Health is affirmed as central strategy. For its part, Sustainable Development is embraced as a veneer of the current development model, with emphasis on healthy environments, healthy counties/cities and policies and the promotion of safe mobility and peace in traffic, in tune with the minimum State for the social.

Keywords: National Policy on Health Promotion; New Health Promotion; Social-liberalism; Brazilian Sanitary Reform Movement; National Health System.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Modelo de Determinantes Sociais da Saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991).....	114
---	-----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Prioridades pactuadas do Pacto pela Saúde.....	75
Quadro 2 - Estratégias para impulsionar a Política Nacional de Promoção da Saúde.....	84
Quadro 3 - Principais conceitos do estudo.....	90

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

8ª CNS - 8ª Conferência Nacional de Saúde

AB - Atenção Básica

ABF - Associação Brasileira de Franchising

ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ACAD - Associação Brasileira de Academias

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

APS - Atenção Primária à Saúde

BIRD - Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento

BNDES - Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CAPS - Centros de Atenção Psicossocial

CBEXs - Colégio Brasileiro de Executivos da Saúde

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CEO - Centros de Especialidades Odontológicas

CEPAL - Comissão Econômica para a América Latina e Caribe

CF/1988 - Constituição Federal de 1988

CGDANT - Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis

CGPNPS - Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

CLT - Consolidação das Leis do Trabalho

CNDSS - Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde

CNPQ - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CNS - Conselho Nacional de Saúde

COAP - Contratos Organizativos da Ação Pública

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CSDH- Commission on Social Determinants of Health

CUS - Cobertura Universal de Saúde

DANTPS - Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DIEESE - Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos

DMP - Departamentos de Medicina Preventiva

DSS - Determinantes Sociais da Saúde

DVDCNT - Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis

EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

EC - Emenda Constitucional

EPS - Educação Popular em Saúde

ES - Educação em Saúde

ESF - Estratégia Saúde da Família

FMI - Fundo Monetário Internacional

GTPS - Grupo Temático de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Sustentável

GTVS - Grupo de Trabalho de Vigilância em Saúde

ICOS - Instituto Coalizão Saúde

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

IDISA - Instituto de Direito Sanitário Aplicado

IDRC - Centro de Internacional de Pesquisas para o Desenvolvimento

IHE - Sistema Integrado de Ecossistema Humano

IHRSA - International Health Racquet & Sportclub Association

IPCA - Índice de Preços ao Consumidor

MC - Medicina Comunitária

MDB - Movimento Democrático Brasileiro

MI - Medicina Integral

MP - Medicina Preventiva

MRSB - Movimento da Reforma Sanitária Brasileira

MS - Ministério da Saúde

MST - Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra

NASF - Núcleos de Apoio à Saúde da Família

NOB - Norma Operacional Básica

NPS - Nova Promoção da Saúde

NUPEPS - Núcleo de Pesquisas e Práticas Sociais

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico

ODS - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OGS - Organização de Gestão da Saúde

OMC - Organização Mundial do Comércio

OMS - Organização Mundial da Saúde
ONU - Organização das Nações Unidas
OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde
OSCIPs - Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
OSs - Organizações Sociais
PAB - Piso da Atenção Básica
PAC - Programa de Aceleração do Crescimento
PAS - Planos de Saúde Acessíveis
PAS - Programa Academias de Saúde
PEC - Projeto de Emenda à Constituição
PENSE - Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PIB - Produto Interno Bruto
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
PNAN - Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNPS - Política Nacional de Promoção da Saúde
PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PS - Promoção da Saúde
PSDB - Partido da Social Democracia Brasileira
PSF - Programa de Saúde da Família
PT - Partido dos Trabalhadores
PSL - Partido Social Liberal
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SPT 2000 - Saúde para Todos no ano 2000
SUS - Sistema Único de Saúde
SVS - Secretaria de Vigilância em Saúde
TCG - Termos de Compromisso de Gestão
UB - Universalismo Básico
UBS - Unidades Básicas de Saúde
UEPB - Universidade Estadual da Paraíba
UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância
VIGITEL - Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
WHO - World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	NEOLIBERALISMO E A EMERSÃO DO MOVIMENTO DE NOVA PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	25
2.1	PRESSUPOSTOS ANALÍTICOS: IDEOLOGIA E POLÍTICA EM ANTONIO GRAMSCI.....	27
2.2	ANTECEDENTES DA NOVA PROMOÇÃO DA SAÚDE: O RELATÓRIO LALONDE E A CONFERÊNCIA DE ALMA-ATA	33
3	SOCIAL-LIBERALISMO: O TERRENO FÉRTIL PARA A DISSEMINAÇÃO DA NOVA PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	42
3.1	AS CARTAS DAS CONFERÊNCIAS INTERNACIONAIS SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE E A FUNCIONALIDADE DA NOVA PROMOÇÃO DA SAÚDE À NOVA PEDAGOGIA DA HEGEMONIA	48
4	CONTEXTO NEODESENVOLVIMENTISTA E A POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	61
4.1	GOVERNOS NEODESENVOLVIMENTISTAS E A SAÚDE NO BRASIL: REMÉDIOS MENOS AMARGOS?	71
4.2	BREVE INCURSÃO ACERCA DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	81
5	CONCEITOS SOCIAL-LIBERAIS E SEU CONTEÚDO IDEOPOLÍTICO NA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	90
5.1	PROMOÇÃO DA SAÚDE	91
5.2	EQUIDADE	102
5.3	PARTICIPAÇÃO SOCIAL.....	116
5.4	EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	127
5.5	DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL	144
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	159
	REFERÊNCIAS	163
	APÊNDICE 1 – ROTEIRO DE PESQUISA DOCUMENTAL	179

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho buscou analisar as tendências conceituais e ideopolíticas do social-liberalismo que perpassam a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Compete elucidar que o debate em torno da Promoção da Saúde (PS) tem ganhado centralidade nas discussões e políticas em todo globo sob regência da Organização Mundial da Saúde (OMS) e vem configurando um movimento internacional denominado de Nova Promoção da Saúde (NPS)¹. A NPS conforma um discurso aparentemente progressista, por questionar o modelo biomédico e introduzir os temas dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), da equidade, da intersectorialidade, da participação social, do *empowerment*, e das políticas públicas saudáveis na agenda da saúde pública (VASCONCELOS, 2014b).

O terreno da NPS, entretanto, é mais sinuoso e repleto de tensões políticas e teóricas do que o discurso oficial apresenta (CZERESNIA, 2009). As visões em torno da PS não são homogêneas² e, em sua maioria, vêm sendo moldadas, nas últimas décadas, sob influência de organismos internacionais (ROCHA *et. al.*, 2014; RABELLO, 2010), que não exercem essa atuação desinteressadamente (BERLINGUER, 1978).

A partir de meados dos anos de 1990 as organizações e agências multilaterais, enquanto intelectuais ativos na construção de “um consenso em torno da direção política burguesa” (MARANHÃO, 2012, p.88), passam a fomentar políticas sociais de tendência “pós-neoliberal”, adotando o discurso de combate à pobreza e de melhoria das condições de vida (NOGUEIRA, 2009), “como uma diretriz concatenada às medidas liberalizantes do mercado.” (MARANHÃO, *Ibid.*, p. 87).

Trata-se do cenário de emergência de políticas social-liberais (CASTELO, 2008; 2013), de tendência mundial à formação de blocos transnacionais de países com integração de mercados e de políticas de proteção social (NOGUEIRA, 2009) focalizadas no combate às desigualdades extremas e evitáveis, as iniquidades (STOTZ; ARAUJO, 2004).

¹ Vale indicar que nomearemos de NPS as discussões que estiverem relacionadas especificamente com o movimento internacional e de PS o debate mais amplo que envolve a temática.

² Compete situar que existem diversas compreensões em torno da Promoção da Saúde (PS) (VASCONCELOS; SCHMALLER, 2014a). Para alguns analistas trata-se de um novo **paradigma** que se contrapõe ao modelo biomédico, para outros, um **campo de formação de conhecimentos e práticas** (CORREIA; MEDEIROS, 2014). Há também autores que vêem a PS como um **enfoque** que se baseia na visão ampliada do processo saúde-doença e nas formas de intervir no mesmo (BUSS, 2009) ou ainda enquanto um **conjunto de estratégias** que devem ser situadas no interior das proposições do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) dos anos 1980 (VASCONCELOS, 2013).

Em tal conjuntura, os debates em torno da NPS e de seus grandes temas – Determinantes Sociais da Saúde (DSS), equidade, intersetorialidade, participação social, *empowerment*, e políticas públicas saudáveis – são amplamente apregoados (VASCONCELOS, 2013), notadamente como parte da estratégia de atenuar as “iniquidades” nos países “em desenvolvimento” (STOTZ; ARAUJO, 2004; RIZZOTO; CAMPOS, 2016).

Destarte, como ressalta Vasconcelos (Ibid.), a relação dos princípios e diretrizes da NPS com as proposições social-liberais não é apenas uma “coincidência histórica”, pois conceitos como equidade, participação social ativa, capacitação e desenvolvimento sustentável são comuns a ambos os ideários, embora essa afinidade não esteja clara nos textos e documentos oficiais sobre a PS.

Assim como a autora mencionada, localizamos o “movimento” internacional de Promoção enquanto elemento crucial à busca do neoliberalismo por uma nova hegemonia. Desse modo, para investigar a influência dos preceitos social-liberais sobre a PNPS, as análises empreendidas pelo presente estudo partiram do pressuposto de que a NPS é um dos componentes do novo modelo de desenvolvimento apregoadado pelos organismos internacionais.

No Brasil, as contradições políticas no discurso da NPS fizeram com que o mesmo não fosse recebido sem dissonâncias por parte do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) dos anos de 1980. Entretanto, a partir dos anos de 1990, contexto de incorporação das recomendações neoliberais no país, as propostas internacionais da NPS ganham destaque em documentos e iniciativas do Ministério da Saúde (MS). É nessa conjuntura que emerge a proposta de formulação da PNPS, fundamentada nas Cartas das Conferências Internacionais sobre PS (BRASIL, 2015) e influenciada por organizações internacionais como a OMS e seu escritório regional para as Américas, a Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS/OMS.

A ideia de formulação da PNPS surge nos anos de 1998/1999, através de uma cooperação entre a Secretaria de Políticas de Saúde e o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), a partir de então, textos e iniciativas sobre a temática passam a ser disseminados no país (MALTA *et.al.*, 2016).

Uma proposta prévia em torno da PNPS foi construída pela OPAS/OMS no ano 2002. Contudo apenas no ano de 2005, no primeiro mandato do ex-presidente Luiz Inácio Lula da Silva, a Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT) constituiu em seu interior uma área técnica para elaborar a PNPS tendo como base os pressupostos indicados pela referida organização internacional. Para essa tarefa, foi criado

ainda no ano de 2005, sob a coordenação da CGDANT, o Comitê Gestor da PNPS (CGPNPS), constituído por representantes de vários departamentos e órgãos do MS (Id Ibid.).

No ano seguinte, a PNPS foi aprovada pelo MS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), sendo institucionalizada a nível federal por meio da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006.

Durante o governo de Dilma Rousseff, a referida política passou por um processo de revisão, também fomentado pela OPAS, em conjunto com o Grupo Temático de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Sustentável (GTPS) da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do MS. A Portaria nº 2.466, de 11 de novembro de 2014 consolida esse processo e representa, segundo os analistas, um marco na implantação e implementação da PS no país. Mais uma vez, não se trata de uma simples coincidência histórica, a PNPS revela a adoção das concepções advindas da NPS contribuindo na manutenção do ideário neodesenvolvimentista que marca os governos petistas.

No esforço de apreender as contradições do real, também é possível visualizar na PNPS algumas acepções e bandeiras históricas de luta do MRSB, impressas por profissionais identificados com a Saúde Coletiva que, em sua diversidade de posicionamentos e opiniões, estiveram presentes nos debates para a institucionalização da PNPS. Entretanto, na correlação de forças, essas concepções nacionais mais críticas, advindas dos sujeitos ligados ao MRSB, não são hegemônicas nos debates traçados na referida política.

A PNPS é reconhecidamente um documento fundamental no debate nacional sobre a PS/NPS, sendo sua análise imprescindível à apreensão desses ideários (BUSS, 2009; CORREIA; MEDEIROS, 2014; PIVETTA; PORTO, 2009; BRASIL, 2002). Contudo, no campo da saúde há incipiência de estudos críticos e mais conceituais que analisem a PS/NPS (BUSS, 2009; VASCONCELOS, SCHMALLER, 2014b) e que discutam os fundamentos ideológicos e políticos que perpassam as mesmas (STOTZ; ARAUJO, 2004), notadamente a partir do referencial do MRSB dos anos de 1970/1980 (VASCONCELOS, 2013).

Nessa direção, vale destacar a importância de pesquisas como a nossa para aproximações a acepções mais precisas de PS/NPS e que contribuam com publicações em saúde de caráter mais conceitual (BUSS, 2009), dada a fragilidade das produções nesse campo, como aponta Castiel:

Infelizmente, a saúde promocional, em suas formulações científicas hegemônicas, não costuma dedicar a necessária atenção em relação a dimensões socioculturais cruciais e a questões relativas a seus fundamentos filosóficos. Como consequência, sofre de graves tensões teóricas que as fragilizam grandemente. Seus conteúdos

acabam afetados por afirmações cujo significado ou é ilimitado, ou é destituído de sentido ou quando há algum sentido, este é bastante restrito. (CASTIEL, 2004 *apud* VASCONCELOS, 2013, p.100).

Desse modo, através do presente trabalho, nossa pretensão foi de somar forças às produções de caráter mais crítico, a exemplo de autores como Carvalho (*et. al.*, 2012), Vasconcelos (2013) e Castiel (*et. al.*, 2014), ao buscar apreender as contradições da NPS como o “caráter altamente intervencionista [e mercantilista] presente na proposta atual de promoção da saúde” (CEBES, 2009, p. 3).

Por meio do estudo em tela se visou também fornecer elementos à produção acadêmica do Serviço Social sobre a temática, uma vez que, como nas demais profissões da área da saúde, não obstante a presença do termo em seus discursos e textos e da categoria envolver-se “no planejamento, execução e avaliação de projetos/programas de PS, o debate teórico-político e conceitual sobre PS/NPS não aparece com densidade, sendo esparsos os estudos sobre o mesmo.” (VASCONCELOS; SCHMALLER, 2014b, p. 130).

Cumprir esclarecer que, assim como estas autoras, adotamos como base para nossa investigação a aceção de PS como uma estratégia na perspectiva difundida pelo MRSB dos anos de 1970/1980, ou seja,

Como uma lente da integralidade, da concepção ampliada de saúde, da determinação social da saúde a nortear os serviços de sanitários em todos os níveis de atenção e a parametrizar o trabalho dos diferentes gestores e profissionais em suas formas de abordagem e atuação (ações e atividades). (VASCONCELOS; SCHMALLER, 2014a, p. 86).

No escopo dessa definição, a PS pode estar presente em todos os níveis de atenção à saúde, em atividades de prevenção, tratamento e reabilitação (WESTEPHAL, 2007), devendo necessariamente estar associada às demais bandeiras de luta do MRSB, tais como universalidade, igualdade, descentralização, integralidade, intersetorialidade, trabalho interdisciplinar, controle social, organização e mobilização popular, exigindo que ultrapasse o domínio da própria política de saúde (VASCONCELOS; SCHMALLER, *Ibid.*).

Compete destacar ainda que nosso interesse pelo tema não surgiu do acaso. O estudo ora apresentado reflete um esforço que vem conferir continuidade a nossa trajetória acadêmica enquanto pesquisadora bolsista de iniciação científica do Núcleo de Pesquisas e Práticas Sociais (NUPEPS), do Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (DSS/UEPB)³.

³ No referido Núcleo participamos do projeto de pesquisa PIBIC-UEPB – cotas 2013-2014 e 2014-2015 – intitulado "Promoção da Saúde: uma análise das concepções e práticas das equipes dos Núcleos de Apoio à

A participação em Projeto de Pesquisa do NUPEPS nos permitiu aproximação teórico-crítica ao objeto de estudo e, além de referendar publicações e a construção de nosso Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) de Graduação em Serviço Social pela UEPB, trouxe consigo novas indagações que acabaram por conformar a presente proposta de investigação pela qual adentramos no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da mesma Universidade (PPGSS/UEPB).

Os resultados de nossas pesquisas de campo junto a profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) de Campina Grande (CG) e de João Pessoa (JP) corroboram a ausência de clarificação conceitual e política em torno da PS/NPS. Esses achados fortaleceram nossos anseios pela busca da explicitação ideopolítica dos conceitos presentes na PNPS.

Nesse trilha, através do presente estudo buscamos analisar as tendências conceituais e ideopolíticas do social-liberalismo presentes na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). De forma específica procuramos: identificar e analisar as conceituações do ideário social-liberal que fundamentam a PNPS; investigar as inflexões do pensamento social-liberal sobre a PNPS nos governos neodesenvolvimentistas; discutir as principais tendências ideológicas e políticas que estão ligadas aos conceitos social-liberais inscritos na PNPS.

Destarte, para alcance dos objetivos propostos pela presente pesquisa realizamos um estudo analítico, com abordagem qualitativa a partir do método crítico dialético e de suas categorias: totalidade, contradição e mediação, perspectiva de análise que permite aprofundar o conhecimento da realidade para além das primeiras aparências, levando em conta as contradições do real (KOSIK, 1976; GUERRA, 1998; SANTOS, 2002).

Nessa direção, elegemos como pressupostos analíticos para nosso estudo os conceitos gramscianos de bloco histórico, hegemonia, intelectuais, ideologia, Estado e política, os quais evidenciaremos no próximo capítulo.

Associada à revisão bibliográfica e, como conjunto de procedimentos técnicos de coleta e análise de dados, adotamos a pesquisa documental. A revisão bibliográfica foi feita com base em autores que discutem os conceitos centrais de nosso estudo priorizando, sempre que possível, produções de linha crítica⁴.

Saúde da Família (NASF)", financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), por meio do Edital de Apoio a Projetos de Pesquisa, chamada nº 43/2013.

⁴ Conceitos centrais do estudo e os autores mais utilizados na revisão bibliográfica: **neoliberalismo, social-liberalismo e neodesenvolvimentismo** (ANDERSON, 1995; CASTELO 2008; 2012; 2013; KATZ, 2016; LEHER, 2016; MARANHÃO, 2012; MOTA, 2012; MOTA; AMARAL; PERUZO, 2012); **Promoção da Saúde/Nova Promoção da Saúde** (BUSS, 2009; CORREIA; MEDEIROS, 2014; COSTA, 2014; CZERESNIA, 2009; PASCHE; HENNINGTON, 2006; VASCONCELOS; SCHMALLER, 2014a; 2014b); **Equidade e os DSS**

Adotamos a pesquisa documental como instrumento pertinente para a coleta e análise dos dados (LIMA; MIOTO, 2007; PRATES; PRATES, 2009), por perceber que os documentos possuem um valor fundamental para a pesquisa social, sendo uma “fonte que reúne as manifestações da vida social em seu conjunto e em cada um dos setores” (RICHARDSON, 2007, p.228). Como é característico desse tipo de pesquisa, nos debruçamos sobre material que ainda não havia sofrido processos analíticos ou que não tinham sido suficientemente apreciados (GIL, 2008).

Nossas fontes de coleta foram documentos legais elaborados pelo MS no período dos governos neodesenvolvimentistas (entre os anos de 2006 a 2014, período no qual houve a publicação e reformulação da PNPS), que adotam a PS como uma de suas diretrizes e que apontem princípios desta. Conforme descrito no roteiro de pesquisa documental (Apêndice 1), a PNPS (Portarias GM/MS nº 687, de 30 de março de 2006 e nº 2.466, de 11 de novembro de 2014) constituiu a principal fonte de investigação do estudo, sendo os demais documentos escolhidos para subsidiar as análises dessa política.

As seguintes fontes documentais auxiliares foram selecionadas e analisadas a partir dos critérios expostos no referido roteiro de pesquisa: o “Pacto pela Saúde” (Portarias GM/MS nº 399 de 22 de fevereiro de 2006; nº 699 de 30 de março de 2006 e nº 325 de 21 de fevereiro de 2008) que coloca a PS como uma de suas diretrizes e prioridades; o Relatório Final da Comissão Nacional sobre DSS (CNDSS, 2008), “As causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil” que trata dos impactos dos DSS nos diversos níveis de saúde e, juntamente com “Pacto pela Saúde”, fortaleceu o movimento da NPS no país e o Painel de Indicadores do SUS nº 6 - “Temático Promoção da Saúde V. IV” (BRASIL, 2009) que detalha, dentre outras informações, o avanço da PS no setor de saúde privado. Em nível internacional buscamos elementos de subsídio às análises da PNPS nas nove Cartas resultantes das Conferências Internacionais sobre PS, produzidas pela OMS e que constituem referência na delimitação dos princípios da PS.

Como afirmam Prates e Prates (2009, p. 120) “o processo de análise [documental] pressupõe mais do que a simples ou mesmo complexa condensação de conteúdos”. Nesse trilha, Triviños (1987, p.162) alerta que cabe ao(a) pesquisador(a) deter sua atenção não

(ALMEIDA FILHO, 2009; BOSCHETTI, 2013; CEBES, 2009; GARrafa; CORDON, 2009; NOGUEIRA, 2009; STOTZ; ARAÚJO, 2004; TAMBELLINI; SCHÜTZ, 2009); **Participação Social** (BRAVO; CORREIA, 2012; DIAS, 1997; NEVES, 2005; CARVALHO, 1998); **Educação em Saúde** (CARVALHO, 2008; CASTIEL *et. al.*, 2014; LUZ, 2000; MASCARENHAS *et. al.*, 2007; SILVA; GADEA, 2009; TORRI *et. al.*, 2007); **Desenvolvimento Sustentável** (COSTA, 2016; HARVEY, 2014; MARTINS; LIMA, 2016; MÉSZÁROS, 2011; VIZEU *et. al.*, 2012).

apenas no conteúdo manifesto dos documentos, mas sim aprofundar sua análise buscando desvendar o conteúdo latente dos textos.

Destarte, a pesquisa documental foi realizada seguindo as orientações de Severino (2016) e de Salvador (1986 *apud* LIMA; MIOTO, 2007) que pontuam elementos para a construção do desenho metodológico e a escolha dos procedimentos. Utilizamos as diretrizes de análise indicadas por Severino (2016)⁵, pois esse autor aponta “contribuições relevantes para a realização da análise e interpretação de textos, sejam eles documentos ou obras literárias” (PRATES; PRATES, 2009). Adotamos também as orientações de Salvador por indicar uma sequência de procedimentos a ser cumprida antes, durante e após a coleta dos dados⁶ (LIMA; MIOTO, 2007), complementando as diretrizes descritas por Severino (2016).

No conjunto das análises temática e interpretativa indicadas por esses autores, elegemos os conceitos de nosso estudo: **neoliberalismo; social-liberalismo; neodesenvolvimentismo; Promoção da Saúde e Nova Promoção da Saúde**. Salienciamos que esses foram definidos a partir do afinamento dos conteúdos propiciado pelo amadurecimento de leituras “convergentes ao tema central do estudo”, ou seja, após a revisão de literatura e no processo de aproximações sucessivas ao objeto de análise (OLIVEIRA, 2016, p.94).

⁵ Severino (2016) irá indicar diretrizes para a análise de textos e de documentos partindo da premissa que todo texto é portador de uma mensagem a ser decodificada e interpretada. Em primeiro lugar o pesquisador deve *delimitar a unidade de leitura* – setor do texto que forma uma totalidade de sentido -, seja um capítulo, uma seção ou qualquer outra subdivisão, delimitando uma unidade que forme certo sentido para que se possa trabalhar sobre ela. Após esse momento, a leitura analítica dos textos e dos documentos tem início seguindo as seguintes etapas: a) *Análise textual* (preparação do texto; visão do conjunto; busca de esclarecimento; esquematização); b) *Análise temática* (compreensão da mensagem do autor); c) *Análise interpretativa* (interpretação da mensagem do autor); d) *Problematização* (levantamento e discussão de problemas relacionados com a mensagem do autor); e) *Síntese* (reelaboração da mensagem com base na reflexão pessoal).

⁶ A sequência de procedimentos indicada por Salvador (1986 *apud* LIMA; MIOTO, 2007) consiste em quatro fases de um processo contínuo: *elaboração do projeto de pesquisa* – envolve a escolha do assunto, a formulação do problema de pesquisa e elaboração do plano com objetivo de buscar as respostas às questões norteadoras; *investigação das soluções* – consiste na coleta da documentação (levantamento da bibliografia e dos documentos e levantamento das informações contidas nos mesmos) e teste do roteiro de leitura; *análise explicativa das soluções* – análise do conteúdo da bibliografia e dos documentos com base em roteiro de leitura, instrumento que permite pinçar das obras escolhidas os temas, os conceitos, as considerações relevantes para a compreensão do objeto de estudo, elaborado com base em critérios e que contenha pelos menos três campos de informações: identificação da obra, caracterização da obra e contribuições da obra para o estudo proposto; *síntese integradora* – produto final do processo de investigação, sua finalidade está ligada à reflexão e à proposição de soluções com base no material de estudo que compôs a pesquisa. Para a coleta dos dados, Salvador também indica critérios para delimitar o universo de estudo, orientando a seleção do material conforme a definição do *parâmetro temático* (obras relacionadas ao tema do objeto de estudo); do *parâmetro linguístico* (idiomas das obras selecionadas); das *principais fontes de consulta* (livros, periódicos, teses, dissertações, coletâneas de textos, etc.) e; do *parâmetro cronológico de publicação* (definição do período de publicação a ser analisado). Como a principal técnica da pesquisa bibliográfica e da pesquisa documental é a leitura, Salvador aponta a necessidade de leituras sucessivas do material, qualificando-as em: a) *Leitura de reconhecimento do material bibliográfico/documental*; b) *Leitura exploratória*; c) *Leitura seletiva*; d) *Leitura reflexiva ou crítica*; e) *Leitura interpretativa*.

A partir da identificação dos conceitos acima e do início da análise documental foram desvelados os conceitos relacionados aos instrumentos de pesquisa: **Promoção da Saúde; Equidade; Participação Social; Educação em Saúde e Desenvolvimento Sustentável.**

Compete situar que esses conceitos resultam “da coleta de dados na realidade empírica” (OLIVEIRA, 2016, p. 97), ou seja, eles só puderam ser determinados a partir da intersecção entre os conceitos que fundamentam o ideário social-liberal, os princípios da PS apontados pelas cartas das Conferências Internacionais sobre o tema e as concepções predominantes na PNPS (Quadro3).

A partir dessa delimitação metodológica, organizamos nosso trabalho da seguinte maneira: no capítulo dois discutimos a emergência do “movimento” da NPS, situando-o no terreno neoliberal onde germina. Após evidenciar os pressupostos analíticos do estudo, baseados na perspectiva gramsciana, situamos os antecedentes para o surgimento da NPS na década de 1970: o Relatório Lalonde e a Conferência de Alma-Ata.

No capítulo seguinte, abordamos a ideologia social-liberal, a partir da qual se moldam e disseminam os preceitos da NPS. Discorremos acerca desses conceitos apresentando-os nas Cartas das Conferências Internacionais sobre PS, as quais evidenciam a busca no neoliberalismo por uma nova hegemonia através do movimento internacional de PS.

No quarto capítulo, contextualizamos como o social-liberalismo se expressa na realidade brasileira, através do neodesenvolvimentismo, enfatizando as configurações da política de saúde nesses governos. Nesse quadro, apresentamos uma breve incursão histórica acerca da institucionalização da PNPS.

Logo em seguida, no quinto e último capítulo, expomos os resultados de nosso estudo, refletindo sobre as possíveis contradições e convergências ideológicas e políticas entre os preceitos social-liberais, advindos dos organismos internacionais através da NPS, e a PNPS. Por último, traçamos algumas considerações finais.

2 NEOLIBERALISMO E A EMERSÃO DO MOVIMENTO DE NOVA PROMOÇÃO DA SAÚDE

O debate em torno da Promoção da Saúde (PS) tem adquirido relevo nas discussões e políticas em todo o globo nos últimos decênios, através do “movimento” nomeado de Nova Promoção da Saúde (NPS) tendo a Organização Mundial da Saúde (OMS) grande influência para sua implementação nas políticas sociais de vários países (VASCONCELOS; SCHMALLER, 2014a).

Nessa direção, compete situar que a conjuntura de emersão da NPS é marcada pela crise capitalista e retração das políticas sociais que haviam sido ampliadas sob o ideário do Estado de Bem-Estar Social, devido às pressões da ideologia neoliberal (Id Ibid.). Diante de um cenário de crise estrutural (MOTA, 2012), na análise de Westphal (2007), impõe-se a necessidade de cortes econômicos por parte do Estado e no campo da saúde impõe-se a necessidade de redução dos altos gastos com o modelo biomédico. É nesse contexto que as proposições da NPS germinam e se fortalecem.

Na elucidação desse cenário, cabe destacar que a crise do capital da década de 1970 foi marcada por uma inflação crônica e pelo baixo crescimento econômico, dando origem a uma “onda longa dominada pela estagnação” (MANDEL, 1982, p. 349). Ainda sobre a crise, Paula (2016, p. 245) afirma que

Os países de capitalismo central cederam às pressões inflacionistas decorrentes de um superaquecimento de suas economias – expansão da procura agregada – ao mesmo tempo que os países produtores de petróleo passam a impor restrições que levam à redução da oferta agregada com impactos nos setores que sobrevivem dos derivados do petróleo. As consequências inevitáveis, como o desemprego, a fuga de capitais, a depreciação das moedas fortes etc., foram, como dissemos, estendidas a todos os países, configurando o caráter global da crise. Requisita-se, assim, imediatamente, nova arquitetura para o capitalismo mundial, e, para tal, medidas de ajuste são tomadas. (PAULA, 2016, p. 245).

Essas medidas de ajuste são, portanto, a razão de ser do neoliberalismo, ideário que surge para dar respostas à crise e gerenciá-la a partir das estruturas do Estado (MOTA, 2012).

O neoliberalismo constitui um movimento ideológico, em escala mundial, com doutrina organizada de forma coerente (ANDERSON, 1995). Representa o projeto hegemônico das classes dominantes, conduzido por sua fração rentista através de governos conservadores, a exemplo de Thatcher na Inglaterra, e Reagan nos EUA (CASTELO, 2008).

Como afirma Anderson (1995), após a vitória nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico - OCDE, a hegemonia neoliberal triunfa também

nos países de regime social-democrata, constituindo uma ideologia que passa a ser defendida não só por governos de direita, mas também por àqueles que se denominavam de esquerda.

Nesse trilho, cumpre lembrar que as medidas do ideário neoliberal foram debatidas durante o Consenso de Washington, realizado nos anos de 1989, tendo como origem o trabalho de John Williamson (WILLIAMSON, 2004 *apud* GONÇALVES, 2012). O Consenso é uma crítica ao pensamento e, principalmente, às experiências desenvolvimentistas na América Latina a partir de 1950 e apresenta diretrizes em relação às estratégias de desenvolvimento e políticas macroeconômicas que convergem com interesses dominantes – expressos pelos governos dos Estados Unidos e principais países desenvolvidos e pelos organismos multilaterais (CASTELO, 2013).

O Consenso forja os pilares neoliberais, apresentando como prescrições: evitar déficit nas finanças públicas; reorientar gastos públicos para saúde e educação básicas e infraestrutura; base fiscal ampla centrada dos impostos diretos; liberalização da moeda e das finanças; taxa de juros determinada pelo mercado; liberalização do comércio internacional; investimento estrangeiro direto sem restrições; privatizações; desregulamentação e direitos de propriedade irrestritos (GONÇALVES, 2012).

Katz (2016) afirma que essa é uma ideologia da dominação que propiciou a ampliação das desigualdades sociais através da subordinação da democracia à propriedade privada e do fortalecimento da supremacia irrestrita do mercado e de modalidades extremas competição, justificando-as com o discurso do caráter benéfico da ordem mercantil. Para Katz (2016 p. 104),

Com este tipo de concepções, o neoliberalismo desenvolveu uma influente ideologia em todos os sentidos do termo. Contribui com ideias que naturalizam a opressão para orientar a ação dos dominadores. Como crença, cosmovisão ou legitimação do grupo dominante, o neoliberalismo constitui um credo de grande peso para o funcionamento atual do capitalismo (EAGLETON, 1997a). É uma ideologia com fundamentos racionais que, por sua vez, propaga enganos sistemáticos e promove ilusões no reino do mercado e na existência de oportunidades para todos os indivíduos. Oculta a atordoante proeminência das grandes empresas e a garantia estrutural da exploração. (KATZ, 2016, p. 104).

As justificativas do neoliberalismo para Katz (Id.) assumem, desse modo, o status de crença coletiva propagada pelas classes capitalistas, dando coesão às minorias opressoras ao incidir na subjetividade dos indivíduos, apesar de sua hostilidade aos interesses das classes exploradas.

Nessa primeira fase, denominada de receituário ideal, o neoliberalismo foi marcado pela defesa por parte de seus aparelhos ideológicos e políticos – tais como o Banco

Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD), o Fundo Monetário Internacional (FMI), a Organização Mundial do Comércio (OMC), etc.– do controle dos gastos públicos, arrocho salarial e financeiro, desmonte do *Welfare State*, amplo processo de privatizações e combate às organizações operárias (CASTELO, 2008). O neoliberalismo “aprofundou os abusos contra os trabalhadores em contextos recessivos que potencializam o temor e a miséria”, destaca Katz (2016, p. 80). Esse autor se refere aos níveis inimagináveis alcançados pela desigualdade social, pobreza e precarização do trabalho em todo o planeta sob o comando neoliberal.

Concordando com Anderson (1995), Castelo (2008) e Gonçalves (2012) afirmam que essas medidas, contudo, não garantiram plenamente os resultados esperados pelo sistema capitalista. Frente a essa crise de hegemonia, a partir dos anos de 1980, o capital procura estratégias de enfrentamento às suas contradições e passa a efetivar medidas que permitam a recomposição da taxa de lucro, ao mesmo tempo em que desenvolve estratégias que o legitimem socialmente (MOTA, 2012). Através de seus discursos e documentos, as organizações internacionais passam paulatinamente a argumentar o distanciamento tanto do fundamentalismo do Consenso de Washington quanto de uma velha concepção de desenvolvimento (MARANHÃO, 2012).

É nesse quadro que, ainda no final da década de 1970, os debates traçados pela OMS passam a incluir a “questão social” como elemento central sob a forma dos DSS e da NPS e a redefinir os sistemas de saúde em todo o globo a partir desses ideários. Essa nova direção começou a ser forjada através de duas balizas centrais: o Relatório Lalonde, de 1974, e a Conferência de Alma-Ata, realizada em 1978. Antes, porém de nos debruçarmos sobre o conteúdo desses elementos essenciais na construção da NPS, é necessário elucidar os pressupostos analíticos de nosso estudo.

2.1 PRESSUPOSTOS ANALÍTICOS: IDEOLOGIA E POLÍTICA EM ANTONIO GRAMSCI

Nosso estudo parte da premissa de que não seria possível discutir os conceitos presentes na PNPS fora do terreno da ideologia e da política, pois essas constituem o solo para a formação e elucidção dos mesmos.

Antonio Gramsci desvelou diversos conceitos a partir da filosofia da práxis, situando a construção dos mesmos no campo da **superestrutura** – da ideologia, da política –, sem descolar essas análises da base estrutural, levando em consideração a relação intrínseca, e

dialética entre estrutura e superestrutura na conformação de um **bloco histórico** (GRAMSCI, 2011).

A superestrutura para Gramsci (2011, p. 188) “é o reflexo do conjunto das relações sociais de produção”, um sistema complexo de construção e disseminação da ideologia que reflete racionalmente a contradição da **estrutura econômica** e “representa a existência das condições objetivas para subversão da práxis.”

O principal meio de união entre a estrutura e a superestrutura na formação do bloco histórico é a **hegemonia**, compreendida pela filosofia da práxis do ponto de vista gnosiológico, da teoria do conhecimento, do ponto de vista teórico-prático e não meramente como elemento psicológico ou moral, como afirma Gramsci (2011).

A hegemonia, em termos gramscianos, envolve a supremacia de um grupo social e se manifesta tanto na forma de **domínio**, coerção, como de **direção** intelectual e moral, consenso. Desse modo, um grupo social pode ser dirigente mesmo antes de conquistar o poder, ao conquistá-lo “torna-se dominante, mas deve continuar a ser também ‘dirigente’” (Id Ibid., p. 290).

Os **aparelhos privados de hegemonia** e seus **intelectuais** são responsáveis por criar um novo terreno ideológico, determinar as formas de consciência e dos métodos do conhecimento, instaurar uma nova moral e uma nova concepção de mundo para que determinada classe torne-se dirigente (Id Ibid.).

São denominadas de aparelhos privados de hegemonia as instituições que compõem a sociedade civil – tais como as organizações, os sindicatos, a família, as escolas, os partidos, a mídia etc. – e constituem o campo de domínio da ideologia, de sua formação e disseminação (PORTELLI, 1977).

Os intelectuais são os construtores de ideologias, a camada que confere homogeneidade e consciência da própria função a um grupo social, não só no campo econômico, mas também no social e político (GRAMSCI, 2011). Os intelectuais “formam-se em conexão com todos os grupos sociais, mas, sobretudo em conexão com os grupos sociais mais importantes, e sofrem elaborações mais amplas e complexas em ligação com o grupo social dominante” (Id. Ibid., p. 206). Existem os **intelectuais “orgânicos”**, camada ligada a uma classe social específica, e os **intelectuais “tradicionais”** que emergem de uma estrutura econômica anterior.

A atuação dos intelectuais orgânicos pode ocorrer na sociedade política ou nos aparelhos privados de hegemonia pertencentes à sociedade civil exercendo, nesses últimos, a função de hegemonia social, ou seja, “são eles que elaboram a ideologia da classe dominante,

dando-lhe consciência de seu papel, e a transformam em ‘concepção de mundo’ que impregna todo o corpo social” (PORTELLI, 1977, p. 109). No mais alto grau Gramsci (2011) localiza os criadores da ciência, filosofia, arte, etc., e, no mais baixo, os divulgadores da riqueza intelectual já existente.

Portanto, os intelectuais orgânicos que atuam nos aparelhos privados de hegemonia são, como afirmou Gramsci (2000, p. 20), verdadeiros “funcionários das superestruturas”, são as “células vivas da sociedade civil” (PORTELLI, 1977, p. 109) e “seu papel é fundamental no estabelecimento do consenso ‘espontâneo’ a ser dado pelas massas à orientação da facção dominante para a vida social” (COSTA, 2011, p. 63-64).

À hegemonia de um grupo social sobre toda a sociedade nacional exercida pelas organizações privadas como a igreja, os sindicatos as escolas, etc. o autor italiano denomina de **Estado**, a totalidade dialética entre sociedade política e sociedade civil, “isto é, hegemonia couraçada de coerção” (GRAMSCI, 2011, p. 269).

Para esse importante filósofo (Ibid., p. 267), a **sociedade política** “é o aparelho coercitivo para moldar a massa popular segundo o tipo de produção e a economia de um dado momento.” Corresponde à dominação direta expressa pelo aparato do Estado ou governo jurídico, “agrupa o conjunto das atividades da superestrutura, que dizem respeito à função de coerção” (1966 *apud* PORTELLI, 1997, p. 33), constituindo um prolongamento da **sociedade civil** – o conjunto dos organismos que desempenham a função de hegemonia política e cultural que o grupo dominante exerce sobre toda a sociedade, o local privilegiado para a atuação dos intelectuais (GRAMSCI, Ibid.).

Desse modo, hegemonia está ligada às **ideologias** construídas e disseminadas pelos intelectuais das classes dominantes. Segundo o autor referido (Id Ibid.), na Introdução da Crítica à economia política Marx apresenta que é a partir do terreno das ideologias que os homens tomam consciência dos conflitos de estrutura. Assim, é preciso compreender “ideologia no sentido da filosofia da práxis, isto é, todo o conjunto das superestruturas.” (GRAMSCI, 1999, p. 369). A partir da filosofia da práxis, a ideologia é compreendida não apenas como falsa consciência, mas conforme proposto por Marx em seu Prefácio de 1859:

Em uma certa etapa de seu desenvolvimento, as forças produtivas materiais da sociedade entram em contradição com as relações de produção existentes, ou, o que não é mais que sua expressão jurídica, com relações de propriedade no seio das quais elas se haviam desenvolvido até então. De formas evolutivas das forças produtivas que eram, estas relações convertem-se em entraves. Abre-se, então, uma época de revolução social. A transformação que se produziu na base econômica transforma mais ou menos lenta ou rapidamente toda a colossal superestrutura. Quando se consideram tais transformações, convém distinguir sempre a

transformação material das condições de produção – que podem ser verificadas fielmente com a ajuda das ciências físicas e naturais – e as formas jurídicas, políticas, religiosas, artísticas ou filosóficas, em resumo, as formas ideológicas, sob as quais os homens adquirem consciência desse conflito e o levam até o fim. (MARX, 2008, p. 49-50).

Assim, a ideologia em Marx é a forma como os homens tomam consciência do conflito entre forças produtivas materiais e as relações materiais de produção existentes e buscam resolvê-lo (LEHER, 2016).

Atribuindo profundidade a essa concepção, o filósofo italiano (1966 *apud* PORTELLI, 1977) afirma que ideologia é uma concepção particular do mundo que se manifesta de forma implícita na arte, no direito, na atividade econômica e em todas as manifestações da vida social, adquirindo essencialidade à medida que se torna orgânica, ou seja, vinculada a uma classe social específica e determinada pelo nível econômico dessa classe, sendo propagada através de seus intelectuais à medida que essa classe se torna hegemônica.

Como apresenta Gramsci (1999, p. 388), para a filosofia da práxis

As superestruturas são uma realidade (ou se tornam tal, quando não são meras elucubrações individuais) objetiva e operante; ela afirma explicitamente que os homens tomam consciência da sua posição social (e, conseqüentemente, de suas tarefas) no terreno das ideologias, o que não é pouco como afirmação de realidade; a própria filosofia da práxis é uma superestrutura, é o terreno no qual determinados grupos sociais tomam consciência do próprio ser social, da própria força, das próprias tarefas, do próprio dever. (GRAMSCI, 1999, p. 388).

Há alguns erros na consideração sobre o valor das ideologias: denominar de ideologia tanto a superestrutura necessária de uma determinada estrutura quanto as elucubrações arbitrárias de determinados indivíduos (Id Ibid.). Essa imprecisão conceitual no uso da terminologia tornou o sentido pejorativo exclusivo, modificando a análise teórica do conceito de ideologia. O filósofo italiano reconstrói o processo desse erro:

1) identifica-se a ideologia como sendo distinta da estrutura e afirma-se que não são as ideologias que modificam a estrutura, mas sim vice-versa; 2) afirma-se que uma determinada solução política é “ideológica”, isto é, insuficiente para modificar a estrutura, enquanto crê poder modificá-la se afirma que é inútil, estúpida, etc.; 3) passa-se a afirmar que toda ideologia é “pura” aparência, inútil; estúpida, etc. É necessário, por conseguinte, distinguir entre ideologias historicamente orgânicas, isto é, que são necessárias a uma determinada estrutura, e ideologias arbitrárias, racionalísticas, “voluntaristas”. Enquanto são historicamente necessárias, as ideologias têm uma validade que é validade “psicológica”: elas “organizam” as massas humanas, formam o terreno no qual os homens se movimentam, adquirem consciência de sua posição, lutam, etc. Enquanto são “arbitrárias”, não criam mais do que “movimentos” individuais, polêmicas, etc. (nem mesmo estas são completamente inúteis, já que funcionam como o erro que se contrapõe à verdade e a afirma). (GRAMSCI, 1999, p. 237 - 238).

A ideologia no sentido pejorativo é, pois um sistema dogmático de verdades absolutas e torna-se ideologia-instrumento de governo, Gramsci cita o exemplo do racismo como ideologia oficial do regime nazista na Alemanha. Ao contrário, a filosofia da práxis, para Gramsci (1999, p. 388),

Não tende a resolver pacificamente as contradições existentes na história e na sociedade, ou, melhor, ela é a própria teoria de tais contradições; não é o instrumento de governo de grupos dominantes para obter o consentimento e exercer a hegemonia sobre as classes subalternas; é a expressão destas classes subalternas, que querem educar a si mesmas na arte de governo e que têm interesse em conhecer todas as verdades, inclusive as desagradáveis, e em evitar os enganos (impossíveis) da classe superior e, ainda mais, de si mesmas. A crítica das ideologias, na filosofia da práxis, engloba o conjunto das superestruturas e afirma a sua rápida caducidade na medida em que tendem a esconder a realidade, isto é, a luta e a contradição, mesmo quando são “formalmente” dialéticas (como o crocianismo), ou seja, quando desenvolvem uma dialética especulativa e conceitual e não vêm a dialética no próprio devir histórico. (GRAMSCI, 1999, p. 388).

Destarte, como ainda afirma o autor aludido,

Para a filosofia da práxis, as ideologias não são de modo algum arbitrarias; são fatos históricos reais, que devem ser combatidos e revelados em sua natureza de instrumentos de domínio, não por razões de moralidade, etc., mas precisamente por razões de luta política: para tornar os governados intelectualmente independentes dos governantes, para destruir uma hegemonia e criar uma outra, como momento necessário da subversão da práxis [...]. (GRAMSCI, 1999, p. 387).

Desse modo, a ideologia para a classe trabalhadora é arma política na luta por uma nova hegemonia. Nessa direção é preciso lembrar que a ciência também é ideologia, contudo, segundo Gramsci, “um grupo social pode apropriar-se da ciência de um outro grupo, sem aceitar a sua ideologia” (GRAMSCI, 1999, p. 175). Nesse trilho, o filósofo mencionado aborda a validade das ideologias destacando a afirmação de Marx sobre a “solidez das crenças populares” como elemento necessário de uma determinada situação. Segundo o autor dos Cadernos do Cárcere apresenta,

Outra afirmação de Marx é a de que uma persuasão popular tem, com freqüência, a mesma energia de uma força material, ou algo semelhante, e que é muito significativa. A análise destas afirmações, creio, conduz ao fortalecimento da concepção de “bloco histórico”, no qual, precisamente, as forças materiais são o conteúdo e as ideologias são a forma, distinção entre forma e conteúdo puramente didática, já que as forças materiais não seriam historicamente concebíveis sem forma e as ideologias seriam fantasias individuais sem as forças materiais. (GRAMSCI, 1999, p. 238).

A ideologia em Gramsci (1999, p. 232) parte, portanto “da ‘primordialidade’ ou ‘irreducibilidade’ do momento político ou prático”, ou seja, é ciência de caráter educativo energético, “verificada e criticada pelo desenvolvimento real da história.” De acordo com a

análise gramsciana, a crítica “deve traduzir a especulação em seus termos reais de ideologia política, de instrumento de ação prática” (Id Ibid., p.199). Destarte, ideologias são a “verdadeira” filosofia, pois levam as massas à ação concreta, sendo indissociáveis da política.

A **política**, por sua vez, é um dos níveis da ideologia, o campo das relações de poder, da correlação de forças e não se resume à existência de governantes e governados (COSTA, 2011). Conforme Coutinho (2011), Gramsci analisa a totalidade da vida social, os problemas da cultura, da filosofia, etc., a partir do prisma da política.

O filósofo italiano elucida a distinção entre a ciência política, “entendida como um conjunto de regras práticas de pesquisa e de observações particulares úteis para despertar o interesse pela realidade efetiva e suscitar intuições políticas mais rigorosas e vigorosas” da política como sinônimo de estratégia e tática (GRAMSCI, 2007, p. 19). Ainda conforme esse grande filósofo (2011), a ciência também é atividade política e pensamento político na medida em que transforma os homens. Costa (2011, p.10), com base em Gramsci adverte que a política enquanto prática ou enquanto ciência – a ciência política – “não pode ser pesquisada isoladamente do restante dos níveis sociais.”

A partir do exposto, para análise dos preceitos inscritos na PNPS nosso trabalho associa os conceitos de ideologia e de política gramscianos (cujo emblema é a abreviatura “ideopolítico/a”) embasado nas seguintes premissas: inter-relação entre as esferas constitutivas da realidade; os organismos internacionais são intelectuais orgânicos coletivos das classes dominantes; os conceitos elaborados e disseminados em todo globo pelos intelectuais orgânicos e pelos aparelhos privados de hegemonia burguesa servem à construção de consenso, à produção e reprodução de suas ideologias.

Buscamos, desse modo, analisar nosso objeto do estudo de um ponto de vista crítico, “o único fecundo na pesquisa científica” e que permite “compreender e valorizar com realismo a posição e as razões do adversário [...] estar liberto da prisão das ideologias (no sentido pejorativo, de cego fanatismo ideológico)” (GRAMSCI, 1999, p. 333).

Nessa direção, discutimos na sequência o conteúdo do Relatório Lalonde, de 1974, e das discussões da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde – realizada em de Alma-Ata, antiga União Soviética, em setembro de 1978 –, ambos constituem os antecedentes do movimento da NPS, situando-se em plena crise capitalista.

2.2 ANTECEDENTES DA NOVA PROMOÇÃO DA SAÚDE: O RELATÓRIO LALONDE E A CONFERÊNCIA DE ALMA-ATA

Até o início dos anos 1970, as políticas públicas em saúde em diversos países do mundo estavam baseadas na orientação terapêutica e hospitalocêntrica do modelo biomédico, hegemônico nos serviços sanitários de diversos países desde meados do século XX (WESTPHAL, 2007).

Este modelo caracteriza-se, conforme a análise de Mendes (1996, *apud* VASCONCELOS; SCHMALLER, 2011), por traços como: a ênfase no individualismo; o biologismo; a especialização médica; a ênfase na tecnificação do ato médico; e o curativismo. Por suas configurações, o referido modelo possui intrínseca vinculação aos interesses da produção e reprodução do capital no campo sanitário e se traduz em incentivos à expansão dos serviços privados de saúde e à indústria de medicamentos, insumos e equipamentos hospitalares (VASCONCELOS; SCHMALLER, *Ibid.*).

Como forma de crítica ao modelo biomédico surgem as primeiras propostas de Atenção Primária à Saúde (APS) a exemplo do relatório Dawson, de 1920, que sugeria a reconfiguração dos serviços de saúde na Inglaterra com ênfase na APS, e os Movimentos de Medicina Preventiva (MP)⁷ (1930-1940), Medicina Integral (MI)⁸ (1950) e Medicina Comunitária (MC)⁹ (1960), originários nos EUA e com influência na tessitura dos fundamentos da APS.

⁷ Em sua tese de doutoramento “o dilema preventivista: contribuição para compreensão e crítica da Medicina Preventiva” defendida em 1976, Arouca (2003), destaca que a MP emerge num campo formado por três vertentes: a higiene com emergência no século XIX concatenada ao desenvolvimento do capitalismo e à ideologia liberal; a discussão dos custos da atenção médica nos Estados Unidos nas décadas de 1930 e 1940, configurando uma crise diante da ameaça de intervenção estatal; e a redefinição das responsabilidades médicas no interior da educação médica no período pós Segunda Guerra Mundial, ante a demanda social de que o acesso a saúde é um direito de cidadania. Arouca (*Ibid.*) destaca que a MP surge como disciplina do ensino médico na Inglaterra, mas logo foi levada para os Estados Unidos onde se configurou como movimento ideológico que visava modificar a prática médica por meio da normalização das atitudes profissionais com foco inicial na higiene e posteriormente no conceito ecológico do processo saúde-doença e na multicausalidade do mesmo (afastada das determinações do real). Esse movimento surge como forma de conciliar os interesses médicos e do Estado e passa a impulsionar a formulação de políticas sanitárias estatais (AROUCA, 2003).

⁸ Vasconcelos (2013, p. 56) explicita que, conforme Donnangelo (1979), a MI “tinha como foco o confronto entre o perfil desintegrado do cuidado médico e a concepção globalizadora do objeto individual da prática (totalidade biopsicossocial. Apenas com a superação de tal visão seria resolvida a questão da eficiência técnica, da redução dos custos, da atuação da medicina diante das necessidades sociais.” A MI se funde à MP por ter como elemento central e comum “a crítica a fragmentação do ato médico, que tanto fracionaria o objeto individual (alvo de especialistas), quanto clivaria o processo da doença (cisão entre ações terapêuticas e preventivas, sendo a doença despida de seus elementos históricos e sociais)” (*Id Ibid.*, p.48).

⁹ Na análise de Paim (1999 *apud* VASCONCELOS, 2013, p.53) a MC surge para operacionalizar a MP somando-lhe preceitos como a integração docente-assistencial, participação da comunidade e regionalização. Na análise de Vasconcelos (*Ibid.*, p.54), seus objetivos eram ampliar a extensão da prática médica para grupos que ainda não tinham acesso aos serviços de saúde. No entanto, pautava-se na ideia funcionalista de “integração” dos

Nessa mesma direção de crítica à hegemonia biomédica surge a NPS. Porém, antes de discutir os eventos que balizam a emergência desse movimento internacional na década de 1970, compete situar que as primeiras conceituações de PS datam de períodos precedentes.

Henry Singerist foi um dos primeiros a fazer referência ao termo “Promoção da Saúde”, ainda em 1945, ao definir a mesma como uma das quatro tarefas da medicina (BUSS, 2009; WESTPHAL, 2007). Antes, porém de Singerist, Winslow (1920 *apud* BUSS, 2009, p. 21) definiu a PS como o esforço da comunidade para alcançar políticas que melhorem suas condições de saúde “e os programas educativos para que o indivíduo melhore sua saúde pessoal”.

Outros precursores como Leavell e Clark passam a divulgar o termo Promoção da Saúde na década de 1960, qualificando-a como um nível de atenção da Medicina Preventiva e que se voltaria para o indivíduo estendendo-se no máximo para famílias ou grupos (BUSS, 2009).

Na década seguinte, mais especificamente no ano de 1974, ocorre a divulgação do **Informe Lalonde**, elaborado por Marc Lalonde, ex-ministro de saúde e bem-estar nacional do Canadá. Segundo Buss (2009) esse foi o primeiro Documento a usar o termo Promoção da Saúde oficialmente e a apresentar referências mais amplas que viriam a influenciar as políticas de saúde em todo globo. A partir desse Documento, a PS passou a ser associada a ações preventivas sobre o ambiente e os estilos de vida “não mais voltadas exclusivamente para indivíduos e famílias” (BUSS, 2009, p.22). Para Westphal (2007) o Informe é considerado um marco no questionamento ao modelo biomédico em uma conjuntura na qual sobressaem o interesse social e político pela saúde pública e de qualidade.

Compete situar que o Relatório Lalonde foi produzido em um país desenvolvido e com tradição do *Welfare State*, no contexto de crise econômica mundial (VASCONCELOS; SCHMALLER, 2014a). Ao mesmo tempo, ocorria o desenvolvimento sem precedentes da tecnologia médica e de seus custos, como também um intenso movimento social, iniciado em 1968, tendo como bandeiras de lutas mudanças políticas e institucionais (TAMBELLINI; SCHÜTZ, 2009). Desse modo, os objetivos do Documento estavam ligados ao enfrentamento dos gastos crescentes do governo com o modelo biomédico (BUSS, 2009).

O Relatório, segundo Tambellini e Schütz (2009), contribuiu com as discussões em torno dos DSS e ampliou o debate da qualidade do entorno das pessoas e de sua qualidade de

“marginalizados”, operando uma concepção de coletividade restrita à comunidade. Cabe ainda mencionar que defendia também o uso de equipes de saúde, dentre outros elementos “inovadores” (Id Ibid.).

vida, entretanto, não se aprofundou na questão da determinação social da saúde, conceitos que discutiremos mais adiante.

No Relatório, Marc Lalonde (1996) parte da premissa de que havia a carência de um marco conceitual comum no campo da saúde que permitisse separar seus componentes principais para análise. Desse modo, o ex-ministro propõe um conceito de campo da saúde que contempla quatro componentes: biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e organização da atenção à saúde. Esses componentes, segundo Lalonde (Id), foram identificados mediante o exame das causas dos fatores básicos de morbidade e mortalidade no Canadá.

No componente da **biologia humana** o ex-ministro inclui todos os aspectos relacionados à saúde física e mental e que se manifestam no organismo como consequência da biologia fundamental do ser humano e da constituição orgânica do indivíduo. Inclui a herança genética da pessoa, os processos de crescimento e envelhecimento e os diferentes sistemas internos do organismo que repercutem de múltiplas maneiras na saúde. Os problemas de saúde gerados na biologia humana acarretam, conforme Lalonde, infortúnios incalculáveis e o custo de seu tratamento é de bilhões de dólares.

O **meio ambiente** constitui para o ex-ministro outro componente do campo da saúde. Esse elemento inclui “todos aqueles fatores relacionados com a saúde que são externos ao corpo humano e sobre os quais a pessoa tem pouco ou nenhum controle”, como por exemplo a inocuidade e pureza dos alimentos, a contaminação da água, do ar e a disseminação de doenças transmissíveis (LALONDE, 1996, p. 3-4 - tradução livre).

No que se refere ao componente do **estilo de vida**, na análise do ex-ministro, esse representa “o conjunto de decisões que toma o indivíduo com respeito a sua saúde e sobre as quais exerce certo grau de controle” (Id Ibid., p. 4 - tradução livre). Desse modo, para Lalonde, os riscos advindos das más decisões e dos hábitos prejudiciais se originam no indivíduo, estão relacionados com o estilo de vida que a própria “vítima” adotou.

A **organização da atenção à saúde** é o quarto e último aspecto definido por Lalonde. Para ele, esse componente consiste na quantidade, qualidade, ordem, natureza e relações entre as pessoas e os recursos na prestação da atenção à saúde. Inclui a prática da medicina e a enfermagem, os hospitais, lares de idosos, medicamentos, serviços públicos comunitários de cuidados de saúde, ambulâncias, tratamento odontológico e outros serviços de saúde que compõe o sistema de atenção à saúde.

Após apresentar esses quatro componentes, Lalonde afirma que os esforços da sociedade e os gastos governamentais para melhorar a saúde estavam centrados na

organização da atenção à saúde. Contudo, segundo ele, as principais causas de doenças e mortes no Canadá tem sua origem nos três outros componentes. Nesse trilho assegura:

Por conseguinte, é evidente que se está gastando grandes somas de dinheiro em tratar doenças que, desde o princípio, poderiam ter sido prevenidas. Com o fim de seguir reduzindo a incapacidade e as mortes prematuras devem ser deve se dedicar maior atenção aos três primeiros elementos do conceito de campo de saúde. (LALONDE, 1996, p. 4 - tradução livre).

Desse modo, nas análises de Marc Lalonde, os aspectos biológicos, o meio ambiente e o estilo de vida têm a mesma importância da atenção à saúde. Em suas análises, qualquer problema de saúde pode ser causado por um dos componentes ou pela combinação de vários. A definição das doenças de acordo com esses componentes e os cuidados em saúde estaria, para Lalonde, nas mãos de todos os que individual e coletivamente contribuem com a saúde, exigindo dos mesmos, consciência de suas “funções” e de sua influência no nível de saúde.

Entre as cinco propostas que formula para reduzir os riscos à saúde e melhorar a acessibilidade aos cuidados de saúde, a primeira se refere à PS, definida como uma **estratégia “destinada a informar, influenciar e apoiar indivíduos e organizações para que assumam maiores responsabilidades e sejam mais ativos em questões que afetam a saúde”** (LALONDE, 1974, p. 66). Como afirma o próprio Lalonde, suas contribuições ao conceito de campo da saúde oferecem uma nova visão que “libera a criatividade” para reconhecer e explorar aspectos até então ignorados, notadamente a importância dos comportamentos e hábitos individuais dos sujeitos em relação à sua própria saúde.

Destarte, segundo Buss (2009), tanto os quatro componentes de campo da saúde quanto as cinco estratégias propostas por Lalonde para abordar os problemas de saúde – promoção da saúde, regulação, eficiência da assistência médica, pesquisa e fixação de objetivos – possuem fortes conotações individualizantes.

Assim, apesar de realizarem críticas ao modelo hegemônico, as análises empreendidas por estes pioneiros apresentam uma concepção de PS pautada na ausência de doenças, associando-a a medidas preventivas sobre o ambiente e estilos de vida (VASCONCELOS; SCHMALLER, 2014; BUSS, 2009).

Partindo desse entendimento Westphal (2007) afirma que a PS como “uma nova saúde pública”, ligada a uma concepção socioambiental, não surgiu com o Documento elaborado por Lalonde, mas teve seu marco teórico definido em 1978, na **Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde**, realizada sob os auspícios da OMS e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) em Alma-Ata, no Cazaquistão. Neste

importante evento tanto para a discussão da APS quanto para a NPS (VASCONCELOS, 2013), segundo Westphal (2007, p. 22):

A saúde foi pela primeira vez reconhecida como um direito a ser reconhecido a ser afirmado não só pela melhoria do acesso aos serviços de saúde, mas, também, por um trabalho de cooperação com outros setores da sociedade. A sua estratégia básica, a Atenção Primária à Saúde, com participação dos usuários, gradativamente foi demonstrando que, para ser um bem universal – “Saúde para todo no ano 2000” [SPT 2000], o lema da Alma-Ata, seriam necessárias mudanças nas relações de poder entre os que oferecem os serviços de saúde e os que os utilizam [...]. (WESTPHAL, 2007, p.22).

A Declaração de Alma-Ata indica que a NPS é indispensável para a ampliação do desenvolvimento econômico e social e aponta princípios importantes da NPS como a intersetorialidade, a participação popular e os DSS. Segundo Westphal (2007, p.22), em Alma-Ata “a ampliação do termo Promoção da Saúde, relacionado com autonomia e emancipação, deu-se pelos profissionais insatisfeitos com abordagem higienistas e normatizadoras da educação em saúde e da prevenção de doenças”.

No documento, a saúde é definida como o

Estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor da saúde. (OMS/UNICEF, 1979, p. 2).

Desse modo, em Alma-Ata delinea-se a concepção “moderna” de PS (WESTPHAL, 2007) que associa a saúde à concepção de direito que deve ser afirmado pelo trabalho conjunto entre a saúde e outros setores, cabendo aos gestores, profissionais de saúde e a comunidade em geral, interferir sobre os DSS e proporcionar mudanças nas condições sanitárias da população (BUSS, 2009).

Na Declaração as desigualdades no estado de saúde, notadamente entre países “desenvolvidos” e “subdesenvolvidos” são tidas como política, social e economicamente inaceitáveis e, para redução dessa lacuna e alcance da meta saúde para todos, afirma que “o desenvolvimento econômico e social baseado numa ordem econômica internacional é de importância fundamental [...]” (OMS/UNICEF, 1979, p. 2). Para esse desenvolvimento econômico e social a promoção e a proteção da saúde dos povos são tidas como essenciais, assim como para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial (Id *ibid.*).

A participação em matéria de saúde também foi melhor delimitada nesse documento que afirma o direito e dever dos povos em “participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde” (OMS/UNICEF, 1979, p. 2). Ao

discutir a APS, o Relatório da Conferência de Alma-Ata afirma a centralidade da participação comunitária e individual no planejamento, organização, operação e controle dos cuidados primários em saúde e que os recursos disponíveis, locais, nacionais e outros, devem ser utilizados para desenvolver, “através da educação apropriada, a capacidade de participação das comunidades” (Id Ibid., p. 4). A participação e “autoconfiança da comunidade” são reafirmadas ao longo de todo o documento, assim como a responsabilidade dos indivíduos por sua própria saúde. Segundo o próprio Relatório,

A Conferência destacou a importância da **participação comunitária integral e organizada da ulterior autoconfiança com que indivíduos, famílias e comunidades assumem maior grau de responsabilidade por sua própria saúde. A participação da comunidade na determinação e solução de seus problemas de saúde** pode ser facilitada pelo apoio de grupos tais como órgãos locais de governo, líderes locais, grupos voluntários, grupos juvenis e femininos, grupos de consumidores, a Cruz Vermelha e sociedades afins, outras organizações não governamentais e movimentos de libertação, bem como pelo esclarecimento popular. (OMS/UNICEF, 1979, p. 15 – grifos nossos).

Desse modo, a participação da comunidade se daria através da solução de problemas de saúde através do engajamento em grupos governamentais, não governamentais e de voluntariado. No item das recomendações da referida Carta, o segundo ponto enfoca a participação comunitária na seguinte direção:

Considerando que a autoconfiança e a consciência social ao nível nacional e comunitário se incluem entre os fatores fundamentais de desenvolvimento humano, e reconhecendo que cabe às pessoas o direito e o dever de participar do processo de aprimoramento e manutenção da saúde, RECOMENDA que **os governos incentivem e assegurem a plena participação da comunidade por meio da efetiva divulgação de informação pertinente, da crescente alfabetização e do desenvolvimento dos necessários instrumentos institucionais que possibilitem aos indivíduos, às famílias e às comunidades assumir a responsabilidade por sua saúde e bem-estar.** (OMS/UNICEF, 1979, p. 19 – grifos nossos).

Destarte, a predominância na Carta também é dos conceitos de participação comunitária no sentido da “cidadania ativa” ou do consenso ativo, como afirma Neves (2005).

As comunidades são definidas em Alma-Ata como um grupo formado por pessoas que “convivem dentro de uma forma de organização e coesão social. Seus membros compartilham, em maior ou menor grau, características políticas, econômicas, sociais e culturais, bem como interesses e aspirações, inclusive a saúde” (OMS/UNICEF, 1979, p. 41).

Por possuir essas características, a comunidade é adotada como o alvo dos programas de desenvolvimento, já que apresentam coordenação a nível local de atividades dos diferentes setores que participam do desenvolvimento sócio-econômico, configurando o centro da integração de diferentes interesses. Nessa direção, a participação comunitária é definida em

Alma-Ata como **“o processo pelo qual indivíduos e famílias assumem a responsabilidade pela saúde e o bem-estar próprios e da comunidade, e desenvolvem a capacidade de contribuir para o desenvolvimento pessoal e comunitário”** (OMS/UNICEF, 1979, p. 42).

Destarte, a participação comunitária apregoada pela Carta de Alma-Ata tem a finalidade de que a comunidade assuma a responsabilidade por sua própria saúde de forma propositiva e esclarecida. Tal participação visa facilitar a identificação e a superação de dificuldades vividas, como pertencentes apenas à comunidade, através da “cooperação mútua”, do cumprimento de responsabilidades como a adoção de estilos de vida saudáveis.

Nessa direção, o documento conclama os governos à responsabilidade pela saúde de seus povos mediante “adequadas medidas sanitárias e sociais” e afirma a APS¹⁰ como “a chave para que essa meta [SPT 2000] seja atingida, como parte do desenvolvimento, no espírito da justiça social” (Id Ibid., p. 3). A APS é assim definida na referida em Alma-Ata:

Os cuidados primários em saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país pode manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o colo principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (OMS/UNICEF, 1979, p. 3).

Para Vasconcelos (2013) essa definição da Declaração constitui uma concepção ampliada de APS. Contudo, conforme a autora, os preceitos de Alma-Ata “que nem remotamente poderiam ser vistos como radicais, foram de encontro ao nascente neoliberalismo.” (Id Ibid., p. 74). Assim, a Declaração levantou inúmeras críticas de organismos internacionais, pois para os mesmos apresentou concepções muito amplas e idealizadas (FAUSTO; MATTA, 2007).

¹⁰ Na análise de Vasconcelos (2001, *apud* VASCONCELOS; SCHMALLER, 2014), a partir de Alma-Ata delinea-se uma disputa entre três propostas de APS: a) Assistência *médica* primária – transposição para os serviços locais do modelo dominante nos consultórios privados, centrado na consulta médica, com as demais atividades entrando de maneira subalterna; b) atenção primária *seletiva* à saúde – como não haveria recursos materiais e humanos disponíveis para atender necessidades globais de toda população, as atividades sanitárias deveriam ser restritas a um pequeno número de problemas de saúde que abrange grande número de pessoas (ações pouco onerosas e que possam obter eficácia). As tarefas seriam bem definidas e padronizadas, não demandando maior qualificação profissional; c) atenção primária *integral*. Cumpre destacar que a vertente brasileira da APS, segundo o MS, é a Estratégia Saúde da Família (ESF), a qual tem por objetivo reverter o modelo de atenção fragmentário e centralizado, conforme o discurso oficial.

A partir de tais críticas, segundo Fausto e Matta (2007), foi realizada a Conferência de Bellagio, em 1979, na Itália, com financiamento da Fundação Rockefeller e que contou com a participação do presidente do Banco Mundial (BM) McNamara. Em Bellagio se apregoa uma concepção seletiva de APS, tendo por referência a definição de procedimentos pautados pela relação custo-benefício e como objetivo principal o enfrentamento das doenças infecciosas. (FONSECA *et. al.*, 2013). Essa concepção foi disseminada nas décadas seguintes por instituições como o FMI e o BM, no contexto de crise do capital, no bojo da difusão do ideário neoliberal.

Segundo Mattos (2000 *apud* MATTA; MOROSINI, 2006, p. 26), distanciando-se da concepção de saúde enquanto direito universal preconizada em Alma-Ata, na Conferência de Bellagio a APS constituiria um conjunto de “ações de saúde de baixa complexidade, dedicada a populações de baixa renda, no sentido de minimizar a exclusão social e econômica decorrentes da expansão do capitalismo global.” Essa concepção restrita defendida pelos organismos internacionais foi incorporada por diversos países periféricos, especialmente da América Latina, “sendo abertamente instrumental às ideias neoliberais em curso.” (VASCONCELOS, 2013, p. 75).

Destarte, embates econômicos, políticos e ideológicos são delineados no terreno neoliberal em torno de uma nova direção para as políticas de saúde em todo o globo. É certo que o modelo biomédico não correspondia ao nascente neoliberalismo. Profissionais e movimentos sociais comprometidos com a concepção ampliada de saúde adentraram nas discussões promovidas pelos organismos internacionais na defesa do direito universal à saúde, contudo foram as concepções mais restritas ligadas à defesa da focalização de ações e programas nos países mais pobres que preponderaram, por sua clara funcionalidade ao ideário neoliberal.

O combate às indesejáveis disparidades entre países “desenvolvidos” e “subdesenvolvidos” e a busca pelo direito universal à saúde prossegue após Bellagio apenas como elemento ideológico fundamental ao neoliberalismo. Nesse novo projeto para a saúde pública, a APS seletiva e a NPS passam a exercer um papel central que se fortalecerá na crise de hegemonia do projeto neoliberal nos anos seguintes. Nessa conjuntura, os conceitos mais restritos em torno da “equidade”, da “participação social”, dentre outros disseminados pelas agências internacionais, passam a aperfeiçoar o nascente “movimento” da NPS.

Segundo Maranhão (2012), a partir do alerta para a degradação das condições de vida da população propiciada pelo capitalismo, as organizações multilaterais passam a adotar com veemência o discurso de combate às desigualdades como parte das medidas

liberalizantes do mercado. O crescimento econômico deve gerar “equidade” e oportunidades de “inclusão social”. Esse é o novo discurso adotado pelas instituições e organizações internacionais que assumem a condição de intelectuais orgânicos das classes dominantes que atuam nos aparelhos privados de hegemonia e são, segundo Maranhão (2012), responsáveis por construir um consenso em torno da direção política burguesa.

Essa reconfiguração do projeto neoliberal é sintetizada através do social-liberalismo e de seu espraiamento a nível mundial. Nas políticas de saúde, esse ideário se impõe também através do movimento internacional da NPS, conforme enfatiza o capítulo subsequente.

3 SOCIAL-LIBERALISMO: O TERRENO FÉRTIL PARA A DISSEMINAÇÃO DA NOVA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Em meados da década de 1990 constatou-se a hegemonia ideológica a nível mundial alcançada pelo neoliberalismo (KATZ, 2016), assim como a ampliação de sua influência. Para Katz (2016), apesar dos resultados não corresponderem ao desejado, a direita se fortaleceu, aproveitando o enfraquecimento dos sindicatos e a inquietação causada pela desigualdade social. Com a queda do muro de Berlim e o fim da experiência socialista no Leste Europeu, a vitória política e ideológica do neoliberalismo parecia inquestionável, contudo, como apresenta Castelo (2012), ainda na década de 1990, o projeto neoliberal vivenciou uma crise conjuntural como

Resultado das crises financeiras do México, Tigres Asiáticos, Rússia, Brasil e Argentina, bem como das reações das classes subalternas, como o levante zapatista e os movimentos globais antissistêmicos. Este conjunto de fatores econômicos e políticos teve rebatimentos na “questão social”, como o desemprego, a fome, o pauperismo e a violência. Diante da crise conjuntural que ameaçou parcialmente a hegemonia neoliberal em regiões do planeta, ideólogos de várias instituições ligados às classes dominantes iniciaram um processo de revisão dos principais pontos do projeto neoliberal, sintetizados no Consenso de Washington. (CASTELO, 2012, p. 47)

Esse quadro recessivo é marcado por um saldo de dívidas públicas alarmantes em vários países ocidentais. Deixando milhões de desempregados pelo caminho, a crise demonstrava para o capital a urgência de repensar as medidas neoliberais aplicadas até o momento (ANDERSON, 1995).

Na América Latina, os mitos do rigor neoliberal no gerenciamento do Estado foram desmentidos pela tomada dispendiosa de crédito externo para lidar com os gargalos do próprio modelo (PAULA, 2016). Katz (2016, p. 85) assim descreve a dimensão da crise do modelo neoliberal na região:

Vários anos de privatizações e flexibilidade do trabalho recriaram as crises financeiras, as quebras fiscais, as fugas de capital e os colapsos cambiório-monetários do passado. A queda da Argentina, em 2001, foi a expressão mais dramática desta repetição de velhas convulsões. O neoliberalismo manteve um baixo nível de atividade econômica. A ilusão numa ascensão repentina pelo simples efeito de políticas conservadoras ficou desmentida. O corte de salários e de gastos sociais não incentivou o investimento. As privatizações também não acenderam a chamada do crescimento. Em todo o período, nunca se consumou a esperada distribuição de bem-estar dos ricos para o restante da população. Só ressurgiram breves ciclos de maior consumo da classe média. Foi muito visível a apropriação da renda pelos poderosos à custas dos trabalhadores. O balanço do neoliberalismo é contundente nos próprios termos desse esquema. Pretendia reverter o baixo crescimento e

manteve um reduzido nível de expansão da economia; esperava eliminar as crises financeiro-cambiais e agravou esses problemas; prometia erigir uma plataforma duradoura de investimento e acentuou a distância da região com os países que aumentaram seu desenvolvimento. (KATZ, 2016, p. 85).

Destarte, as esquerdas latino-americanas se organizam no sentido da resistência ao neoliberalismo, movimento que leva à posterior vitória de partidos de esquerda e centro-esquerda em vários países da região (MOTA; AMARAL; PERUZZO, 2012).

Diante da dimensão da crise e da resistência organizada ao ideário neoliberal, os próprios impulsionadores das medidas de neoliberalismo extremo ficaram frustrados ao assistir o retrocesso econômico da América Latina frente ao mercado mundial (KATZ, 2016). Desse modo, se diluiu a coesão política que havia inicialmente no projeto de direita e o modelo enfrentou o seu desafio mais direto, a partir das sublevações populares de 1999 a 2005 (CASTELO, 2013). Levantes populares com êxito parcial em diversos países latino-americanos, inclusive com vitórias como na Argentina, Bolívia, Equador e Venezuela, solaparam o neoliberalismo na região e atemorizaram os capitalistas. Segundo Katz (2016), os protestos puseram um limite à ofensiva do capital, pois modificaram a correlação de forças e forçaram concessões sociais que foram de encontro ao programa Thatcher-Hayek.

Surgiram críticas substanciais ao receituário colocado no Consenso de Washington, denunciando sua negligência em relação ao crescimento econômico, acumulação de capital e emprego, melhora da estrutura produtiva e do padrão de comércio, aperfeiçoamento do mundo do trabalho, equilíbrio ambiental, redução das desigualdades (riqueza, renda etc.), melhora das condições sociais, e aperfeiçoamento das instituições (GONÇALVES, 2012).

Impõe-se, a partir de então, a necessidade de uma nova direção estratégica ao receituário neoliberal (CASTELO, 2008). Uma das principais inquietações que passa a mover o pensamento dos ideólogos das classes dominantes é “como construir propostas de desenvolvimento sob as condições materiais de um capitalismo cada vez mais destrutivo?” (MARANHÃO, 2012, p. 85).

Emerge, desse modo, uma revisão ideológica do neoliberalismo, chamada de social-liberalismo, marcada pelas reformas de segunda geração (GONÇALVES, *Ibid.*) e que constitui uma tentativa político-ideológica das classes dominantes de dar respostas às tensões derivadas do acirramento das expressões da “questão social” e da luta política da classe trabalhadora (CASTELO, 2012).

Apesar de aparentar uma tomada de consciência social das classes dominantes frente à degradação do mundo do trabalho e do meio ambiente, essas alterações na supremacia burguesa na era neoliberal não ocorreram para resolver os problemas advindos da “questão

social”, mas para manter a dominação, “muda-se na margem para o essencial permanecer o mesmo.” (Id, Ibid., p. 48). Desse modo, o neoliberalismo que já havia se tornado a consciência hegemônica das classes dominantes (Id, 2008), ressurgiu após a nova recessão como social-liberalismo, o resultado de uma amalgamação entre os postulados neoliberais e a “consciência crítica acrítica da social-democracia contemporânea” em seu processo de decadência ideológica¹¹. (Id, 2013, p. 276).

Se antes havia a defesa do Estado mínimo, este deveria agora ter a função reguladora das atividades econômicas e, em parceria com o setor privado, operacionalizar também políticas sociais emergenciais, focalizadas e assistencialistas (Id, 2008). Nessa segunda fase do neoliberalismo há, portanto, a defesa da intervenção mais ativa na “questão social”, como destaca o referido autor,

Em poucas palavras, a “questão social” tornou-se novamente alvo da intervenção teórica e prática das classes dominantes. Daí as teses contemporâneas do socialismo burguês, como a Terceira Via (Anthony Giddens), a Via 2½ (Alan Tourraine), do pós-Consenso de Washington (John Williamson), da “nova questão social” (Pierre Rosavallon), do desenvolvimento humano (Amartya Sen) e das informações assimétricas e falhas de mercado (Joseph Stiglitz). (CASTELO, 2012, p. 47).

No âmbito desse trato diferenciado da “questão social” o novo projeto de restauração do capital alia o combate à pobreza a defesa do crescimento econômico e, através de suas bandeiras, a burguesia e o Estado capitalista protagonizam uma sociabilidade baseada na ideologia do consenso (MOTA, 2012). Essa ideologia porta uma epistemologia de direita – maximização e otimização dos recursos, escassez relativa, capital humano – envernizada por uma ética de esquerda, com palavras de ordem como justiça social, solidariedade, filantropia e voluntariado (CASTELO, 2013), configurando o processo denominado por Neves (2005) de uma nova pedagogia da hegemonia.

A Terceira Via promove, desse modo, um sincretismo entre o mercado e o Estado capaz, conforme suas teses, de gerar o bem-estar social. Seus principais motes são o desenvolvimento econômico com equidade e a ação conjunta entre Estado e terceiro setor. Na aparência configura uma “conscientização humanista e social da burguesia”, entretanto, em sua essência, significa uma ideologia de manutenção da ordem capitalista que defende intervenções fragmentadas nas expressões da “questão social” através de políticas sociais

¹¹ Processo pelo qual um grupo crítico até então, adere ao pensamento decadente e fetichizador que nega a razão e serve “ideologicamente aos interesses da burguesia” (COUTINHO, 2010, p.39), neste caso, os Governos social-democratas.

assistencialistas “que não questionam as bases da acumulação capitalista produtora da riqueza no topo e de miséria na base da hierarquia social” (CASTELO, 2013, p. 276-277).

Um dos principais teórico do social-liberalismo, Anthony Giddens centrou suas análises nas “transformações sociais, políticas e econômicas ocorridas a partir da globalização, da nova era do individualismo e das relações entre o ser humano e a natureza.” (CASTELO, *Ibid.*, p. 280). Em um de seus livros, “o debate global sobre a Terceira Via”, Giddens (2007, p.18) afirma que a Terceira Via designa a “socialdemocracia modernizadora”, uma ampla corrente ideológica que congrega os esforços “comuns à maioria dos partidos e pensadores de esquerda na Europa e em outras partes do mundo, para reestruturar as doutrinas esquerdistas”, diante do fracasso das “duas vias” – socialismo e neoliberalismo –que dominaram o pensamento político desde a Segunda Guerra Mundial.

Para Giddens (*Ibid.*, p. 23), a Terceira Via não implica no fim da divisão entre direita e esquerda, mas numa reconfiguração de ambas, de modo que, estar na esquerda atualmente significaria “desejar uma sociedade solidária e inclusiva [...]. É comprometer-se com a igualdade e acreditar que temos a obrigação de proteger e zelar pelos membros mais vulneráveis da sociedade.”

A partir das problemáticas da globalização e da exacerbação do individualismo, Giddens (*Ibid.*) propõe então a estrutura da Terceira Via, a qual inclui: 1) a reforma do governo e do Estado como alta prioridade. Manter as instituições públicas, mas retirar dessa instância o excesso de tarefas, erradicar a corrupção e ineficiência e ampliar as parcerias público-privadas; 2) um Estado forte o bastante para direcionar a promoção do desenvolvimento e da justiça sociais, mas não um Estado grande que se sobreponha às liberdades individuais; 3) O papel central da sociedade civil na sustentação democrática do Estado, como a instância capaz de regular o Estado e o mercado; 4) a necessária elaboração de um novo contrato social que vincule direitos e responsabilidades, bem-estar social e deveres; 5) A busca da igualdade como objetivo principal, mas um “igualitarismo fundado em ativos pessoais, baseado no investimento em habilidades e capacidades” (p. 27), aliado ao saneamento das possíveis insuficiências do mercado; 6) A criação de uma economia dinâmica aliada ao “pleno emprego”, termo usado pelo autor entre aspas devido ao novo significado que assume diante da defesa da flexibilidade dos mercados de trabalho; 7) a conexão entre políticas social e econômica, eficiência econômica e justiça social; 8) a formulação de políticas ativas no combate ao crime e à violência, principalmente contra a propriedade, tendo como foco a redução da pobreza e da privação, terrenos férteis para a criminalidade; 9) A elaboração de políticas para lidar com a crise ambiental que permitam compatibilizar

crescimento econômico e política ecológica e promover a proteção aos riscos ambientais que se associam aos riscos à saúde e à vida; 10) o estabelecimento de um arcabouço efetivo de capitalismo responsável, com o Estado regulando os custos ambientais e sociais a serem assumidos pelas empresas.

Essas propostas, como analisa Castelo (2013), evidenciam a tentativa de Giddens de contrapor o programa político da Terceira Via às teorias neoliberais, de apresentar esse programa como uma reação política e moral ao neoliberalismo. Assim como o pensamento liberal do século XX, a Terceira Via defende a democracia como uma forma de governo que respeita as liberdades individuais e a separação formal entre Estado, mercado e sociedade civil, sendo esta última um espaço promotor da solidariedade, do consenso e da coesão social (CASTELO, *Ibid.*).

Como ainda discute este autor, no programa da Terceira Via, “a reconstrução do Estado passaria pela adoção de soluções baseadas na lógica mercantil”, como parte de uma nova economia mista que constitui o resultado de uma “espécie de síntese entre mercados regulados, Estado forte e sociedade civil ativa” (Id, *Ibid.*, p. 288).

Através da ação da sociedade civil, seria possível conciliar interesses e ações no sentido do bem-estar coletivo. Nessa instância, Giddens defende como central a responsabilidade social do empresariado, ou seja, o papel das grandes empresas no estímulo ao capital social em pequenas comunidades para que essas sejam protagonistas de sua vida política, processo que se daria por meio da capacitação individual, notadamente da educação. (Id *Ibid.*).

Outro teórico mencionado por Castelo (*Ibid.*) que se destaca no conjunto do ideário social-liberal é John Williamson, cujo trabalho embasou o Consenso de Washington, o encontro com a cúpula imperialista que discutiu as medidas para adequar a agenda neoliberal aos países latino-americanos. Como discute Castelo, Williamson, que se afirmava um teórico neutro, desqualificou como “ideológicas” as críticas em torno do Consenso vindas da esquerda. Contudo, como mencionamos anteriormente, esses questionamentos foram adensados por diferentes correntes políticas e ideológicas, a partir da segunda metade dos anos de 1990. Diante dessas contestações e do não cumprimento das medidas preconizadas pelo Consenso, seu próprio formulador se uniu, de forma peculiar, aos críticos do receituário.

Um grupo de economistas liderados por Williamson e Pedro-Pablo Kuczynski discutiu a retomada do crescimento na América Latina durante uma Conferência na Universidade de Princeton, realizada em 1999, e em encontros patrocinados por uma instituição internacional em 2000 e 2002. O objetivo, conforme Castelo foi revisar as teses

originais do Consenso. O resultado foi um conjunto bem definido de proposições que concedeu novo fôlego ao neoliberalismo: o Pós-Consenso de Washington (Id, Ibid.).

Para Williamson o problema não estaria propriamente na formulação do Consenso, mas na capacidade dos governos latino-americanos em efetivar o receituário à risca, desse modo, os autores do Pós-Consenso atribuem o balanço negativo da década de 1990, na América Latina, à não profundidade e à heterogeneidade nas reformas (CASTELO, 2013). Nessa direção é que propõem uma segunda geração de reformas contendo ajustes estruturais para a região. Em linhas gerais, argumentam a favor da modernização do Estado com reformas nos serviços públicos; do desenvolvimento do mercado de capitais, com destaque para a criação e fundos de pensão privados; de investimentos estatais na economia do conhecimento com prioridade para os níveis básicos de educação; da flexibilização do mercado de trabalho e o combate às desigualdades sociais por meio da capacitação dos pobres via educação para a livre concorrência no mercado de trabalho e geração de oportunidades. (Id. Ibid.).

A partir de “críticas acrílicas” ao Pós-Consenso, Dani Rodrik (2006 *apud* GONÇALVES, 2012) enumerou, no ano de 2002, dez novos pontos ao receituário original: mudanças simples de política econômica com exceção da garantia dos direitos de propriedade; políticas eficazes têm assentadas em instituições sólidas; mecanismos de mercado eficientes com base em instituições eficazes e na eliminação de recursos destinados pelo sistema financeiro para os setores em expansão; combate aos governos corruptos/incompetentes que restringem o impacto de políticas corretas; ênfase nas reformas institucionais; governança corporativa; mercados de trabalho flexíveis; acordos com a OMC; códigos e padrões financeiros; abertura “prudente” da conta de capitais; regimes cambiais sem intermediação; Banco Centrais independentes; redes de segurança sociais e metas de redução da pobreza. Essas novas indicações conformam, segundo Castelo (2013), o Consenso de Washington ampliado, que longe de se contrapor, soma forças ao novo projeto de reestruturação da hegemonia burguesa, o social-liberalismo.

O surgimento dessa nova vertente do neoliberalismo coincide com a intensa propagação dos discursos mais “humanitários” no campo da saúde, a exemplo da equidade em saúde, dos DSS e da Promoção da Saúde, por parte das agências internacionais em todo o globo (NOGUEIRA, 2009; GARRAFA; CORDÓN, 2009). A NPS vem a se configurar nesse contexto, um movimento que expressa teórica e politicamente o discurso neoliberal “repaginado” (VASCONCELOS, 2013). Essa relação de complementariedade entre a NPS e o

social-liberalismo pode ser visualizada, por exemplo, através da análise de documentos produzidos sobre a PS em nível mundial.

Buss (2009) afirma que entre esses documentos sobre PS, os mais relevantes são as Cartas das Conferências Internacionais sobre o tema, por isso elas constituem o cerne do próximo subitem que evidencia alguns dos principais preceitos ideopolíticos do social-liberalismo nelas presentes, de modo a clarificar a investigação da influência desse ideário na PNPS brasileira.

3.1 AS CARTAS DAS CONFERÊNCIAS INTERNACIONAIS SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE E A FUNCIONALIDADE DA NOVA PROMOÇÃO DA SAÚDE À NOVA PEDAGOGIA DA HEGEMONIA

As Cartas resultantes das Conferências Internacionais sobre PS são consideradas a principal influência na formulação da PNS (ROCHA *et. al.*, 2014) e marcos no debate sobre a temática, sendo sua análise imprescindível à apreensão do desenvolvimento do próprio conceito de PS (BUSS, 2009; CORREIA; MEDEIROS, 2014; PORTO; PIVETTA, 2009; BRASIL, 2002) bem como das diferentes tendências políticas e ideológicas que perpassam a conjuntura de sua formulação.

A I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde foi realizada em 1986, em Ottawa/Canadá, pelo Ministério da Saúde canadense e a OMS (BUSS, 2009). **A Carta de Ottawa (OMS, 1986)**, resultante dessa Conferência, tornou-se uma referência no desenvolvimento das ideias e ações da NPS em todo o mundo. (CORREIA; MEDEIROS, 2014). O documento enfatiza a responsabilidade dos indivíduos e dos grupos sobre as condições de saúde ao definir a NPS como o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde” (WHO, 1986, [s./p.] - tradução livre).

A Carta de Ottawa aponta a Promoção da Saúde “para além dos cuidados de saúde” como “a adoção de políticas públicas saudáveis nos setores que não estão diretamente ligados à saúde” (OMS, *Ibid.*, [s./p.] - tradução livre). O referido documento estabeleceu o desafio de uma mudança para a nova saúde pública, reafirmando como pré-requisitos para a saúde: **paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade** (BUSS, 2002). O mesmo documento estabelece os princípios que norteiam a PS: **concepção “holística” de saúde** (fundamentada na multicausalidade do processo saúde-doença e de seus determinantes sociais); **Equidade; Intersetorialidade; Empoderamento; Participação Social; Ações multi-estratégicas** (a PS laça mão de

abordagens diferentes e complementares “que incluem legislação, medidas fiscais, taxações e mudanças organizacionais” – BRASIL, 2002, p. 22) e **Sustentabilidade**.

O documento mencionado é responsável por colocar o fortalecimento dos serviços de saúde comunitários e à **capacitação e envolvimento da comunidade** enquanto fatores para a melhoria das condições de vida e saúde como os campos centrais da NPS. A carta convida todos os indivíduos, famílias e comunidades, grupos sociais e profissionais a assumir a responsabilidade de atuar como “mediadores de interesses antagônicos em favor da saúde” (WHO, 1986), nessa direção define-se a PS do seguinte modo:

La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. (OMS, 1986, p. 367 – grifos nossos).

No item referente ao fortalecimento das ações comunitárias é preconizado que

A promoção da saúde funciona por meio de ações comunitárias concretas e eficazes para definir prioridades, tomar decisões, planejar estratégias e implementá-las para alcançar uma saúde melhor. No centro deste processo está o empoderamento das comunidades - a propriedade e o controle de seus próprios empreendimentos e destinos. O desenvolvimento da comunidade baseia-se nos recursos humanos e materiais existentes na comunidade para melhorar a auto-ajuda e o apoio social, e para desenvolver sistemas flexíveis para fortalecer a participação pública e a direção das questões de saúde. Isso requer acesso total e contínuo à informação, oportunidades de aprendizagem para a saúde, bem como apoio financeiro. (OMS, 1986, p. 369 – 370. Tradução livre, grifos nossos).

Na referida Carta são identificadas cinco áreas de ação de PS – também enfatizadas pelas Conferências e Declarações posteriores: construir **Políticas Públicas Saudáveis**; criar **ambientes de suporte seguros e saudáveis**; desenvolver **habilidades pessoais**; fortalecer a **ação da comunidade** e reorientar os serviços de saúde. O documento enfatiza ainda a **responsabilidade dos indivíduos e dos grupos** sobre suas condições de saúde (Id Ibid.).

As Cartas/Declarações das Conferências Internacionais seguintes mantêm-se na perspectiva da Carta de Ottawa (BRASIL, 2002), com alguns aspectos a serem destacadas.

A **Declaração de Adelaide (WHO, 1988)**, documento final da 2ª Conferência Internacional sobre PS, aborda com centralidade as políticas públicas saudáveis, sendo a intersectorialidade a estratégia fundamental para sua construção. Essas políticas são trabalhadas através de quatro áreas imediatas: apoio à saúde da mulher, alimentação e nutrição, tabaco e álcool e a **criação de ambientes favoráveis**. Apesar de não fazer

referências diretas aos DSS, afirma que “as **iniquidades** no campo da saúde têm raízes nas **desigualdades** existentes na sociedade”, enfatizando a responsabilidade pública pela saúde [WHO, 1988, [s./p.] - tradução livre). Declara que o acesso a produtos e serviços de saúde, à educação em saúde e a criação de ambientes favoráveis poderiam fechar a lacuna de tais desigualdades sociais. Destaca um grupo prioritário para as políticas de acesso à saúde: os **desfavorecidos e vulneráveis**.

Por seu turno, na 3ª Conferência Internacional sobre PS foi elaborada a **Declaração de Sundsvall (WHO, 1991)** que enfatiza a necessidade de ações urgentes para se atingir maior **justiça social em saúde** e a **criação de ambientes favoráveis** à saúde (aspectos físicos e sociais do entorno dos indivíduos). O documento destaca a situação de **extrema pobreza** de milhões de pessoas, assinalando que “as desigualdades refletem-se cada vez mais no largo fosso do nível de saúde existente, tanto no interior de nossos países como entre países ricos e pobres” (WHO, 1991 [s./p.] - tradução livre). Na criação de ambientes favoráveis destaca a necessidade de **reforço à ação comunitária**, de **educação** e **capacitação dos indivíduos e comunidades** para o controle sobre a saúde e de **empoderamento** das pessoas para a mediação de interesses conflitantes na sociedade. Afirma que as **iniquidades** e a **degradação do meio ambiente** demonstram a **crise da abordagem atual de desenvolvimento**.

Já a **Declaração de Jacarta (WHO, 1997)** foi a primeira a tratar dos DSS em um item específico (BRASIL, 2002), a primeira realizada num país de capitalismo periférico e a incluir o **setor privado no apoio à PS**. Afirma que a PS atua sobre os DSS para reduzir as **iniquidades** em saúde, para assegurar os **direitos humanos** e para a formação do **capital social**. A pobreza é apresentada como a maior ameaça para a saúde. A Declaração enfatiza a necessidade de novas respostas no âmbito da PS, entre as quais “existe uma flagrante necessidade de derrubar as fronteiras tradicionais dentro dos setores públicos, das organizações governamentais e não governamentais e entre os setores público e o privado” (WHO, 1997 [s./p.] - tradução livre).

A **Declaração do México (WHO, 2000)**, por sua vez, tem como meta geral analisar o impacto das estratégias de PS para melhorar a saúde e a qualidade de vida das pessoas mais pobres. Seu tema central foi a **equidade**. Para o alcance da equidade e do **desenvolvimento social e econômico**, a Declaração corrobora a necessidade de níveis de saúde mais elevados. Reafirma que **os problemas de saúde prejudicam o desenvolvimento social e econômico** e ressalta o **protagonismo da sociedade civil** na priorização da PS nas políticas e programas.

A **Carta de Bangkok (WHO, 2005)** afirma que as políticas e alianças destinadas a **empoderar as comunidades** e melhorar a saúde e a **equidade** em saúde devem ter lugar

central na agenda do desenvolvimento mundial. O documento continua valorizando o **protagonismo da sociedade civil e do setor privado**. Relaciona a PS aos direitos humanos, atribuindo ao indivíduo a responsabilidade pela saúde. Os **DSS são apontados como “fatores de risco” sob o controle dos indivíduos**. Coloca que a mesma globalização que aprofunda as desigualdades e a **exclusão social** de milhões de pessoas traz consigo novas “oportunidades de colaboração para melhorar a saúde”, tais como os avanços das tecnologias da informação e as comunicações e os melhores mecanismos disponíveis para a governança mundial e a troca de experiências (WHO, 2005 [s./p.] - tradução livre).

A sétima Conferência Internacional sobre PS ocorreu em Nairóbi, no Kenya, e o documento resultante foi intitulado de **“Nairóbi chamada à ação” (WHO, 2009)**. O mesmo reforça como responsabilidades prioritárias daqueles países comprometidos com a PS: fortalecer a liderança em PS e os sistemas de saúde; empoderar as comunidades e indivíduos; colocar a PS como estratégia central na agenda do desenvolvimento; fortalecer processos participativos e construir e aplicar conhecimentos acerca da PS. A carta de Nairóbi elege algumas estratégias de ação para o alcance dessas responsabilidades, a exemplo da garantia do financiamento adequado e do acesso universal e da melhoria das abordagens dos sistemas de saúde e do gerenciamento de seu desempenho.

O documento resultante da oitava Conferência sobre PS consiste na **Declaração de Helsinki sobre Saúde em Todas as Políticas (WHO, 2013)** e através da mesma é firmado um compromisso entre os governos, entidades e membros participantes para com a equidade em saúde e a saúde em todas as políticas. Desse modo, a equidade é enfatizada, sendo definida em Helsinki enquanto expressão da justiça social. A saúde é apresentada como responsável por melhorar a qualidade de vida, aumentar a capacidade de aprendizagem, fortalecer famílias e comunidades e melhorar a produtividade da força de trabalho. Afirma que políticas equitativas ampliam níveis de saúde, reduzem a pobreza e promovem **inclusão social** e segurança.

A nona Conferência Global sobre PS foi realizada no mês de novembro do ano de 2016, em Xangai, centro econômico da China. Os participantes de diferentes países aprovaram a **Declaração de Xangai (WHO, 2016)** que apresenta elementos comuns às Cartas/Declarações internacionais anteriores tais como: os DSS, a Educação em Saúde; a equidade; o empoderamento e a necessidade de aumentar o controle das pessoas sobre sua saúde; a prioridade da saúde das pessoas mais vulneráveis e a responsabilidades dos governantes sobre o nível de saúde das nações.

No entanto, essa Declaração também apresenta particularidades. Em Xangai a saúde e o bem-estar são reconhecidos como elementos essenciais para “alcançar a Agenda de Desenvolvimento das Nações Unidas 2030 e seus Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.” (WHO, 2016 [s./p.]). A saúde é mencionada como direito a ser garantido pela via da **Cobertura Universal de Saúde (CUS)**, meta citada pela primeira vez num documento internacional sobre PS, a qual também está inscrita nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Organização das Nações Unidas (ONU). Ambos os textos conferem centralidade a CUS como a principal estratégia de redução das iniquidades em saúde e de justiça social ao redor do globo e conclamam o **setor privado** e a **sociedade civil** para promover o desenvolvimento sustentável, sendo a PS “a bússula” para esse direcionamento.

Entre os compromissos assumidos através da Declaração de Xangai estão os seguintes:

Aplicar plenamente os mecanismos disponíveis ao governo para proteger a saúde e **promover o bem-estar através de políticas públicas**; fortalecer a legislação, **regulamentação e tributação de produtos não saudáveis**; implementar políticas fiscais como uma ferramenta poderosa para permitir **novos investimentos em saúde e bem-estar**, incluindo sistemas de saúde pública fortes; introduzir a **cobertura universal de saúde como uma maneira eficiente de alcançar saúde e proteção**; garantir a transparência e a **responsabilidade social** e permitir o amplo **envolvimento da sociedade civil**; apoiar as cidades para promover a **equidade e inclusão social**, aproveitando os conhecimentos, **habilidades** e prioridades das suas diversas populações através de um forte **envolvimento da comunidade**; reorientar os serviços sociais e de saúde para otimizar o **acesso justo**; reconhecer a **educação em saúde** como um determinante essencial da saúde e investir em seu desenvolvimento; **aumentar o controle dos cidadãos sobre sua própria saúde e seus determinantes**, através do aproveitamento do potencial da tecnologia digital; garantir o **consumo e as escolhas saudáveis** através de políticas de preços, informação transparente e rotulagem clara. (WHO, 2016, [s./p.] - tradução livre).

Marco Akerman, professor da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP), acompanhou as discussões em Xangai como integrante do Comitê Científico da Conferência, representando a região das Américas (ABRASCO, 2017).

Conforme o referido analista, essa foi a maior Conferência sobre PS até hoje, em número de participantes, desde Ottawa. Foram mais de 1.200 participantes, na sua maioria chineses. Eles compuseram a maioria dos painéis que buscaram reforçar os avanços da China, principalmente no que concerne à reforma urbana, suas atividades comunitárias e o impacto destas iniciativas na saúde, assevera. O Primeiro-ministro chinês abriu o evento dizendo que “saúde é um pilar fundamental do desenvolvimento, do bem estar das pessoas e indicador de prosperidade e progresso social.” (ABRASCO, 2017, [s./p.]).

Na entrevista à Abrasco (2017), Akerman coloca ainda que a Declaração de Xangai foi aprovada no início da Conferência e que os participantes não tiveram possibilidades de intervir no seu conteúdo. O tema “Promoção da Saúde no Desenvolvimento Sustentável” favoreceu o debate mais abrangente, mas predominou nas mesas representantes governamentais, segundo ele. Poucos representantes da sociedade civil e da academia foram convidados para as mesas, assevera. Neste sentido, dando visibilidade aos gestores foi organizado um Fórum de Prefeitos que lançou o Consenso de Xangai para Cidades Saudáveis, afirma o professor.

Desse modo, predominaram em Xangai os temas mais contemporâneos disseminados pelos organismos internacionais para as políticas de saúde ao redor do globo. A análise do documento que resulta da 9ª Conferência evidencia que a relevância conferida atualmente ao debate da PS e dos DSS ficam na retaguarda diante dos novos temas como a CUS. Cabe, portanto, elucidar em que consiste essa mais nova proposta dos organismos internacionais.

Conforme o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES, 2014, [s./p.]), aCUS foi gestada pela Fundação Rockefeller e pela OMS para as políticas de saúde dos países periféricos com o verdadeiro intento de “combater o conceito de direito universal à saúde, para fortalecer o papel do setor privado na oferta de seguros e serviços de saúde.”

O termo Cobertura Universal de Saúde aparece pela primeira vez no ano de 2005 num dos relatórios para a 58ª Assembleia Geral, intitulado Seguro Social de Saúde: Financiamento Sustentável da Saúde, Cobertura Universal e Seguro Social de Saúde (NORONHA, 2013; BARROS, 2014).

Ao remeter ao percurso institucional da CUS, Ocké-Reis (2016) afirma que as raízes da proposta estão fincadas na redefinição do papel do Estado e do mercado no setor saúde pelo Banco Mundial na década de 1990 e, mais tarde, no início do século XXI no apoio da OMS a um novo tipo de universalismo – o Universalismo Básico (UB)¹² – com base na

¹² Como esclarece Minteguiaga (2009), a noção de UB surge em 2005, num encontro acadêmico organizado pelo Instituto Interamericano para o Desenvolvimento Econômico e Social do Banco Interamericano de Desenvolvimento (INDES-BID), com base na teoria da justiça distributiva desenvolvida por autores como Rawls e Sen e, em 2006, aparece no trabalho de Filgueira (*et. al.*, 2006), fomentado pelo BID, como uma alternativa possível e necessária para melhorar as condições de vida no globo. A proposta do Universalismo Básico parte da crítica à focalização nas políticas sociais resultante do Consenso de Washington para propor um modelo “alternativo” de universalização (FILGUEIRA, *et. al.*, 2006) que superaria a fragmentação dos serviços sociais e melhoraria as condições de vida. Através da proposta, que se afirma uma alternativa às saídas neoliberais, como os pacotes de serviços para pobres, é afirmado que “el camino para avanzar em eficacia y eficiencia ciertamente no está en el mercado, como tampoco en una entrega pública de servicios sociales de espaldas a controles de calidad y de eficiencia. Habrá que recurrir a una mezcla de los dos, y este es uno de los rasgos que debe tener el universalismo básico.” (Id *Ibid.*, p. 32). Desse modo, a recomendação é um modelo híbrido que combina a responsabilidade estatal na gestão, somada à prestação de serviços sociais com incentivos e mecanismos de mercado que, segundo seus idealizadores, iriam respeitar o âmbito do público, e melhorar a eficiência. Há,

acepção de que é impossível a oferta pública de todos os serviços de saúde, a mesma Organização passa então a recomendar a simples adoção de uma cesta básica de serviços de saúde para os pobres.

A proposta da CUS é diretamente tratada no Relatório Mundial de Saúde de 2010 da OMS – “Financiamento dos Sistemas de Saúde: O caminho para a Cobertura Universal (OMS, 2010) – que tem como objetivo, segundo a Diretora Geral da Organização, Margaret Chan, evidenciar que é possível **eliminar as barreiras econômicas para o acesso aos serviços de saúde, especialmente no caso dos pobres**. Como adverte Noronha (2013), no Relatório de 2010 o financiamento setorial é apresentado como o caminho para a CUS.

No referido documento a Diretora Geral destaca a prioridade da OMS no avanço da CUS e que essa proposta se encontra no centro dos debates sobre prestação de serviços de saúde *na atualidade*, afirma ainda que a luta pela cobertura universal é um objetivo admirável e viável (OMS, 2010). A promessa da OMS de que, ao adotar a CUS, os países possam fazer muito mais pela saúde sem aumento de gastos (OMS, 2010), “acabou por despertar um grande interesse em representantes do pensamento conservador da saúde e nos defensores da presença do mercado na área da saúde” (BARROS, 2014).

Além da Fundação Rockefeller, da *Save The Children* e da revista inglesa de medicina *Lancet*, citadas por Noronha (2013) como defensoras da CUS, Ocké-Reis (2016) se refere a instituições de peso internacional como Unicef, o FMI e o Banco Mundial que também abraçam a proposta.

Na abertura da 65ª Assembleia Mundial de Saúde, realizada em Genebra, em maio de 2012, a Diretora Geral da OMS afirma que a CUS é o mais singular e poderoso conceito que a saúde pública tem a oferecer (NORONHA, 2013). O tema se torna tão hegemônico nos círculos das fundações e organismos internacionais que, como lembra Barros (2014), em dezembro de 2012, foi levado à Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas e incorporado como um dos itens da Resolução A/RES/67/81 – Saúde Global e Política Externa.

Na América Latina a proposta ganha espaço no plano institucional com o documento “Estratégia para a Cobertura Universal de Saúde” discutido no interior da OPAS (OCKÉ-

portanto, uma desqualificação do princípio da universalidade, pois o esquema parte da carência e da garantia do acesso/cobertura individual dos mais “vulneráveis” a certos serviços mínimos como caminho para a “igualdade” (MINTEGUIAGA, 2009). Segundo esta autora, a proposta reconhece as desigualdades sociais, mas não sua lógica de produção e reprodução, enquanto parte da “questão social”, e seu objetivo é a construção de consensos entre as diferentes classes sociais, o que se propõe de fato é outro tipo de focalização, a dos direitos sociais, compatível com o estado híbrido “neodesenvolvimentista” que, ao tentar combinar “adequadamente” o público e o privado, termina “operando una nueva modalidad de ‘reducción estatal’ ” (MINTEGUIAGA, 2009, p. 64).

REIS, 2016) e aprovado durante sua 66ª SESSÃO, realizada entre 29 de setembro e 3 de outubro de 2014. Em nota pública, o CEBES (2014, [s./p.]) afirma que o referido documento “apresenta um **conceito restrito de universalidade e de equidade**, uma vez que pressupõe o funcionamento de um sistema onde predomina o mecanismo de compra e venda de serviços de saúde”.

Em análise ao documento lançado pela OPAS/OMS, Ocké-Reis (2016) afirma que nele a CUS é apresentada ao lado de valores, saberes e práticas, assumidos pela Saúde Coletiva, tais como a determinação/produção social da saúde, a primazia da atenção primária, o direito à saúde, a soberania dos países, dentre outros. Todavia, evidencia suas verdadeiras intenções ao identificar universalidade “com a proteção financeira dos indivíduos para acesso aos serviços de saúde” e o conceito de equidade “**à capacidade de contribuição de acordo com a renda**” (OCKÉ-REIS, 2016, p.21). O texto trata da utilização dos serviços de forma hierárquica, de acordo com a necessidade de cada indivíduo mediante análise do “quadro da transição epidemiológica (coexistência de doenças transmissíveis e não transmissíveis e causas externas) e demográfica (envelhecimento populacional)” (Id Ibid., p. 21).

Ocké-Reis (2016, p. 21) ainda afirma que o referido documento advoga a unificação solidária dos diversos fundos financeiros “(Estado, seguro social, seguro privado e contribuições individuais), cabendo ao governo assumir a contribuição dos indivíduos que não tem capacidade de pagamento (pobres e indigentes)”.

Em suma, como bem adverte Barros (2014, p. 90), a proposta da CUS abriga uma gama de interesses ideológicos e políticos das classes dominantes, representando, como na expressão popular, um verdadeiro “lobo em pele de cordeiro.”

Desse modo, se é consensual entre os autores que as Cartas das nove Conferências Internacionais sobre PS contribuíram para delimitar melhor o arcabouço da NPS (PORTO; PIVETTA, 2009; FREITAS, 2009), as mesmas não têm apenas a pretensão de questionar o modelo sanitário hegemônico (o biomédico) e a medicalização da saúde, como discute Buss (2009). Esses documentos apresentam e disseminam entre governantes, usuários, profissionais e todos os sujeitos envolvidos com o debate da PS os conceitos e metas almejados pelos organismos internacionais, notadamente para os países periféricos.

Porto e Pivetta (2009) corroboram que a construção dessas Cartas/Declarações recebeu forte intervenção internacional em seu processo de formulação, não só da OMS, mas de agências de financiamento como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional, portanto, os conceitos que apresentam não poderiam ser neutros. A nosso ver, essas acepções

seguem o direcionamento desejado pela hegemonia burguesa para as políticas de saúde e têm o objetivo de gerar consenso em torno do mesmo.

Desse modo, os documentos citados representam não só um marco para a ampliação do escopo da NPS e em sua disseminação nas políticas de saúde ao redor do globo, mas portam tendências ideopolíticas que não estão necessariamente ligadas a interesses emancipatórios.

Por conta das contradições no interior da NPS, segundo Campos (2006 *apud* VASCONCELOS; SCHMALLER, 2014a), suas propostas não foram recebidas sem dissonâncias pelo MRSB. Na análise dessas autoras, houve resistência – política – à incorporação dos princípios da NPS por parte de alguns profissionais ligados ao MRSB, por enxergarem, dentre outras controvérsias, que esse ideário enfoca estilos de vida. Porém, dentro de algumas tendências do movimento, a PS foi associada aos debates em torno da produção social da saúde, compondo, inclusive, a defesa ao Sistema Único de Saúde (SUS). Mais recentemente, houve ainda profissionais ligados ao MRSB que incorporaram a PS na perspectiva internacional colocada pelo “movimento” de NPS.

Cumprir destacar que na construção de seu projeto, na década de 1980, o MRSB reuniu intelectuais da Saúde Coletiva e novos sujeitos sociais que surgiram nas lutas contra a ditadura (PAIM, 2013). A origem desse movimento está fincada nos Departamentos de Medicina Preventiva (DMP) de algumas faculdades brasileiras, nos quais, paradoxalmente, foi feita, através da abordagem marxista no campo da saúde, a crítica à Medicina Preventiva (MP) e às suas bases filosóficas: as ciências sociais positivistas. No interior dos DMP, a partir do final dos anos 1960 e início dos anos 1970, docentes e estudantes contrários ao regime autoritário passam a produzir, a partir do materialismo histórico-dialético, conhecimento crítico tanto em torno do modelo tradicional de formação dos médicos, restrito às áreas biológicas, quanto do modelo clássico de formação positivista (PAIM, 1997; ESCOREL, 1999). O ano de 1975 representa, segundo esta última autora (Ibid., p. 19), um marco na formação dessas bases universitárias do MRSB, através da defesa das teses de Sérgio Arouca, “O Dilema Preventivista”, e de Cecília Donnangelo, “Medicina e Sociedade”, o “divisor de águas que deu início a uma teoria social da medicina no Brasil.”

Destarte, foi a compreensão e crítica às propostas da MP e da MC empreendidas no interior dos DMP, contando com o estímulo de certos setores da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS)¹³, que possibilitou a constituição da Saúde Coletiva no Brasil, inspirada na

¹³A OPAS apoiava a realização de encontros para discussões das ciências sociais em saúde e de cursos de mestrado em Medicina Social, que contribuíram no aprofundamento das críticas aos referenciais teóricos da MP

Medicina Social, originária na Europa em meados do século XIX (PAIM, 1997). A prática teórica da Saúde Coletiva/MRSB surge, portanto, da tentativa de ruptura com a MP e da busca por delimitar um objeto de estudos em torno do qual fosse possível produzir conhecimentos que contribuíssem para uma prática transformadora. “Trata-se de um discurso que procura a sua organicidade na contradição das classes sociais”, assumindo no campo da teoria, uma posição diante dessas contradições (AROUCA, 2003, p. 150).

Outra importante base na qual se desenvolve teórica e ideologicamente o MRSB é a Medicina Comunitária (MC), difundida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) através da Declaração de Alma-Ata de 1978 e que, no interior dos DMP brasileiros, representou não só uma resposta ao problema da ampliação da cobertura dos serviços de saúde a custos baixos, mas a vinculação entre estudantes de medicina e usuários e sua realidade social (SCOREL, 1999), ocasionando, através da participação da população, repercussões positivas para a saúde pública no país e para o próprio movimento.

Nessa direção, “a produção teórica desenvolvida nas décadas de setenta e de oitenta permitia apontar a emergência de um paradigma alternativo em Saúde Coletiva” (PAIM, 1997, p.13). Este novo paradigma foi construído centrado em dois conceitos fundamentais: a determinação social da saúde e o processo de trabalho em saúde.

No âmbito de sua prática teórica e ideológica, o MRSB brasileiro toma “como pressuposto que a saúde é resultante de um conjunto de situações e fatores sociais ou, em outras palavras, saúde é uma produção sócio-histórica” (PASCHE; HENNINGTON, 2006, p.20). As análises empreendidas por esse novo paradigma partem do princípio da totalidade, uma das categorias mais caras emprestadas pelo materialismo histórico ao MRSB (PASCHE; HENNINGTON, *Ibid.*), segundo a qual não é possível analisar o processo saúde-doença sem antes considerar os fatores estruturais que sustentam os problemas de saúde da população.

Em contraposição à visão do processo saúde-doença da história natural da doença e da multicausalidade sustentada pelo preventivismo, o pensamento médico-social que embasa o MRSB, parte da concepção positiva do processo saúde-doença e que este constitui um processo social, com uma historicidade e determinação social. (SCOREL, 1999).

Como afirma Escorel (1999), no cenário de crise da autocracia burguesa, o MRSB pôde trazer à tona sua prática política através da articulação entre os movimentos de Médicos Residentes e de Renovação Médica – compostos por profissionais que atuaram politicamente

e MC (PAIM, 2003). Os cursos, por sua vez, revisavam os marcos conceituais disponíveis e propunham alternativas, iniciativas que confluíram na realização do Encontro Nacional de Pós-Graduação em Saúde Coletiva em 1978, o qual resultou no projeto de criação da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), materializado no ano posterior (PAIM, *Id.*).

na arena do mundo do trabalho – e os movimentos que difundiram a teoria do MRSB: o movimento estudantil, que se politizou através da MC na interlocução com a população, e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES)¹⁴. A perspectiva do conceito ampliado de saúde e de sua determinação social, presente na produção teórica do MRSB e disseminada por esses sujeitos políticos, foi mais tarde assumida durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS) e evidenciada na definição de saúde que o Relatório desse evento apresenta.

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. O direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano. (BRASIL, 1986, p. 4).

Posteriormente essa concepção foi incorporada na Constituição Federal de 1988 (CF/1988) (PAIM, 1997) e na Lei Orgânica da Saúde (Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990).

No que se refere ao segundo conceito mencionado por Paim (Ibid.), o processo de trabalho em saúde, conforme esse autor, para o MRSB, as práticas de saúde integram o complexo conjunto de práticas presentes em um processo social, sendo este marcado por interesses antagônicos de classe. As práticas de saúde constituem uma prática social, sem perder suas especificidades e se articulam e dispõem, simultaneamente, de elementos técnicos e sociais (econômicos, políticos e ideológicos) (Id, Ibid.).

Com base nesta concepção, Fleury (1988 *apud* PAIM, 1997, p.14) sugeriu um novo paradigma para o projeto do MRSB questionando a medicina mercantilizada bem como sua ineficiência ao propor a “organização de um sistema de saúde capaz de responder as demandas prevalentes, organizado de forma democrática em sua gestão e administrado com base na racionalidade do planejamento”. Essa proposta foi amadurecida e sistematizada no Relatório da 8ª CNS. No segundo tema do referido documento é tratado da reformulação do

¹⁴ O CEBES foi criado em julho de 1976, durante a 32ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, realizada na UnB (Brasília). O referido evento enfocou a democratização da saúde e socializou a produção acadêmica crítica da Saúde Coletiva brasileira (PAIM, 2013) Para este autor, além de proporcionar a realização de estudos no campo da Saúde Coletiva e difundir conhecimentos através da Revista Saúde em Debate e da publicação de livros, o CEBES, enquanto intelectual coletivo do MRSB, inspirado no marxismo, denunciou as desigualdades sociais e os problemas presentes na prestação de serviços de saúde privatizados, participou das lutas pela democratização do país, propiciou debates sobre saúde e realizou a interlocução do MRSB com outros movimentos sociais (Id Ibid.).

Sistema Nacional de Saúde a partir da criação de um Sistema Único de Saúde, o SUS, uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, de atendimento integral e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com ampla participação da população.

A 8ª CNS configurou um marco no processo de lutas pela saúde articuladas à redemocratização do país (BRAVO; CORREIA, 2012). Seu tema central “Democracia é Saúde” reforça não só que a saúde é determinada pela organização econômica e política de uma sociedade, mas que o potencial de saúde de um povo não pode ser plenamente realizado em sistemas autoritários, nos quais o Estado ditatorial controla a sociedade.

Pela primeira vez na história das conferências de saúde o evento foi aberto à participação de trabalhadores e da população (Id Ibid.). Segundo o Relatório Final da 8ª CNS, o processo foi altamente participativo, democrático e representativo contando com mais de quatro mil pessoas, dentre as quais, mil delegados que participaram do processo de debates em torno da reformulação da política nacional de saúde.

Entre os dias 17 a 21 de março de 1986, os membros da Conferência foram distribuídos em plenária nos 135 grupos de trabalho (38 de delegados e 97 de participantes) que “contaram com a participação efetiva de quase todas as instituições que atuam no setor, assim como daquelas representativas da sociedade civil, dos grupos profissionais e dos partidos políticos” (BRASIL, 1986, p. 1).

Todavia, a institucionalização da perspectiva ampliada de saúde do MRSB no arcabouço legal do SUS não se deu sem uma dura correlação de forças com os interesses hegemônicos no campo da Saúde. No final da década de 1980, especificamente a partir de 1988, as forças progressistas comprometidas com o MRSB, perderam espaço nos aparelhos institucionais, processo esse que segundo Escorel (1999) acaba afastando a população da cena política, despolitizando e impondo desafios à continuidade do projeto construído pelo MRSB nas décadas seguintes.

O movimento participou nos debates para a implementação da Lei Orgânica da Saúde, contudo, não conseguiu barrar os interesses corporativos e empresariais que se organizavam fortemente (PAIM, 2013) e eram adensados pelo neoliberalismo que, a essa altura já havia aterrissado no país. Esta correlação de forças perpassará também os governos posteriores, de modo que a luta pela implantação do SUS se torna o ponto central e os demais componentes do MRSB são secundarizados (Id Ibid.).

Para Vasconcelos (2013), é a partir da década de 1990 – contexto em que são adotadas as recomendações neoliberais no Brasil e que a influência de teorias críticas como o marxismo na Saúde Coletiva diminui – que passa a acontecer uma crescente incorporação de

propostas internacionais como as da NPS, através de diversos documentos e iniciativas do Ministério da Saúde. Esse período da particularidade brasileira caracterizado pela adoção das contrarreformas neoliberais e fortalecimento da NPS, e a institucionalização da PNPS no contexto dos governos neodesenvolvimentistas, constituem o foco do capítulo seguinte.

4 CONTEXTO NEODESENVOLVIMENTISTA E A POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

As políticas de ajuste neoliberais com base no Consenso de Washington são o cerne da década de 1990 no Brasil, elas contemplam a redução dos gastos públicos através das privatizações, o afrouxamento da ação do Estado em suas funções sociais, ficando restritas ao controle da estabilidade econômica (metas de inflação baseadas em altos juros que remunerem o capital especulativo) e a morte gradual da indústria nacional frente a uma concorrência desleal com produtos internacionais (PAULA, 2016).

Esses ajustes são divididos por este analista em duas etapas: 1) contrarreforma, fiel ao Consenso de Washington – fase de primazia da estabilidade monetária através do Plano Real (1980-1990); e 2) Fase marcada pela aplicação de remédios/ajustes menos amargos (anos 2000 até o fim dos governos petistas). Ainda para o autor,

Ambas as fases representam a ortodoxia neoliberal, contudo, flexibilizada aos diferentes estágios de desenvolvimento das democracias liberais de massa, o que pode levar à falsa impressão de que se trata de programáticas distintas, caso examinadas apenas suas manifestações mais evidentes. A supremacia do processo de financeirização pode nos levar a essa falsa identificação da realidade, se não nos dermos conta da permanência dos níveis crescentes de expropriação do trabalho, da terra, dos direitos etc. (PAULA, 2016, p. 253).

A fase contrarreformista é marcada, portanto, pela chegada do neoliberalismo em solo brasileiro. Nessa conjuntura, mais especificamente em meados da década de 1990, há um retorno ao debate sobre o desenvolvimentismo através de teses que passam a se multiplicar no meio acadêmico (Id Ibid.).

Trata-se do “neodesenvolvimentismo”, ideologia que surge na América Latina através dos governos de esquerda, adotando estratégias de desenvolvimento com supostas rupturas com as políticas neoliberais (MARANHÃO, 2012).

Segundo Mota, Amaral e Peruzzo (2012), essa perspectiva denominada de “novo desenvolvimentismo” tem suas bases assentadas no nacional desenvolvimentismo que orientou a economia dos países periféricos nos anos 1940-1970, sob direção da Comissão Econômica para a América Latina e Caribe (Cepal). Para alterar o cenário de subdesenvolvimento, a Cepal indicava a adoção da industrialização como meio de crescimento do mercado interno e a intervenção do Estado no planejamento, na indução, no financiamento e como investidor direto desse processo (LEHER, 2016).

Mota, Amaral e Peruzzo (2012, p. 156), por sua vez, caracterizam o desenvolvimentismo como “uma ideologia econômica que sustenta o projeto de industrialização integral, com participação do Estado como forma de superar o atraso e a pobreza dos países subdesenvolvidos”. O pensamento desenvolvimentista no Brasil e na América Latina tem raízes no mercantilismo clássico e no neomercantilismo que apresentam como trinômio comum: o nacionalismo; a intervenção estatal; e a defesa da indústria (GONÇALVES, 2012). Conforme este autor, essas são as bases do nacional-desenvolvimentismo original, deturpado pelo novo desenvolvimentismo que apresenta consonâncias com o Pós-Consenso de Washington e constitui uma forma de liberalismo compatível com as políticas de estabilização macroeconômica.

Com o neodesenvolvimentismo será possível notar algumas iniciativas de redimensionamento da autonomia relativa de alguns países, fundamentadas em complexos aparatos ideológicos, criando-se a impressão de uma autonomia econômica, como é o caso do Brasil (PAULA, 2016). Este autor prefere denominar o neodesenvolvimentismo de liberalismo à brasileira, pois constitui um ideário que promove a inversão das teses clássicas do nacional desenvolvimentismo, representando o “momento de síntese da acumulação capitalista em sua fase financeira” (Id Ibid., p.257), um processo integrador e transformista.

Esse “canto da sereia” de um novo desenvolvimentismo, nas palavras de Castelo (2016, p.44), conquista “cada vez mais a atenção da opinião pública e disputa a direção intelectual-moral da sociedade brasileira”, sendo ampla a adesão a esse projeto das classes dominantes.

Também para Castelo (Ibid., p. 44), essa é uma ideologia, “cujos objetivos são moldar uma determinada concepção de mundo para o aprofundamento de uma etapa superior do capitalismo dependente brasileiro”. Apesar da força das teses em torno de um novo desenvolvimentismo, há no Brasil, questionamentos à sua capacidade de determinar os rumos das políticas do Estado, notadamente econômicas, geopolíticas e sociais, em suma a pergunta essencial é se houve ruptura com o projeto neoliberal e sua atual ideologia hegemônica, o social-liberalismo (Id Ibid.).

Segundo Mota, Amaral e Peruzzo (2012), é na esteira social-liberal que o Banco Mundial passa a incorporar proposições que aliam crescimento econômico com

desenvolvimento social, perspectiva essa elaborada pelo economista Amartya Kumar Sen¹⁵. Conforme afirmam as autoras mencionadas, para este ideólogo,

Cuja análise foi adotada pelo Banco Mundial, a noção de desenvolvimento requisita, necessariamente, que as principais fontes de privação de liberdade, pobreza, carência de oportunidades econômicas e destituição social sistêmica, negligência dos serviços públicos e intolerância ou interferência excessiva de Estado repressivo sejam removidas. (MOTA; AMARAL; PERUZZO, 2012, p. 157-158).

As agências multilaterais passam a disseminar essa nova concepção de desenvolvimento econômico e social que tem como princípio aliar o crescimento econômico com o combate à pobreza, o desenvolvimento humano e a sustentabilidade (MARANHÃO, 2012).

Segundo Maranhão (2012), os relatórios do Banco Mundial sobre as estratégias de combate à pobreza, as pesquisas e índices da ONU sobre o desenvolvimento social e humano ou as metas acordadas pelas nações nos Objetivos do Milênio, ao longo dos anos 1990-2000, assumem e dão destaque ao discurso sobre o novo desenvolvimentismo com promessas de superação do atraso econômico e social dos países periféricos.

Maranhão (2012) destaca, portanto, o papel ativo das organizações multilaterais como a ONU e o Banco Mundial na construção desse novo projeto de desenvolvimento e cita pesquisas e a criação do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), utilizado pelo PNUD desde 1990, como exemplos de novas estratégias desses organismos na busca por legitimidade em torno do projeto burguês.

Para Paula (2016), a retomada do tema do desenvolvimento no Brasil de forma conservadora coincide com a gestão de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), com análises que criticaram o corolário neoliberal e contrarreformista que se estabeleceu à época, bem como às imperfeições do modelo institucional democrático estabelecido.

¹⁵Amartya Sen foi membro da presidência do Banco Mundial, tornando-se reconhecido mundialmente a partir do prêmio Nobel de Economia que recebeu em 1998, é considerado o responsável por dar prosseguimento às concepções de John Rawls, que fora seu professor universitário e amigo. Sen (2011) reafirma a concepção rawlsiana de centralidade da liberdade e da equidade para a visão de justiça, mas destaca o papel das capacidades pessoais na direção de um senso de justiça, ao alegar que as pessoas teriam uma inclinação racional para a equidade. O foco nas disparidades associadas à exclusão e discriminação por raça, cor ou sexo em detrimento das disparidades de *status* sociais e econômicos, bem como a ênfase na eliminação da pobreza (pobreza por ele entendida como a privação de bens primários), defendidos por Rawls, são avaliadas por Sen como as principais contribuições de seu amigo para as políticas públicas ao redor do globo. Sen aponta debilidades na teoria rawlsiana, mas na verdade as aprimora, trazendo-as, segundo ele mesmo afirma, de um nível abstrato no qual a justiça pode ser perfeita e materializada por um Estado soberano, a depender da conciliação de partes opostas, para a instância real onde posições contrárias podem sobreviver simultaneamente sem afetar a justiça/equidade.

Contudo, o referido autor ainda aponta que as quatro crises externas – crise do México (1995), crise asiática (1997-1998), crise russa (1998-1999) e crise interna da Argentina –, as inflexões econômicas decorrentes dos atentados de 11 de setembro nos EUA, a desvalorização do Real em 1999 e o reforço da austeridade econômica, constituíram entraves que não permitiram a conclusão das reformas como desejava o governo de FHC. Contudo,

Mesmo tendo de “driblar” tais intempéries, o ajuste neoliberal conseguiu calçar raízes em solo brasileiro, fixando tanto em nossa institucionalidade quanto em nossa cultura política o seu corpo essencial. Isso também contribuiu para uma relativa convergência no âmbito das análises críticas sobre a ofensiva neoliberal no período. (PAULA, 2016, p. 259).

Na visão de Castelo (2008), a vitória do PSDB em 1994 representou não só a entrada do Brasil na linha da reestruturação produtiva, como também efetivou no país a reforma administrativa dos aparelhos estatais e o combate intensivo à organização política dos trabalhadores, simbolizando a vitória da burguesia liderada por sua fração rentista internacional. O governo FHC marca a decadência ideológica do pensamento econômico nacional pondo fim às teorias da economia heterodoxa, em especial, às suas correntes desenvolvimentistas (CASTELO, 2008).

Baseado em Fiori, Castelo (2013) defende que a partir do governo de FHC já seriam visíveis alguns dos traços da ideologia social-liberal na direção da política econômica e social do país¹⁶. Para Castelo (2013), desde o governo FHC as proposições social-liberais no país já estavam organizadas e começaram a ser implementadas. Contudo é nos governos petistas, notadamente no governo Lula da Silva, que tais proposições são efetivadas de modo organizado e aliadas a um amplo consenso das massas.

Ao abordar o neodesenvolvimentismo, Paula (2016) corrobora as afirmações de Castelo (2013) sobre a implementação do social-liberalismo no Brasil. Contudo reitera que será a partir de 2002, quando a tendência transformista se formaliza no principal partido das esquerdas, o PT – notadamente através da “Carta ao Povo Brasileiro”, elaborada por Luís Inácio Lula da Silva, uma de suas principais lideranças – que se dá a profusão de conhecimentos mais difusos sobre o desenvolvimento capitalista brasileiro.

Destarte, a trajetória do PT é marcada historicamente pela mudança do discurso “anticapital”, antes de assumir o poder, para o neoliberal revestido da ideologia

¹⁶ Ruy Braga e Álvaro Bianchi são autores apresentados por Castelo (2013) como exemplos de intelectuais que discordam dessa ideia, à medida que alegam que somente com a eleição de Luiz Inácio Lula da Silva (PT) em 2002 é que tem início o ciclo do social-liberalismo no país.

neodesenvolvimentista (MENEZES, 2014). Segundo Mota (2012), o governo do ex-presidente Lula se tornou um dos protagonistas mais representativos da ideologia social-liberal que é complementada pela ampla defesa e disseminação do novo desenvolvimentismo. Esse ideário se aprofunda no país, segundo Paula (Ibid.), a partir do segundo semestre de 2005 com o processo do “mensalão”¹⁷ que configurou dificuldades políticas e institucionais que quase levaram o então presidente ao *impachment*, bem como evidenciou as programáticas neoconservadoras do governo.

A partir do ano de 2007, com a queda dos dois braços do presidente Lula – José Dirceu e Antônio Palocci –, modifica-se o perfil do núcleo pensante do governo com a admissão de outros personagens que se voltam para as atividades técnicas de sua administração, contribuindo também para a disseminação neodesenvolvimentismo (Id Ibid.). As modificações no governo foram aprofundadas no ano de 2008, com a crise iniciada nos EUA e rapidamente espalhada pelo globo. (CASTELO, 2016).

A partir dessa curvatura, o governo toma medidas como a redução dos juros, aumento do crédito ao consumidor e do salário mínimo, desonerações fiscais e tributárias e financiamento do capital monopolista nacional via o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), que supostamente teriam confirmado o rompimento com o neoliberalismo e a adesão do PT e aliados ao novo desenvolvimentismo (Id Ibid.).

O conceito de novo desenvolvimentismo é, portanto, apropriado politicamente para destacar uma (falsa) inflexão no processo de desenvolvimento econômico do país e as (pretensas) mudanças estruturais e o desempenho econômico do Brasil durante o governo Lula, visando diferenciar este governo da experiência neoliberal e do desempenho da era FHC (GONÇALVES, 2012).

Nesse cenário, segundo Castelo (2016), as teses do novo desenvolvimentismo – intervenção estatal na economia e na “questão social” para estímulo do crescimento e distribuição de renda, política externa mais ativa, investimentos e infraestrutura – se fortaleceram dentro do aparelho estatal, contando com forte apoio dos intelectuais orgânicos da alta burguesia. A ideologia neodesenvolvimentista deixa de ser uma sombra, nas palavras deste autor, e ganha materialidade como política de governo em alguns setores do Estado, com destaque para a política externa e, na área econômica, o BNDES.

¹⁷ Em meio a uma sucessão de denúncias da oposição e da base aliada insatisfeita, relacionadas à corrupção dentro do governo, a mais significativa delas e que configurou o processo do “mensalão” foi a de que os parlamentares da base aliada ao PT receberiam recursos “mensais” para votar a favor de projetos de interesse do governo (PAULA, 2016).

O governo Lula passa a conciliar as diretrizes do receituário liberal e a pauta neodesenvolvimentista, iniciativas aparentemente contraditórias, mas que se complementam na formação do consenso que desmobilizou os movimentos sociais integrando-os ao aparato estatal, legitimando uma suposta face humana do capitalismo (MOTA, 2012). Na primeira etapa do mandato de Lula,

Foram realizadas as contrarreformas da previdência e da educação, concomitante ao aumento das taxas de juros; enquanto no mesmo período era expandida a assistência social, o crédito ao consumidor, os empréstimos populares e os aumentos do salário mínimo. Através da mediação do mercado e do crescimento econômico induzido pelo Estado, o governo atendeu algumas das reivindicações das classes subalternas, ao tempo em que assegurou as exigências das classes dominantes (MOTA, 2012, p. 35).

O acesso à renda e ao consumo minimizou as condições de pobreza e viabilizou o acesso mercantil a bens e serviços, contudo, para esta autora, explicitou no plano prático, político e teórico, que não houve redução das desigualdades, se a definimos a partir das disparidades entre as rendas do trabalho e os lucros capitalistas. Desse modo, não é possível admitir um novo paradigma de desenvolvimento, pois as continuidades em relação ao neoliberalismo são maiores do que as rupturas (PAULA, 2016).

Como indica Menezes (2014), a legitimidade alcançada por Lula poderia ter orientado o país na direção democrática, para uma política econômica voltada ao mercado interno, aliada a uma política social mais abrangente, contudo, ocorreu exatamente o contrário: o governo Lula promoveu a subordinação dos trabalhadores através de um pacto de conciliação de classes; operou um processo de transformismo promovendo a adesão ao poder dominante; deu continuidade aos parâmetros macroeconômicos do governo de FHC (Id Ibid.).

A contradição entre as demandas da classe trabalhadora e do capital perpassaram todo o governo do Presidente Lula (NETTO, 2016), de modo que a política implementada foi a de conciliação de classes através da construção de legitimidade e hegemonia.

A legitimidade foi erigida por meio do consenso com segmentos ativos da classe trabalhadora. Nessa direção, Menezes (2014) aponta que houve a ampliação de canais de participação social, contudo, a autonomia da sociedade civil, em seus extratos populares, não foi respeitada, o governo determinava, quando lhe era conveniente, o grau de representação da sociedade.

Apesar desse controle, segundo Paula (2016), as camadas populares apoiaram massivamente o presidente, devido às iniciativas como a recuperação do salário mínimo, a ampliação do crédito e das políticas assistencialistas. A ênfase dessas políticas foi o Programa

Bolsa Família, que significou a transferência de renda às famílias pobres e extremamente pobres, políticas estas que representaram baixo custo para a união e alcançaram impacto mínimo sobre a desigualdade social (NETTO, 2010).

Destarte, as respostas dadas à miséria no Brasil vêm, conforme Mota (2012), negando os antagonismos de classes para obter o consentimento ativo e passivo das classes mais pobres, sem romper com as exigências das classes dominantes e, portanto, desistoricizam a pobreza, tratando-a um fenômeno gerenciável via políticas compensatórias.

Nesse sentido, Gonçalves (2012) destaca que se trata de um “desenvolvimentismo às avessas” do governo Lula com a promoção da desindustrialização; da dessubstituição de importações; da reprimarização das exportações; de maior dependência tecnológica; maior desnacionalização; maior vulnerabilidade externa, concentração do capital e da dominação financeira.

O novo desenvolvimentismo, não é, portanto um “programa alternativo” ao projeto neoliberal, como seus intelectuais defendem, mas, opondo-se à concepção nacional-desenvolvimentista, incorpora elementos da concepção liberal de desenvolvimento, assim como o Consenso de Washington e o Pós-Consenso de Washington, com os quais apresenta convergências (GONÇALVES, *Ibid.*).

Sua ênfase, segundo este autor, reside nas políticas macroeconômicas em seu tripé: taxa moderada de juro; taxa competitiva de câmbio e; política fiscal responsável (dívida pública baixa, poupança pública positiva – superávit fiscal). O motor do crescimento econômico no neodesenvolvimentismo são as exportações, nele, o Estado tem um papel moderado no investimento e na política industrial, mas um papel central na distribuição visando a redução das desigualdades econômicas, caracterizando a busca por um reformismo social (*Id Ibid.*).

O governo de Dilma Roussef segue a mesma orientação macroeconômica do governo Lula (NETTO, 2016). Menezes (2014) destaca os cortes orçamentários, as restrições de investimentos e as privatizações com a finalidade de pagar os juros e amortizações da dívida. No ano de 2011 o referido governo aprova o aumento da Desvinculação das Receitas da União (DRU) de 20 para 30% e sua prorrogação até 2023, proposta ainda na era FHC para retirada do orçamento da Seguridade Social para outras finalidades, inclusive pagamento de juros da dívida (*Id Ibid.*), medida que contribui para o agravamento do subfinanciamento e privatização das políticas sociais.

As regressividades se ampliam após *impeachment* da presidente Dilma, consolidado em 16 de abril de 2016, através de um golpe parlamentar (LÖWY, 2016). Segundo Braga

(2016), o colapso do governo Dilma é a face mais visível de uma crise orgânica da própria estrutura social do Brasil, há anos em recessão econômica.

Nesse contexto, o colapso do governo é evidenciado por um duplo processo: por um lado, pela ascensão de um histórico ciclo grevista no país diante da incapacidade do governo de continuar com o apoio à “criação de empregos precários” e à “desconcentração de renda entre os que vivem dos rendimentos do trabalho” o qual mantinha “o consentimento dos subalternos” e, por outro, pelo fortalecimento das forças golpistas diante do que Dilma não foi capaz de entregar aos empresários, um ajuste fiscal ainda mais radical, que exigiria alterar a Constituição Federal, uma reforma da Previdência regressiva e o fim da proteção trabalhista (BRAGA, 2016, p.59).

Desse modo, o *impeachment* marca ao mesmo tempo o fim do ciclo neodesenvolvimentista e a ascensão da aliança entre o PSDB e o MDB, evidenciada por meio do documento “Uma Ponte para o Futuro”, “cuja essência consiste em garantir o pagamento dos juros da dívida pública aos bancos às custas dos gastos com educação, saúde e programas sociais do governo” (Id Ibid., p. 60).

Nesse trilho, a chegada ilegítima de Michel Temer na presidência do país tem fortes vinculações com os interesses do grande capital internacional que busca, segundo Virgens (2017), expandir sua atuação na economia brasileira, tanto na especulação financeira quanto no setor produtivo. O advento do governante golpista ao poder significa, na verdade, uma trama contra a classe trabalhadora (Id Ibid.), expresso na acelerada retomada do projeto de ajuste fiscal e redução de direitos sociais, agora em sua versão neoliberal “puro sangue” (VASCONCELOS; SILVEIRA; XAVIER, 2017).

Como analisam estas autoras, o neoliberalismo de traço mais ortodoxo aprofunda-se no Brasil a partir da defesa da austeridade com radicalização do ajuste fiscal e da diminuição dos Estados nacionais em suas responsabilidades sociais que volta a reger o receituário das agências multilaterais, como fica evidente no último relatório emitido pelo BM intitulado “um ajuste justo: análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil”¹⁸, o qual corrobora o discurso de que o governo brasileiro gasta mais do que arrecada e aloca seus recursos de maneira pouco eficiente.

Essa relação mais íntima com o BM pode ser evidenciada pelas medidas regressivas adotadas por Temer, notadamente a Emenda Constitucional nº 95/2016 (EC 95/2016),

¹⁸ O referido Relatório foi lançado em Brasília no dia 21 de novembro de 2017 e se encontra disponível em: <http://documents.worldbank.org/curated/en/884871511196609355/pdf/121480-REVISED-PORTUGUESE-Brazil-Public-Expenditure-Review-Overview-Portuguese-Final-revised.pdf>.

aprovada em meio às resistências dos movimentos populares. A EC 95/2016 instaura um novo regime fiscal, através do congelamento dos gastos públicos com despesas primárias pelos próximos 20 anos, corrigida anualmente pelo Índice de Preços ao Consumidor (IPCA), podendo ser alterada pelo poder executivo apenas após dez anos (DIEESE, 2016).

Ainda segundo o Dieese, esse ajuste fiscal penaliza profundamente os trabalhadores:

No ajuste que está sendo conduzido, as despesas financeiras – pagamento de juros e amortização da dívida pública – que consomem aproximadamente 45% do orçamento geral da União, são desconsideradas pela nova equipe econômica. Despesas que de alguma forma têm impacto sobre a vida do trabalhador, como, por exemplo, as relacionadas à Previdência Social e aos sistemas de saúde e de educação públicos é que acabam servindo de margem para a nova política fiscal (DIEESE, 2016, p. 3).

Assim como a EC 95/2016, a Lei da Terceirização e a Reforma Trabalhista, sancionadas no ano de 2017, também configuram medidas regressivas que atendem aos anseios do capital internacional e afetam diretamente os trabalhadores. A Lei da Terceirização (lei nº 13.429 de 31 de março de 2017) torna possível a terceirização das principais funções da empresa – atividades-fim –, o que antes era permitido somente para as funções acessórias – atividades-meio – (BRASIL, 2017a), aprofundando a precarização do trabalho e dos direitos trabalhistas no país.

A Reforma Trabalhista, por sua vez, foi instrumentalizada pela lei nº 13.467 de 13 de julho 2017 e realiza mudanças significativas na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), entre elas: torna opcional a contribuição sindical; reduz para 30 minutos o período mínimo de intervalo de descanso para jornadas de oito horas de trabalho, podendo ser negociado; fracionamento das férias em até três períodos; permissão para o trabalho de gestantes em locais insalubres; prevalência dos acordos coletivos e convenções entre trabalhadores e patrões sobre a legislação; desobrigação do salário mínimo ou piso salarial no trabalho por produção, sendo negociáveis todas as formas de remuneração; legalização do trabalho intermitente (BRASIL, 2017b).

Cumprir destacar ainda outra iniciativa que entra em curso no país durante o governo Temer, aprofundando a contrarreforma, a da Previdência Social, já aprovada pela comissão especial criada na Câmara dos Deputados para discutir o assunto e no aguardo para ser discutida no Plenário da Câmara. A Proposta de Emenda à Constituição (PEC) nº 287 de 2016, prevê grande ataque à CF/1988, através da alteração de oito de seus artigos, sob a justificativa de “corrigir diversas distorções e injustiças trazidas pelo texto original” (PEC 287/2016 [s./p.]).

Até o presente a proposta não foi levada ao pleno da Câmara, mas a batalha por sua aprovação logra avanços com os resultados nefastos das eleições presidenciais de 2018, por configurar o cerne da aliança da transição governamental entre Movimento Democrático Brasileiro (MDB) e o Partido Social Liberal (PSL). Para os que julgaram que o golpe de Estado no Brasil havia cumprido seu objetivo com o *impeachment* de Dilma, a eleição do candidato da extrema direita, Jair Bolsonaro, prova sua vivacidade.

O golpe ainda não fechou seu ciclo, os mesmos setores brasileiros destacados por Löwy (2016) que confluíram para sua realização são também os principais responsáveis pela ascensão da extrema direita ao poder: a “bancada BBB” – da “Bala” (deputados ligados à Polícia Militar, às forças armadas, aos esquadrões da morte e às milícias privadas), do “Boi” (grandes proprietários de terra, criadores de gado) e da “Bíblia” (neopetencostais integristas, homofóbicos e misóginos).

Como na destituição de Dilma, esses setores utilizaram a ênfase da operação Lava Jato contra os políticos petistas envolvidos em esquemas de corrupção, para mover os setores médios tradicionais “insatisfeitos com a diminuição das desigualdades entre as classes sociais” (BRAGA, 2016, p.60), a favor da eleição de Bolsonaro. Ainda em 2016, Löwy (Ibid.) já destacava a figura do então deputado Bolsonaro no processo de *impeachment*, momento no qual dedicou seu voto pela abertura do mesmo ao coronel Brillhante Ustra, um notório torturador do qual Dilma Rousseff foi uma das vítimas no início dos anos de 1970.

O discurso do ódio que marca a trajetória de Bolsonaro imperou no período das eleições e, embora tenha havido resistência de setores da esquerda, desde o colapso do lulismo, as forças golpistas se fortaleceram a ponto de garantir a vitória da extrema direita e de um novo patamar do neoliberalismo no Brasil, com ameaças ainda mais profundas aos direitos sociais e trabalhistas, privatizações das empresas estatais sobreviventes e desmonte da legislação ambiental, de proteção às minorias, dentre outras medidas trágicas para o país.

Destarte, as contrarreformas implementadas no governo Temer e àquelas que ainda estão previstas por seu sucessor, dão continuidade de forma muito mais abrupta ao enxugamento do Estado, garantindo a imperiosa rentabilidade ao capital financeiro internacional, em detrimento dos direitos sociais, dentre eles a saúde.

Após essas breves notas acerca do cenário político brasileiro, no subitem a seguir voltamos aos governos neodesenvolvimentistas para analisar de forma específica a política de saúde e, no seu interior, a institucionalização da PNPS no país.

4.1 GOVERNOS NEODESENVOLVIMENTISTAS E A SAÚDE NO BRASIL: REMÉDIOS MENOS AMARGOS?

A contrarreforma do Estado que visa redefinir os direitos sociais previstos na CF/1988 têm início ainda nos anos de 1990, como discutido, com o ingresso do projeto neoliberal no país, durante o governo Collor e consolidado por FHC através de medidas de privatização, precarização dos serviços públicos, proliferação das parcerias público-privadas, adoção de políticas focalistas, etc. (VASCONCELOS; SILVEIRA; XAVIER, 2017).

No governo FHC, a implementação da Reforma Administrativa do Estado (PEREIRA, 2009) atinge diretamente a saúde que deixa de ser área exclusiva do Estado e é abertapara a gestão das organizações sociais (SOARES, 2010). Ainda como alude esta autora, a Norma Operacional Básica (NOB) de 1996 desresponsabiliza os gestores municipais em relação à execução dos serviços de saúde, ficando os mesmos à frente apenas de sua gestão, cede-se assim espaço para a contratação de serviços privados e organizações sociais.

Contudo, são os governos neodesenvolvimentistas que conferem um patamar superior à contrarreforma da política de saúde (SOARES, *Ibid.*), construindo consenso em torno das medidas adotadas. Acerca da saúde nesses governos, Menicucci (2011) irá ressaltar a falta de esforços na direção de intervenções mais amplas no primeiro mandato do presidente Lula (2003-2007).

Entre alguns esforços de avanço, Batista Júnior (2014) destaca os progressos no controle social, a reestruturação do CNS. A partir de 2006 o CNS buscou estabelecer aproximação com os conselhos estaduais e municipais do país, contribuindo para o fortalecimento dos mesmos, além de promover articulações com outras instituições de controle, a realização de eventos de grande porte em todo o país e no exterior e coordenar a 13ª Conferência Nacional de Saúde, marcada pela defesa do SUS público e estatal (*Id Ibid.*).

Esses avanços no controle social ampliam a legitimidade e o consenso em torno do governo Lula e somam-se ao apelo popular em torno de sua imagem junto às classes subalternas,

Associada às mudanças que promove na relação capital-trabalho, dando ao “subproletariado” *pela primeira vez na história deste país*, condições (marginais e mais ideais que reais) de se sentir parte do poder político da nação, originando o que Singer denominou de lulismo, novamente certificando-se da dinâmica de continuidade e ruptura “O lulismo existe sob o signo da contradição. Conservação e mudança, reprodução e superação, decepção e esperança num mesmo movimento. É o caráter ambíguo do fenômeno que torna difícil sua interpretação” (Singer, 2012). (PAULA, 2016, p. 260 – grifos originais).

Ainda sobre as inovações do primeiro mandato, Menicucci (2011, p. 524) destaca a política de saúde bucal, as urgências/emergências, o acesso a medicamentos com a proposta de criação da farmácia popular, dentre outras que, sem fugir às críticas, apontavam uma concepção mais abrangente para a organização do sistema público de saúde (TEIXEIRA; PAIM 2005).

Cabe ressaltar, porém, que muitas destas propostas foram desvirtuadas em sua aplicação. O Programa Farmácia Popular, por exemplo, aprovado em 2005 pelo Conselho Nacional de Saúde, tinha como meta original estabelecer uma rede pública de farmácias que poderia inclusive contrapor o modelo medicamentoso e mercantilista que caracteriza a farmácia privada. Entretanto, o referido Programa tornou-se mais uma forma de privatização na área da saúde, beneficiando estabelecimentos privados que recebem do governo 90% do valor de mercado dos medicamentos num claro caso de “capitalismo sem risco” (BATISTA JÚNIOR, 2014). Com o passar dos anos o investimento percentual no Programa cresceu muito mais do que os valores destinados à Farmácia Básica, uma clara opção privatizante, conforme o autor mencionado.

O plano de governo de Lula, segundo Teixeira e Paim (2005), incluía ainda outras propostas com caráter de continuidade, ainda não equacionadas, como a ampliação do Programa de Saúde da Família (PSF) e dos recursos do Piso da Atenção Básica (PAB), maiores repasses para atenção especializada em hospitais públicos, expansão dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e o reforço do atendimento de urgência e apoio aos hospitais universitários federais. A estes elementos, Menicucci (2011) acrescenta a busca pelo aprimoramento das relações intergovernamentais e pela ampliação do acesso e a garantia da integralidade da assistência, desafios que se colocam até a atualidade.

O discurso oficial não refletia maiores preocupações com o avanço da Reforma Sanitária, como era esperado e, apesar dos avanços em alguns setores importantes como na Reforma Psiquiátrica com a expansão dos CAPS, por exemplo, a saúde teve que “conformar-se com as iniciativas de grande apelo publicitário, tais como o Brasil Sorridente, a Farmácia Popular – com subsídio governamental à redes de farmácias privadas – e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) (TEIXEIRA; PAIM, 2005).

A Política de Saúde Bucal teve grande centralidade por meio do Programa Brasil Sorridente que dobrou o número de equipes de saúde bucal e criou Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) pelo país (Id Ibid.). Menicucci (2011) dá ainda destaque às iniciativas no campo da Saúde do trabalhador e em políticas e ações voltadas para grupos específicos,

como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004-2007); Programa Saúde na Escola; saúde da população negra, dos quilombolas, dos indígenas e dos assentados.

Contudo, um dos principais feitos do governo neste mandato, para Teixeira e Paim (2005) foi a ampliação da cobertura Atenção Básica através da Estratégia Saúde da Família (ESF) com o aumento no número de equipes de saúde e dos recursos do PAB.

Compete situar que a ESF é a principal forma de configuração da APS no Brasil. Segundo o MS, a ESF foi assumida pelo governo brasileiro como uma proposta de reorganização do sistema de saúde na perspectiva da implementação de uma APS abrangente, com a finalidade de reorientar o modelo assistencial a partir da Atenção Básica (AB).

A APS é definida pelo MS como o contato primeiro do usuário com a rede de atenção composta pelos diversos serviços de saúde, como uma rede básica efetivada através das ações individuais e coletivas que abrangem a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde desenvolvidos, principalmente, na infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS) (BRASIL, 2012a).

Nessa direção, é também instituído o Pacto pela Saúde através da Portaria GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, e regulamentada pela Portaria GM nº 699, de 30 de março de 2006. O referido Pacto consistiu num conjunto de reformas firmadas entre gestores do SUS com sanção do Conselho Nacional de Saúde contemplando três dimensões: **Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão** (BRASIL, 2006b; 2006c).

A partir do Pacto pela Saúde o processo de habilitação pela adesão solidária foi substituído pelos Termos de Compromisso de Gestão (TCG) (BRASIL, 2006b), cuja assinatura “foi um passo importante no caminho de melhorar a governança da política da Atenção Básica” (KROTH, 2017, p. 208).

Ainda conforme o MS, com Pacto a regionalização tornou-se o eixo estruturante do processo de descentralização; houve a integração das diversas formas de repasse dos recursos federais e; e pactos existentes no SUS até então foram unificados (BRASIL, 2006b). É ainda frisado pelo MS que “a adesão de Estados e Municípios ao Pacto é uma das formas de acompanhar como os princípios e diretrizes da PNPS estão presentes nas ações públicas em saúde” (BRASIL, 2009, p.9).

Na apresentação do texto da PNPS/2006 (BRASIL, 2006a, p.5) o Pacto pela Saúde é descrito com ênfase no Pacto pela Defesa da Vida:

O Ministério da Saúde, em setembro de 2005, definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde que agrega três eixos: O Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde

(SUS), o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão. [...] Entre as macroprioridades do Pacto em Defesa da Vida, possui especial relevância o aprimoramento do acesso e da qualidade dos serviços prestados no SUS, com a ênfase no fortalecimento e na qualificação estratégica da Saúde da Família; a promoção, informação e educação em saúde com ênfase na promoção de atividade física, na promoção de hábitos saudáveis de alimentação e vida, controle do tabagismo; controle do uso abusivo de bebida alcoólica; e cuidados especiais voltados ao processo de envelhecimento. (BRASIL, 2006a, p. 5).

Assim, apesar da ênfase em ações de PS ligadas aos hábitos saudáveis, como a prática regular de atividades físicas e a alimentação saudável, através dos TCG o Pacto pela Vida compunha uma agenda mais abrangente de compromissos dos gestores em favor da qualidade dos serviços públicos prestados pelo SUS. Carvalho (*et. al.*, 2012, p. 902) afirma que o Pacto pela Saúde seria um importante instrumento de gestão que contribuiria para sua descentralização, ainda muito concentrada na União. Segundo esses autores, o Pacto foi aprimorado com a promulgação do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta aspectos da Lei nº 8080/90 e tem como fundamento principal o respeito aos princípios do SUS.

A avaliação da execução das prioridades do Pacto (Quadro 1) deveria ocorrer anualmente, segundo o MS, entre conselhos de saúde e gestores, a partir dos compromissos estabelecidos no TCG, desse modo, o Pacto também contribuiria para o fortalecimento do controle social (BRASIL, 2006b).

Até o ano de 2012, quando vigorou o Pacto, 4.561 municípios brasileiros haviam aderido ao mesmo (KROTH, 2017). No referido ano os TCG que fundamentavam o Pacto foram substituídos pelos Contratos Organizativos da Ação Pública (COAP), “instrumentos para formalização jurídica das responsabilidades dos entes federados” elaborados com o objetivo de que o cumprimento dos compromissos fosse garantido pelo sistema jurídico-legal, o que pretensamente, reduziria a fragmentação (MENICUCCI, *et. al.*, 2018, p. 37).

Segundo o estudo realizado pelos analistas citados, os ajustes dessa substituição foram processados unilateralmente no MS e Casa Civil, chegando a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) praticamente acabada. Os autores destacam a redução cada vez mais acentuada da participação e do diálogo no âmbito da CIT desde o final do governo Lula sob gestão do Ministro Temporão, período no qual se elaborou a minuta de substituição, acentuando-se na gestão do Ministro Padilha, já no governo Dilma, no qual a minuta veio a se tornar o Decreto 7.508/2011 (MENICUCCI, *Ibid.*).

Quadro 1: Prioridades pactuadas do Pacto pela Saúde.

PRIORIDADES PACTUADAS DO PACTO PELA SAÚDE	
PACTO PELA VIDA	Saúde do Idoso.
	Controle do Câncer do Colo do útero e da mama.
	Redução da mortalidade infantil e materna.
	Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue; hanseníase; tuberculose; malária e influenza.
	Promoção da saúde, com ênfase na atividade física regular e alimentação saudável.
	Fortalecimento da Atenção Básica.
	Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite, Aids.
	Saúde do trabalhador.
	Saúde mental.
	Fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência.
	Atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência.
	Saúde do homem.
PACTO EM DEFESA DO SUS	Compromisso entre os gestores do SUS com a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira, explicitada na defesa dos princípios do SUS estabelecidos na Constituição Federal.
	Desenvolver e articular ações, no seu âmbito de competência e em conjunto com os demais gestores, que visem qualificar e assegurar o SUS como política pública.
PACTO DE GESTÃO	Descentralização.
	Regionalização.
	Financiamento.
	Planejamento.
	Programação Pactuada e Integrada.
	Regulação.
Participação e Controle Social.	

Fonte: Elaboração própria com base na Portaria GM nº399 de 22 de fevereiro de 2006 e Portaria GM nº 325, de 21 de fevereiro de 2008.

Conforme a pesquisa realizada por Kroth (2017) o novo formato da governança da política de saúde materializada nos COAP, instituídos pelo Decreto 7.508/2011, não contempla fatores relevantes para avançar na melhor gestão da Atenção Básica. Para Menicucci (*et. al.*, 2018), além de não alcançar a mesma legitimidade do Pacto por não terem sido discutidos com estados e municípios, os COAP não trazem qualquer encaminhamento acerca dos velhos problemas de financiamento do SUS.

De acordo com as análises de Kroth (*Ibid.*), no período de vigência do Pacto, apesar de não modificadas as disparidades regionais quanto o financiamento da saúde, os

municípios brasileiros ampliaram, em termos reais, 67% os recursos financeiros direcionados para essa área. O autor chama ainda à atenção para a ampliação da infraestrutura da saúde, com o acréscimo das equipes da ESF e equipes de saúde bucal.

Diante dessa melhora de desempenho em termos de financiamento e infraestrutura, o autor destaca a evolução nos indicadores de morbidade-mortalidade, como queda nas taxas de internações do SUS e de mortalidade infantil, desempenho que pode ser reflexo da adesão ao Pacto pela Saúde por parte dos municípios. Desse modo, ainda para o analista, o fim da vigência do Pacto pela Saúde, em 2012, significou regressão nos compromissos dos entes federados com o financiamento e gestão da Atenção Básica.

No escopo do referido Pacto, foi também no primeiro mandato de Lula que surge a **Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)**, instituída através da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de Março de 2006 (BRASIL, 2015), como discutiremos mais adiante, vindo a constituir um marco na definição de metas e recursos específicos para a Promoção da Saúde no contexto do SUS e um importante instrumento de consenso em torno dos governos neodesenvolvimentistas no âmbito da saúde (XAVIER, 2017).

Entre os vários compromissos que formavam os TCG implantados pelo Pacto, havia inclusive àqueles diretamente voltados à concretização da PNPS, como ressalta o MS:

No TCG Municipal, uma das responsabilidades diretamente vinculadas à Política Nacional de Promoção da Saúde está no item 1.17. Seu enunciado diz que “todo município deve elaborar, pactuar e implantar a política de promoção da saúde, considerando as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional”. Já no Termo de Compromisso de Gestão Estadual, a responsabilidade diretamente ligada à PNPS está no item 1.19, que institui “elaborar, pactuar e implantar a política de promoção da saúde, considerando as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional.” (BRASIL, 2009, p. 9-10).

Segundo Costa (2014, p. 189), no Pacto pela Saúde, assim como na PNPS, a PS é qualificada como: “uma das estratégias de produção da saúde, enquanto um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro”; um elemento essencial para responder as necessidades em saúde e; uma estratégia que precisa ser retomada “enquanto possibilidade de enfocar os aspectos que determinam o processo saúde-doença em nosso país”.

Para o segundo mandato de Lula (2007-2011), o Programa de Governo continha 13 pontos destinados à saúde, mas poucas inovações, reafirmando a continuidade dos programas criados no primeiro mandato e enfatizando o aprofundamento e o aperfeiçoamento dos aspectos básicos do SUS.

A 13ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 2007 teve como eixo principal o tema “Qualidade de Vida: Política de Estado e Desenvolvimento”, expressando o eixo central da agenda neodesenvolvimentista, segundo o qual, desenvolvimento social e qualidade de vida estão ligados ao crescimento econômico do país, conforme discutido anteriormente.

Em linha de continuidade a tal propositura, O Programa Mais Saúde integrou a agenda social lançada pelo Presidente em 2007. Esse programa que ficou conhecido como “PAC da Saúde”, apresenta segundo Menicucci (2011), um plano detalhado de investimento e atuação de caráter prioritário do Ministério da Saúde, cujos pontos centrais reforçam o elo entre saúde e desenvolvimento socioeconômico, a necessidade de articulação da saúde com outras políticas públicas, tendo a intersectorialidade no centro da estratégia, e a percepção da importância do setor sob o ponto de vista da geração de emprego, renda e produção.

A esta “agenda social” para a saúde foram associada propostas para o “aprimoramento das instituições públicas” através de um novo modelo jurídico institucional para hospitais e institutos federais, o qual foi transformado em Projeto de Lei que regulamenta a criação da Fundação Pública de Direito Privado.

A expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) continuou sendo prioridade do Ministério da Saúde. Em 2007 eram 27.324 equipes de Saúde da Família, em 2011 já eram 32.225, um acréscimo de 4.901 novas equipes (BRASIL, 2016a) durante o segundo mandato.

Ainda no que se refere à expansão da ESF, em 2008, são criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) com o objetivo, segundo o Ministério da Saúde, de apoiar e matricular as equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2010). Os NASF devem dispor de profissionais com formações em diferentes áreas de saúde que não estão presentes nas equipes básicas.

Na área de saúde bucal, foram instalados 340 novos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) entre 2007 e 2011, que oferecem ações especializadas. Mais 229 novos municípios passaram a contar com a presença dos CEO no país durante esse período (BRASIL, 2016a).

O Projeto de Lei Complementar contendo a proposta mais polêmica de implantar o modelo de fundação estatal de direito privado em hospitais públicos federais sofreu grande resistência, inclusive do Partido dos Trabalhadores e de sindicatos, levando ao seu abandono pelo próprio Ministério da Saúde.

Contudo, se o discurso mais progressista não significou mudanças mais efetivas, as ações do governo Lula em outras áreas foram significativas para a melhoria das condições de

saúde, notadamente no combate à fome e à miséria – cujo principal Programa foi o Fome Zero – e ampliação das ações da política de Assistência Social (MENICUCCI, 2011).

Além dessas, outras políticas e programas ganharam destaque por seu impacto positivo nas condições de saúde de saúde da população, tais como o Programa Bolsa Família, a Política Nacional de habitação, o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) – carro-chefe da atuação governamental no setor de habitação popular, porém com pouquíssimos avanços em relação à regularização fundiária – e o Programa Minha Casa, Minha Vida, lançado em março de 2009.

Os marcos estabelecidos pelo governo Lula no âmbito da política de saúde tiveram continuidade com a eleição de Dilma (2011-2016), notadamente no que diz respeito ao favorecimento do mercado através do avanço das privatizações das ações e serviços em desrespeito à Constituição Federal e a Lei Orgânica do SUS (BATISTA JÚNIOR, 2014). Como nos lembra o autor mencionado, esse fator aliado à formação de cooperativas de profissionais da saúde, além de favorecer a mercantilização da força de trabalho, contribuiu para o enorme avanço da saúde suplementar no país.

Além de ampliar a presença das Organizações Sociais (OSs) e das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) para a gerência dos serviços em todos os estados da federação, o governo Dilma colocou novamente na pauta a aceitação das fundações de direito privado e aprovou a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) para administrar os Hospitais Universitários, atropelando decisões democráticas e populares do controle social (BATISTA JÚNIOR, 2014). Destarte, o modelo privado de gerência dos serviços de saúde é fortalecido e legitimado legalmente, naturalizam-se alternativas à realização de concurso público, a lógica das metas e dos procedimentos e a precarização do trabalho.

No que tange ao controle social, diferente dos avanços construídos nos governos de Lula, com Dilma o CNS sofreu retrocessos a exemplo da eleição do ministro da saúde pra presidir o colegiado dos usuários e, mesmo após sua substituição, o referido colegiado se mantém sem posicionamento diante de temas relevantes, deixando à mostra feridas na autonomia do CNS (Id Ibid.).

Entre desacertos, em 2013 é criado o Programa Mais Médicos, com o objetivo, segundo o discurso oficial, de enfrentar o problema histórico da falta de médicos e de aprimorar a Atenção Básica no Brasil, principalmente nas regiões mais carentes¹⁹. A proposta

¹⁹ Para mais informações consultar site oficial do Programa: maismedicos.gov.br

do Programa, contudo, limita a solução dos problemas do modelo de atenção do SUS apenas à ampliação do número de profissionais médicos, enfatizando sua atuação em detrimento dos demais trabalhadores da Atenção Básica (Id Ibid.).

A partir de abril desse mesmo ano até junho de 2014 ocorreu o processo de revisão da PNPS pelo seu Comitê Gestor, a qual foi atualizada por meio da Portaria nº 2.466, de 11 de novembro de 2014, como veremos adiante. É importante indicar que a PNPS, a formulação do Pacto pela Vida (Brasil, 2006) e a divulgação do Relatório Final da Comissão Nacional sobre DSS - “As causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil” (CNDSS, 2008), são iniciativas que fortaleceram a evolução do movimento da NPS no âmbito das políticas e das práticas em saúde no país (PAIM, 2009; PASCHE; HENNINGTON, 2006). É sobre o surgimento e a revisão dessa política que nos debruçamos no subitem a seguir, porém antes, é preciso aludir às medidas de contrarreforma na política de saúde após o colapso dos governos petistas no país.

Como aludido, a EC 95/2016 é uma das principais iniciativas do governo ilegítimo de Temer. Essa altera a vinculação entre receitas e despesas públicas, causando o recrudescimento da ação do Estado na área social através da diminuição dos limites mínimos definidos para aplicação nas áreas de saúde e educação. Para isso, a EC 95/2016 revoga o artigo 2º da Emenda Constitucional nº 86 de 17 de março de 2015, que estabelece a progressividade nos gastos mínimos com a área da Saúde em percentuais da Receita Corrente Líquida (BENEVIDES; VIEIRA, 2016).

A EC 95/2016 desobriga os governos alocarem mais recursos para a política de saúde mesmo em contextos de crescimento econômico por vinte anos. Diante disso, as estimativas demonstram que, mesmo com a retomada do crescimento do PIB em 2% ao ano, para mencionar um exemplo, o governo federal poderia deixar de alocar R\$ 654 bilhões para o SUS (Id Ibid.).

Outras medidas que também representam grandes regressividades no direito à saúde são citadas por Silva (2017): portaria nº 3.992/2017, que extingue os seis blocos de financiamento – atenção básica, média e alta complexidade, assistência farmacêutica, vigilância em saúde, gestão do SUS e investimento – para transferências fundo a fundo da federação para estados e municípios, flexibilizando a alocação de recursos que pode privilegiar a média e alta complexidade em detrimento da AB; retrocessos na saúde mental como a introdução de serviço intermediário entre a AB e o CAPS e a inclusão de Comunidades Terapêuticas no rol de serviços alterando a lógica da Reforma Psiquiátrica; revisão das diretrizes da AB por meio da Portaria nº 2436/2017, que flexibiliza regras e

critérios ao permitir a diminuição da equipe profissional da ESF e o fim do vínculo e acompanhamento contínuo das famílias; criação dos Planos Populares ou Acessíveis de Saúde, proposta essa analisada através da Portaria nº 1.482/2016 editada pelo MS e que pretende acabar com o ressarcimento ao SUS pelos planos de saúde bem como permitir o reajuste para idosos.

Vasconcelos, Silveira e Xavier (2017) também destacam esses novos elementos que tendem a aprofundar as limitações e contradições da ESF e a fragilizar não apenas a APS, mas o SUS como um todo, com destaque para a extinção dos blocos de financiamento; o projeto dos “Planos de Saúde Acessíveis” e a nova Política Nacional de Atenção Básica, recentemente aprovada.

Alguns analistas mencionados pelas autoras referidas, como Pinto (2017 *apud* VASCONCELOS; SILVEIRA; XAVIER, 2017, p. 241), por exemplo, consideram que a portaria nº 3.992/2017 inicia “o mais danoso e perverso retrocesso no financiamento e na estrutura da Atenção Básica e Vigilância em Saúde no Brasil”, através do desmonte de ações nos eixos de financiamento extintos.

Sobre o projeto dos “Planos de Saúde Acessíveis” (PAS), a formulação de tal proposta possui fortes vinculações com as recomendações internacionais, especialmente no tocante à CUS, no entanto, a associação da proposta nacional de planos baratos aos cânones de agências multilaterais limita-se aos enunciados genéricos de promoção de maiores gastos privados de indivíduos e famílias, com estímulos ao modelo de pré-pagamento ou coparticipação (BAHIA *et. al.*, 2016). Com a proposta dos PAS, considerada, uma cesta ampliada de serviços de APS, essa que durante muito tempo não foi palco de investimentos mais pesados do projeto privatista, passa a ser alvo direto da ofensiva do mercado (VASCONCELOS; SILVEIRA; XAVIER, 2017).

As fronteiras de lucratividade com planos de saúde voltados para a classe média seriam desse modo, removidas com a expansão da privatização para os níveis mais baixos de renda. Nesse trilho, com amplo apoio do governo Temer, desde 2016 o “Instituto Coalizão Saúde” (ICOS), juntamente com o Colégio Brasileiro de Executivos da Saúde (CBEXs), propõe a criação da Organização de Gestão da Saúde (OGS), entidade privada que compartilharia a prestação de serviços com o SUS, controlando toda a gestão da rede e a totalidade dos recursos públicos da saúde (MATHIAS, 2016) também em sintonia com a proposta da CUS.

Acerca da terceira edição da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2017c), recentemente aprovada, Vasconcelos, Silveira e Xavier (2017) afirmam que a mesma

apresenta aspectos que ameaçam a viabilização da APS numa abordagem integral. Como afirmam estas autoras, apesar de fortemente contestada por estudiosos e por instituições como o CEBES e a ABRASCO, durante o curto processo de discussão – 27 de julho a 10 de agosto de 2017 – da minuta apresentada pelo MS, a política foi aprovada em reunião da CIT realizada em 31 de agosto de 2017 e em seguida instituída através da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que direciona a APS para uma perspectiva nitidamente restrita.

A PNAB 2017 a princípio parece reafirmar o significado da APS e da ESF definido na política anterior. No entanto, algumas orientações sinalizam uma universalização seletiva, tais como: o reconhecimento de outras estratégias de AB além da ESF; estabelecimento do número de ACS de acordo com definições locais, direcionando a prioridade de cobertura máxima para as áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social; definição de novas atividades a serem realizadas pelos ACS como aferição de pressão arterial e temperatura, medição de glicemia, curativos e orientação quanto à administração da medicação do paciente (BRASIL, 2017c).

Todo esse processo de contrarreformas e baseia nas orientações dos organismos multilaterais que, como referido, desde longas datas recomendam a ampliação do setor privado no SUS e a diminuição dos gastos públicos com saúde, afetando não só a APS, mas o SUS como um todo. A interferência desses intelectuais coletivos do projeto do capital também ocorreu de forma direta na institucionalização da PNPS, processo esse que discutimos na sequência.

4.2 BREVE INCURSÃO ACERCA DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

A PNPS foi aprovada no país durante a gestão de José Saraiva Felipe²⁰ que esteve à frente do Ministro da Saúde de julho de 2005 a março de 2006. A institucionalização da PNPS ocorreu através da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de Março de 2006, levando em

²⁰ Segundo Paim (2013) o médico José Saraiva Filipe integrou o MRSB nos anos de 1980, assumindo com apoio desse movimento, a Secretaria de Serviços Médicos do Ministério da Previdência e Assistência Social durante o governo de Tancredo Neves, no processo de ocupação do aparelho do Estado por atores identificados com políticas democratizantes. Contudo, apesar de se identificar com a democracia e com a Reforma Sanitária, a trajetória política de Saraiva Filipe, a partir dos anos de 1990, evidencia sua ligação com o projeto político da direita. O médico sanitário foi eleito Deputado Federal pela primeira vez no ano de 1995, pelo Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), hoje Movimento Democrático Brasileiro (MDB), e se reelegeu ao cargo sucessivas vezes, de modo que, atualmente está no exercício de sua sexta legislatura (2015-2019). No ano de 2016, Saraiva Filipe votou a favor do *impeachment* de Dilma Rousseff e da EC do Teto dos Gastos Públicos do governo Temer.

consideração dois elementos principais, conforme o discurso do Ministério da Saúde: primeiro, a necessidade de implantação e implementação de diretrizes e ações para a Promoção da Saúde em consonância com os princípios do SUS e; segundo o Pacto pela Saúde, suas diretrizes operacionais e seus componentes (Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS), firmado entre as três esferas do governo visando a consolidação do SUS.

Cabe, contudo ressaltar que os debates em torno da PS e da própria formulação da PNPS não têm início no ano de 2006. Como elucida Vasconcelos (2013), desde os anos de 1980 os diferentes setores do MRSB analisavam os debates em torno da PS a partir de perspectivas distintas. Contudo, como já referido, essa relação não se deu sem dissonâncias. Na década de 1980 o movimento brasileiro apresentou reserva política à incorporação dos preceitos apregoados a nível internacional (Id Ibid.).

Até o ano de 1990 se destacam, segundo a autora citada, os segmentos do MRSB que tecem críticas ao debate traçado internacionalmente em volta da NPS bem como àqueles que associam a PS às lutas pelo SUS.

Essa última perspectiva fica evidente na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano de 1986, mesmo ano em que ocorre a Conferência de Ottawa. O Brasil não participou das Conferências de Alma-Ata e de Ottawa, contudo, segundo Castro e Malo (2006) há princípios sinérgicos entre o debate internacional sobre PS e as requisições do MRSB e sua luta pelo SUS. A concepção ampliada de saúde, sua produção social e o princípio da intersetorialidade, são citados Por Vasconcelos (Ibid.) como pontos de convergência.

O Relatório da 8ª Conferência expressa esse processo ao usar diretamente o Termo “Promoção da Saúde” (Id Ibid.) na elucidação do significado da própria Reforma Sanitária no país:

[...] Ficou evidente que as modificações necessárias ao setor saúde transcendem aos limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, constituindo-se no que se está convencendo chamar a Reforma Sanitária. (BRASIL, 1986, p. 2).

Essa perspectiva do MRSB em torno da PS foi inscrita na Constituição Federal de 1988 (CF/1988) e reafirmada pela Lei Orgânica da Saúde como melhor analisaremos na discussão dos resultados de nosso estudo. Após esse arcabouço legal no qual a PS foi escrita, “levou um pouco mais de tempo para que ganhasse alguma institucionalidade” no país (MALTA *et. al.*, 2016, p. 1684) na forma de uma política organizada.

Na década de 1990, a NPS começou a surgir como referência para o campo da saúde no Brasil, coetaneamente às políticas neoliberais implementadas por Collor e FHC. Todavia, na análise de Paim (2009), a proposta internacional em torno da PS “não ocupou espaço significativo na agenda política de saúde na primeira metade dos anos 90, exceto no interesse de alguns núcleos acadêmicos e em algumas experiências municipais”.

Conforme Ferreira (2008), a partir da segunda metade dessa década, quando o SUS começa a sofrer os reveses em relação a seu projeto original, os debates em torno da NPS se intensificam no país. Como discute Malta (*et. al.*, *Ibid.*), nesse período, iniciativas nacionais voltadas às principais causas de morbidade passam a ocupar a agenda de saúde, com destaque para a elaboração de vários documentos e projetos sob o marco da NPS.

Segundo Buss e Carvalho (2009), a ESF que surge como Programa Saúde da Família (PSF) no contexto da expansão da APS no Brasil nos anos 1990, configura o primeiro programa brasileiro a ter como ênfase a PS. Análise essa compartilhada por Paim (2009).

No final dessa mesma década, mais especificamente entre os anos de 1998 e 1999, os autores referidos bem como Castro e Malo (2006), mencionam que a PS ganha certa institucionalidade no MS através do projeto “Promoção da Saúde, um Novo Modelo de Atenção”, formalizado em cooperação com o PNUD. Malta (*et. al.*, 2016) afirma que esse projeto já visava a elaboração da PNPS com ênfase na ampliação do debate em torno dos DSS, mas isso não se concretizou no período. Segundo Ferreira (2008), o referido projeto foi um marco no processo de institucionalização da PS no Brasil, contudo, embora tenha sido elaborado em parceria com a Secretaria de Políticas de Saúde do MS, teve seus recursos (um orçamento de mais de trinta e oito milhões de reais) gerenciados e fiscalizados pelo PNUD.

Os primeiros documentos que buscaram difundir a NPS e seus princípios no país são: a publicação da tradução das Cartas da Promoção da Saúde e o lançamento da Revista Brasileira de Promoção da Saúde que sistematizou e deu visibilidade as experiências já existentes (MALTA, *et. al.*, *Ibid.*; BUSS; CARVALHO, *Ibid.*). Segundo esses autores, a referida revista publicou sete números, atualmente esgotados, entre 1999 e 2002.

Os analistas citados Destacam também o movimento de cidades/municípios saudáveis como uma das estratégias principais na disseminação da NPS no país na década de 1990. Conforme Malta (*et. al.*, *Ibid.*, p. 1685), no trilha desse movimento, foi realizado no ano de 1988, em Sobral, no Ceará, o Primeiro Encontro Mundial de Municípios Saudáveis, no qual foi produzida a Declaração de Sobral que recomenda “a iniciativa de uma articulação de uma rede brasileira de cidades e municípios saudáveis a partir do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS).”

Nesse sentido, ainda como apresentam os autores citados, no dia 17 de Maio de 2000, o CONASEMS realiza, em parceria com o MS, a I Oficina de Promoção da Saúde no SUS, em Brasília. No evento foram debatidos temas como Municípios Saudáveis, AB e PS como também houve a apresentação da proposta “Indústria Saudável”, que resultou na parceria entre SESI e MS, mediada pela OPAS (Id Ibid.).

Esse mesmo ano é marcado ainda pelo papel de destaque assumido pelo Brasil na elaboração do Tratado Internacional para Controle de Tabaco, desenvolvido no âmbito da OMS (MALTA, *et. al.*, 2016; BUSS; CARVALHO, 2009). O país assumiu nesse período, a Presidência do Órgão de Negociação Internacional que culminou com a aprovação da Convenção Quadro pela 56ª Assembleia Mundial de Saúde, em 2003, como afirmam Buss e Carvalho (Ibid.).

Segundo Ferreira (2008), como resultado dos vários esforços da Secretaria de Políticas de Saúde do MS, no ano de 2002 surge o “Documento para Discussão” sobre uma PNPS. Na análise de Malta (*et. al.*, Ibid.), esse projeto não ultrapassou as fronteiras da relação entre MS, OPAS e alguns membros da academia, mas “contribuiu para a análise da situação de saúde do Brasil, para a sistematização de boas práticas em Promoção da Saúde no SUS e, fundamentalmente, avançou no delineamento de sete ‘estratégias’ para impulsionar a Política” (Id Ibid., p. 1685), as quais estão dispostas no Quadro 2.

Quadro 2: Estratégias para impulsionar a Política Nacional de Promoção da Saúde.

Gestão intersetorial dos recursos na abordagem dos problemas e potencialidades em saúde, ampliando parcerias e compartilhando soluções na construção de políticas públicas saudáveis.
Capacidade de regulação dos Estados e municípios sobre os fatores de proteção e promoção da saúde.
Reforçar os processos de participação comunitária no diagnóstico dos problemas de saúde e suas soluções, reforçando a formação e a consolidação de redes sociais e protetoras.
Promoção de hábitos e estilos de vida saudáveis, com ênfase no estímulo à alimentação saudável, atividade física, comportamentos seguros e combate ao tabagismo.
Promoção de ambientes seguros e saudáveis, com ênfase no trabalho com escolas comunidades
Reforço à reorientação das práticas dos serviços dentro do conceito positivo de saúde, atenção integral e qualidade, tendo a promoção como enfoque transversal das políticas, programas, projetos e ações, com prioridade para a atenção básica e o Programa de Saúde da Família.
Reorientação do cuidado na perspectiva do respeito à autonomia, à cultura, numa interação do cuidar/ser cuidado, ensinar/aprender, aberto à incorporação de outras práticas e racionalidades.

Fonte: Malta (*et. al.*, 2016, p. 1685).

Como elucidado no Quadro 2, no ano de 2002 a OPAS já tinha um direcionamento claro para a PNPS. Nesse sentido, no mesmo ano, foram elaborados pelo MS documentos nas áreas: da alimentação saudável e atividade física (Cartilha “a construção de vidas mais saudáveis” e o Projeto “Agita Brasil” - Programa Nacional de Promoção da Atividade Física);

da violência no trânsito (Programa de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito) e da Educação em Saúde (proposta do projeto Promoção da Saúde na Escola) (BUSS; CARVALHO, 2009). Segundo esses dois autores todos os projetos de PS nesse período também ocorreram sob os auspícios do PNUD.

Nesse processo de consolidação da NPS Ferreira (2008) destaca a realização da III Conferência Regional Latino-Americana de Promoção da Saúde e Educação para a Saúde, em São Paulo, a qual contou com a participação de quase 1500 pessoas vindas de 18 países. Segundo o analista, a Conferência teve como tema “Visão Crítica da Promoção da Saúde e Educação para a Saúde: situação atual e perspectivas”, e seus objetivos foram: estimular e desenvolver a adoção de estratégias de promoção da qualidade de vida, saúde e educação para a saúde na América Latina e debater princípios, estratégias e compromissos orientados para a equidade no acesso aos direitos fundamentais e sociais na região.

Apesar dessas iniciativas, até o ano de 2003, a institucionalização da PNPS no Brasil ainda enfrentaria certa invisibilidade no governo de FHC. Malta (*et. al.*, 2016), destaca no período entre os anos de 1999 e 2003, uma série de dificuldades em articular as tensões do paradigma biomédico e o da PS, as diferentes concepções teórico-conceituais do campo promocional e a gestão da PS no MS – que sofreu alteração de liderança por sete vezes – gerando a descontinuidade do projeto de implementação da PNPS.

Como discute Neto (*et. al.*, 2013, p.2000), no período anterior a 2003, apesar da intenção de elaborar a PNPS na gestão do PSDB, “isto não se mostrou factível. Atribui-se esse insucesso a uma série de dificuldades de consenso e de articulação.”

Em janeiro de 2003 Lula toma posse e a Secretaria de Políticas de Saúde criada no governo FHC é extinta e os debates em torno da PNPS passam a ser geridos pela Secretaria Executiva (FERREIRA, 2008). Conforme esse analista, entre os anos de 2003 e 2005, Gastão Wagner de Sousa Campos (ator da Saúde Coletiva/MRSB no país e atual presidente da ABRASCO), assume a pasta como Secretário Executivo, apresentando resistências ao debate internacional em torno da PS.

Na análise de Ferreira (Ibid.) além do médico sanitário Gastão Wagner, outros atores ligados ao movimento da Saúde Coletiva conferem rumos novos às discussões em torno da PS, entendendo-a como uma forma de produção da saúde – categoria analítica do marxismo cara ao referido movimento – e colocando-a em defesa do SUS e de políticas públicas universais.

Entretanto, essa perspectiva em torno da PS não era compartilhada por todos os envolvidos na discussão sobre uma PNPS, o que motivou intensos debates ao longo dos anos

de 2003 e 2004 através da criação de grupos de discussão, realização de congressos, seminários, fóruns e oficinas, promovidas tanto pelo MS quanto pela ABRASCO (FERREIRA, *Ibid.*), com a finalidade de construir uma PNPS numa perspectiva promocional ligada ao arcabouço do SUS (CASTRO, MALO, 2006).

Nesse processo, a Secretaria Executiva do MS lançou mão: do mapeamento das iniciativas em torno da PS já existentes no país; da realização de oficinas de trabalho para a elaboração da política junto a instituições de ensino e pesquisa e aos gestores de saúde; da constituição do primeiro Grupo Redator da Política, formado por representantes do MS, OPAS, CONASEMS e de gestores de municípios de experiências exitosas em PS (MALTA, *et. al.*, *Ibid.*; NETO, *et. al.*, *Ibid.*).

A correlação de forças entre a perspectiva de saúde abrangente do MRSB e a advinda dos organismos internacionais foi intensa no período em que Gastão Wagner esteve à frente da Secretaria Executiva. A difusão no Brasil do documento “Estratégia Global para Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde” elaborado pela OMS, no ano de 2004, notadamente através do Programa “Pratique Saúde” (BUSS; CARVALHO, 2009), evidencia que a queda de braços tendeu para o predomínio dos preceitos da NPS.

Essa direção se tornou hegemônica no ano de 2005 com a demissão de Gastão Wagner e de boa parte de sua equipe, alterando, na análise de Ferreira (2008, p. 104), a correlação de forças “entre os atores do Ministério da Saúde que buscavam a aproximação da Promoção da Saúde aos preceitos do movimento da Saúde Coletiva e os que a associavam mais à redução na prevalência de doenças crônicas e de acidentes.”

Nesse cenário, Malta (*et. al.*, 2016) aponta que com essas mudanças de gestão no MS, a PNPS foi deslocada para a Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT), na Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Castro (2005 *apud* NETO, *et. al.*, 2013) afirma que essa mudança causou divergências, porque a iniciativa partia da concepção de PS restrita ao âmbito da prevenção de riscos ou de doenças.

Malta (*et. al.*, *Ibid.*) apresenta que no ano de 2005 a CGDANT assumiu a coordenação do processo e constituiu em seu bojo uma área técnica que tinha a responsabilidade de elaborar a PNPS. Segundo esses autores discutem, foi produzida uma versão inicial da política a qual foi submetida para análise por parte de um Grupo de Trabalho de Vigilância em Saúde (GTVS), formado por representantes do MS, do CONASEMS e do CONASS.

Em julho desse mesmo ano, sob a coordenação da CGDANT, foi instituído o Comitê Gestor da PNPS (CGPNPS), através da Portaria nº 1.190, o mesmo foi composto

exclusivamente por representantes dos segmentos do MS (BUSS; CARVALHO, 2009). Conforme esses analistas, o referido Comitê teria a tarefa de propor a política e consolidar a “Agenda nacional de Promoção da Saúde 2005 - 2007”, presente no “Documento para Discussão” elaborado no ano de 2002. Além de um processo restrito ao MS, no qual não houve a participação de outras esferas do governo nem da sociedade (BUSS; CARVALHO, *Ibid.*), ao tomar como única referência o documento de 2002, gestado sob os auspícios da OPAS, o CGPNPS ignorou os debates construídos durante a gestão de Gastão Wagner por seu claro direcionamento crítico, ligado à Saúde Coletiva/MRSB.

Em março de 2006 o MS formalizou a PNPS elaborada pelo CGPNPS no SUS por meio da **Portaria nº 687**, agregando-se à mesma uma “Agenda Nacional de Promoção da Saúde para o biênio 2007/2008”. A partir dessa oficialização no âmbito do poder público federal, a PS foi incluída no Pacto pela Saúde, na agenda estratégica do MS e nos Planos Nacionais de Saúde (MALTA, *et. al.*, 2016).

Nesse processo, Rocha (*et. al.*, 2014) ratifica o papel central da OPAS no direcionamento da perspectiva de PS acolhida pela PNPS.

[...] a OPAS exerceu um papel estratégico durante os 08 anos de discussão sobre promoção da saúde no Ministério da Saúde brasileiro, até sua institucionalização em uma política nacional. As agendas ou internacionais de “Cidades/Municípios Saudáveis”, Estratégia Global da Organização Mundial da Saúde e as demandas sistematizadas pela Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde configuram um cenário e induziram uma agenda que promoveu um debate permanente entre visões de promoção da saúde comportamental e a promoção da saúde voltada para o enfrentamento da determinação social do processo saúde-doença (ROCHA *et. al.*, 2014, p. 4315).

Como pode ser apreendido, a PNPS não foi aprovada por meio de um processo monolítico e tranquilo, mas envolveu grande correlação de forças, debates entre diferentes perspectivas teóricas, políticas e ideológicas. Como afirma Ferreira (2008), o papel de Gastão Wagner no início do governo Lula foi decisivo para que o debate em torno da PS avançasse numa perspectiva crítica, a partir do referencial do MRSB. A intenção da Secretaria Executiva era integrar a PS na luta pelo SUS, tomando-a sob a estratégia da produção da saúde e não como um “subterfúgio para justificar a reduzida participação do Estado na atenção básica em saúde.” (FERREIRA, *Ibid.*, p. 104).

Entretanto, como discute o referido analista, com a saída de Gastão Wagner de cena, bem como de maior parte de sua equipe, ganha força no MS a perspectiva de PS mais normatizadora, ligada ao enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)

por meio de mudanças nos estilos de vida com vistas à redução do risco epidemiológico. Desse modo, como ainda afirma Ferreira (2008, p. 105),

A análise do processo de institucionalização da Promoção da Saúde no sistema de saúde brasileiro demonstra e reforça a maleabilidade desse ideário a diferentes projetos de sociedade. Como venho dizendo, há que se estar atento à Promoção da Saúde de que se fala, o que exige a análise acurada de contextos, palavras e seus significados. (FERREIRA, 2008, p. 105).

Nessa direção, de acordo com as análises precedentes que compõe nosso estudo, destacamos que, apesar do discurso oficial afirmar que a PNPS surge no país a partir das definições constitucionais, das legislações que regulamentam o SUS, das deliberações das Conferências Nacionais de Saúde e do Plano Nacional de Saúde (2004-2007) (BRASIL, 2015), essa política emerge principalmente a partir das influências internacionais em torno da NPS (XAVIER, 2017).

O próximo passo da PNPS no país foi a ampliação de seu Comitê Gestor (CGPNPS), composto inicialmente apenas por entidades e órgãos vinculados ao próprio MS, como já apresentado. A partir de 2007, por meio da Portaria MS nº 1.409, passaram a fazer parte do referido colegiado o CONASS e o CONASEMS e, a partir de 2012, por meio da Portaria MS nº 1.571, a ABRASCO também passa a compor o CGPNPS. Não obstante, mesmo com a ampliação do colegiado, a participação social ainda se dava de forma muito restrita na implementação da PNPS (PORTO; PIVETTA, 2009).

No ano de 2013, o Comitê Gestor da PNPS do MS propôs uma ação de atualização e reflexão sobre essa política (ROCHA, *et. al.*, 2014). Segundo o discurso ministerial essa atualização, realizada entre abril de 2013 e junho de 2014, e concretizada por meio da **Portaria nº 2.466, de 11 de novembro de 2014**, é fruto de novos desafios e compromissos apontados pelo contexto nacional e internacional, contudo, esses novos elementos que tornaram a revisão da política uma exigência não são explicitados nos documentos oficiais. Rocha (Ibid.) destaca que a própria agenda da PNPS, em sua reedição de 2010, estava com o prazo expirado, pois as ações específicas priorizadas estavam datadas para o biênio 2006-2007, tornando imperativa a revisão.

Todavia, os documentos mencionados por esses autores como aqueles que nortearam o processo de revisão, são hegemonicamente moldados por organismos internacionais: o Plano Nacional de Ações Estratégicas para Enfrentamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis do MS; o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/1990, na perspectiva da articulação interfederativa e regionalização da saúde; a

Conferência de Alto Nível da ONU – Doenças Crônicas não Transmissíveis; a Declaração da Conferência Mundial dos Determinantes Sociais da Saúde; a Declaração da Conferência Rio + 2030 e a Declaração da 8ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde, Saúde em todas as Políticas.

Segundo o MS (BRASIL, 2015), o processo de revisão por ele desencadeado e coordenado pela Secretaria de Vigilância em Saúde, a partir de 2013, por meio do Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde (DANTPS) e do Comitê Gestor da Política, em parceria com a OPAS e o GT de Promoção da Saúde da ABRASCO, ocorreu de forma democrática e participativa nas cinco regiões brasileiras. Ainda conforme o MS, o texto revisado da PNPS foi apresentado e ajustado nas seguintes instâncias do SUS: Grupos de Trabalho da Vigilância em Saúde e da Atenção à Saúde e de Gestão; CIT e no CNS. (BRASIL, Ibid.).

Entretanto, a proposta de revisão da política citada já estava preparada pela OPAS desde o ano de 2011. É o que se pode apreender da análise do Termo de Cooperação nº 56 (TM nº 56 – OPAS/MS), intitulado “Vigilância, Promoção e Prevenção em Saúde”, firmado entre o a OPAS e o MS, entre os anos de 2009 a 2015 (XAVIER, 2017). Assim sendo, os processos “participativos” desencadeados no país, no período de revisão da política, consistiram em estratégia de consenso em torno da direção conferida internacionalmente.

Destarte, se no período da institucionalização da PNPS, a correlação de forças entre a perspectiva da Saúde Coletiva/MRSB e as orientações e preceitos internacionais/social-liberalismo/NPS já apontava para a hegemonia dessa última direção, essa supremacia apenas se aprofunda e se consolida na revisão de 2014. Contudo, apenas a análise detalhada de ambos os textos da PNPS pode corroborar ou refutar essa afirmativa. Nessa direção, discutimos no próximo capítulo os resultados de nosso estudo.

5 CONCEITOS SOCIAL-LIBERAIS E SEU CONTEÚDO IDEOPOLÍTICO NA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Ao iniciar esse último capítulo no qual expomos os resultados de nosso estudo, reiteramos que, para investigar a influência dos preceitos social-liberais sobre a PNPS, partimos do pressuposto de que a NPS compõe esse ideário apregoado pelos organismos internacionais.

Nessa direção, os conceitos do estudo foram eleitos a partir da relação entre as premissas que fundamentam a ideologia social-liberal, os princípios da PS apontados pelas cartas das Conferências Internacionais sobre o tema e as concepções predominantes na PNPS. Tendo como base esses conceitos centrais, no decorrer da pesquisa na realidade empírica, surgiram outros conceitos subjacentes, os quais sistematizamos no Quadro 3.

Quadro 3: Principais conceitos do estudo.

Conceitos centrais do estudo	Principais conceitos subjacentes
Promoção da Saúde	Concepção ampliada de saúde; integralidade; regionalização; humanização; intersetorialidade; Promoção da saúde comportamental.
Equidade	Determinação social da saúde; iniquidades em saúde; justiça social; Determinantes Sociais da Saúde (DSS).
Participação Social	Controle Social; Sociedade Civil; empoderamento; participação social ativa.
Educação em Saúde	Educação Popular em Saúde (EPS); capacitação; indústria do bem-estar; Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT); Educação Permanente em Saúde.
Desenvolvimento Sustentável	Sustentabilidade; ambientes e territórios saudáveis; políticas públicas saudáveis; municípios/cidades saudáveis; cultura da paz; mobilidade segura e paz no trânsito.

Fonte: Elaboração própria com base na revisão bibliográfica e nos dados do estudo.

Com base na análise desses conceitos, buscou-se elucidar as distintas tendências ideopolíticas concernentes aos mesmos bem como a correlação de forças entre diferentes concepções e projetos políticos que perpassam a PNPS, seja para confirmar ou para refutar a hegemonia dos preceitos disseminados pelos organismos internacionais em detrimento do arcabouço da Saúde Coletiva/MRSB e do SUS.

Para tanto, na sequência discorreremos acerca das duas edições do texto da PNPS (Portaria MS/GM nº 687, de 30 de Março de 2006 e Portaria MS/GM nº 2.446, de 11 de

novembro de 2014), enfatizando as aceções em torno da Promoção da Saúde, da Equidade, da Participação Social, da Educação em Saúde e do Desenvolvimento Sustentável.

5.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE

Conforme já aludimos, o MRSB realiza a crítica ao modelo biomédico a partir do pressuposto de que **a saúde é uma produção sócio-histórica** (PASCHE; HENNINGTON, 2006). Para o MRSB o estudo das características biológicas nos indivíduos ou da “história natural” das doenças não é suficiente para análise do processo saúde-doença, pois esse possui um caráter eminentemente histórico e social (LAURELL, 1982).

As primeiras concepções de PS que surgem ainda na introdução do texto da PNPS/2006 apresentam como fundamento essa **concepção ampliada de saúde**, pertencente ao arcabouço do MRSB dos anos 1970/80, conforme podemos ler abaixo:

[...] A saúde, sendo uma esfera da vida de homens e mulheres em toda sua diversidade e singularidade, não permaneceu fora do desenrolar das mudanças da sociedade [...]. **O processo de transformação da sociedade é também o processo de transformação da saúde e dos problemas sanitários.** [...] Além disso, a análise do processo saúde-adoecimento evidenciou que **a saúde é resultado dos modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade em determinado contexto histórico e o aparato biomédico não consegue modificar os condicionantes nem determinantes mais amplos desse processo**, operando um modelo de atenção e cuidado marcado, na maior parte das vezes, pela centralidade dos sintomas. (BRASIL, 2006a, p. 9 – grifos nossos).

Diferente da PNPS/2006, a PNPS/2014 não trata de forma mais detalhada a concepção ampliada de saúde, nem a associa aos pressupostos do MRSB, apenas a menciona como um de seus valores centrais, como indica o trecho a seguir:

A PNPS traz em sua base o conceito ampliado de saúde e o referencial teórico da promoção da saúde como um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersetorial, pela formação da Rede de Atenção à Saúde (RAS)^[21], buscando articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social. (BRASIL, 2015, p.26 – grifos nossos).

²¹ Compete situar que a RAS é instituída pela Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 e, segundo o MS (BRASIL, 2010), surge no escopo da Atenção Básica e do Pacto pela Saúde como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.” (BRASIL, 2010, [s./p.]), esses sistemas de apoio se formalizam através de contratos de gestão entre entes reguladores/financiadores e os prestadores de serviços. O objetivo da RAS, conforme a Portaria 4.279/2010 é promover a integração de ações e serviços de saúde com “atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do SUS em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica” (BRASIL, Ibid., [s./p.]). A PNPS/2014 dará ênfase às RAS bem como a outras redes “como a de

O trecho acima define a **PS enquanto uma das estratégias de produção da saúde**, uma das bases fundamentais do arcabouço teórico-crítico do MRSB, conforme aludimos anteriormente. Ao longo do texto revisado, a PS será reafirmada nesse sentido, mas apenas mencionando a produção social da saúde, sem maiores discussões sobre o tema, distinguindo-se da edição de 2006 que ao menos apresenta essa concepção de forma mais nítida, como corroboram os fragmentos a baixo.

A promoção da saúde, como uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde. (BRASIL, 2006a, p. 10 – grifos nossos).

A partir das definições constitucionais, da legislação que regulamenta o SUS, das deliberações das conferências nacionais de saúde e do Plano Nacional de Saúde (2004-2007) (BRASIL, 2004b), **o Ministério da Saúde propõe a Política Nacional de Promoção da Saúde num esforço para o enfrentamento dos desafios de produção da saúde num cenário sócio-histórico cada vez mais complexo e que exige a reflexão e qualificação contínua das práticas sanitárias e do sistema de saúde.** (BRASIL, 2006a, p. 15 – grifos nossos).

Na edição anterior à revisão é dito, portanto, que a emersão da PNPS no país é impulsionada a partir dos desafios impostos pela produção social da saúde. Também é reforçada a existência de um contexto sócio-histórico determinante que exige reflexão e qualificação das práticas em saúde, alusões essas que coadunam com a produção teórica e luta política do MRSB. Essa direção, porém, não é predominante.

Ambos os textos da PNPS realizam uma **crítica à concepção restrita de saúde**, mas asseveram que a concepção ampliada de saúde e a superação de uma perspectiva individualizante de PS perpassam igualmente o SUS, o MRSB e as Cartas de PS, conforme os trechos abaixo:

Tradicionalmente, os modos de viver têm sido abordados numa perspectiva individualizante e fragmentária, e colocam os sujeitos e as comunidades como os responsáveis únicos pelas várias mudanças/arranjos ocorridos no processo saúde-doença ao longo da vida. Contudo, **na perspectiva ampliada de saúde, como definida no âmbito do movimento da Reforma Sanitária brasileira, do SUS e das Cartas de Promoção da Saúde, os modos de viver não se referem apenas ao exercício da vontade e/ ou liberdade individual e comunitária** (BRASIL, 2006a, p. 10 – grifos nossos).

[...] a promoção da saúde deve considerar a autonomia e a singularidade dos sujeitos, das coletividades e dos territórios, pois as formas como eles elegem seus

proteção social, da qual a saúde faz parte, com a assistência e com a previdência social”, partindo da consideração de “que os demais setores e instituições são fundamentais para a produção de saúde e do seu cuidado.” (BRASIL, 2015, p. 7). A PNPS/2006, por sua vez, menciona a importância da composição de redes de compromisso e corresponsabilidades com ênfase na qualidade de vida, a partir da consolidação do Pacto pela Saúde, mas não cita as RAS diretamente já que as mesmas só foram instituídas pelo MS no ano de 2010.

modos de viver, como organizam suas escolhas e como criam possibilidades de satisfazer suas necessidades dependem não apenas da vontade ou da liberdade individual e comunitária, mas estão condicionadas e determinadas pelos contextos social, econômico, político e cultural em que eles vivem. [...] **Propõe-se, então, que as intervenções em saúde ampliem seu escopo, tomando como objeto os problemas e as necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes, [...] incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis.** (BRASIL, 2015, p.8 – grifos nossos).

Desse modo, a PNPS coloca os “modos de viver” numa perspectiva coletiva, ao mencionar o MRSB e o SUS, tentando fugir do individualismo, contudo **reforça os conceitos de liberdade e escolhas individuais, em consonância com as definições social-liberais que recaem na leitura restrita do comportamento de indivíduos e grupos**, fugindo à análise das classes sociais e da determinação social da saúde.

Como afirma Buss (2002), a análise do “**modo de vida**” encontra-se no nível da organização societária e exige o conhecimento acerca do grau de desenvolvimento das forças produtivas; da organização econômica e política; e do processo histórico, diferenciando-se do foco nos **estilos de vida singulares** e nas escolhas individuais que caracterizam a **perspectiva comportamental de PS**. Um nível intermediário de análise entre esses dois aspectos essenciais – sociedade e indivíduo – contempla as **condições objetivas de vida** – a inserção dos sujeitos em determinada classe social²² irá incidir em sua situação de saúde.

Destarte, o debate internacional restringe o conceito de “modo de vida” às escolhas individuais. Por outro lado, para o MRSB, ao mesmo tempo em que não se podem negar as determinações biológicas e individuais do processo saúde-doença, a análise desse complexo necessariamente deve ser perpassada pelos aspectos societários. Assim, o processo social (modo de vida) se articula ao processo saúde-doença, assumindo as características de inserção de cada classe social na produção e de sua relação com as demais classes sociais (condições objetivas de vida) (LAURELL, 1982).

²²Compete situar que o autor não utiliza o conceito de classe social, mas sim de “grupo populacional”, contudo, a nosso ver, essa última acepção conota um grupo de indivíduos qualquer. As teses clássicas do MRSB aludem que o estudo do processo saúde-doença deve partir da análise da classe social, das relações sociais de produção e do desenvolvimento das forças produtivas (LAURELL, 1982), portanto, cabe elucidar o significado que distingue a classe social de um mero grupo social ou populacional: “na organização social da produção, os homens mantêm diferentes relações com as forças produtivas e com os produtos, e, em cada modo de produção, tais relações terão características específicas. A posição econômica dos indivíduos, tal como entendida em termos das relações sociais de produção existentes, estabelece, cria certos interesses materiais comuns e determina a que classe social os indivíduos pertencem. Seguem-se disso as conhecidas definições de burguesia e de proletariado [as classes sociais fundamentais da sociedade capitalista segundo Marx], referidas à compra e à venda, respectivamente, da força de trabalho (e à propriedade ou não propriedade implícita dos meios de produção).” (Dicionário do Pensamento marxista, p. 414-415).

Os fragmentos da PNPS citados anteriormente se referem apenas à concepção ampliada de saúde, ponto de convergência entre as Cartas das Conferências Internacionais sobre PS, o SUS e o MRSB como uma forma de **tratar de modo indiferenciado a Saúde Coletiva no Brasil e a direção hegemônica nas referidas Cartas** que reforça a concepção comportamental de PS, como mencionamos anteriormente.

A PNPS/2006 prossegue criticando concepções de saúde restritas ao comportamento e aos hábitos dos sujeitos, ou seja, concepções individualizantes de PS, com base nas advertências da Carta de Ottawa, segundo o trecho abaixo.

Ao se retomar as estratégias de ação propostas pela Carta de Ottawa (BRASIL, 1996) e analisar a literatura na área, observa-se que, até o momento, o desenvolvimento de estudos e evidências aconteceu, em grande parte, vinculado às iniciativas ligadas ao comportamento e aos hábitos dos sujeitos. Nesta linha [...] **persiste o desafio de organizar estudos e pesquisas para identificação, análise e avaliação de ações de promoção da saúde que operem nas estratégias mais amplas que foram definidas em Ottawa (BRASIL, 1996) e que estejam mais associadas às diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde na Política Nacional de Promoção da Saúde**, a saber: integralidade, equidade, responsabilidade sanitária, mobilização e participação social, intersetorialidade, informação, educação e comunicação, e sustentabilidade (BRASIL, 2006a, p.14- grifos nossos).

Contudo, a defesa da concepção ampliada de saúde e a preocupação em seguir as diretrizes da Carta de Ottawa não significam necessariamente fugir da responsabilização dos indivíduos e grupos sociais por sua própria saúde, pois, como já aludimos, esse é um aspecto reforçado pelo referido documento internacional.

A partir da concepção ampliada de saúde, **ambas as edições da PNPS reforçam o elo entre o SUS e a PS**, sendo esta afirmada **como parte da construção de um novo modelo de atenção à saúde a partir do SUS**, conforme se pode ler:

No Brasil, pensar outros caminhos para garantir a saúde da população significou pensar a redemocratização do País e a constituição de um sistema de saúde inclusivo. [...] Nesse sentido, **o SUS, como política do estado brasileiro pela melhoria da qualidade de vida e pela afirmação do direito à vida e à saúde, dialoga com as reflexões e os movimentos no âmbito da promoção da saúde**. (BRASIL, 2006a, p. 9-10 – grifos nossos).

A promoção da saúde vem sendo discutida desde o processo de redemocratização do Brasil [...]. O SUS, na Lei Orgânica da Saúde [...] incorporou o conceito ampliado de saúde resultante dos modos de vida, de organização e de produção em um determinado contexto histórico, social e cultural, buscando superar a concepção da saúde como ausência de doença, centrada em aspectos biológicos. [...] (BRASIL, 2015, p. 7 – grifos nossos).

Cabe destacar, contudo, que na edição de 2006, a partir dos objetivos específicos, é mencionado o papel da PS apenas no que se refere à **reorganização da Atenção Básica** – configurada no Brasil através ESF – e não mais ao modelo de atenção como um todo. A edição de 2014 inverte essa ênfase restrita à Atenção Básica e preconiza “a **reorientação do modelo de atenção à saúde com base nos valores, nos princípios e nas diretrizes da PNPS**” (BRASIL, 2015, p.17).

A PS surge também em ambas as edições da PNPS como um **eixo norteador da operacionalização dos princípios do SUS**. Destaca-se principalmente a relação recíproca entre PS e integralidade: **PS enquanto uma estratégia para a busca da integralidade na atenção à saúde e a integralidade como caminho para a produção da saúde:**

[...]A **integralidade implica [...] articulação e sintonia entre as estratégias de produção da saúde, na ampliação da escuta dos trabalhadores e serviços de saúde na relação com os usuários**, [...] de modo a deslocar a atenção da perspectiva estrita do seu adoecimento e dos seus sintomas para o acolhimento de sua história, de suas condições de vida e de suas necessidades em saúde, respeitando e considerando suas especificidades e suas potencialidades na construção dos projetos e da organização do trabalho sanitário. (BRASIL, 2006a, p. 13 – grifos nossos).

No âmbito da atenção e do cuidado em saúde, **a integralidade na promoção da saúde passa a ser uma estratégia de produção de saúde que respeita as especificidades e as potencialidades na construção de projetos terapêuticos, de vida e na organização do trabalho em saúde, por meio da escuta qualificada dos trabalhadores e dos usuários [...]**. (BRASIL, 2015, p.7 – grifos nossos).

Compete ressaltar que na CF/1988 o “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” é inscrito como uma das três diretrizes básicas do SUS ao lado da “descentralização, com direção única em cada esfera do governo” e da participação da comunidade. (BRASIL, 2018, p.55). Contudo, segundo Mattos (2006), diferentemente dessas últimas diretrizes, a integralidade foi atacada pelo Banco Mundial desde a institucionalização do SUS.

A Lei 8080/1990 que regula as ações e serviços de saúde em todo território nacional preconiza que a integralidade de assistência deve ser “entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990a, [s./p.]).

Para estar inscrita na legislação atual do SUS, a integralidade conformou como lembra Mattos (2006), uma das principais bandeiras de luta do MRSB, desde os anos de 1970/80. No desenvolvimento histórico do referido movimento a integralidade, para Mattos (2006), apresenta-se “preche de sentidos”, dos quais o autor destaca três principais:

1. O primeiro sentido passa pela superação da medicina anátomo-patológica – que marca a racionalidade médica vigente – na abordagem do indivíduo e do processo saúde-doença, a partir da concepção ampliada de saúde;
2. O segundo remete à integralidade como uma dimensão das práticas em saúde, as quais devem se voltar para as necessidades de saúde dos usuários, não só no âmbito da assistência, mas também da prevenção e da promoção da saúde;
3. O terceiro e último sentido se refere à integralidade na organização horizontal do trabalho nos serviços públicos de saúde, no desenvolvimento de políticas e programas sociais a partir da consideração das múltiplas determinações do processo saúde-doença visando responder as necessidades em saúde.

Além da integralidade, como indica o trecho abaixo, a PNPS/2014 destaca entre seus eixos operacionais a **regionalização como meio para ampliar as ações de PS nos diferentes territórios** e organizar a RAS, ênfase essa ausente na edição de 2006.

Territorialização: a regionalização é uma diretriz do SUS e um eixo estruturante com o fim de orientar a descentralização das ações e dos serviços de saúde e de organizar a Rede de Atenção à Saúde. O processo de regionalização considera a abrangência das regiões de saúde e sua articulação com os equipamentos sociais nos territórios. Também observa as pactuações interfederativas, a definição de parâmetros de escala e de acesso e a execução de ações que identifiquem singularidades territoriais para o desenvolvimento de políticas, programas e intervenções, **ampliando as ações de promoção à saúde** e contribuindo para fortalecer as identidades regionais. (BRASIL, 2015, p. 15 – grifos nossos).

É necessário lembrar que a regionalização é um dos princípios organizativos do SUS e compõe o edifício da descentralização político-administrativa, diretriz básica inscrita na CF/1988, artigo 198, como já citado. Na Lei 8080/1990, em seu artigo 7º, a regionalização aparece ao lado da hierarquização da rede de serviços, como também ligada à ênfase na descentralização dos serviços para os municípios brasileiros.

Outro conceito mencionado na PNPS/2014 e que compõe o arcabouço do SUS é a **humanização**, colocada como um dos valores fundantes no processo de efetivação da referida Política no sentido da integralidade. A humanização é definida no texto

Enquanto elemento para a evolução do homem, por meio da interação com o outro e seu meio, com a valorização e aperfeiçoamento de aptidões que promovam condições melhores e mais humanas, construindo práticas pautadas na integralidade do cuidado e da saúde. (BRASIL, 2015, p.26 - grifos nossos).

Ao definir a humanização como elemento de “evolução do homem” e de “valorização e aperfeiçoamento de aptidões” o texto evidencia uma visão idealizada de

homem, bem como afastamento em relação à concepção de humanização enquanto uma política que deve operar transversalmente em toda a rede que compõe o SUS (BENEVIDES; PASSOS, 2005), como defende a Saúde Coletiva.

A humanização, segundo Benevides e Passos (2005) não é um princípio do SUS nem se confunde com a integralidade como muitos pensam. Sua efetividade não se faz enquanto proposta geral e abstrata, mas constitui uma política pública de saúde que deve perpassar transversalmente todo o sistema. Nesse sentido, “a humanização deve caminhar, cada vez mais, para se constituir como vertente orgânica do Sistema Único de Saúde fomentando um processo contínuo de contratação, de pactuação” (Id, Ibid., p. 393).

Os sentidos da humanização ainda estão ligados no imaginário de gestores e trabalhadores da saúde ao voluntarismo, assistencialismo, paternalismo ou mesmo ao tecnicismo de um gerenciamento sustentado na racionalidade administrativa, assim sendo, para atingir a direção de mudança no sentido de seu fortalecimento enquanto política, a humanização impõe o enfrentamento de dois desafios: conceitual e metodológico. (Id. Ibid.).

O desafio conceitual está relacionado ao que os autores chamam de “desidealização do homem”, ou seja, desconstruir a imagem do “bom humano”, do humano ideal e começar a tratar de humanização a partir das existências concretas de seres humanos concretos, enquanto seres coletivos, sociais. Por sua vez, o desafio metodológico diz respeito à produção concreta da saúde, à inter-relação entre conhecimento e realidade, sendo preciso transformar os modos de construir políticas de saúde, a partir do enfrentamento da lógica da fragmentação, do especialismo e da fixação da humanização como programa, como especificidade de determinadas áreas profissionais.

Humanizar, nesse sentido, é modificar as relações e os modelos de atenção e de gestão instituídos no campo da saúde partindo da premissa de que só é possível transformar os modos de atender os usuários nos serviços alterando também “a organização dos processos de trabalho, a dinâmica de interação da equipe, os mecanismos de planejamento, de decisão, de avaliação e de participação” (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 392).

Desse modo, a PNPS/2014 adota a humanização enquanto um valor abstrato, definindo nessa mesma direção os demais valores que elege: solidariedade; felicidade; ética; respeito às diversidades; corresponsabilidade; justiça social e inclusão social.

Em suas duas edições, a política analisada ainda se refere à **PS como uma estratégia de articulação transversal** que permite a construção de práticas horizontais e políticas integradas, a partir da promoção de “mudanças na cultura organizacional, com vistas à adoção de práticas horizontais de gestão e estabelecimento de redes de cooperação intersetoriais”

(BRASIL, 2006a, p. 19).Entretanto, essa articulação e cooperação intersetorial se daria fundamentalmente para a redução das “vulnerabilidades” e dos fatores de risco à saúde:

[...] a promoção da saúde é uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso País, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas. (BRASIL, 2006a, p. 12).

[...] na perspectiva da promoção da saúde, a articulação intersetorial deve estimular e impulsionar os demais setores a considerar, na construção de suas políticas específicas, os fatores e as condições de vulnerabilidade, os riscos e as potencialidades da saúde que afetam a vida da população, responsabilizando, assim, todos os setores e fazendo com que a saúde componha as agendas de todas as políticas públicas. (BRASIL, 2015, p. 8).

Nesse trilha, a PS é também apresentada como **o elo de articulação intersetorial entre a saúde e os demais setores/políticas sociais**. Na edição de 2006, a intersetorialidade é inicialmente posta no texto tal como definida na CF/1988, associada diretamente à produção da saúde, conforme o seguinte trecho.

[...] a produção de saúde [...] exige a mobilização de recursos políticos, humanos e financeiros que extrapolam o âmbito da saúde. Assim, coloca-se ao setor Saúde o desafio de construir a intersetorialidade. Compreende-se a intersetorialidade como uma articulação das possibilidades dos distintos setores de pensar a questão complexa da saúde, de co-responsabilizar-se pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania, e de mobilizar-se na formulação de intervenções que a propiciem. [...] (BRASIL, 2006a, p.13-14).

Sem fazer menção à ligação entre intersetorialidade e produção da saúde, a PNPS/2014, por seu turno, adota a intersetorialidade como um de seus princípios definindo-a como o “processo de articulação de saberes, potencialidades e experiências de sujeitos, grupos e setores na construção de intervenções compartilhadas, estabelecendo vínculos, corresponsabilidade e cogestão para objetivos comuns” (BRASIL, 2015, p.27), sendo também enfatizada a necessidade de estabelecer relações entre a PNPS e demais políticas sociais.

Nessa direção, outro princípio abraçado é o de **intrassetorialidade**, “que diz respeito ao exercício permanente da desfragmentação das ações e serviços ofertados por um setor, visando à construção e articulação de redes cooperativas e resolutivas.” (BRASIL, 2015, p.27). Ambos os conceitos mencionados aparecem repetidamente na PNPS/2014, como ilustra a seguinte diretriz:

Estímulo à cooperação e à articulação intrassetorial e intersetorial para ampliar a atuação sobre determinantes e condicionantes da saúde [...].A incorporação das intervenções de promoção da saúde no modelo de atenção à saúde, especialmente no

cotidiano dos serviços de atenção básica em saúde, por meio de ações intersetoriais. (BRASIL, 2015, p.13).

Como afirma Costa (2014), a intersetorialidade é uma condição para a efetivação da PS que também se relaciona com o conceito ampliado de saúde. Esse princípio compõe, conforme a autora, as propostas do MRSB que foram aprovadas nas deliberações da 8ª CNS e se acha inscrita na CF/1988. Ainda segundo suas análises, a intersetorialidade é um elo entre as teses da Reforma Sanitária e da PS no processo de construção do SUS.

A referida analista destaca também a importância do princípio da intersetorialidade no Pacto pela Saúde e na PNPS. Contudo, a pesquisa que realizou revela que, no atual contexto da política de saúde, esse princípio não tem sido incorporado como estratégia central ao planejamento e à gestão em saúde na perspectiva do enfrentamento da determinação social do processo saúde-doença. Nesse sentido, conclui que atualmente no Brasil é mais enfática a reprodução dos parâmetros de intersetorialidade estabelecidos pela OMS e OPAS, os quais apresentam como ênfase os estilos de vida (COSTA, 2014).

É na direção dos preceitos da NPS forjados por esses organismos, que a PNPS advoga em outro momento, **a PS como mecanismo para a construção da intersetorialidade conciliado à defesa do setor privado e não governamental como áreas do setor sanitário com os quais a PS deve dialogar**, conforme o fragmento a seguir.

Entende-se que **a promoção da saúde apresenta-se como um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial**, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do Governo, **o setor privado e não governamental**, e a sociedade, compondo redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida. (BRASIL, 2006a, p. 15- grifos nossos).

Como manifesta o trecho que se segue, a próxima menção à integralidade também vem acompanhada da **defesa da participação do setor privado nas ações de PS**, em sintonia com as requisições internacionais.

Vê-se, portanto, que a promoção da saúde realiza-se na articulação sujeito/coletivo, **público/privado**, estado/sociedade, clínica/ política, setor sanitário/outros setores, visando **romper com a excessiva fragmentação na abordagem do processo saúde adoecimento e reduzir a vulnerabilidade, os riscos e os danos** que nele se produzem. (BRASIL, 2006a, p. 15- grifos nossos).

Nesse trilho, a edição revisada é clara ao colocar como uma competência de todas as esferas de gestão a viabilização de “parcerias com organismos internacionais, com

organizações governamentais e não governamentais, incluindo o setor privado e a sociedade civil, para o fortalecimento da promoção da saúde no País.” (BRASIL, 2015, p.17).

A partir da defesa dessas alianças por parte do Estado, o setor privado vem investindo cada vez no ideário da NPS e em ações de PS, conformando um verdadeiro processo de **privatização da Promoção da Saúde**, nos termos de Kickbusch e Payne (2003).

Compete lembrar que, segundo a CF/1988 (BRASIL, 2018), art. 199, a participação do setor privado é complementar no âmbito do SUS, desde que suas instituições sigam as diretrizes do sistema público. Ainda conforme a Carta Magna, em seu art. 197, cabe ao poder público a regulamentação, a fiscalização e o controle de todas as ações e serviços de saúde, sejam elas prestadas pelo SUS ou pela iniciativa privada. Nessa direção, o setor de saúde suplementar brasileiro, formado pelas operadoras dos planos de saúde, passou a ser regulado nos anos 2000, pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), autarquia vinculada ao MS, criada através da Lei Federal nº 9961 (RODRIGUES; SILVA, 2015).

Segundo essas duas autoras, é diante do desafio de alinhar o modelo biologicista, que caracteriza o setor suplementar, aos preceitos das políticas públicas que, em 2004, a ANS inicia “um processo de indução de mudanças na lógica assistencial, por meio de incentivos à implantação de programas de promoção da saúde” (Id Ibid., p. 195).

Nesse quadro, conforme o MS (BRASIL, 2009, p. 52), mesmo diante da recente introdução da discussão em torno da PS no setor suplementar, é crescente o número de operadoras que realizam programas de promoção da saúde e de prevenção de doenças.

Segundo o MS (BRASIL, 2009), no ano de 2008, no requerimento de informações da ANS, 52,6% das operadoras de planos de saúde afirmaram desenvolver programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, abordando principalmente as áreas de: adulto e idoso (73,8%); mulher (49,6%); criança (30,9%); bucal (24,6%); adolescente (20,9%) e; mental (13,1%).

Entretanto, os estudos de Rodrigues e Silva (2015, p. 195) não corroboram a animosidade do MS quanto ao avanço da PS na saúde suplementar.

Considerando os interesses econômicos do setor privado de saúde, questiona-se a abordagem de promoção da saúde na saúde suplementar. Pressupõe-se que há o predomínio de uma lógica de racionalização de custos que perpassa a oferta dos programas, em detrimento de práticas emancipatórias fundamentadas nos princípios da promoção da saúde. Assim, parece prevalecer uma tensão entre a racionalidade econômica e os interesses dos beneficiários, na presença da indução de programas de promoção da saúde pela ANS (RODRIGUES; SILVA, 2015, p. 195).

Através de pesquisa realizada junto a gestores de operadoras de planos de saúde que realizam programas de PS, as autoras revelam as inúmeras contradições desse processo, entre elas: o marketing em torno da oferta dos programas de promoção da saúde; a PS como estratégia de redução do consumo de serviços de alto custo; as ações de PS na perspectiva de prevenção de doenças; o foco em grupos de risco e; as prescrições que determinam os hábitos de vida que são considerados saudáveis. Destarte, como concluem as autoras,

Na perspectiva de quem oferta os programas de promoção da saúde, a lógica dominante é a da acumulação do capital, operacionalizada na redução de custos assistenciais, na atração e na fidelização de clientes e na transferência de responsabilidade para os beneficiários (RODRIGUES; SILVA, 2015, p. 199).

Nessa mesma direção, outra acepção comum às duas edições da PNPS a ser destacada é a de **PS como estratégia para reorganizar o trabalho em saúde com base em seu potencial para superar a cultura administrativa fragmentada, associada à defesa da cultura administrativa que preza pela eficiência e eficácia das políticas públicas.**

No esforço por garantir os princípios do SUS [...] entende-se que é urgente superar a cultura administrativa fragmentada [...] evitando o desperdício de recursos públicos, reduzindo a superposição de ações e, conseqüentemente, aumentando a eficiência e a efetividade das políticas públicas existentes. Nesse sentido, a elaboração da Política Nacional de Promoção da Saúde é oportuna, posto que seu processo de construção e de implantação/implementação [...] provoca a mudança no modo de organizar, planejar, realizar, analisar e avaliar o trabalho em saúde. (BRASIL, 2006a, p.15).

Como discutem Siqueira e Mendes (2009), o discurso ideológico da eficiência e da eficácia no setor público compõe o arcabouço gerencial de técnicas e procedimentos administrativos do setor privado incorporado pelo Estado em nome de sua pretensa modernização, mascarando a obsessão pela produtividade e pelos resultados que deterioram as relações de trabalho.

Segundo Linares e Arellano (2007), a política de modernização do estado acompanha o projeto neodesenvolvimentista de recomposição neoliberal, o qual está embasado na lógica do mercado e promove a obliteração de direitos sociais, entre os quais a proteção à saúde. Essa orientação gerencialista compõe a agenda de contrarreformas dos governos neodesenvolvimentistas para as políticas sociais e os sistemas públicos de saúde com base nos pressupostos da equidade, da eficiência e da sustentabilidade. (Id Ibid.).

No caso brasileiro, desde a criação do SUS, o Banco Mundial tem feito recomendações que defendem a inserção do setor privado na política de saúde por sua eficiência, eficácia e criatividade na oferta de serviços de melhor qualidade que o setor público (RIZZOTTO; CAMPOS, 2016). A inserção da lógica gerencial que norteia a empresa

capitalista passa a ser efetivada no espaço público brasileiro no bojo da reforma do aparelho do Estado levada a cabo no governo de FHC na década de 1990, por meio dos contratos de gestão e da autonomia financeira e administrativa com base no cumprimento de metas pré-estabelecidas na recompensa por resultados alcançados (PEREIRA, 2009).

Diante do exposto, é possível apreender que em ambos os textos da PNPS as concepções de PS corroboram a hegemonia dos preceitos da NPS fundamentados no ideário social-liberal, em detrimento do arcabouço do MRSB e do SUS.

Outro conceito fortemente disseminado no contexto das reformas fomentadas pelo Banco Mundial – e pela OMS – nas políticas sociais ao redor do globo é o de equidade (BERLINGUER, 1978), o qual se tornou fundamental às concepções da NPS atualmente difundidas (STOTZ; ARAÚJO, 2004). Mencionada de modo esparso na introdução do texto da PNPS/2006, ao fazer referência à **PS como estratégia de redução de “vulnerabilidades”, “riscos” e “danos”**, a equidade se torna central na referida política ao ser eleita como a primeira diretriz e o objetivo geral da edição revisada.

Nesse trilho, analisaremos a seguir como o conceito de equidade é apresentado no contexto da PNPS, notadamente a partir da discussão dos dois principais referenciais que embasam a discussão: a produção/determinação social da saúde e os Determinantes Sociais da Saúde (DSS).

5.2 EQUIDADE

O texto da PNPS/2006 reforça inicialmente o papel da PS na **“redução das situações de desigualdade”** (BRASIL, 2006a, p.18). Nesse sentido, como resume o trecho abaixo, a introdução da referida Política reafirma a CF/1988 no que tange à **necessidade de redução das desigualdades sociais e regionais, a promoção do bem de todos e a construção de uma sociedade solidária sem quaisquer formas de discriminação.**

Na Constituição Federal de 1988, o estado brasileiro assume como seus objetivos precípuos a redução das desigualdades sociais e regionais, a promoção do bem de todos e a construção de uma sociedade solidária sem quaisquer formas de discriminação. Tais objetivos marcam o modo de conceber os direitos de cidadania e os deveres do estado no País, entre os quais a saúde (BRASIL, 1988). Neste contexto, **a garantia da saúde implica assegurar o acesso universal e igualitário dos cidadãos aos serviços de saúde, como também à formulação de políticas sociais e econômicas que operem na redução dos riscos de adoecer.** (BRASIL, 2006a, p.12 – grifos nossos).

Destarte, o **acesso universal e igualitário** é também colocado como um princípio fundamental para a garantia do direito à saúde e da PS e um elemento essencial no combate às desigualdades sociais e em saúde, conforme inscrito na CF/1988.

Entretanto, a defesa do acesso universal é paulatinamente substituída no texto pelo conceito de equidade, revelando a aproximação da PNPS a essa acepção referenciada pelos organismos internacionais. A princípio, em um de seus objetivos específicos, a PNPS/2006 afirma a responsabilidade coletiva, inclusive do poder público, em relação à integralidade da atenção à saúde e o papel desse esforço coletivo e da PS para “**minimizar e/ou extinguir as desigualdades de toda e qualquer ordem**” (BRASIL, 2006a, p. 17).

Contudo, esse ambicioso objetivo não é apenas muito abrangente, mas também inatingível no âmbito de um sistema que se alimenta de desigualdades e que as reproduz na mesma proporção de seu avanço irrefreável. Até mesmo a minimização de um leque tão grande de desigualdades perpassaria a própria lógica de produção e reprodução do capital que, diga-se de passagem,

Jamais se submeteu a controle adequado e duradouro ou uma auto-restrição racional. Ele só era compatível com ajustes limitados e, mesmo esses, apenas enquanto pudesse prosseguir, sob uma ou outra forma, a dinâmica de auto-expansão e o processo de acumulação. Tais ajustes consistiam em contornar os obstáculos e resistências encontrados, sempre que ele fosse incapaz de demoli-los. (MÉSZÁROS, 2011, p.100).

Devido à sua abrangência, no processo de revisão, esse objetivo é extinto da PNPS/2006. Não obstante, mesmo com a menção contra as desigualdades, a tendência dominante no texto é o **papel da PS na produção do cuidado e na redução de “vulnerabilidades” e “riscos” em relação às doenças**, em sintonia com as requisições político-ideológicas dos organismos internacionais.

Nas últimas décadas, tornou-se mais e mais importante **cuidar da vida modo que se reduzisse a vulnerabilidade ao adoecer e as chances de que ele seja produtor de incapacidade, de sofrimento crônico e de morte prematura** de indivíduos e população. (BRASIL, 2006a, p. 9).

Nessa direção, a edição de 2014 da mesma política elege a equidade como um dos objetivos específicos de suas ações, fundamentado nos vagos conceitos de “vulnerabilidades” e “riscos”, em sintonia com a NPS e o discurso da Terceira Via que essa representa:

Contribuir para a adoção de práticas sociais e de saúde centradas na equidade, na participação e no controle social, a fim de **reduzir as desigualdades sistemáticas, injustas e evitáveis**, respeitando as diferenças de classe social, de gênero, de orientação sexual e a identidade de gênero; entre gerações; étnico-raciais; culturais;

territoriais; e relacionadas às pessoas com deficiências e necessidades especiais. (BRASIL, 2015, p.11 – grifos nossos).

A focalização das políticas sociais, dentre elas a saúde, nos grupos mais “vulneráveis” passa a ser defendida e implementada, segundo Senna (2002), sob a bandeira da equidade no cenário de revisão do papel do Estado– e das contrarreformas por ele implementadas nos anos de 1990 –, especialmente no que concerne ao seu padrão de intervenção social.

Stotz e Araujo (2004) destacam o papel de relevo do Banco Mundial nesse período. Segundo os autores, desde a década de 1990, o BM passou a recomendar as reformas dos sistemas de saúde sob a ótica da equidade, após reconhecer o agravamento da situação de pobreza em decorrência das políticas de ajuste estrutural impostas pelos países credores. Essas políticas de ajuste, no entanto, foram formuladas e executadas pela própria agência que, apesar de tratar com alarde o crescimento dos custos da atenção à saúde, jamais problematizou a contradição entre esse aumento e o financiamento da dívida externa e o endividamento público (Id Ibid.).

A primeira diretriz da PNPS/2006 aponta justamente a necessidade de reconhecimento da “**promoção da saúde [como] uma parte fundamental da busca da equidade**, da melhoria da qualidade de vida e de saúde” (BRASIL, 2006a, p.19). A equidade é um dos valores centrais da PNPS/2014, na qual é definida como **a nova base para “as práticas e as ações de promoção de saúde, na distribuição igualitária de oportunidades**, considerando as especificidades dos indivíduos e dos grupos.” (BRASIL, 2015, p.27).

Como indicam Stotz e Araujo (Ibid.), a equidade passa a definir as orientações da OMS no âmbito da PS ao longo das conferências internacionais que realizou sobre o tema. A partir de então, Vieira da Silva e Almeida Filho (2009) afirmam que o assunto se tornou consensual nas políticas de saúde, sendo atualmente impossível abordar a PS sem discutir equidade. O item “habilitar” da Carta de Ottawa, por exemplo, trata da íntima ligação entre esses dois conceitos.

A promoção da saúde se concentra em alcançar a equidade em saúde. A ação de promoção da saúde visa reduzir as diferenças no estado de saúde atual e garantir a igualdade de oportunidades e proporcionar os meios que permitam que todas as pessoas alcancem seu pleno potencial de saúde. Isso inclui uma base segura em um ambiente de apoio, acesso a informações, habilidades para a vida e oportunidades para fazer escolhas saudáveis. As pessoas não podem alcançar seu pleno potencial de saúde, a menos que sejam capazes de assumir o controle de tudo o que determinam seu estado de saúde. (OMS, 1996, p. 368 – grifos nossos, tradução livre).

Vale ressaltar que é John Rawls²³, um dos principais ideólogos do social-liberalismo, o responsável por desenvolver a ideia de **justiça como equidade**, dando especial ênfase à igualdade de oportunidades, entendida como o acesso a bens primários. Para ele, as desigualdades são difusas e constituem barreiras às possibilidades de vida dos seres humanos desde o início. São desigualdades que não se justificam através das noções de mérito ou valor, “a essas desigualdades, supostamente evitáveis na estrutura básica de qualquer sociedade, que os princípios da **justiça social** devem ser aplicados em primeiro lugar” (RAWLS, 1997, p. 8).

Diferente da PNPS/2006, que não trás uma definição clara de equidade, a PNPS/2014 adota a definição rawlsiana de “desigualdades evitáveis e injustas” – as **iniquidades** –, na perspectiva internacional dos DSS, como segue abaixo.

Determinantes Sociais da Saúde (DSS), equidade e respeito à diversidade: Significa identificar as diferenças nas condições e nas oportunidades de vida, buscando **alocar recursos e esforços para a redução das desigualdades injustas e evitáveis**, por meio do diálogo entre os saberes técnicos e populares. (BRASIL, 2015, p. 14 – grifos nossos).

Outro conceito eleito pela edição revisada que dará mais forma à acepção de equidade é o de **justiça social**, um dos valores centrais da PNPS/2014, definido enquanto a “**repartição equitativa dos bens sociais, respeitados os direitos humanos, de modo que as classes sociais mais desfavorecidas contem com oportunidades de desenvolvimento.**” (BRASIL, 2015, p.26).

Compete situar que, a partir do pensamento de Rawls e de seu sucessor Amartya Sen – este último irá focar em seu conceito de justiça o desenvolvimento de habilidades e capacidades –, abre-se um leque heterogêneo de construções conceituais acerca da equidade, concepção que, apesar de aparentemente progressista, configura um terreno ideopolítico escorregadio apontando para a secundarização e até mesmo abandono da igualdade, em detrimento da equidade em geral, associada à focalização e seletividade. Muitas vezes se sobrepondo à universalidade em vez de se constituir estratégia para efetivar a saúde como direito universal e integral.

Os postulados rawlsianos são utilizados, por exemplo, para justificar a focalização e redistribuição desigual das políticas e serviços sociais. Nessa direção, Senna (2002) defende

²³ John Rawls foi professor de filosofia política na Universidade de Harvard e é autor de “Uma Teoria da Justiça” (publicada em 1971), obra na qual desenvolve uma de suas concepções de maior destaque: “justiça como equidade”. Rawls (1997) afirma que “economistas de primeira linha” como Adam Smith discutiram a moral, mas não ao ponto de construir uma concepção moral sistêmica e viável que se opusesse ao utilitarismo. Desse modo, o objetivo de Rawls em “Uma Teoria da Justiça” foi de, segundo ele, generalizar e elevar a teoria tradicional do contrato social construída por Locke, Rousseau e Kant, buscando a partir dessa teoria, fornecer uma explicação sistemática alternativa da justiça.

que no debate contemporâneo, as desigualdades não apenas tornam inevitáveis, mas também desejáveis, pois **“resultados equitativos pressupõe redistribuições desiguais de recursos”**. Afinada ao discurso dos organismos internacionais, a autora defende que

A focalização assume o sentido de ação afirmativa ou discriminação positiva, como proposto por Rawls (1997), a partir da instauração de uma seletividade dos potenciais beneficiários da política, de forma a ampliar o acesso econômico, social e cultural dos segmentos sociais que realmente precisam. (SENNA, 2002, p. 206).

Diante desse terreno complexo, cabe elucidar que, como alertam Vieira da Silva e Almeida Filho (2009), apesar de tratados pela maioria dos autores como sinônimos, as acepções de igualdade e equidade, desigualdades e iniquidades são distintas, não apenas do ponto de vista terminológico e teórico-conceitual, mas no que se refere a seu conteúdo ideológico e político. Compete, portanto, abordar algumas dessas distinções, enfatizando as principais lacunas nas acepções predominantes, a partir do entendimento de que essas cumprem um papel ideológico na construção do consenso em torno do novo projeto burguês.

No âmbito da saúde, inclusive da PNPS, as definições de equidade e de iniquidade elaboradas por Whitehead são umas das mais utilizadas por teóricos desde os anos 1990. Para esta analista, **iniquidades são diferenças evitáveis e injustas**, acepção essa embasada na teoria de justiça de Rawls, como corroboram Vieira da Silva e Almeida Filho (Ibid.).

Ainda em sintonia com pensamento rawlsiano, Whitehead afirma que **a justiça está relacionada com a igualdade de oportunidades, de liberdade, bem como a distribuição igual dos principais DSS** (a autora propõe, inclusive, um modelo para os DSS, como apresentaremos a diante). Assim sendo, **equidade em saúde para Whitehead é sinônimo de “acesso igual para cuidado disponível para necessidades iguais”**, conceito que, para Vieira da Silva e Almeida Filho (2009, p.219), incorpora fórmulas de justiça abstrata.

Conforme estes autores, outra acepção de equidade adotado internacionalmente – utilizada pela *Society for Equity in Health* (ISEqH) – é o de **equidade como “ausência de diferenças sistemáticas potencialmente curáveis”**, conceito que não distinguiria, equidade de igualdade (Id Ibid., p.218).

Para Breilh, por sua vez, “a desigualdade corresponderia a evidências empiricamente observáveis. [...] O termo ‘iniquidade’ seria sinônimo de injustiça” (VIEIRA DA SILVA; ALMEIDA FILHO, Ibid., p. 219). Para estes analistas, “todos esses enfoques revelam importantes inconsistências terminológicas e conceituais”, pois o termo igualdade é que realmente se associa à justiça, e desigualdade à injustiça (Id Ibid.).

Contudo, para solucionar as lacunas conceituais apontadas em torno do que seriam políticas de saúde justas, os autores referidos (Id Ibid., p. 220) tomam por base o debate de Agnes Heller em “Para além da justiça” e também defendem um conceito de justiça que passa pela aceção de “necessidades essenciais” e não de “necessidades iguais”, seguindo a fórmula: **“para cada um aquilo que lhe é devido por ser um membro de um grupo ou categoria essencial”**, já que, em seu entendimento, é impossível que a rede pública de saúde atenda as diferentes necessidades de pobres e ricos ao mesmo tempo. Concluem que:

Desigualdades em saúde podem ser interpretadas como resultados de diferentes formas de tratamento a indivíduos que pertencem a categorias essenciais ou grupos sociais. Já equidade em saúde pode ser interpretada como o resultado de políticas que tratam indivíduos que não são iguais de forma diferente. Nesse sentido, “equidade” e “iniquidade” correspondem a conceitos relacionados com a prática da justiça [distributiva] e à intencionalidade das políticas sociais e dos sistemas sociais. (VIEIRA DA SILVA; ALMEIDA FILHO, 2009, p.221).

Essa definição não se afasta da ideia de justiça corretiva e distributiva como sinônimo de uma igualdade abstrata, colhida do pensamento de Rawls. O tratamento diferente para indivíduos de classes sociais diferentes, que é apresentado como a solução para as desigualdades “injustas e evitáveis” e garantia do acesso a serviços essenciais de saúde, serve para justificar e naturalizar a focalização das políticas nos mais pobres e a existência das desigualdades reais/“inevitáveis”.

Como se pode apreender, quando o assunto é equidade, os enfoques podem até ser distintos e expressar diferentes abordagens conceituais, contudo, seus teóricos abraçam o mesmo discurso social-liberal de liberdades e oportunidades “iguais” como caminho para satisfazer as necessidades básicas de grupos “vulneráveis”, tornando as aceções de igualdade e de desigualdade meros construtos sociais. A igualdade é reduzida à igualdade de oportunidades e de atribuição de direitos e deveres e as desigualdades sociais e econômicas são tidas como justas, se resultarem em “vantagens” para toda a sociedade, notadamente para os menos favorecidos (RAWLS, 1997).

As desigualdades são desse modo, apresentadas de forma abstrata, como mera expressão empírica das iniquidades sociais, como resultados de tratamentos diferenciados a pessoas de uma mesma classe social, conceito este não utilizado pelos pensadores que defendem a equidade por o considerarem ultrapassado por novas aceções como “posição no espaço social”, “categorias essenciais” ou “grupos sociais”, evidenciando o que poderíamos

chamar de **transclassismo**²⁴ **conceitual**, uma desqualificação da perspectiva de classe que obscurece o pensamento e as práticas das classes subalternas. Quando admitidas, as desigualdades são tidas como predominantemente simbólicas e muito complexas, o que exigiria a abordagem a partir de referenciais teóricos distintos para explicá-las. Assim, estaria também justificado o **pluralismo teórico** quando se trata de equidade.

A ideia de desigualdades inevitáveis, tanto no plano biológico quanto no social, é abraçada pela OMS desde a Conferência de Bogotá, em 1992, ao definir **iniquidades como “diferenças desnecessárias, evitáveis e injustas, que restringem as oportunidades para alcançar o direito ao bem-estar”** (WHO, 1992 *apud* STOTZ; ARAUJO, 2004, p. 11). Sobre essa definição imprecisa, estes autores levantam um questionamento fundamental:

Não seria, porém, a falta de rigor, ela mesma um método de natureza política? Definições mais precisas eventualmente poderiam entrar em contradição com as políticas econômicas que agravam situações de iniquidades decorrentes da forma como se desenvolveu o sistema capitalista em sua periferia. (STOTZ; ARAUJO, 2004, p. 11 – grifos originais).

A partir dos princípios rawlsianos, o *status quo* da burguesia se manteria mesmo se todas as injustiças sociais fossem eliminadas, assim difundem a imutabilidade das relações sociais capitalistas. As desigualdades econômicas e sociais entre burguesia e proletariado se tornam aceitáveis e são justificadas, pois a riqueza poderia ser distribuída de forma variada, desde que beneficie os menos favorecidos, o que significa aumentar sua “auto-estima” e não frustrar suas expectativas. Desse modo, mesmo que haja enormes disparidades econômicas entre as classes sociais, estas são justas se a classe menos favorecida estiver conformada aos incentivos oferecidos pela burguesia.

Nesse sentido, para Boschetti (2013), o princípio da equidade rawlsiano não passa de uma proposta de focalização dos bens e serviços básicos para os “desvalidos”. Esta autora afirma que Rawls é um liberal burguês que “não propõe a universalidade ou igualdade de condições e sim a resolução de conflitos sociais e superação das [...] inequidades, por meio da distribuição de bens sociais entre as pessoas” (Id *Ibid.*, 2013, p. 65).

²⁴ Como apresenta Simionatto (1997, [s./p.]), no sentido Gramsciano, iniciativas transclassistas “beneficiam a todos sem distinção.” Entretanto, do ponto de vista político, estratégias com esse recorte criam, ao mesmo tempo, “a subalternidade das demais camadas de classe, obstaculizando a possibilidade das mesmas elaborarem uma visão de mundo de corte anticapitalista e articular alianças e estratégias em defesa de seus interesses.” O transclassismo reforça, portanto, a hegemonia de um grupo social fundamental em detrimento dos grupos subordinados e gera concomitantemente uma “cultura de passividade e de conformismo, atingindo diretamente o cotidiano das classes subalternas, reforçando o corporativismo e as ações particularistas, em detrimento de projetos de natureza coletiva. Ocorre, dessa forma, uma desqualificação das práticas dessas classes, tanto do ponto de vista social e político quanto do econômico.” (SIMIONATTO, 1997 [s./p.]).

Diferente de Rawls (1997) que enfoca as **oportunidades** e os bens primários no conceito de justiça, Sen (2011) enfatiza as liberdades e as **capacidades** variadas dos indivíduos em converter bens primários naquilo que chama de “**viver bem.**”

A PNPS/2015 enfatiza, nessa linha, que é papel dos gestores “construir mecanismos de **identificação das potencialidades e das vulnerabilidades para subsidiar o fortalecimento da equidade**” (BRASIL, 2015, p.17). Nesse trilho, outros conceitos são reproduzidos na referida política de forma abstrata, como possíveis “potencialidades humanas” no fortalecimento da equidade:

I - a **solidariedade**, entendida como as razões que fazem sujeitos e coletivos nutrirem solicitude para com o próximo, nos momentos de divergências ou dificuldades, **construindo visão e metas comuns, apoiando a resolução das diferenças**, contribuindo para melhorar a vida das pessoas e para formar redes e parcerias; II - a **felicidade**, enquanto **autopercepção de satisfação**, construída nas relações entre sujeitos e coletivos, que contribui na **capacidade de decidir como aproveitar a vida e como se tornar ator partícipe na construção de projetos e intervenções comuns para superar dificuldades individuais e coletivas a partir do reconhecimento de potencialidades**; III – aética, a qual pressupõe condutas, ações e intervenções sustentadas pela valorização e defesa da vida, **sendo pautadas para obem comum, com dignidade e solidariedade**; IV - o **respeito às diversidades**, que reconhece, respeita e explicita as diferenças entre sujeitos e coletivos, abrangendo as diversidades étnicas, etárias, de capacidade, de gênero, de orientação sexual, entre territórios e regiões geográficas, dentre outras formas e tipos de diferenças que influenciam ou interferem nas condições e determinações da saúde. (BRASIL, 2015, p.26).

Esses conceitos evidenciam a individualização da Promoção da Saúde, de sua aproximação à auto-ajuda, através do preceito do desenvolvimento de capacidades, advindo da Terceira Via e promovido, tanto através do debate da equidade, quanto das discussões em torno da Educação em Saúde, como apresentamos à diante. Desse modo, como afirma Giddens (2007), os indivíduos “vulneráveis” não devem ser alvos passivos da justiça social, eles precisam demonstrar suas capacidades e potencialidades em troca.

Um conceito colocado pela OMS como essencial na busca da equidade e da Promoção da Saúde é o dos **Determinantes Sociais da Saúde (DSS)**²⁵ que aparece nos textos da PNPS, mas de forma mais nítida na edição revisada em 2014.

²⁵ Compete esclarecer que os DSS configuraram a proposta central da OMS para o enfrentamento as chamadas iniquidades em saúde apenas até o ano de 2004. Como esclarecem Antunes e Mathias (2016), nesse período, ascende outra proposta mais “realista”, a da Cobertura Universal de Saúde (CUS), promovida inicialmente pela Fundação Rockefeller e aprofundada a partir desse mesmo ano, quando dois de seus funcionários, Ariel Pablos-Méndez e Tim Evans, assumem cargos de destaque na OMS. “A trajetória de ambos diz muito sobre a tal porta giratória entre os interesses públicos e privados: Evans atualmente está no Banco Mundial e Pablos-Méndez na Usaid, principal agência bilateral dos EUA.” (ANTUNES; MATHIAS, 2016, [s./p.]). Desse modo, os DSS passam a ser mencionados como mero discurso ideológico de compromisso com o fim das iniquidades, porque o carro chefe das ações propostas internacionalmente passa a ser a CUS, como discutimos ao tratar das Cartas das

Como aludimos anteriormente a PNPS/2006 não enfatiza apenas a perspectiva internacional de DSS, pois inicialmente também aborda a PS como estratégia de produção da saúde, expressando a correlação de forças entre as distintas perspectivas em torno da PS no país. Posteriormente, a política assume como um de seus objetivos específicos a **prevenção de “fatores determinantes e/ou condicionantes de doenças e agravos à saúde”** (BRASIL, 2006a, p. 18). Objetivo este que foi excluído na revisão da referida política, possivelmente por tratar de modo indiferenciado a prevenção e a Promoção da Saúde.

Assim como no caso da equidade, o conceito de DSS, conforme é preconizado pelos organismos internacionais, não aparece claro na PNPS/2006, mas no objetivo geral dessa edição, a “redução das vulnerabilidades” e os “determinantes da saúde” aparecem intimamente concatenados:

Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais. (BRASIL, 2006a, p. 17).

Já na PNPS/2014 esse objetivo geral é refeito para dar ênfase à equidade e aos DSS, em maior sintonia com a NPS e seu discurso ideológico social-liberal.

Promover a **equidade** e a melhoria das condições e dos modos de viver, **ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva e reduzindo vulnerabilidades e riscos** à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais. (BRASIL, 2015, p.11 – grifos nossos).

Como revelam os trechos, é através da adoção do discurso da equidade e dos DSS que a PNPS passa a dar centralidade também aos conceitos de “vulnerabilidade” e “riscos”, acepções que, numa perspectiva crítica, se definem “pela inserção social e econômica das pessoas que fazem parte da história de pauperização dos trabalhadores rurais e urbanos.”(STOTZ; ARAUJO, 2004, p. 10).Entretanto essas acepções são adotadas oficialmente com um invólucro progressista, apesar de se configurarem fontes de discriminação e estigma das pessoas mais pobres entre os pobres, aquelas denominadas de “marginalizadas”, “excluídas” e transformadas em alvo de programas de controle sanitário (Id Ibid.).

Conferências Internacionais de PS. Como revela o pesquisador Marcos Cueto (2016 *apud* ANTUNES; MATHIAS, 2016), a proposta da CUS se transforma em prioridade no ano de 2012, quando a crise mundial atinge fortemente as receitas da OMS, de modo que a agência passa a depender majoritariamente de financiamento advindo de fundações privadas, desse modo, a CUS passa a configurar uma nova hegemonia, em detrimento dos DSS.

Os documentos e textos produzidos pela OMS afirmam que a agência adota os DSS como abordagem holística e proposta central para o enfrentamento às inequidades em saúde nos países periféricos, através das estratégias de PS. Em meio à crise econômica de 2008, Michel Marmot, presidente da Comissão sobre os DSS da OMS, lança o Relatório da agência sobre o tema, apresentando como objetivo principal modificar ou prevenir as condições sociais que produzem a doença. Entretanto, no cenário da crise, “ninguém tinha a clareza de onde sairia o dinheiro para fazer essa mudança em direção aos determinantes.” (ANTUNES; MATHIAS, 2016, [s./p.]

A OMS (2008 *apud* TAMBELLINI; SCHÜTZ, 2009, p. 374-375) define os DSS como “as circunstâncias em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, bem como os sistemas de saúde estabelecidos para combater as doenças”, tais circunstâncias “estão configuradas por um conjunto mais amplo de forças: econômicas, sociais, normativas e políticas”, assim, as condições de vida são determinadas pelo “lugar que cada um ocupa na hierarquia social.”

Contudo, apesar de também aparentar um discurso homogêneo e necessariamente progressista, a nomenclatura “Determinantes Sociais da Saúde (DSS)” não é sinônima de determinação/produção social da saúde. Apesar de serem utilizadas em produções científicas e em documentos oficiais de forma indiferenciada (ALMEIDA FILHO, 2009), elas portam diferentes perspectivas teórico-metodológicas e interesses ideopolíticos.

Embasado nas teses do MRSB, o CEBES (2009) destaca que o discurso dos organismos multilaterais em torno dos DSS, apesar de associar à saúde não só aos fatores biológicos, mas também a questões ambientais, sociais e econômicas, não alude à organização societária que determina os níveis de saúde das populações, nem é fundamentado em uma teoria da sociedade de caráter crítico ou que o explique. O escopo desse debate, pautado e delimitado pelo poder de influência da OMS (NOGUEIRA, 2009), proporciona uma perspectiva de análise que conduzirá pelos caminhos construídos dentro dos limites estabelecidos pelo poder hegemônico nas sociedades ocidentais desenvolvidas (TAMBELLINI; SCHÜTZ, 2009).

Já a produção social da saúde ou determinação social da saúde, discutida pelo MRSB desde a década de 1970 (Id Ibid.) não nega a existência dos determinantes, mas os localiza enquanto atributos de uma determinação mais ampla (NOGUEIRA, 2009): “como as necessidades e práticas de saúde são socialmente criadas e reforçadas pelo capitalismo avançado.” (CEBES, Ibid., p. 3). Nessa perspectiva, a questão se expressará em termos de “processo de determinação”, caminhará pela senda da emergência de uma Saúde Coletiva

considerada a refundação da Saúde Pública latino-americana, cuja construção é, em muitos sentidos, considerada como elemento político, técnico e científico de projetos políticos democráticos e contra hegemônicos na região. (NOGUEIRA, *Ibid.*).

Conforme demarcam estes autores, o primeiro registro do conceito de determinação da saúde em um documento oficial aparece no Relatório Lalonde. O referido Relatório contribuiu com o debate dos determinantes e ampliou a discussão da qualidade do entorno das pessoas e de sua qualidade de vida, entretanto, não se aprofundou na questão da determinação social da saúde (TAMBELLINI; SCHÜTZ, 2009).

Após o Relatório Lalonde, mais especificamente a partir do final da década de 1970, período no qual os debates traçados pela OMS passam a incluir a “questão social” como elemento central, a NPS e os DSS passam a redefinir os sistemas de saúde. Configura marcos nesse processo, a Conferência de Alma-Ata, em 1978, a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1986, e a criação da Comissão sobre Determinantes Sociais em Saúde (*Commission on Social Determinants of Health – CSDH*), março de 2005, que publica seu Relatório no ano de 2008(*Id Ibid.*).

O Relatório sobre os DSS da OMS mostra os avanços mundiais que determinam a saúde e os problemas que ocasionam as doenças sem, contudo, discutir a essência das razões que as criam (GARRAFA; CORDÓN, 2009). Para Tambellini e Schütz, (*Ibid.*), ainda que esse Relatório sobre os DSS reflita diferentes escolas filosóficas que discutem e desenvolvem conceitos chave e diferentes posições teóricas e políticas, o resultado obscurece a riqueza de contribuições por trazer variáveis que não seguem a natureza dos objetos em discussão – abrindo precedentes para a naturalização do modelo –, e fragmenta os conteúdos e teorias escolhidas de forma particular, dificultando uma visão integral do modelo.

Para Nogueira (2009, p. 398) o referido Relatório “faz *tabula rasa* do fato de que a saúde pública é um campo de políticas que deve ter em conta a contribuição não só da epidemiologia e das ciências médicas”, mas também das ciências sociais. Segundo este autor, o documento não define claramente os DSS, pois determinante social é tratado como sinônimo de causa ou causalidade social. E ao serem convertidos em fatores, os determinantes perdem sua dimensão de processos sócio-históricos, expressão de formas específicas de relações entre as pessoas e destas com a natureza, processo que facilita sua simplificação ao serem entendidos e expressos como fatores de risco, escolhas inadequadas de estilos de vida, etc (OLIVA *et. al.*, 2008 *apud* NOGUEIRA, 2009).

Ainda segundo Nogueira (2009), o Relatório sobre DSS elaborado pela OMS possui um marco teórico positivista, tendendo para o determinismo social, pois atribui ao social na

saúde apenas o efeito de fatores causais, conforme modelo das ciências naturais e da epidemiologia tradicional. O principal destaque do Relatório é seu clamor ético e político para uma luta contra as iniquidades e não contra as desigualdades sociais como um todo. Contudo, o analista citado salienta a inépcia de tal clamor, pois mobilizações políticas no campo da saúde jamais ocorreram desarticuladas de outros movimentos que buscassem um conjunto maior de direitos sociais e políticos negados historicamente, como prova o MRSB, as mobilizações sociais da saúde devem transcender o próprio setor.

Nas últimas décadas, além do Relatório sobre os DSS da OMS, vários estudos têm sido realizados em torno dos DSS, contudo, conforme Garrafa e Cordón (2009, p.389), a maioria dessas produções “têm se pautado em construções abstrato-teórico-abstratas, sem se vincular organicamente a uma práxis transformadora a partir de problemas políticos concretos” presentes em formações econômico-sociais determinadas. Neste sentido, para estes autores (Ibid., p. 390), a maior parte dos intelectuais que se debruçam sobre o tema dos DSS utiliza referencial teórico que “proporciona análises mecanicistas inarticuladas com o fazer orgânico das classes dominadas.”

Nogueira (2009) considera que o enfoque da OMS está embasado em generalizações e conceitos abstratos de saúde, pobreza e riqueza que naturalizam a realidade e desconsidera elementos estruturantes das condições de vida, abordagem que poderia ser superada a partir de uma “verdadeira teoria social da saúde” (p.402). Em suma, para este analista,

O conceito estreito de determinantes sociais opera num nível da empiria, que exclui qualquer possibilidade de compreensão da saúde como fenômeno social e humano. Isto acontece na medida em que se mantém alheio a qualquer teoria da sociedade (crítica ou meramente explicativa). [Essa concepção] caminha inevitavelmente para o determinismo social, o que não surpreende já que a saúde e a sociedade estão sendo entendidas de forma positivista, excluindo a história e a práxis humana. (NOGUEIRA, 2009, p.403).

Nesse contexto, compete situar que o Brasil criou sua Comissão Nacional sobre DSS (CNDSS)²⁶, em março de 2006 – mesmo mês e ano de aprovação da PNPS, razão pela qual supomos que o conceito seja mais bem aludido na edição revisada – a qual elaborou um Relatório próprio sobre os DSS no país intitulado “as causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil”, divulgado no ano de 2008 (CNDSS, 2008).

²⁶ São esses os nome dos integrantes da CNDSS: Adib Jatene; Aloísio Teixeira; Cesar Victora; Dalmo Dallari; Elza Berquó; Eduardo Eugênio Gouvêa Vieira; Jaguar; Jairnilson Paim; Lucélia Santos; Moacyr Scliar; Paulo Buss; Roberto Smeraldi; Rubem César Fernandes; Sandra de Sá; Sônia Fleury; Zilda Arns.

A referida Comissão foi criada pelo Decreto Presidencial de 13 de março de 2006, com um mandato de dois anos, sendo a primeira Comissão Nacional instituída após a formação da Comissão da OMS, com o claro objetivo de difundir o debate internacional acerca dos DSS e do combate às iniquidades por meio da PS no panorama brasileiro. Foram eleitos três objetivos pela CNDSS para o Relatório:

Traçar um panorama geral da situação de saúde do país, com ênfase em dados, informações e conhecimentos sobre as iniquidades em saúde geradas pelos determinantes sociais; propor políticas, programas e intervenções relacionadas aos determinantes sociais a partir da avaliação das políticas e intervenções atualmente em curso e das experiências registradas na literatura nacional e internacional; descrever as atividades desenvolvidas pela Comissão para cumprir com seus objetivos. (CNDSS, 2008, p. 13).

Os compromissos assumidos pela CNDSS – equidade, evidências e ação – compõe a base para a consecução desses três objetivos que se voltam prioritariamente “para a problemática das iniquidades em saúde nas áreas urbanas” (Id Ibid, p. 13).

Através do compromisso com a equidade, por exemplo, os membros da Comissão optam pelo modelo teórico-conceitual de Whitehead (Figura 1) para a análise das iniquidades em saúde no Brasil e, na mesma direção da OMS, elegem como embasamento para o estudo os conceitos elaborados por Rawls e Amartya Sen acerca da “importância de eliminar as privações de liberdade que limitam as escolhas e as oportunidades das pessoas para exercer sua condição de cidadão” (CNDSS, 2008, p.18).

Figura 1: Modelo de Determinantes Sociais da Saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991).



Fonte: CNDSS (2008).

Os indivíduos com suas características individuais – idade, sexo e fatores genéticos – se situam no centro do modelo de Whitehead. Logo em seguida, aparecem o comportamento e os estilos de vida – influenciados por características individuais e pelos DSS. A camada seguinte reforça a importância das redes sociais e comunitárias e de apoio, em suma, reafirma a centralidade de instrumentos de coesão social na situação de saúde das pessoas e grupos.

No próximo nível estão localizadas as condições de vida e de trabalho que não evidenciam mais do que o “ciclo vicioso da pobreza e da doença”, repaginado e adotado pelo BM, OPAS e OMS (COSTA FILHO, 2008): “as pessoas em desvantagem social apresentam diferenciais de exposição e de vulnerabilidade aos riscos à saúde.” (CNDSS, 2008, p. 20).

Note-se ainda a camada externa do modelo onde se situam os chamados “macrodeterminantes”, as condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais que constituiriam a causa primeira dos DSS. Destarte, como afirma Almeida Filho (2009), no que se refere às teorias sociais dos DSS, persistem lacunas, omissões e desinteresses no discurso dominante, notadamente acerca das fontes dessas desigualdades.

Assim como no Relatório da OMS, o foco do documento construído pela CNDSS está em fatores genéricos que suscitam “diferenciais de vulnerabilidades”, nas consequências das inequidades e em remédios culpabilizantes como a educação para que os sujeitos possam diminuir sua própria vulnerabilidade em fina sintonia com os preceitos da Terceira Via.

Com base nesses princípios, a Comissão analisou 86 Programas e/ou Políticas, executadas por 16 órgãos federais, voltados para populações de maior “vulnerabilidade social” no triênio 2004-2006. O tema de maior destaque é a “Proteção Social para Grupos Vulneráveis”, que representa 24,4% das ações analisadas e mais de 85% dos recursos gastos com as mesmas no país, notadamente com programas de transferência de renda.

Essas ações focalizadas de fato atendem demandas do trabalho, porém, ao mesmo tempo, iniciativas desse tipo, possuem um cunho redistributivista, compensatório e de seleção da pobreza através da ênfase nos grupos “vulneráveis”(SILVA 2012), ou seja, nas “vítimas” das iniquidades, contribuindo para a naturalização das desigualdades sociais e da questão social. Conforme discute esta autora, a centralidade dos programas de Assistência Social para os grupos mais “vulneráveis” contribui para o atual modelo de desenvolvimento econômico e condiz com a focalização e seletividade que equaliza a pobreza entre os próprios trabalhadores, desviando o foco da exorbitante centralização da riqueza produzida.

Nessa direção, no texto da PNPS **a equidade aparece ainda como sinônimo de “inclusão social, que pressupõe ações que garantam o acesso aos benefícios da vida em**

sociedade para todas as pessoas, de forma equânime e participativa, visando à redução das iniquidades” (BRASIL, 2015, p.26).

Ainda aparece ligada às estratégias de **redução da pobreza e de garantia de direitos humanos essenciais**, como a alimentação:

Promover ações relativas à alimentação saudável visando à promoção da saúde e à segurança alimentar e nutricional, contribuindo com as ações e metas de redução da pobreza, a inclusão social e o cumprimento do direito humano à alimentação adequada.[...] b) mobilização de instituições públicas, privadas e de setores da sociedade civil organizada visando ratificar a implementação de ações de **combate à fome e de aumento do acesso ao alimento saudável pelas comunidades e pelos grupos populacionais mais pobres.** (BRASIL, 2006a,p.29 – 30 – grifos nossos).

Destarte, como discutem Stotz e Araújo (2004, p.10), no contexto do debate da equidade, há “a idealização de uma política de crescimento voltada para os pobres [que] requer ajustes macroeconômicos que prejudicam principalmente os pobres”, à qual se alia uma política de saúde com investimentos públicos nos serviços básicos para as classes menos favorecidas, relegando ao mercado os serviços hospitalares e de alto custo.

Nesse trilha, outro conceito fundamental presente na PNPS e defendido com um invólucro progressista é o de participação social que, segundo a CNDSS (2008),embasa o combate às iniquidades em saúde. Cabe, contudo, indagar quais os sentidos a participação social assume no texto da referida política. É o que discutimos no item subsequente.

5.3 PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Os textos da PNPS apresentam a **Participação Social como um dos princípios e condicionantes na construção da PS**. Como afirmam os trechos a seguir, a Promoção seria um novo paradigma de fomento à gestão compartilhada e ao exercício da cidadania, através do trabalho em rede com a sociedade civil organizada.

O trabalho em rede, com a sociedade civil organizada, [...] garante a sustentabilidade dos processos de intervenção nos determinantes e condicionantes de saúde. A saúde, como produção social de determinação múltipla e complexa, exige a participação ativa de todos os sujeitos envolvidos em sua produção [...]. O paradigma promocional vem colocar a necessidade [...] da construção e da gestão compartilhadas. (BRASIL, 2006a, p. 11-12).

Produção de saúde e cuidado: Representa incorporar o tema na lógica de redes que favoreçam práticas de cuidado humanizadas, pautadas nas necessidades locais, de modo que **reforcem a ação comunitária, a participação e o controle social, e que promovam o reconhecimento e o diálogo entre as diversas formas do saber**

(popular, tradicional e científico), [...] Significa, também, vincular o tema a uma concepção de saúde ampliada, considerando o papel e a organização dos diferentes setores e atores que, de forma integrada e articulada, por meio de objetivos comuns, atuem na promoção da saúde. (BRASIL, 2015, p.14 - grifos nossos).

Portanto, a princípio, **a Participação Social é associada à concepção ampliada de saúde e à sua produção social**, sendo definida como o elemento central que irá demandar o envolvimento de todos os sujeitos que integram o processo de produção da saúde. Ambas as edições também associam a Participação Social **à construção e à gestão compartilhadas de conhecimentos e das práticas, seja no campo da saúde ou de qualquer outra política pública**. Contudo, apenas a edição revisada enfatiza a perspectiva do **controle social exercido pela população sobre as ações governamentais**, em conformidade com o arcabouço legal do SUS:

[Diretriz] O incentivo à gestão democrática, participativa e transparente para fortalecer a participação, o controle social e as corresponsabilidades de sujeitos, coletividades, instituições e de esferas governamentais e da sociedade civil. (BRASIL, 2015, p.13).

[Eixos operacionais] Participação e controle social: Ampliação da representação e da inclusão de sujeitos na elaboração de políticas públicas e nas decisões relevantes que afetam a vida dos indivíduos, da comunidade e dos seus contextos. (BRASIL, 2015, p.15).

O **“planejamento participativo envolvendo todos os setores do governo municipal e representantes da sociedade civil”** é uma forma de controle social mencionado na edição de 2006 da PNPS, mas como competência apenas dos gestores municipais. Essa mesma atribuição aparece no texto de 2014 com ênfase no controle social e na ação comunitária: **“promover a participação e o controle social e reforçar as ações comunitárias de promoção da saúde nos territórios”** (BRASIL, 2015, p. 35).

Diferente do texto de 2006, na edição revisada aparece como atribuição comum a todas as esferas da gestão: **“fortalecer a participação e o controle social e as instâncias de gestão democrática e participativa, enquanto mecanismos de implementação da PNPS”** (BRASIL, 2015, p.17), todavia, apesar dessa menção, as responsabilidades dos gestores em relação ao controle social não são definidas de forma clara.

A edição revisada também indica a **“priorização de processos democráticos e participativos de regulação e controle, de planejamento, de monitoramento, de avaliação, de financiamento e de comunicação”** (BRASIL, 2015, p. 15), evidenciando, ainda que superficialmente, alguns mecanismos para a efetivação da Participação Social conforme preconizado legalmente no SUS.

Cabe lembrar que no capítulo da CF/1988 que trata da Seguridade Social – composta pelo tripé saúde, assistência e previdência – a Participação Social é colocada como parte do objetivo de descentralizar e democratizar a administração. Na seção específica que trata da saúde, esse conceito é mencionado como uma das três diretrizes do SUS, ao lado da descentralização e da integralidade.

Cabe lembrar que essa inscrição na CF/1988, reafirmando a centralidade da Participação Social através do controle da sociedade sobre as políticas sociais, também se deve às lutas do MRSB que, juntamente com outros setores e movimentos sociais, peijou pela construção de um sistema de atenção à saúde que superasse o autoritarismo e a centralização das decisões, característicos do modelo biomédico (SOARES, 2011).

O Relatório da 8ª CNS defende não apenas que a saúde é um conceito que “define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento”, mas que deve “ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas” (BRASIL, Id, p. 4). Afirma que cabe ao Estado assegurar o direito à saúde de modo integrado às demais políticas econômicas e sociais, dentre os meios que permitem efetivar isso o Relatório ressalta o papel do “controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas pela população.” (Id, Ibid., p.4).

Desse modo, na 8ª CNS a participação da sociedade organizada é colocada como um elemento imprescindível para assegurar o direito à saúde, sendo necessária sua implantação “nos núcleos decisórios, nos vários níveis, assegurando o controle social sobre as ações do Estado.” (BRASIL, 1986, p. 8). Entre as recomendações para a reformulação do sistema de saúde está a renovação do Conselho Nacional de Saúde, de modo que não só representantes dos diferentes ministérios do governo se fizessem presentes, mas também de partidos políticos, centrais sindicais e movimentos populares. Outra recomendação, posteriormente instituída pela Lei Orgânica da Saúde, se refere à formação de Conselhos de Saúde em nível local, municipal, regional e estadual, compostos por representantes eleitos pela comunidade (usuários e prestadores de serviços), de modo a permitir a plena participação da sociedade no planejamento, execução e fiscalização das ações de saúde.

Destarte, a partir do Relatório final da 8ª CNS e da Lei Orgânica da Saúde fica reconhecido o vínculo entre saúde, os modos de organização da sociedade e as condições de vida da população, indicando o enfrentamento das desigualdades sociais (PAIM, 2009), como também a relevância da Participação Social para a reafirmação do direito à saúde.

A Lei 8.080/90 regula as ações e serviços de saúde em todo o território nacional. Em seu art. 2º é reafirmado que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o

Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício (BRASIL, 1990a). Nesse mesmo artigo, em seu § 1º, é destacado que o dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1990a).

A Lei 8.142, por sua vez, dispõe especificamente sobre a Participação Social na gestão do SUS evidenciando sua importância para o controle das transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Ela institui a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde determinando a periodicidade das reuniões e as diretrizes para a atuação e funcionamento desses órgãos (BRASIL, 1990b, [s./p.]).

Na direção das Leis 8.080/90 e 8.142/90, o Conselho Nacional de Saúde aprova a resolução nº 333 de 4 de novembro de 2003, que define as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde, reafirmando a legislação vigente no que se refere a composição paritária nesses órgãos colegiados entre: entidades de usuários (50% das vagas); entidades de trabalhadores de saúde (25%); de representação de governo, de prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos (25%). Essa representação de órgãos ou entidades²⁷ deve ter como critérios a representatividade, a abrangência e a complementaridade do conjunto de forças sociais, no âmbito de atuação do Conselho de Saúde (CNS, 2003).

A partir dessas definições, a PNPS menciona que **o exercício da cidadania “vai além dos modos institucionalizados de controle social”** (BRASIL, 2006a, p.11). Carvalho (1998 [s./p.]) reafirma que a participação social não ocorre hoje unicamente em espaços institucionais de relação com o Estado²⁸, “embora esta relação esteja necessariamente mais

²⁷ Conforme a resolução nº 333/2003, poderão ser contempladas, dentre outras, as seguintes representações: a) de associações de portadores de patologias; b) de associações de portadores de deficiências; c) de entidades indígenas; d) de movimentos sociais e populares organizados; e) movimentos organizados de mulheres, em saúde; f) de entidades de aposentados e pensionistas; g) de entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais; h) de entidades de defesa do consumidor; i) de organizações de moradores; j) de entidades ambientalistas; k) de organizações religiosas; l) de trabalhadores da área de saúde: associações, sindicatos, federações, confederações e conselhos de classe; m) da comunidade científica; n) de entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento; o) entidades patronais; p) de entidades dos prestadores de serviço de saúde; q) de Governo. (CNS, 2003).

²⁸ Carvalho (Ibid.) cita como exemplos de formas de participação não institucionalizadas no caso brasileiro: o “Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST)” visto, segundo ela, como o único movimento social que mantém a mesma força social, capacidade de mobilização e de organização da década de 1980; a “Pastoral da Criança e Ação da Cidadania”, ação coordenada principalmente pela Igreja Católica e que tem se destacado pelo grande impacto na redução da mortalidade infantil no Brasil; e os “Fóruns”, instâncias da sociedade civil integradas por uma multiplicidade de sujeitos e que não possuem interlocução instituída com o Estado.

presente, uma vez obtida uma maior permeabilidade deste aos valores e práticas democráticas de diálogo e negociação com os diversos atores sociais.”

Contudo, a conceituação de Participação Social afinada ao arcabouço do SUS não é a única que emerge no texto da PNPS. Mais à frente, a Participação é também definida como um **movimento integrador na construção de consensos e sinergias e na execução das agendas governamentais que conta com o protagonismo dos cidadãos**, como se pode ler no fragmento seguinte:

Nesta direção, a promoção da saúde [...] **reforça a exigência de um movimento integrador na construção de consensos e sinergias, e na execução das agendas governamentais** a fim de que as políticas públicas sejam cada vez mais favoráveis à saúde e à vida, e **estimulem e fortaleçam o protagonismo dos cidadãos em sua elaboração e implementação, ratificando os preceitos constitucionais de participação social**. (BRASIL, 2006a, p.11).

Nesse trilha, um dos objetivos específicos colocados pela PNPS/2006 afirma que a PS busca “ampliar os processos de **integração** baseados na **cooperação, solidariedade e gestão democrática**.” (BRASIL, 2006a, p. 18).Essa perspectiva de Participação baseada na “**corresponsabilidade**” e no “**envolvimento ativo**” também é enfatizada pela PNPS/2014, como corroboram os fragmentos a seguir:

[Princípios] a participação social, quando as intervenções consideram a visão de diferentes atores, grupos e coletivos na **identificação de problemas e solução de necessidades, atuando como corresponsáveis no processo de planejamento, de execução e de avaliação das ações**. (BRASIL, 2015, p.27).

Todas as aspirações estampadas na PNPS realizar-se-ão em sua plenitude à medida que gestores, trabalhadores e usuários do setor Saúde e dos demais setores aceitem o convite de **envolvimento ativo na construção coletiva do bem comum para a redução das iniquidades e para a promoção dos direitos humanos fundamentais**. (BRASIL, 2015, p.9).

Portanto, nessas acepções disseminam a Participação Social como artifício à construção da hegemonia, porém não de acordo com os interesses e lutas populares, conforme foi concebido pelas forças progressistas nos anos de 1980, mas sim na assimilação consensual e reforço ao modelo de políticas sociais implementadas pelos governos a partir da reforma do aparelho do Estado (NEVES, 2005). Essa acepção de Participação Social condiz com o chamado “envolvimento ativo”, em consonância com os pressupostos da Terceira Via e da NPS, conceito este que se faz presente de forma mais clara na PNPS/2014.

A Participação Social considerada como uma estratégia de integração e de consensos tem como pressuposto a concepção liberal de que a sociedade civil é uma instância que articula “instituições indiferenciadas, expressão de interesses universais, não contraditórios, sem caráter classista. Tem-se, assim, uma concepção homogeneizadora, subalternizante” (DIAS, 1997, p.67).

Como apresenta este autor, o poder e a política são sempre espaços de luta e de contestação. Cidadania e democracia não são conceitos vazios para as classes subalternas, contudo, não significam para elas o mesmo que para governantes e donos dos meios de produção – estratégias de consertação social. Segundo o referido analista, o conceito mais ambíguo nesse cenário é realmente o de sociedade civil, o qual nasce como estratégia de regulação das contradições políticas entre capital e trabalho geradas na esfera da produção.

Nesse sentido, a sociedade civil não é uma instância necessariamente progressista, pois se apresenta plena de contradições e também não pode ser considerada frágil, desarticulada, pois “débeis e fragmentários são os instrumentos de intervenção classista das classes subalternas na nossa sociedade.” (Id Ibid., p. 68).

Segundo Neves (2005), a visão dicotômica que coloca, de um lado o Estado como espaço exclusivamente burguês, e de outro, a sociedade civil como espaço de redenção das classes produtoras diretas, impede a percepção de sociedade civil como *locus* importante de consolidação da nova pedagogia da hegemonia, aceitando-a acriticamente.

Liguori e Voza (2017, p. 732) também retomam o significado de sociedade civil em Gramsci e afirmam que para o filósofo italiano, essa instância é sinônima de “hegemonia política e cultural de um grupo social sobre toda a sociedade, como conteúdo ético de estado”, assim como define Hegel. Acepção esta bem diferente daquela soerguida pelos intelectuais da Terceira Via, os quais definem a sociedade civil como uma estrutura de conciliação entre a estrutura econômica e o Estado, desconsiderando propositalmente que a sociedade civil, “no sentido gramsciano, é a esfera da atividade política por excelência”, lugar próprio das organizações privadas que promovem tanto a ideologia quanto intervenções coercitivas da lei e do direito (Id, Ibid., p. 733).

Desse modo, é preciso ter clareza de qual concepção de sociedade civil se está tratando. Análises críticas partirão da indissociabilidade entre vida econômica e as estruturas da coerção jurídica do Estado, da necessária consideração das relações de forças entre grupos sociais determinados que atravessam a sociedade civil.

A presença na PNPS/2006 da concepção de Participação Social como instrumento de construção de consensos sociais condiz com a própria reconfiguração do conceito de sociedade civil no Brasil.

Nos anos 1980 as forças progressistas se agregaram em torno das ideias, ideais e práticas do proletariado, constituindo-se em sujeitos políticos coletivos que passaram a disputar a hegemonia política e cultural, intelectual e moral da sociedade brasileira tanto no aparelho estatal quando na sociedade civil (NEVES, 2005). Contudo, como discute a autora, (Ibid., p. 91), nos anos 1990 assiste-se no país dois processos coetâneos: a despolitização da política – “no sentido da inviabilização de projetos de sociedade contestadores das relações capitalistas de produção da existência, limitando as possibilidades de mudança aos marcos de um reformismo político” – e a repolitização da sociedade civil – “no sentido do fortalecimento de práticas que induzam à conciliação de classes.”

Esta analista destaca ainda o esforço dos intelectuais orgânicos de sociabilidade neoliberal da Terceira Via em situar a sociedade civil como uma esfera autônoma do mercado e do Estado, uma esfera pública homogênea que deve ser democratizada para atender os interesses comuns. Tal acepção vem se materializando, segundo a autora, ao longo do desenvolvimento do neoliberalismo brasileiro, na medida em que o Estado, enquanto educador, redefine suas práticas de obtenção do consentimento ativo e/ou passivo do conjunto da população.

Nessa direção, como discute Giddens (2007, p. 26) dentro da perspectiva inaugurada pela Terceira Via, os governos devem contribuir diretamente para a modernização da sociedade civil através da admissão de novas formas de comunicação e mobilização para que essa produza “estratégias criativas e energéticas para ajudar a lidar com problemas sociais”. Desse modo, ao mesmo tempo em que o governo pode oferecer apoio financeiro e outros recursos, irá lucrar com projetos colaborativos dos grupos da sociedade civil, processo que exigirá “que tais grupos sejam engajados, determinados e competentes” (Id Ibid., p.26).

Tendo essa perspectiva como horizonte, as reformas promovidas pelo governo FHC iniciam, no segundo mandato, a disseminação da chamada cidadania “ativa e responsável”, conciliando o ajuste econômico e a privatização como principal política estatal, à reestruturação do Estado e criação de novas formas de articulação entre aparelhagem estatal e sociedade civil. O discurso de “fortalecimento da sociedade civil” através do incentivo à participação de segmentos sociais diversos estimulou um “associativismo prestador de serviços sociais de ‘interesse público’, em oposição ao associativismo majoritariamente reivindicativo dos anos 1980” (NEVES, 2005, p. 95).

O governo Lula da Silva, por sua vez, deu continuidade à perspectiva do governo anterior, tanto no que diz respeito às reformas estruturais, quanto no que se refere à radicalização democrática iniciada por FHC, como descreve a referida autora (Ibid., p. 95), o governo Lula se propôs a realizar um pacto nacional, materializado na “submissão consentida do conjunto da sociedade às ideais, ideais e práticas da classe que detém a hegemonia política e cultural do Brasil de hoje, por intermédio de sua reeducação técnico-ético-política.”

Programas como o Fome Zero buscaram produzir coesão social em torno de uma agenda nacional de acordos e diálogo que propiciassem a inclusão mínima das massas “excluídas” e, por fim, o pretense desenvolvimento do país. (Id, Ibid.).Essas ações visam a formação de um novo homem coletivo na sociedade brasileira contemporânea:

O primeiro grupo de ações dirige-se à formação de valores para a nova sociabilidade e ao incentivo a uma participação voltada para a mobilização política pautada em soluções individuais; o segundo dirige-se à repolitização dos aparelhos privados de hegemonia da classe trabalhadora, rebaixando o nível de consciência política atingido nos anos 1980, do nível ético-político para o econômico-corporativo; o terceiro refere-se ao estímulo à criação de novos sujeitos políticos coletivos, dedicados à defesa de interesses extra-econômicos e à execução das políticas sociais governamentais. (NEVES, 2005, p. 99).

Portanto, a perspectiva do protagonismo cidadão visando o cumprimento da agenda governamental, como está posto na PNPS, condiz com o debate fomentado por esses governos em sintonia com as novas exigências do neoliberalismo mundial através de seu novo projeto, o social-liberalismo, ao mesmo tempo em que se distancia da concepção de Participação Social inscrita na Legislação do SUS que a define na perspectiva do controle social e enquanto mecanismo de luta do trabalho por direitos sociais.

Esse distanciamento se mostra latente nas diretrizes dos textos da PNPS no momento em que é afirmada a necessidade de “fortalecer a **participação social como fundamental na consecução de resultados de promoção da saúde, em especial a equidade e o empoderamento individual e comunitário**” (BRASIL, 2006a, p.19) e o imperativo de estímulo a pesquisas e conhecimentos “**que apoiem a tomada de decisão, a autonomia, o empoderamento coletivo e a construção compartilhada de ações de promoção da saúde**” (BRASIL, 2015, p.13), em íntima sintonia com os preceitos da NPS, conforme exposto na discussão dos documentos internacionais sobre a temática.

As análises de Sícole e Nascimento (2003, p.113) corroboram que nas discussões da NPS o “conceito-chave” é a participação ativa da população, tendo como pressuposto a estratégia de “**empoderamento**”, assumido como “processo de capacitação para o controle social” e admitido por muitos atores como o mais essencial princípio da NPS,

Inclusive chegando a não explicitar sua fundamental articulação com a participação social e a reduzir a concepção de promoção a ele. Embora hoje o empoderamento compreenda uma perspectiva distinta da conscientização, havendo uma tentativa de incorporar os preceitos da educação popular e reconhecer o outro como ator, assumir esse princípio como a parte mais essencial à promoção é preocupante, pois pode incorrer nos riscos de focar simplesmente a dimensão singular ou particular da mudança, sem atrelá-la ao processo estrutural maior e de fomentar a responsabilização individual, desresponsabilizando o Estado, não articulando a capacitação com a participação ativa e cidadã que de fato permite impulsionar mudanças nos determinantes sócio-econômicos e ambientais da saúde (SÍCOLE; NASCIMENTO, 2003, p. 113).

O “*empowerment*” é um conceito defendido pela Carta de Ottawa como **o centro das ações comunitárias em busca da PS**, sendo definido pela OMS no referido documento como a propriedade e o controle das pessoas e da comunidade sobre seus próprios empreendimentos e destinos. Essa definição, contudo, não é a única apresentada pela agência que também alude ao empoderamento como sinônimo de “uma mobilização de indivíduos e grupos e a tomada de consciência do que está em jogo para alcançar seus objetivos.” (WHO, 1998 *apud* STOTZ; ARAUJO, 2004, p. 13).

Para o Banco Mundial, por sua vez, “*empowerment* é a expansão de vantagens e capacidades (ou habilidades) de pessoas pobres para participar, negociar com, influenciar, controlar e sustentar incontáveis instituições que afetam suas vidas.” (WORLD BANK, 2004, *apud* STOTZ; ARAUJO, 2004, p. 13).

Contudo, segundo estes autores, a definição mais esclarecedora é a de Helena Restrepo, consultora em PS da Colômbia, ao elucidar que os pobres são o alvo do “empoderamento” e que este conceito é operacionalizado pelos trabalhadores da saúde, líderes políticos, religiosos e comunitários no desempenho de um papel de melhoramento das condições de vida da população “marginalizada”.

Desse modo, para Stotz e Araujo (*Ibid.*), o empoderamento configura uma nova forma de tutela sobre a população, uma prática que não confronta instituições e estruturas sociais. Segundo os autores, se o conceito fosse sinônimo de democratização do poder, como alguns teóricos “mais à esquerda” defendem, seria mais adequado usar o termo participação, pois nessa perspectiva os “promotores de saúde” (especialistas, técnicos, profissionais e lideranças) seriam aliados dos movimentos populares no cenário de conflitos sociais e não mediadores do diálogo das pessoas “excluídas do poder” com os interesses dominantes.

Ainda conforme estes analistas, após o advento da NPS no Brasil houve progressiva sofisticação das estratégias de culpabilização dos indivíduos pelos problemas sanitários e a

“creditação oficial de teorias do condicionamento comportamental (behaviorismo), absolutamente avessas a qualquer pedagogia da problematização” (Id Ibid., p. 13).

Vasconcelos e Schmaller (2014a) reafirmam, com base nos pressupostos do MRSB, que a participação social é um elemento essencial à construção de um sistema usuário-centrado e que supere as práticas autoritárias historicamente presentes na atenção à saúde. Contudo, como apontam estas autoras,

A NPS corre também o risco de reeditar antigos e conhecidos nossos como o discurso desenvolvimentista de “comunidade” ou “participação” ao enfatizar a resolução dos “problemas” de cada “comunidade”, como se pudessem ser isolados, desconectados da formação sócio-histórica que os geram. Neste sentido, Campos (2005) identifica na PS uma fervorosa empolgação com a crença no poderio de ações comunitárias, locais e intersetoriais, como se pudessem solucionar as desigualdades sociais. (VASCONCELOS; SCHMALLER, 2014a, p.80).

Portanto, apesar dos avanços nas concepções em torno da PS, a NPS reforça, em suas proposituras, o desenvolvimento de habilidades individuais em detrimento de perspectivas mais abrangentes da participação popular na perspectiva do controle das políticas públicas e da intervenção no Estado no âmbito destas (Id Ibid.).

Assim como as acepções predominantes de equidade da PNPS foram buscadas no pensamento social-liberal, as conceituações hegemônicas de Participação Social também, notadamente no pensamento de Amartya Sen.

Para Sen (2011, [s.p.]) a democracia não se efetiva apenas através das instituições formais, como afirmara Rawls, mas também a partir das “diferentes vozes, de diversas partes da população, na medida em que de fato possam ser ouvidas”, destacando a promoção das probabilidades de inspirar ações práticas na direção do que denomina de “democracia global” e “justiça global”. As capacidades da comunidade associam-se diretamente ao empoderamento, mais um conceito seniano que se torna central nos debates contemporâneos difundidos pelos organismos internacionais. Segundo este ideólogo, o empoderamento é fundamentalmente no processo desenvolvimento, pois se trata de um poder que deve ser usado, por exemplo, para a preservação e enriquecimento do meio ambiente.

O conceito de empoderamento se torna central para Sen (2000) ao desenvolver essa nova concepção de desenvolvimento econômico e social que tem como princípio aliar o crescimento econômico com o combate à pobreza, o desenvolvimento humano e a sustentabilidade, como destaca Maranhão (2012, p. 94-95):

É no foco das capacidades humanas que Sen (2000) irá propor um modelo de desenvolvimento necessariamente centrado nas escolhas dos agentes individuais e na capacidade das pessoas desenvolverem suas habilidades para se inserir no

mercado. Nessa nova concepção de desenvolvimento, o objetivo das políticas sociais não é mais redistribuir a renda de um país ou região, retirando de quem tem muito e dando a quem tem pouco, mas sim criar um ambiente que ofereça as oportunidades sociais adequadas para que os agentes individuais saiam de sua condição de pobreza e exclusão. (MARANHÃO, 2012, p. 94-95).

Para outros autores da Terceira Via como Mark Latham (2007), a Participação Social assumiria um papel modernizador, notadamente no que diz respeito à possibilidade de coexistência entre a competição econômica e a “cooperação social”, entre as liberdades de mercados liberalizados e os “valores”. O principal destes seria a responsabilidade das pessoas por suas ações e esforços, como parte dos direitos e benefícios da cidadania (Id Ibid.).

Destarte, o novo modelo de Estado proposto pela Terceira Via tem uma relação de confiança e de respeito mútuos com a sociedade civil, buscando compartilhar com ela interesses e valores coletivos na busca por conduzir as pessoas “ao trabalho ou a novas habilidades” (Id Ibid., p. 53). Nesse sentido, o referido ideário tem objetivos claros ao procurar fortalecer a sociedade civil e a **participação comunitária ativa** por meio de suas políticas de delegação:

O governo precisa subsidiar a cidadania ativa e não adular os inativos. A menos que os receptores de benefícios sociais estejam dispostos a assumir a responsabilidade de aprimorar a si mesmos e à sociedade em que vivem, eles não têm o direito de viver permanentemente à custa da sociedade. Os dias do benefício social irrestrito precisam ter fim. O governo antigo se baseava no bem-estar social passivo – pagamentos de transferência, serviços burocratizados e planejamento social. O novo governo precisa gerar bem-estar ativo – empregos comunitários, aprendizado vitalício e delegação social [...] Uma sociedade forte só pode nascer do fortalecimento dos elos de confiança e mutualidade entre todos os seus cidadãos. Numa sociedade sólida, com densas redes de respeito e cooperação, as pessoas tendem a valorizar tanto o altruísmo como o interesse próprio. (LATHAM, 2007, p. 54).

Essa concepção de Estado alia-se, portanto, à nova concepção de PS emoldurada pela NPS na qual “o desenvolvimento comunitário é a espinha dorsal da promoção da saúde comunitária” (LABONTE, 1996, p. 160 - tradução livre), partindo do pressuposto de que “são as comunidades as que definem seus problemas e preocupações” a partir do empoderamento, do poder de fazer escolhas (Id Ibid., p. 155).

Segundo este autor, os níveis de saúde individuais são eleitos como a principal ênfase dos programas de PS de base comunitária, cujo desenvolvimento exige, principalmente amplo acesso à informação e educação para que os sujeitos sejam mais propositivos. A defesa do acesso à informação e à educação como meio para a participação ativa também é um ponto comum entre teóricos da NPS e do social-liberalismo, que conjuntamente disseminam a ideia

de que o desenvolvimento comunitário levará ao desenvolvimento econômico (LABONTE, 1996; GIDDENS, 2007).

Desse modo, também os princípios de “participação” e de “sociedade civil” que, no pensamento crítico adquirem inteligibilidade através da luta de classes, passam a ser vulgarizados amplamente utilizados pelos defensores do capital (PAULA, 2016), em sua crítica ao subdesenvolvimento. Como discute Carvalho (1998, [s./p.]), os governos neoliberais usam esses discursos no intento de transferir responsabilidades para a sociedade e desobrigarem-se de encargos sociais, como uma estratégia para fortalecer políticas compensatórias e não políticas universais, “verdadeiras ‘cestas básicas’ de saúde, educação, previdência, etc., para os mais pobres, privatizando tudo o mais.”

Nessa direção, como afirmam Sícole e Nascimento (2003), a NPS assume a tarefa de investir na construção de espaços democráticos e na formação de cidadãos especialmente no nível local. Para essa missão, a disseminação da informação e da educação se torna a base para a tomada de decisões e empoderamento. Cabe, portanto também é preciso elucidar a/s perspectiva/s de Educação em Saúde difundida/s pelos textos da PNPS, é o que pretendemos discutir no próximo item.

5.4 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

No que se refere à Educação em Saúde (ES), uma das diretrizes da PNPS/2006 é “divulgar e informar das iniciativas voltadas para a promoção da saúde para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando **metodologias participativas e o saber popular e tradicional**” (BRASIL, 2006a, p. 19). Esse tipo de metodologia indicada associa, desse modo, a PS com processos de aprendizagem que exigem a participação e o saber popular e tradicional e se localiza no abrangente campo da ES, especificamente condiz com a acepção de **Educação Popular em Saúde (EPS)**.

Também identificamos trechos que se aproximam dessa vertente da ES na PNPS/2014, conforme transcrito abaixo.

[objetivo específico] **Valorizar os saberes populares e tradicionais e as práticas integrativas e complementares.** (BRASIL, 2015, p.11).

[Eixos operacionais] Educação e formação: Incentivo à **atitude permanente de aprendizagem sustentada em processos pedagógicos problematizadores, dialógicos, libertadores, emancipatórios e críticos.** (BRASIL, 2015, p.15).

Cabe ressaltar que as estratégias de Educação Popular apresentam-se como contrárias ao saber hegemônico imposto pelo modelo biomédico na área da saúde e afirmam valorizar o conhecimento que a população possui, buscando torná-la agente do processo de construção de saberes e de práticas relacionadas ao processo saúde-doença (VASCONCELOS, 2001).

Segundo Labonte (1996), a vertente popular da educação surgiu ainda nos anos de 1950, no Brasil, a partir das teorias de Paulo Freire e colaboradores que buscaram alfabetizar populações rurais do país no espaço onde essas se encontravam. Ao longo dos anos de 1960 e de 1970 o método de Freire foi incorporado a movimentos de massa que lutaram por mudanças sociais e políticas na América Latina (Id Ibid.).

As análises de Carvalho (2008) acerca dos processos educativos em saúde mobilizados no campo da PS permitem a compreensão do modo como o MRSB enxergava essas ações:

Os processos educativos, que se desenvolvem em torno da problemática de saúde, habitualmente baseiam-se na participação de parcelas da população em atividades de promoção da saúde. Supondo-se que essa participação se dê em vários níveis (identificação de problemas, tomada de decisões, formulação e execução de ações, avaliação, etc.) pretende-se que as pessoas envolvidas possam adquirir elementos que permitam, por um lado compreensão mais crítica da realidade e, por outro, fortalecimento da confiança na sua possibilidade de transformá-la. (CARVALHO, 2008, p. 137).

No entanto, como alertava Carvalho (2008) ainda na década de 1970, esses processos educativos no âmbito da PS, por uma série de razões, podem adquirir significados que lhes retiram as possibilidades na direção de uma consciência sanitária.

Conforme Vasconcelos (2001), grande defensor da EPS, até a década de 1970, ou seja, antes do ideário da Saúde Coletiva no Brasil, as práticas de Educação Popular incorporadas pela Medicina Comunitária (MC) estavam subordinadas aos interesses das elites políticas e econômicas do país, nessa perspectiva, havia o repasse para a população de modelos de comportamentos desejados por meio da coerção, das ameaças. Assim, a EPS era sinônima de normatização dos hábitos dos indivíduos.

Para Labonte (1996), as ações de cunho educativo e popular de PS estão embasadas na “participação ativa” que romperia com a polaridade professor – aluno, evitando a manipulação, e destaca a natureza coletiva da aprendizagem, sobretudo com foco na busca pela saúde básica. Nessa perspectiva hegemonicamente disseminada pelo discurso da NPS, além de um enfoque da ES, a EPS está ligada ao empoderamento das comunidades, à criação de ambientes (no sentido do entorno) mais saudáveis e, configura “um instrumento de grande

utilidade nos programas de promoção da saúde direcionados a potencializar as comunidades” (Id Ibid., p. 159 - tradução livre).

Entretanto, apesar de aparentar um enfoque necessariamente inovador, na maioria das ações de PS praticadas por profissionais de saúde junto às comunidades a partir da metodologia da EPS, a saúde se torna o instrumento e não a finalidade do processo educativo e a vida concreta das pessoas nas comunidades é muitas vezes ignorada, conduzindo por caminhos de manutenção social e não de mudança (CARVALHO, 2008). Destarte, essas práticas podem ser altamente autoritárias reproduzindo uma cultura normativa e preconceitos contra as classes “subalternas” e seu saber comum, não especializado:

Para a maioria da população – que vive apenas de seu trabalho numa vida em que o presente está mais marcado pelo passado do que pelo futuro – os problemas de saúde relacionam-se a impasses de vida, a situações de opressão e da injustiça. A humildade e a timidez dessas pessoas costuma ser interpretada como expressão do “conformismo” gerado pela pobreza. (STOTZ; ARAUJO, 2004, p. 16).

Assim sendo, não é por levar a designação “popular” que essa vertente da ES necessariamente contribui para processos de questionamentos e construções coletivas que ultrapassem o ambiente restrito da comunidade para pensar a sociedade em que essa se insere. Como afirma Carvalho (2008, p. 136), a participação e a educação comunitárias em ações de saúde podem assumir padrões diversos, tanto na forma como no conteúdo, apresentando, desse modo, “significados distintos quanto à natureza do processo educativo.”

Nesse quadro, apesar de associar a ES às práticas educativas em torno da PS, o discurso predominante na PNPS **atribui à EPS a restrita finalidade de favorecer escolhas conscientes e saudáveis e o empoderamento dos sujeitos**, como sugere o seguinte trecho:

[princípios] a **autonomia**, que se refere à **identificação de potencialidades e ao desenvolvimento de capacidades, possibilitando escolhas conscientes de sujeitos e comunidades sobre suas ações e trajetórias**; o **empoderamento**, que se refere ao processo de intervenção que **estimula os sujeitos e coletivos a adquirirem o controle das decisões e das escolhas de modos de vida adequado às suas condições sócio-econômico-culturais**. (BRASIL, 2015, p.27 – grifos nossos).

Nesse sentido, o “estímulo à inserção de ações de promoção da saúde em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica, voltadas às ações de **cuidado com o corpo e a saúde; alimentação saudável e prevenção, e controle ao tabagismo**” (BRASIL, 2006a, p. 20) é reforçado como estratégia de implementação da PNPS.

Essa ênfase nos hábitos dos sujeitos mantém relação com o conceito de **capacitação individual e comunitária** desenvolvida pela Terceira Via, notadamente por

Amartya Sen (2011) e a centralidade que confere aos **determinantes comportamentais individuais e sociais** e às **escolhas apropriadas** na busca da justiça. Esses conceitos assumem uma função política e ideológica ao respaldar a responsabilização das pessoas sobre sua própria condição de saúde, como é apregoado pelos organismos internacionais.

As análises desse autor em torno do que chama de “**viver bem**” – conceito para o qual as **liberdades e capacidades individuais** são centrais–, embasam as concepções internacionais em torno dos “**estilos de vida saudáveis**” e do “**bem-estar**”. Conforme Sen (Ibid.) vale atentar à **liberdade que as pessoas têm de escolher entre diferentes estilos e modos de vida**. Segundo este ideólogo, a liberdade significa ser livre para “determinar o que queremos, o que valorizamos e, em última instância, o que escolher” (SEN, 2011, [s./p.]).

A partir dessa reviravolta que provoca na análise econômica, Sen lança as bases para ressaltar a importância da **felicidade** (a qual, segundo ele, tem sido negligenciada pela economia política) na **qualidade de vida e bem-estar**. Mesmo criticando a perspectiva utilitarista de felicidade – a qual coloca na felicidade o objetivo último –, Sen afirma haver evidências empíricas de que, mesmo quando as pessoas se tornam mais ricas, não se sentem particularmente mais felizes.

Diante do exposto, se pode apreender que a concepção de “**bem-estar**” seniano também vem sendo difundida circunscrita a aspectos subjetivos e às escolhas individuais que recaem na culpabilização dos indivíduos, como corrobora Vasconcelos (2013).

Desse modo, a ênfase da PNPS no cuidado com o corpo, no bem-estar, na felicidade, etc., também advém do social-liberalismo e ratifica a hegemonia desse ideário nos textos da referida política. O campo da saúde passa a ser permeado por um duplo processo: a prescrição de cuidados medicalizados direcionados às camadas mais empobrecidas e o culto ao corpo apto para viver intensamente sua beleza, sexualidade, força e longevidade tendo como alvo as camadas médias urbanas (SILVA; GADEA, 2009).

No contexto desse deslocamento da centralidade da medicalização para a esfera do consumo, concatenando saúde e mercado,

Não se trata mais de aceitar os efeitos do tempo sobre o corpo, mas de manter sua eterna juventude e a capacidade de executar uma diversidade e de ações de conservação e proteção que o valorizam como um bem de capital, incitando um processo de ‘gestão’ prudente do corpo, oportunizadas pelo uso de tecnologias, tratamentos holísticos, exercícios, contato com a natureza, alimentação saudável (SILVA; GADEA, 2009, p. 238)

Como mencionamos anteriormente, a valorização do discurso da NPS pela esfera do mercado revela a crescente privatização da Promoção da Saúde (KICKBUSCH; PAYNE,

2003). Segundo estas autoras, enquanto os teóricos que discutem a PS ainda lutam para superar sua não centralidade no âmbito da saúde, o setor privado embarcou no que Paul Zane Pilzer chamou, em 2002, de “revolução do bem-estar.”

Pilzer é um renomado economista e multimilionário que iniciou o “movimento” pelo bem-estar nos EUA, o qual vem se alastrando pelo globo. O economista e autor de três *best-sellers*, explica que a “**indústria do bem-estar**”, como denomina, relaciona-se diretamente à tecnologia e ao *marketing* e ainda:

Eu defino bem-estar em termos do dinheiro gasto para nos sentirmos mais saudáveis. Para nos fazer sentir mais fortes; para nos fazer ouvir melhor. Enfim, para combater aquilo que poderíamos chamar de sintomas do envelhecimento.(FOOG, 2012, [s./p.]).

Pilzer considera a “indústria do bem-estar” o “próximo” trilhão, ou seja, a próxima oportunidade de fazer fortuna, pois segundo ele, somente no ano 2000 quando esse novo segmento ainda ascendia nos EUA, já movimentava 200 bilhões de dólares, afirma (FOOG, 2012 [s./p.]). Segundo Pilzer, os principais consumidores de produtos e serviços que prometem juventude representam apenas 28% da população, mas que detém 70% da riqueza.

No capitalismo contemporâneo a “indústria do bem-estar” fomenta um processo que envolve a educação do corpo, os cuidados com o mesmo e a exacerbada preocupação com a estética e a beleza. Esses elementos se entrelaçam com discursos de PS e se materializam no consumo, cada vez maior, de espaços e intervenções tecnológicas “destinados à prática de atividades corporais vinculadas a certo culto do corpo, como as academias de ginástica e musculação, as clínicas para tratamento estético e consultórios médicos de cirurgia plástica” (TORRI *et. al.*, 2007, p. 262).

Nesse quadro, somente no Brasil, o setor de saúde, beleza e bem-estar cresceu 17% no primeiro trimestre de 2017, em relação ao ano de 2016, segundo dados da Associação Brasileira de Franchising (ABF).Essa ascensão se deu principalmente devido à alta procura por produtos e serviços ligados ao setor e ao crescimento de franquias de clínicas populares do ramo. Inspiradas no modelo americano, as academias que associam emagrecimento e estética a custos acessíveis são uma forte tendência, conforme a ABF²⁹.

A “cultura do corpo” torna-se dominante entre os jovens de classe média das grandes cidades e se associa à indústria de vestuário, cosméticos, alimentos e medicamentos voltados à conservação da juventude que configura o mercado *fitness* (LUZ, 2000). Segundo dados do

²⁹ Disponível em: <https://www.portaldofranchising.com.br/noticias/setor-de-saude-beleza-e-bem-estar/>. Acesso em: 19. Set. 2018.

Relatório Global da *International Health Racquet & Sportclub Association* (IHRSA)³⁰ – a associação internacional do mundo *fitness* –, inscritos na revista da Associação Brasileira de Academias (ACAD, 2017), o Brasil já é o segundo maior mercado de academias em número de estabelecimentos do mundo, com 34.509 unidades, atrás apenas dos Estados Unidos. Contudo o desafio destacado para a **indústria fitness** no Brasil é o aumento dos lucros, pois segundo o Relatório da IHRSA, o país ocupa o último lugar no ranking dos dez maiores em faturamento anual, o equivalente a 2,1 bilhões de dólares.

Conforme a IHRSA, a principal tendência para esse mercado na América Latina – do qual o Brasil participa com mais da metade dos lucros totais – é, por um lado, o crescimento de academias de baixo custo e, por outro, das academias *boutique*, corroborado as afirmações de Silva e Gadea (2009) quanto à disparidade no consumo de espaços e de produtos *fitness* por parte dos jovens de classes mais empobrecidas daqueles usufruídos pelos jovens ricos.

Nesse quadro, como alerta Luz (2000), os resultados esperados pelos praticantes de exercícios físicos são geralmente estéticos e não necessariamente vitais. Na busca pela beleza e juventude, muitas vezes há excesso de exercícios que acabam definhando a saúde ao invés de ampliá-la, sendo cada vez mais comum o uso de esteroides anabolizantes e substâncias químicas por parte dos praticantes, “sobretudo os do sexo masculino, como o objetivo de fazer crescer os músculos, torná-los mais visíveis e evitar o cansaço para poder praticar mais exercícios” (Id Ibid., p. 33 - tradução livre).

Destarte, ao disseminar o discurso da busca pela “qualidade de vida” e “bem-estar”, a NPS acaba reforçando essa corrida desenfreada por um corpo “sequinho”, definido e másculo, robustecendo não só uma concepção arbitrária de ES, mas o próprio mercado *fitness* e a “indústria do bem-estar” como um todo. O CEBES alerta contra o caráter altamente intervencionista da proposta da NPS:

Em todo o mundo, a iatrogenia acompanha o crescente consumo de medicamentos, exames laboratoriais, exercícios físicos abusivos, tratamentos de beleza determinados, etc.[...] Se a ideologia dominante quer fazer acreditar que tudo deve ser feito para obter saúde, é preciso chamar atenção para o preço que é pago pela

³⁰ Segundo o site da Associação, a IHRSA é uma associação comercial sem fins lucrativos com sede nos EUA cuja missão é “crescer, proteger e promover a indústria de saúde e *fitness*, e fornecer aos seus membros os benefícios que os ajudarão a ter mais sucesso. A IHRSA e seus membros (academias de ginástica e academias, academias, spas, clubes esportivos e fornecedores da indústria) dedicam-se a tornar o mundo mais saudável por meio de exercícios regulares.” Com o crescimento da indústria *fitness* nos países emergentes, a IHRSA se estabelece na América Latina tendo como principais parceiros a Fitness Brasil, a Associação Brasileira de Academias (ACAD) e o mercado *fitness* (<http://hub.ihrsa.org/ihrsa-brasil>). O Relatório da IHRSA (ACAD, 2017, [s./p.]), revela que os 18 mercados analisados da região latino-americana “geraram US\$ 6 bilhões em receita, em mais de 65,8 mil academias. Cerca de 20 milhões de latino-americanos são usuários de academias e o Brasil responde por mais da metade das academias da região.”

mania de saúde que acomete as sociedades capitalistas avançadas. (CEBES, 2009, p. 3).

A “indústria do bem estar” em seu segmento *fitness* e a busca da saúde como derivada da beleza, da juventude e da força – a chamada estetização da saúde – caracteriza um novo paradigma (LUZ, 2000) que assume centralidade numa conjuntura de alastramento do capital da produção industrial para espaços de serviços efêmeros no que se refere ao consumo (MASCARENHAS, *et. al.*, 2007). Tal paradigma ganha força num cenário no qual “o capital volta seus investimentos para setores de maior liquidez, sempre em busca de maiores taxas de lucro”, sendo caracterizado pela abertura de novos mercados em regiões até então pouco exploradas, abertura esta induzida pela adaptação periférica dos hábitos e estilos de vida divulgados a partir dos centros mais dinâmicos do mercado mundial (Id *Ibid.*, p.238).

Trata-se do quadro retratado por Harvey (2017): a condição pós-moderna, marcada pela passagem da produção fordista para a produção *just-in-time*; do Estado caracterizado pela regulamentação e rigidez para o Estado desregulamentado e flexível; da ênfase no disciplinamento do trabalhador para sua **corresponsabilidade**; do trabalho inseguro para o trabalho inseguro, temporário e em péssimas condições; da ética para a **estética como sistema de valores dominantes** e; no nível da ideologia, do consumo de massa de bens duráveis (a sociedade do consumo) para o **consumo individualizado** (cultura “*yuppie*”- representada pelos jovens de classe média que consomem a última tendência da moda).

Na PNPS/2006, as ações propostas para a Atenção Básica (AB) no que se refere à **prática corporal e à atividade física** incluem, dentre outras,

a) pactuar com os gestores do SUS e outros setores nos três níveis de gestão a importância de desenvolver **ações voltadas para estilos de vida saudáveis, mobilizando recursos existentes**; b) estimular a formação de redes horizontais de troca de experiências entre municípios; c) **estimular a inserção e o fortalecimento de ações já existentes no campo das práticas corporais em saúde na comunidade**; d) **resgatar as práticas corporais/atividades físicas de forma regular nas escolas, universidades e demais espaços públicos**; e e) **articular parcerias estimulando práticas corporais/atividade física no ambiente de trabalho**.(BRASIL, 2006a, p. 34).

A principal proposta para o cumprimento dessas metas no que se refere à ampliação dos estilos de vida saudáveis entre os usuários da AB é o Programa Academias de Saúde (PAS). O referido Programa foi instituído pela Portaria nº. 719, de 7 de abril de 2011, revogada no ano de 2013, através da publicação da Portaria nº 2.681/2013. Conforme esta última, o objetivo geral do PAS é “contribuir para a promoção da saúde e

produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população a partir da implantação de polos com infraestrutura e profissionais qualificados” (BRASIL, 2013, [s./p.]).

Como esclarecem Malta e Silva Júnior (2013), o PAS emerge como parte de um projeto mais geral que inclui as metas globais da OMS para a prevenção e controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no globo e as metas do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil de 2011 a 2022. Nessa perspectiva, de modo geral, as diretrizes do PAS enfocam as DCNT, os fatores de risco e os “estilos de vida saudáveis”, em sintonia com o discurso do “bem-estar”.

Na Portaria nº 2.681/2013, há uma indefinição quanto à fonte exata de recursos para construção e manutenção das academias de saúde, como revela seu artigo 15, esse financiamento poderia ser proveniente “de recursos próprios da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme pactuação” (BRASIL, 2013, [s./p.]). Diante dessa imprecisão, o MS lança a Portaria nº 1.707 de 23 de setembro de 2016, que unifica o repasse do incentivo financeiro de custeio por meio do Piso da Atenção Básica (PAB Variável) e institui transferência fundo a fundo, no valor de R\$ 3.000,00 (três mil reais) mensais por polo (BRASIL, 2016b).

O repasse para a construção dos polos também são retirados do Piso da Atenção Básica e varia de acordo com a modalidade habilitada³¹. A aprovação destes projetos prioriza as áreas mais pobres do país (IDISA, 2011).

Em uma entrevista o médico Gilson Carvalho, um dos idealizadores do SUS que faleceu no ano de 2014, afirmou que esse financiamento do PAS é indevido, pois em nome da PS, se retira do Piso Nacional de Saúde recursos que deveriam advir de outros ministérios.

Sou definitivamente a favor das ações de promoção da saúde que trabalham com os condicionantes e determinantes da saúde para diminuir o risco de doenças e agravos à saúde. As atividades relacionadas ao exercício físico são essenciais tanto na prevenção como no tratamento de várias doenças. Entretanto, na minha opinião, a saúde (esferas federal, estadual e municipal) não deve e nem pode financiar, com seus recursos específicos de ações e serviços de saúde (CF e lei 8080) a implantação e funcionamento das academias de saúde. Minha defesa de sempre, em todas as

³¹A Portaria 1.707/2016 prevê em seu artigo 7º as seguintes modalidades de polo: Modalidade Básica (250 m²) - R\$ 80.000,00 (oitenta mil reais); Modalidade Intermediária (263,2 m²) - R\$ 100.000,00 (cem mil reais); e Modalidade Ampliada (451,2 m²) - R\$ 180.000,00 (cento e oitenta mil reais).³¹. Segundo dados da SAGE (BRASIL, 2016a), até 2016 o MS aprovou: 737 propostas de construção de polos da Modalidade Básica, nelas investindo o montante de R\$ 58.960.000,00 (cinquenta e oito milhões e novecentos e sessenta reais); 1.332 propostas de polos da Modalidade Intermediária totalizando R\$ 133.200.000,00 (cento e trinta e três milhões e duzentos mil reais) em repasses financeiros; e 1.466 propostas de polo da Modalidade Ampliada que receberam ao todo o valor de R\$ 263.880.000,00 (duzentos e sessenta e três milhões, oitocentos e oitenta mil reais). Do total das propostas aprovadas, 2.351 obras constam como concluídas, 814 em execução e 179 sem execução (BRASIL, 2016a).

demais áreas de condicionantes de determinantes é de que a saúde estimule e cobre que outras áreas façam seu papel e as suas atividades típicas. (IDISA, 2011, [s./p.]).

Na opinião de Gilson Carvalho, o PAS deve entrar no grupo das ações do campo dos DSS e não como uma ação específica da saúde. Desse modo, “o papel da saúde seria cobrar das outras áreas que investissem em academias, esportes, lazer para diminuir o risco de doenças e outros agravos” (IDISA, Ibid.). O referido analista alerta que em nome da PS e do entendimento de que “alimento é saúde” também já surgiram propostas para colocar despesas com o Programa Bolsa Família no Piso da Saúde e foi necessária mobilização para barrá-las. O defensor público federal André Ordacgy corrobora que gastos com ações não específicas de saúde não podem ser “empurrados” para o MS. Segundo ele,

Esse tipo de espaço público, academias públicas deve ser gerado pelo Ministério do Esporte, pelo Ministério da Cultura, enfim, outros ministérios que tenham essa destinação específica. E não tirar dinheiro do Ministério da Saúde, como se estivesse sobrando [...]. No nosso entendimento, isso implica, inclusive, burla ao percentual mínimo que o governo tem que aplicar na área. (IDISA, 2011, [s./p.]).

Como resposta a essas críticas, o titular da Secretaria Nacional de Atenção à Saúde, Helvecio Magalhães, reafirmou a aposta no PAS como estratégia de prevenção das DCNT, como problemas cardiovasculares, hipertensão e diabetes (IDISA, 2011). O secretário afirmou ainda que o funcionamento de cada academia, depois de concluída, custa R\$ 3 mil por mês ao MS, “valor equivalente ao preço de um leito de UTI”, segundo ele (Id Ibid.). Desse modo, o PAS vem se materializando a partir de interesses com a diminuição dos investimentos na Atenção Básica e dos recursos com a média e a alta complexidade no âmbito do SUS fazendo da PS e da ES estratégias para “gastar” menos com a saúde.

Além da educação para o cuidado com o corpo através da prática de atividades físicas, materializada para os usuários da Atenção Básica através do PAS, outra ênfase presente na PNPS para a Educação em Saúde é a disseminação da denominada “**cultura da alimentação saudável**” por meio de material educativo e de campanhas midiáticas.

O público alvo dos programas de transferência de renda é enfatizado pela proposta das ações específicas no que se refere à alimentação saudável na PNPS:

[Temas prioritários] Alimentação adequada e saudável: **Promover ações relativas à alimentação adequada e saudável, visando à promoção da saúde e à segurança alimentar e nutricional, contribuindo com as ações e com as metas de redução da pobreza, com a inclusão social** e com a garantia do direito humano à alimentação adequada e saudável. (BRASIL, 2015, p.22 – grifos nossos).

O principal material educativo para a materialização da diretriz da alimentação saudável da PNPS é o Guia Alimentar Para a População Brasileira, construído no âmbito das diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) – aprovada no ano de 1999 e atualizada pela Portaria nº 2.715, de 17 de novembro de 2011, a qual

Tem como propósito a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição. (BRASIL, 2012b, p. 21).

A primeira edição do Guia Alimentar, lançada no ano de 2006, intitulada “Promovendo a Alimentação Saudável”, contém as primeiras diretrizes alimentares oficiais para a população e, segundo o Ministério da Saúde, “o referido guia se constituiu em um marco de referência para indivíduos e famílias, governos e profissionais de saúde sobre a promoção da alimentação adequada e saudável.” (BRASIL, 2014, p. 7).

Segundo o MS, diante das transformações sociais na sociedade brasileira, “que impactaram sobre suas condições de saúde e nutrição, fez-se necessária a apresentação de novas recomendações” sobre o assunto, desse modo, uma nova edição do Guia foi lançada em 2014, após consulta pública. Porém, as recomendações para a atualização periódica das orientações sobre a “alimentação adequada e a saudável” vieram da OMS, através do documento “Estratégia Global para a Promoção da Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde”, no qual “a OMS propõe que os governos forneçam informações à população para facilitar a adoção de escolhas alimentares mais saudáveis.” (BRASIL, 2014, p. 7).

A edição mais recente do Guia Alimentar reforça a centralidade da diretriz de “promoção da alimentação adequada e saudável” da PNAN, compartilhada pela PNPS e também direcionada, sobretudo aos grupos “vulneráveis”, e centrada no combate às DCNT, ao sobrepeso e à obesidade:

As principais doenças que atualmente acometem os brasileiros deixaram de ser agudas e passaram a ser crônicas. Apesar da intensa redução da desnutrição em crianças, as deficiências de micronutrientes e a desnutrição crônica ainda são prevalentes em grupos vulneráveis da população, como em indígenas, quilombolas e crianças e mulheres que vivem em áreas vulneráveis. Simultaneamente, o Brasil vem enfrentando aumento expressivo do sobrepeso e da obesidade em todas as faixas etárias, e as doenças crônicas são a principal causa de morte entre adultos. (BRASIL, 2014, p. 5).

A título de síntese de suas informações, a nova edição do Guia trás os “Dez passos para uma alimentação adequada e saudável”³². Essas “ordenanças de saúde”, expostas no documento, disseminam o discurso da “alimentação saudável”, o qual conforma um ideário que apresenta como principal estratégia o “cuidado de si” e a domesticação dos indivíduos no sentido do controle de seus impulsos, ideologia que também surge no interior do capitalismo neoliberal e de seus preceitos em relação à liberdade de escolha, ao direito de decidir no que se refere ao consumo (CASTIEL, *et. al.*, 2014).

Nessa direção, a PNPS assume como um de seus objetivos específicos o fomento a “discussões sobre os modos de consumo e de produção que estejam em conflito de interesses com os princípios e com os valores da promoção da saúde e que aumentem vulnerabilidades e riscos à saúde.” (BRASIL, 2015, p.12).

Conforme Luz (2000) o **comedimento** é uma das feições centrais, senão a única, de saúde na cultura contemporânea e suas raízes remontam a própria sociedade moderna burguesa. Todo o excesso é visto como risco à saúde porque desequilibra e conseqüentemente gera doenças. Nessa direção, entre os usuários da saúde pública é frequente tanto a culpabilização dos sujeitos quanto a autculpa pelos excessos no comer, no beber e em outros hábitos, como a origem das doenças (LUZ, 1988 *apud* Id. 2000). Desse modo, o discurso do equilíbrio e dos “bons hábitos” supõe o autocontrole dos sujeitos e seu disciplinamento.

O ideário da “alimentação saudável” e o paradigma do “tudo é saúde” se vinculam ao à “indústria do bem-estar” na afirmação acerca da “tirania da doença e da indústria de alimentos”, a partir da qual **o bem-estar se apresenta como uma contrafação às “indústrias produtoras de doenças”**, já que envolve os consumidores na compra de produtos e serviços saudáveis, como lembram Kickbusch e Payne (2003). É a partir dessas alegações que a “indústria do bem-estar” passa a exigir dos governos,

Medidas políticas como a transferência de subsídios das indústrias produtoras de doenças para o setor de bem-estar, a fim de tornar o bem-estar acessível, investir em saúde e explorar novos tipos de benefícios fiscais relacionados à saúde e ao bem-estar (KICKBUSCH; PAYNE, 2003, p. 278 – tradução livre).

³² 1. Fazer de alimentos in natura ou minimamente processados a base da alimentação; 2. Utilizar óleos, gorduras, sal e açúcar em pequenas quantidades ao temperar e cozinhar alimentos e criar preparações culinárias; 3. Limitar o consumo de alimentos processados; 4. Evitar o consumo de alimentos ultraprocessados; 5. Comer com regularidade e atenção, em ambientes apropriados e, sempre que possível, com companhia; 6. Fazer compras em locais que ofertem variedades de alimentos in natura ou minimamente processados; 7. Desenvolver, exercitar e partilhar habilidades culinárias; 8. Planejar o uso do tempo para dar à alimentação o espaço que ela merece; 9. Dar preferência, quando fora de casa, a locais que servem refeições feitas na hora; 10. Ser crítico quanto a informações, orientações e mensagens sobre alimentação veiculadas em propagandas comerciais. (BRASIL, 2014).

Na PNPS há inclusive o **convite ao setor público e privado para a formação de um “pacto” em torno dos “hábitos saudáveis”**, conforme o seguinte trecho:

d) **firmar agenda/pacto/compromisso social com diferentes setores** (Poder Legislativo, setor produtivo, órgãos governamentais e não-governamentais, organismos internacionais, setor de comunicação e outros), **definindo os compromissos e as responsabilidades sociais de cada setor, com o objetivo de favorecer/garantir hábitos alimentares mais saudáveis na população, possibilitando a redução e o controle das taxas das DCNT no Brasil;** e) **articulação e mobilização dos setores público e privado para a adoção de ambientes que favoreçam a alimentação saudável [...].** (BRASIL, 2006a, p. 30).

Nessa mesma perspectiva é preconizado o **empoderamento, a capacidade para a tomada de decisão e a autonomia de sujeitos e de coletividades**, “por meio do desenvolvimento de habilidades pessoais e de competências em promoção e defesa da saúde e da vida” (BRASIL, 2015, p.11). Especialmente no sentido “de empoderamento do consumidor para o entendimento e uso prático da rotulagem geral e nutricional dos alimentos” (BRASIL, 2006a, p. 30-33), ampliando suas possibilidades de “escolhas saudáveis” e “consumo consciente”.

Como afirmam Kickbusch e Payne (2003), é no contexto de comercialização, privatização e individualização da saúde que se amplia a necessidade de fortalecer a ES para que os indivíduos e comunidades possam exercer maior controle sobre sua saúde, configurando uma dupla necessidade: por um lado, “proteger” os consumidores de produtos prejudiciais e, por outro, criar consumidores capazes de escolher num mercado de saúde e de bem-estar altamente desregulado. Indivíduos e classes sociais mais pauperizados cujo comportamento não condiz com o modelo da “alimentação saudável”, são assim responsabilizados, pois “não sabem se pautar de maneira adequada às dinâmicas de vida estabelecidas socialmente [...] não assumem de modo explícito sua feição moralista, sobretudo no âmbito da saúde” (CASTIEL *et.al.*, 2014, p. 1524).

Os discursos disseminados em torno dos “riscos do excesso de peso” e do “autocontrole” assumem uma dimensão moralizante sobre os indivíduos gerando ansiedade e medo.

A questão atual relativa ao medo de engordar chama a atenção para as dimensões morais do problema, assim como faz a perspectiva da ansiedade excessiva diante do risco e da demanda pelo respectivo autocontrole na ingestão. De todas as formas, a relação da promoção da saúde alimentar com o ganho de peso tende a se inscrever no âmbito dos tratamentos morais que acompanham o mal-estar na civilização capitalista globalizada e a correspondente racionalidade cínica na operação de suas estruturas normativas duais que simultaneamente estimulam e restringem. As pessoas, de um modo variável, não passam incólumes às precarizações e aos sofrimentos provocados por este panorama. (CASTIEL *et.al.*, 2014, p. 1530-1531).

Por outro lado, no que se refere ao **monitoramento e regulação dos alimentos** preconizados pela PNPS, no Brasil, têm prevalecido, segundo Magalhães (2017, p. 121), “mecanismos de autorregulação do mercado e iniciativas ainda pouco efetivas”.

Cabe salientar que nas ações específicas ligadas à “alimentação saudável”, há estratégias mais próximas dos DSS do que dos “comportamentos saudáveis”, mas que pouco avançaram no Brasil, o **fomento à agricultura familiar** é um exemplo.

c) **articulação intersetorial no âmbito dos conselhos de segurança alimentar**, para que o **crédito e o financiamento da agricultura familiar** incorpore ações de fomento à produção de frutas, legumes e verduras visando ao aumento da oferta e ao conseqüente aumento do consumo destes alimentos no país, de forma segura e sustentável, associado às ações de geração de renda. (BRASIL, 2006a, p. 30).

Contudo, essa importante estratégia é excluída na revisão da PNPS em 2014.

Também nas ações específicas de “alimentação saudável” mais próximas dos DSS aparece na PNPS o **controle do uso de agrotóxicos**, tema que pouco tem avançado no Brasil. Como afirma Gonzalez (2018), o país é o que mais usa agrotóxicos no mundo e que permite a comercialização de substâncias proibidas em outros países por fazerem mal à saúde. Este autor alerta ainda para o fato de que há no país um Projeto de Lei, proposto no ano de 2002, pelo Senador Baliro Maggi, que pretende revogar a Lei atual que rege o uso e comercialização de agrotóxicos (Lei 7.802, de julho de 1989), já alterada significativamente, para flexibilizar ainda mais o uso de agrotóxicos.

Diante desse cenário no qual medidas mais estruturantes pouco avançam ou até sofrem retrocessos, **a direção hegemônica de ES da PNPS será de fato a normatização de estilos de vida e restrições sobre os indivíduos**. Essa perspectiva é fortemente incorporada pelo MS, notadamente a partir de junho de 2017, através do “quarteto da saúde” que se baseia nos pilares: “**eu quero me exercitar**”, “**eu quero me alimentar melhor**”, “**eu quero ter peso saudável**” e “**eu quero parar de fumar**”³³.

Outros dois elementos de Educação em Saúde na PNPS são o **enfrentamento ao uso do tabaco e de seus derivados e ao uso abusivo de álcool e outras drogas**. Ambos também possuem fortes conotações normatizadoras sobre os sujeitos e, embora haja afirmações em torno de ações mais estruturais, o cerne da problemática é o sujeito e os comportamentos de risco. Há pouca ênfase em políticas econômicas, de modo que a restrição ao consumo se torna

³³ O “quarteto da saúde” conforma a base do Portal Saúde Brasil (<https://saudebrasilportal.com.br>) lançado pelo MS para combate às DCNT no país. O Saúde Brasil que tem como lema: “Promoção da Saúde é o melhor remédio para a vida saudável”.

o ponto central do debate. Desse modo, a ênfase novamente recai na responsabilização do indivíduo, notadamente os “segmentos vulneráveis”, como reforça o trecho a seguir:

I – Investimento em ações educativas e sensibilizadoras para crianças e adolescentes quanto ao uso abusivo de álcool e suas conseqüências; **II – Produzir e distribuir material educativo para orientar e sensibilizar a população** sobre os malefícios do uso abusivo do álcool. [...] **VI – Apoio à restrição de acesso a bebidas alcoólicas de acordo com o perfil epidemiológico de dado território, protegendo segmentos vulneráveis e priorizando situações de violência e danos sociais.** (BRASIL, 2006a, p. 37 – grifos nossos).

Destarte, as informações da PNPS associam álcool e drogas, acidentes e violências com os grupos vulneráveis, como faz Giddens (2007), ao relacionar criminalidade e pobreza.

A **Educação Permanente em Saúde** é outra vertente da ES que atravessa a PNPS. Entre os objetivos específicos dessa política, está o de **“promover o entendimento da concepção ampliada de saúde, entre os trabalhadores de saúde”** (BRASIL, 2006a, p.17) para que os mesmos se tornem promotores dessa concepção, exercendo o papel de educadores dos usuários. Sem a formação dos/as trabalhadores/as de saúde é impossível a disseminação de determinadas concepções e práticas de PS e de ES adotadas pelo governo federal, por isso mesmo a Educação Permanente em Saúde é uma das finalidades primeiras da PNPS como corroboramos trechos a seguir:

Desenvolvimento de estratégias de qualificação em ações de promoção da saúde para profissionais de saúde inseridos no Sistema Único de Saúde; [...] estímulo à **inclusão nas capacitações do SUS de temas ligados à promoção da saúde;** [...] (BRASIL, 2006a, p. 20 – grifos nossos).

[Temas prioritários] **Formação e educação permanente: Mobilizar, sensibilizar e promover capacitações para gestores, trabalhadores da Saúde e de outros setores para o desenvolvimento de ações de educação em promoção da saúde, a fim de incluí-las nos espaços de educação permanente.** (BRASIL, 2015, p.22).

Assim sendo, a Educação Permanente em Saúde é indicada como um dos temas prioritários da política e, o desenvolvimento de formação em PS para profissionais de saúde inseridos no SUS, aparece como uma de suas estratégias, contudo conforme Pinheiro (*et. al.*, 2015), a PNPS não explicita quem promoverá essa formação nem de que forma ela será desenvolvida.

Mais uma estratégia colocada pela PNPS/2006 para sua própria implementação é a **discussão “nos espaços de formação e educação permanente de profissionais de saúde a proposta da PNPS e estimular a inclusão do tema nas grades curriculares”** (BRASIL, 2006a, p.29). Todavia, a inserção do debate da PS na formação em saúde no Brasil permanece como um desafio (PINHEIRO, *Ibid.*), notadamente na perspectiva da Saúde Coletiva. Sobre a

inserção da PS nos currículos no que tange à educação formal sobre a PS, estes pesquisadores apontam o seguinte cenário:

A procura por capacitação e formação profissional na área de promoção a saúde é uma demanda crescente, mas ainda incipiente no Brasil. Instituições de ensino superior renomadas do Brasil têm organizado cursos de especialização, mestrado e doutorado na área de promoção da saúde, o que denota um crescente envolvimento com a formação em promoção da saúde, como campo de teorias e práticas. [...] No Brasil os estudos que tratam da formação profissional para a promoção da saúde também são exíguos. Existem poucos cursos, no âmbito da especialização, mestrado e doutorado, na área específica da promoção da saúde. A promoção da saúde aparece menos como especialidade e mais como conhecimento transversal no interior dos programas de pós-graduação principalmente na área da saúde (Chiesa *et. al.*, 2007; Mello; Moyses, S. T.; Moyses, S. J., 2010; Nascimento; Oliveira, 2010). No âmbito da graduação, o ensino da promoção da saúde também é incipiente, como demonstraram os achados da literatura, embora existam estudos que defendam a inserção da formação em promoção da saúde na graduação dos profissionais de saúde (PINHEIRO, *et. al.*, 2015, p. 184).

Uma dificuldade indicada pelos autores para a introdução da PS no ensino de graduação no país se relaciona principalmente à imprecisão conceitual que permeia o tema e como essa ambiguidade se manifesta na formação e prática profissional desenvolvida pelos trabalhadores da saúde.

Outra ênfase de ES na PNPS consiste na **realização de pesquisas e divulgação midiática e científica de estudos que corroborem a concepção de PS abraçada pelo MS e disseminem práticas em sua direção**. Nesse sentido, uma das diretrizes da PNPS/2006 é “incentivar a pesquisa em promoção da saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança das ações prestadas” (BRASIL, 2006a, p.19) e um dos objetivos específicos da edição revisada é “estimular a pesquisa, a produção e a difusão de conhecimentos e de estratégias inovadoras no âmbito das ações de promoção da saúde” (BRASIL, 2015, p.11).

Assim, entre as estratégias de implementação da PNPS que estão associadas à ES, é reforçada a necessidade do desenvolvimento de estudos que analisem o impacto das ações de PS na situação de saúde, como também a **criação de indicadores e o apoio técnico-científico para a produção de conhecimentos e a troca de informações** nesse campo, como revelam os trechos a seguir.

[Estratégias de implementação] XII – **Apoio ao desenvolvimento de estudos referentes ao impacto na situação de saúde considerando ações de promoção da saúde**: a) **apoio à construção de indicadores relativos as ações prioritizadas** para a Escola Promotora de Saúde: alimentação saudável; práticas corporais/atividade física e ambiente livre de tabaco [...]. (BRASIL, 2006a, p. 22 – grifos nossos).

[objetivo específico] Promover meios para a inclusão e a qualificação do **registro de atividades de promoção da saúde e da equidade nos sistemas de informação e**

de inquéritos, permitindo a análise, o monitoramento, a avaliação e o financiamento das ações. (BRASIL, 2015, p.12 – grifos nossos).

Desse modo, no que se refere às ações de **monitoramento e avaliação**, também prevalece a exigência de pesquisas e indicadores que evidenciem a perspectiva de PS adotada pelo MS, estabelecendo a vigilância em torno das recomendações sobre os estilos de vida e controle das DCNT. Para embasar o monitoramento sobre o consumo alimentar dos brasileiros, por exemplo, foi criado o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan)³⁴ ainda na década de 1990, cuja proposta foi amplamente abraçada pela PNPS.

Ainda no que se refere à vigilância sobre fatores de risco e as DCNT, outro inquérito realizado pelo MS é a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), realizada em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e apoio do Ministério da Educação. A PeNSE é realizada a cada três anos (2009, 2012 e 2015) entre os estudantes do 9º ano de escolas públicas e privadas (OLIVEIRA, *et. al.*, 2017).

No ano de 2006 foi criado ainda o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção Para Doenças Crônicas Por Inquérito Telefônico (VIGITEL) para, segundo MS, estruturar a vigilância de DCNT no país. Conforme o MS, o VIGITEL tem como objetivo monitorar a frequência e a distribuição de fatores de risco e proteção para DCNT em todas as capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal. Através da contratação de grandes empresas telefônicas, anualmente são realizadas entrevistas em amostras da população adulta (18 anos ou mais) residente em domicílios com linha de telefone fixo³⁵.

Ainda conforme o texto da PNPS é preciso desenvolver estudos e formular metodologias capazes de “produzir evidências e comprovar a efetividade de estratégias de práticas corporais/atividades físicas no controle e na prevenção das doenças crônicas não transmissíveis.” (BRASIL, 2006a, p. 35). Nesse trilha, a política sugere o “apoio à criação de Observatórios de Experiências Locais referentes à Promoção da Saúde.” (Id Ibid., p. 20).

Pinto e Rocha (2016) afirmam que os observatórios são estruturas regionais criadas a partir da decisão estratégica dos gestores, financiadas total ou parcialmente pelo governo e que funcionam com articulação “em rede” a partir de um plano de trabalho comum. Ainda segundo esses autores, estas estruturas possibilitam a observação e análise sistemática dos

³⁴ O Sisvan monitora pela internet (Sisvan web) e pelo e-SUS: o estado nutricional - baixo peso, peso adequado (eutrófico), sobrepeso (obesidade grau I, II e III); o consumo alimentar - hábitos em relação à quantidade de refeições/dia e quais alimentos são ingeridos; e realiza o acompanhamento nutricional de crianças com até cinco anos de idade - estado nutricional, condição de “vulnerabilidade”, ingestão de suplemento de ferro e de megadoses de vitamina A. Mais informações no site <http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/sisvanV2/>.

³⁵ Essas e outras informações sobre o VIGITEL encontram-se disponíveis em: <http://portalms.saude.gov.br/o-ministro/938-saude-de-a-a-z/doencas-cronicas-nao-transmissiveis/17908-o-que-e-o-vigitel>.

indicadores de saúde de uma população em geral ou uma subpopulação específica, “reunindo para isto, equipes multidisciplinares, especialistas de uma determinada temática, com a finalidade de identificar e analisar realidades, contextos, fatos e processos.” (Id Ibid. p. 1434).

É preciso ressaltar que os observatórios configuram ferramentas de tecnologia de comunicação e informação amplamente disseminadas internacionalmente pela possibilidade de também funcionar como instrumentos criados para o apoio à gestão local, para referenciar a perspectiva de PS dos gestores e embasar suas ações. Nesse sentido, essas estruturas de envolvimento comunitário e dos profissionais de saúde, podem assumir uma direção colaboracionista.

No Brasil, o observatório de Promoção da Saúde de São Paulo foi criado no ano de 2009, sob a coordenação da Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DVDCNT) da Secretaria de Saúde estadual, com o apoio técnico do MS, tendo como finalidade coordenar, monitorar e apoiar tecnicamente as ações dos municípios que compõe a Rede Nacional de Promoção da Saúde³⁶ no estado. Essa estrutura, segundo a DVDCNT³⁷, tem como eixos: o desenvolvimento sustentável; a alimentação e nutrição; a prevenção de violências e cultura da paz; a atividade física e a prevenção e controle do tabagismo.

Além do fomento à pesquisa e criação de observatórios, a PNPS prevê entre suas estratégias de implementação a **“inclusão das ações de promoção da saúde na agenda de atividades da comunicação social do SUS”** (BRASIL, 2006a, p. 21). Desse modo, a comunicação social também assume centralidade entre as estratégias de ES para propagação da concepção de PS adotada pelo MS, notadamente através do “apoio às campanhas de divulgação em massa” (BRASIL, 2006a, p. 37):

Comunicação social e mídia: Uso das diversas expressões comunicacionais, formais e populares para favorecer a escuta e a vocalização dos distintos grupos envolvidos, contemplando informações sobre o planejamento, a execução, os resultados, os impactos, a eficiência, a eficácia, a efetividade e os benefícios das ações. (BRASIL, 2015, p.16).

³⁶ Criada em 2004 pelo MS, sob fomento da OPAS/OMS, a Rede Nacional de Promoção da Saúde constitui uma estratégia de implementação da PNPS. Atualmente a Rede é integrada, segundo a OPAS/OMS, por 1.465 municípios, representando 26,3% do total no país, e 27 estados com projetos de PS em desenvolvimento. Duas de suas principais atividades consistem na produção de conhecimentos e divulgação de informações sobre a PS no país, sendo financiada por editais públicos desde 2004. Informações disponíveis em: https://www.paho.org/bra.../index.php?option=com_content&view=article&id=1749:rede-nacional-de-promocao-da-saude&Itemid=875. Acesso em 15. Ago. 2018. Acesso em: 14. Ago. 2018.

³⁷ Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica-prof.-alexandre-vranjac/areas-de-vigilancia/doencas-cronicas-nao-transmissiveis/observatorio-promocao-a-saude/apresentacao> e em: <http://sistema3.saude.sp.gov.br/observatorio/documento/observatorio.pdf>. Acesso em 15. Ago. 2018.

Destarte, a ES está presente na PNPS como sinônimo: da instrução dos indivíduos para terem mais saúde, através do autocuidado; de artifício para a vigilância sobre os estilos de vida dos brasileiros e da formação dos trabalhadores em saúde para que ensinem as “escolhas saudáveis” à população, sendo reforçado o fomento a estudos, indicadores e estratégias midiáticas que referenciem e divulguem as concepções de PS adotadas pelo MS. Esses aspectos coadunam com o escopo da NPS – e da Terceira Via – para o qual,

A educação para a saúde é um termo que se utiliza para designar as oportunidades de aprendizagem criadas conscientemente com vistas a facilitar mudanças de comportamento direcionadas para uma meta predeterminada. A educação para a saúde vem sendo estreitamente ligada à prevenção da enfermidade, como meio capaz de modificar os comportamentos identificados como fatores de risco de terminadas doenças. Trata-se fundamentalmente de uma atividade desenhada para ampliar o conhecimento da população em relação à saúde e desenvolver a compreensão e as habilidades pessoais que promovam a saúde. (NUTBEAN, 1996, p. 385 - tradução livre).

Nessa direção, a ES implicaria na persuasão, na modelagem dos sujeitos para a colaboração aos interesses dominantes no que tange à saúde e, ao mesmo tempo, em sua responsabilização por esta, em sintonia com a contrarreforma nas políticas de saúde.

Nesse contexto, como discute Vasconcelos (2013, p. 132), embora não devamos desconsiderar que perspectivas em torno da PS possam adquirir conotações mais progressistas a partir das lutas dos movimentos sociais pela defesa da saúde enquanto direito e pela modificação do modelo hegemônico de atenção à saúde, é preciso desvelar que todo “esse processo coevo de valorização da saúde – e da NPS – é parte de um cenário mais amplo, que tem a ver, concomitantemente, com processos de conformação do atual bloco histórico.”

Essa direção político-ideológica é reafirmada também no que se refere ao tema do desenvolvimento sustentável, o qual na PNPS abarca os debates em torno dos ambientes/territórios e das políticas públicas e municípios saudáveis, da mobilidade urbana e da “cultura da paz”, como é discutido no último item de nosso trabalho.

5.5 DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

Sobre o tema do desenvolvimento sustentável, na PNPS o mesmo é discutido com centralidade ao lado da promoção dos ambientes/territórios seguros e saudáveis, como confirma o seguinte objetivo específico: “**favorecer a preservação do meio ambiente e a promoção de ambientes mais seguros e saudáveis**” (BRASIL, 2006a, p.17).

Nessa direção, o texto adere ao discurso do “desenvolvimento sustentável” disseminado pela Terceira Via, como um de seus temas transversais nos seguintes termos:

Desenvolvimento sustentável: Refere-se a dar visibilidade aos modos de consumo e de produção relacionados ao tema priorizado, mapeando possibilidades de intervir naqueles que sejam deletérios à saúde, adequando tecnologias e potencialidades de acordo com as especificidades locais, sem comprometer as necessidades futuras. (BRASIL, 2015, p.14 – grifos nossos).

Como discute Vizeu (*et. al.*, 2012), o conceito de “desenvolvimento sustentável” emerge no escopo do discurso desenvolvimentista com o propósito de reafirmar o sistema social e político dominante, em resposta aos movimentos que, na década de 1970, passaram a denunciar a incompatibilidade do crescimento econômico e os recursos naturais finitos, em um contexto de aprofundamento das contradições capitalistas e dos efeitos nocivos que seu avanço causou ao planeta, notadamente para a humanidade e o meio ambiente. Nesse sentido, para os autores, o “desenvolvimento sustentável”,

[...] firma-se como conceito orientador de esforços coletivos tanto de Estados e entidades governamentais nacionais e supranacionais, como para organizações não governamentais e empresas preocupadas com a questão ecológica. Notadamente, a necessidade de desenvolvimento sustentável foi um dos principais aspectos reforçados na Conferência das Nações Unidas: Rio +20. Apesar disso, o entendimento dominante do conceito fundamenta-se em uma concepção conciliatória com o capitalismo, que deixa transparecer uma ambígua relação entre as condições históricas de sua emergência como ideia pretensamente reparadora da atual crise socioambiental e de seu real sentido de reforço da lógica do capital. De forma muito clara, essa ambiguidade assinala o caráter ideológico que o conceito apresenta. (VIZEU, *et. al.*, 2012, p. 570).

Portanto, a preocupação com a questão ambiental passa a mobilizar iniciativas governamentais e não governamentais para encontrar soluções para a questão ecológica. Entre essas iniciativas se destacam as seguintes:

[...] em 1972, a Organização das Nações Unidas realizou a Primeira Conferência Mundial sobre o Homem e o Meio Ambiente, responsável por introduzir as preocupações ambientais na agenda política do desenvolvimento. No entanto, em vista dos resultados alcançados terem sido pouco significativos face à contínua degradação ambiental, em dezembro de 1983, o secretário geral das Nações Unidas apontou GroHarlemBrundtland, primeira ministra da Noruega, nessa época, para coordenar uma comissão independente com foco nos problemas relacionados à crise ambiental e ao desenvolvimento. Essa iniciativa ficou conhecida por Comissão Mundial sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento e teve seus trabalhos encerrados em 1987 com a publicação do relatório “Nosso Futuro Comum”, também conhecido como “Relatório Brundtland”. **Foi no relatório Brundtland que a expressão “desenvolvimento sustentável” foi pioneiramente definida como “o desenvolvimento que atende às necessidades presentes sem comprometer a**

habilidade das gerações futuras em atenderem às suas próprias necessidades”. O relatório sugeria que o “desenvolvimento sustentável” deveria ser reconhecido como o propósito orientador da ação política e econômica internacional. (VIZEU, *et. al.*, 2012, p. 574 – grifos nossos).

A partir desses marcos, segundo estes autores, a acepção de desenvolvimento sustentável é amplamente abraçada pelo discurso de governos e de grandes corporações mundiais como um conceito puramente ideológico usado para o marketing de grandes empresas em torno da “responsabilidade ambiental”.

Para Miranda (*et. al.*, 2011, p.21), o Relatório de Brundtland define o desenvolvimento sustentável “como um processo de troca no qual a exploração de recursos, a direção dos investimentos, a orientação da mudança tecnológica e institucional estão todas em harmonia, aumentando o potencial atual e futuro para atender às necessidades [...] humanas.” Desse modo, estes analistas resumem que a pretensão do referido relatório é que “o desenvolvimento do ser humano deve acontecer de maneira compatível com os processos ecológicos que sustentam o funcionamento da biosfera.”

É nesse trilho que o conceito de desenvolvimento sustentável do Relatório de Brundtland é abraçado pela NPS, como também pela PNPS. Embora essa adesão não seja elucidada nestes documentos, a promoção do “desenvolvimento sustentável” é um dos temas prioritários em ambos. Para a promoção dessa perspectiva de desenvolvimento, a participação do setor privado e de setores não governamentais também é conclamada pela PNPS, como indica o trecho abaixo:

Promoção do desenvolvimento sustentável: Promover, mobilizar e articular ações governamentais e não governamentais, incluindo o setor privado e a sociedade civil, nos diferentes cenários (cidades/municípios, campo, floresta, águas, bairros, territórios, comunidades, habitações, escolas, igrejas, empresas e outros), permitindo a interação entre saúde, meio ambiente e desenvolvimento sustentável na produção social da saúde, em articulação com os demais temas prioritários. (BRASIL, 2015, p.23 – grifos nossos).

No trecho acima, o discurso do desenvolvimento sustentável é associado à produção da saúde, contudo, conformam perspectivas distintas. Enquanto a produção da saúde é construída pelo MRSB com base na teoria social como referido anteriormente, o primeiro é forjado pela Terceira Via.

A partir da definição do Relatório de Brundtland, que alude à ligação entre desenvolvimento humano e desenvolvimento sustentável, é reforçada pela PNPS a necessidade de **aprimoramento de habilidades individuais e coletivas** e, para a promoção

destas, a **EPS dos/as trabalhadores/as da saúde bem como de gestores conforma uma das estratégias centrais**, como corrobora a seguinte diretriz:

O apoio à formação e à educação permanente em promoção da saúde para ampliar o compromisso e a capacidade crítica e reflexiva dos gestores e trabalhadores de saúde, bem como o incentivo ao aperfeiçoamento de habilidades individuais e coletivas para fortalecer o desenvolvimento humano sustentável. (BRASIL, 2015, p.13 – grifos nossos).

Conforme Miranda (*et. al.*, 2011, p. 21), a sustentabilidade implica semanticamente nas noções de “sustentar” ou “fundamentar”, sendo constituída pelas dimensões ecológica, social, econômica e política. Seus elementos constitutivos são:

A **equidade** social, cultural, política, geracional e ambiental; a **integralidade** (como oposto ao simplesmente setorial e como algo que busca a concatenação entre todas as dimensões do desenvolvimento); a **soberania** (como requisito de autarquia da vida); o **intercultural** (como ruptura das visões unilaterais e eurocêtricas que discriminam e empobrecem); o **equilíbrio entre passado, presente e futuro** (não somente no sentido da garantia e satisfação de necessidades das gerações futuras – Informe Brundtland, 1987 –, mas no de avançar na reconstrução do próprio sistema de necessidades) e, por fim, a **adaptação do desenvolvimento às condições espaciais e ao meio.** (MIRANDA, *et. al.*, 2011, p. 21 – grifos nossos).

Desse modo, para os autores, a sustentabilidade implicaria em profundas transformações, podendo significar um modelo alternativo de desenvolvimento da América Latina, através da transição que propõe para um desenvolvimento sustentável e soberania humana. Essa visão em torno do conceito de sustentabilidade parece ser progressista e de fato o é se considerarmos o histórico de exploração colonizadora da América Latina, que os próprios autores discutem com profundidade aludindo às marcas deixadas pela deterioração ambiental, da vida humana e da saúde.

Estes autores afirmam a aproximação a acepções mais avançadas de sustentabilidade, como por exemplo, a que foi construída pelo Centro de Internacional de Pesquisas para o Desenvolvimento (IDRC) do Canadá que propõe o “Sistema Integrado de Ecosistema Humano (IHE)”, com o qual, “buscam formar uma nova ideologia cujo centro se situa na questão social” (MIRANDA, *et. al.*, 2011, p. 22). Desse modo, a nosso ver, a nova proposta de desenvolvimento para a América Latina defendida por Miranda (*et. al.*, *Ibid.*) parece estar afinada à busca de um novo invólucro ao modelo neoliberal.

Com base nas propostas de Klaus Frey, Miranda (*et. al.*, 2011) alude ainda a três formas possíveis de abordagem do conceito de desenvolvimento sustentável e que o orientam:

Primeiro, a que aposta no mercado como força reguladora do desenvolvimento (ênfase econômico-liberal); segundo, os enfoques que consideram o Estado e suas

instituições de regulamentação e planificação como instrumentos indispensáveis para garantir a prevalência do bem comum no processo de desenvolvimento (enfoque ecológico-tecnocrata de planificação); terceiro e último, as concepções que destacam a necessidade de fomentar ampla mobilização política e maior participação da própria população e das organizações da sociedade civil na busca de um modo sustentável de desenvolvimento (enfoque político de participação democrática) (MIRANDA, *et. al.*, 2011, p. 22).

No âmbito deste último enfoque, os autores irão reafirmar a importância da **participação da sociedade civil como ator principal do desenvolvimento sustentável**. Asseveram ainda que toda reflexão sobre o tema da sustentabilidade deve levar em consideração a necessidade de determinar “as vulnerabilidades ambientais e ecológicas, sociais, econômicas, culturais e espaciais.” (Id *Ibid.*, p. 23).

As concepções de participação da sociedade civil, equidade e vulnerabilidade, adotada pelos autores referidos, são as mesmas forjadas pelos organismos internacionais como as Nações Unidas, Banco Mundial e o Banco Interamericano de Desenvolvimento e acabam contribuindo com a demanda neoliberal por um verniz mais humanizante e comprometido com a biodiversidade do planeta.

Desse modo, apesar do intento de valorizar a soberania da América Latina, a busca por aperfeiçoar um modelo alternativo de desenvolvimento que consiga a façanha de compatibilizar o modelo econômico instaurado pelo capitalismo e a proteção à biodiversidade e à vida, coaduna com a Terceira Via. A adoção desta ideologia é uma das evidências de que deixamos de seguir um modelo de desenvolvimento eurocêntrico e colonizador, vivendo ainda sob as consequências desse longo período da história do Brasil, para aderir por coerção consentida ao modelo imperialista baseado na acumulação por espoliação (HARVEY, 2014), ainda mais predatório e ameaçador à vida e ao ecossistema.

Sob o verniz do “**desenvolvimento humano sustentável**”, as características da acumulação primitiva mencionada por Marx e mantém e são atualizadas pelo capitalismo contemporâneo. Como discute Harvey (2014),

A expulsão de populações camponesas e a formação de um proletariado sem terra tem se acelerado em países como México e Índia nas três últimas décadas; muitos recursos antes partilhados, como a água, têm sido privatizados (com frequência por insistência do Banco Mundial) e inseridos na lógica capitalista da acumulação; formas alternativas (autóctones e mesmo, no caso dos Estados Unidos, mercadorias de fabricação caseira) de produção e consumo têm sido suprimidas. Indústrias nacionalizadas têm sido privatizadas. O agronegócio substituiu a agropecuária familiar. E a escravidão não desapareceu (particularmente no comércio sexual) (HARVEY, 2014, p. 121).

Portanto, mecanismos da acumulação primitiva citados por Marx são, segundo Harvey (2014), aprimorados para desempenhar um papel mais central e intenso do que no passado. “O sistema de crédito e o capital financeiro se tornam, como Lênin, Hilferding e Luxemburgo observaram no começo do século XX, grandes trampolins de predação, fraude e roubo” (Id. Ibid., p.122). O referido autor destaca, desse modo, o caráter especulativo e predatório da onda de financialização e do domínio do capital financeiro que se estabeleceu, a partir da década de 1970, em todo o globo³⁸.

Os ataques especulativos feitos por grandes instituições do capital financeiro conformam a vanguarda da acumulação por espoliação, segundo Harvey. Além disso, segundo o autor, foram criados novos mecanismos para esse tipo de acumulação, tais como: direitos de propriedade intelectual nas negociações da OMC sobre patentes e licenciamentos de material genético, do plasma de sementes e inúmeros outros materiais desenvolvidos por pesquisadores e que podem ser usados contra populações inteiras; a biopirataria campeia e a pilhagem do estoque mundial de recursos genéticos em benefício de poucas e grandes companhias farmacêuticas; a transformação de bens culturais, históricos e da criatividade intelectual em mercadorias; a corporativização e privatização de bens até agora públicos como as universidades e diversos tipos de utilidades públicas e;

A escalada da destruição dos recursos ambientais globais (terra, ar, água) e degradações proliferantes de habitats, que impedem tudo exceto formas capital-intensivas de produção agrícola, também resultaram na mercadificação por atacado da natureza em todas as suas formas. (HARVEY, 2014, p. 123).

Como ressalta este autor, todos esses elementos da acumulação por espoliação não poderiam ser impostos pelo capital sem o poder do Estado. Como no passado, o Estado com seu monopólio da violência e definições de legalidade tem papel crucial em fazer regredir estatutos regulatórios gerados para proteger o trabalho e o ambiente da degradação (HARVEY, 2014), levando a perda de direitos sociais e ambientais.

Costa (2016) discute que esse novo ciclo do desenvolvimento capitalista, marcado pela especulação e financeirização, impôs novas pressões sobre o sistema Terra e aguçou brutalmente a crise ecológica atual. Segundo ele, há uma combinação de ataques aos

³⁸ Harvey exemplifica esse caráter predatório do capital financeiro na contemporaneidade através dos seguintes elementos: “valorizações fraudulentas de ações, falsos esquemas de enriquecimento imediato, a destruição estruturada de ativos por meio da inflação, a dilapidação de ativos mediante fusões e aquisições e a promoção de níveis de encargos de dívida que reduzem populações inteiras, mesmo nos países capitalistas avançados, a prisioneiros da dívida, para não dizer nada da fraude corporativa e do desvio de fundos (a dilapidação de recursos de fundos de pensão e sua dizimação por colapsos de ações e corporações) decorrente de manipulações do crédito e das ações [...]” (Id Ibid., p. 123).

ecossistemas: busca de novas jazidas de minérios e de combustíveis fósseis; construção de grandes barragens; expansão da fronteira da agropecuária; crescimento dos rejeitos do processo produtivo; contaminação química e radioativa, dentre outros elementos que ampliam os conflitos ambientais e evidenciam a ruptura do metabolismo entre sociedade e o restante da natureza. Nesse trilho, a humanidade (ou mais precisamente o capital) pressiona o ecossistema global “como uma força de escala geológica, interferindo decisivamente (e em vários casos de forma dominante) nos ciclos biogeoquímicos e alterando a própria termodinâmica planetária.” (Id Ibid., p.211-212).

Como afirma o referido autor, a incontornabilidade do capital manifesta na esfera financeira é a mesma aplicada à exploração sem freios dos recursos naturais ante à demanda cada vez maior por matéria-prima e energia.

Esta irracionalidade, entretanto, é manifestação última de um modo de produção específico, desde a bem conhecida “anarquia da produção.” A ultrapassagem perigosa dos limites do Sistema Terra funciona, nesse sentido, com a mesma lógica especulativa aplicada ao sistema financeiro, ao mercado de ações e outros. Como muitos capitalistas no próprio mercado financeiro, globalmente, em relação à natureza, o capital age de forma arriscada, irresponsável, na prática se baseando na expectativa de que as probabilidades se materializem a seu favor. [...] A aposta, baseada apenas no desejo, nas possibilidades de “adaptação” é falsa, ignora as leis da Física e da dinâmica biogeoquímica dos sistemas naturais. Não considera, ao contrário do que se deveria, as chances muitíssimo maiores de que as mudanças ora em curso marchem no rumo da irreversibilidade e que sejam profundamente danosas, a curto, médio e longo prazo, para a humanidade e, porque não dizer, toda a complexa teia de vida que recobre o Planeta (COSTA, 2016, p. 213-214).

Conforme Mészáros (2011), o caráter expansionista do capital é uma condição imperativa e ineliminável de sua própria produção e reprodução, ou seja, sua autorreprodução tem um caráter destrutivo, não mede as consequências devastadoras para o futuro, ao desperdiçar os recursos naturais não renováveis do planeta. Essa produção destrutiva é, portanto, inerente ao avanço irrefreável do capital, de modo que a aceitação de restrições a esse modelo “exigiria grande mudança na estrutura causal fundamental do capital – pois o postulado da expansão imperativa teria de ser moderado e justificado” (Id Ibid., p. 177).

Nesse sentido, concretamente a adoção de leis e decretos a exemplo da Política Nacional de Resíduos Sólidos brasileira (Lei 12. 305/2010, regulamentada pelo decreto 7.404/2010) apenas amortiza os impactos ambientais do modelo de desenvolvimento capitalista, em nada modificando as desigualdades socioeconômicas (SCHMALLER, *et. al.*, 2014) ou a lógica de acumulação em si.

Nesse quadro, para Costa (2016) as mudanças climáticas precisam ser uma pauta central das lutas sociais por se vincular à questão da desigualdade e por resguardar uma

projeção de piora profunda das condições de vida de amplas parcelas da população em escala mundial, contudo, alerta:

Ao contrário do discurso romantizado do “capitalismo verde” (contradição em termos), não estamos todos “numa mesma nave”, a não ser que tal nave nos seja uma analogia dramática com o Titanic, que efetivamente se espatifou num iceberg enquanto a orquestra tocava, mas que contava com a primeira, segunda e terceira classe; no qual existiam portões que impediam os passageiros da terceira classe de terem contato com os outros e no qual o acesso os botes salva-vidas esteve longe de ser igualitário. Tampouco é admissível a lógica recuada, a ilusão reacionária no produtivismo e desenvolvimentismo e a fé cega na tecnologia (como se esta, em si, não guardasse valor de classe) de grande parte dos segmentos que proclamam transformações profundas na sociedade. (COSTA, 2016, p.219).

Diante desse cenário, concordamos com Castelo (2013) ao afirmar que a tentativa de conferir ao desenvolvimento capitalista o verniz da responsabilidade social e ambiental torna-se funcional à busca do neoliberalismo por uma nova hegemonia. Destarte, o discurso hegemônico em torno do “desenvolvimento humano sustentável” como é preconizado pelos organismos internacionais é uma ideologia de sustentação da ortodoxia neoliberal.

Destarte, como afirma Costa (2016, p. 220), as lutas sociais devem partir da concepção de que a questão climática é uma questão de classe, precisam encaminhar-se na direção de uma “insurgência contra o poder do capital, contra as corporações, contra a indústria de combustíveis fósseis e o sistema financeiro” e a favor das futuras gerações, dos povos tradicionais, dos pequenos agricultores, do contingente cada vez maior de refugiados climáticos e ambientais. E essa “é uma questão crucial para a classe trabalhadora, pois mitigar, frear a crise climática é pré-condição para que não herdemos da burguesia uma Terra em ruínas” (Id Ibid.).

A luta, desse modo, não é por reformas ou pelo melhoramento do capitalismo, mas sim pela defesa de um modelo produtivo radicalmente novo, para além da alienação e do aparelho de Estado atual, “em consonância com a sustentabilidade do metabolismo entre a sociedade humana e o resto da natureza (vencendo a alienação em relação a ela) quanto com a necessária superação das relações alienadas entre humanos” (Id Ibid.).

No trilho do “desenvolvimento humano sustentável”, são enfocados pela PNPS os ambientes/territórios, políticas públicas e municípios seguros e saudáveis cujo foco não é a produção da saúde como aparenta o discurso, mas sim o mesmo tripé da ES: alimentação saudável, prática regular de atividade física e não uso do tabaco, notadamente com base na ideologia do desenvolvimento de capacidades seniano.

Os **ambientes e territórios saudáveis**, assim como o desenvolvimento sustentável, assumem o caráter de tema transversal na PNPS e enfocam especificamente os territórios onde as pessoas vivem e trabalham, é o que corrobora o fragmento abaixo:

Ambientes e territórios saudáveis: Significa relacionar o tema priorizado com os ambientes e os territórios de vida e de trabalho das pessoas e das coletividades, identificando oportunidades de inclusão da promoção da saúde nas ações e atividades desenvolvidas, de maneira participativa e dialógica. (BRASIL, 2015, p. 14 - grifos nossos).

Nesse sentido, uma das estratégias de implementação para a promoção de ambientes/territórios mais seguros e saudáveis é a “divulgação de informações e definição de mecanismos de incentivo para a **promoção de ambientes de trabalho saudáveis com ênfase na redução dos riscos de acidentes de trabalho**” (BRASIL, 2006a, p. 21).

Aos indivíduos e comunidades caberia a responsabilidade de promover a saúde no ambiente em que vivem e trabalham, unindo os máximos esforços para evitar fatores de riscos e danos à saúde. Essa perspectiva de PS se revela individualizante e normativa ao enfatizar a “corresponsabilização” dos trabalhadores para a minimização dos acidentes de trabalho sendo, ao mesmo tempo, funcional à contenção de “gastos” com os direitos sociais e trabalhistas.

As estratégias de maior alcance seriam as de **municípios e políticas saudáveis**. Na direção das mesmas É preconizada a “identificação e desenvolvimento de parceria com estados e municípios para a divulgação das experiências exitosas relativas a instituições saudáveis e ambientes saudáveis” (BRASIL, 2006a, p. 20) e o “apoio às iniciativas das secretarias estaduais e municipais no sentido da construção de parcerias que estimulem e viabilizem políticas públicas saudáveis” (Id Ibid., p.22).

São referidas ainda ações específicas para a promoção do desenvolvimento sustentável, políticas públicas e ambientes saudáveis pela PNPS, entre elas,

I – Apoio aos diversos centros colaboradores existentes no País que desenvolvem iniciativas promotoras do desenvolvimento sustentável; [...] III – Fortalecimento de instâncias decisórias intersetoriais com o objetivo de **formular políticas públicas integradas voltadas ao desenvolvimento sustentável**; IV – Apoio ao envolvimento da esfera não-governamental (empresas, escolas, igrejas e associações várias) no desenvolvimento de políticas públicas de promoção da saúde, em especial no que se refere ao movimento por ambientes saudáveis; [...] VI – Estímulo à produção de conhecimento e desenvolvimento de capacidades em desenvolvimento sustentável; [...]. (BRASIL, 2006a, p. 38 - grifos nossos).

Destarte, é preconizado de modo central o estímulo ao desenvolvimento de capacidades na direção do desenvolvimento sustentável, como parte essencial da construção de políticas públicas e ambientes saudáveis. A esfera não-governamental também é convidada

a integrar, juntamente com o Estado, esse “movimento” que alia capacidades humanas, sustentabilidade ambiental, paz e Promoção da Saúde.

O debate da produção social do MRSB é mesclado com os conceitos de “desenvolvimento humano” e “bem-viver” da NPS no objetivo específico que preconiza o apoio ao **“desenvolvimento de espaços de produção social e ambientes saudáveis, favoráveis ao desenvolvimento humano e ao bem-viver”** (BRASIL, 2015, p.11).

Contudo, o conceito central para o desenvolvimento sustentável preconizado pela NPS é o de **equidade**, como é aludido por uma das diretrizes da PNPS/2015 que também evidencia o elo entre essas acepções e a PS:

O fomento ao planejamento de ações territorializadas de promoção da saúde com base no reconhecimento de contextos locais e no respeito às diversidades, a fim de **favorecer a construção de espaços de produção social, ambientes saudáveis e a busca da equidade, da garantia dos direitos humanos e da justiça social.** (BRASIL, 2015, p.13 – grifos nossos).

Nesse trilha, como reforça o trecho a seguir, o **bem-estar e a qualidade de vida** são adotados pela PNPS como elementos centrais no desenvolvimento de políticas saudáveis em acordo com a proposta dos documentos internacionais.

É importante destacar que a PNPS, ao propor mudanças no trabalho em saúde com vistas a **promover a saúde e a qualidade de vida**, está em conformidade com a Declaração de Adelaide (2010) e com a Declaração de Helsinque sobre Saúde em Todas as Políticas (2013). Esses documentos enfatizam que **é mais fácil alcançar os objetivos do governo quando todos os setores incorporam a saúde e o bem-estar como componentes centrais no desenvolvimento de políticas.** (BRASIL, 2015, p.8 - grifos nossos).

Além das políticas públicas direcionadas para o bem-estar, entre os objetivos específicos da PNPS está o de **“favorecer a mobilidade humana e a acessibilidade; o desenvolvimento seguro, saudável e sustentável”** (BRASIL, 2015, p.11).

Nessa direção, **“fomentar normas e regulamentos para o desenvolvimento seguro, saudável e sustentável em ambientes, comunidades, municípios e territórios”** (BRASIL, 2015, p.17) é afirmada como competência comum a todas as esferas da gestão.

No que se refere à estratégia dos **municípios saudáveis**, a PNPS afirma que essa busca favorecer, entre outros aspectos,

[...] A articulação entre os setores da saúde, meio ambiente, saneamento e planejamento urbano a fim de prevenir e/ou reduzir os danos provocados à saúde e ao meio ambiente, por meio do manejo adequado de mananciais hídricos e resíduos sólidos, uso racional das fontes de energia, produção de fontes de energia alternativas e menos poluentes. (BRASIL, 2006a, p. 21).

Segundo Westphal (2000, p. 6), a proposta dos municípios saudáveis “nada mais é do que uma nova forma de gestão municipal” a qual “pressupõe a existência de um plano de governo baseado na resolução de problemas identificados, com base em indicadores de qualidade de vida”. O “movimento” aparentemente progressista dos municípios/cidades saudáveis, criado pela OMS para os países da América Latina, é defendido como uma “estratégia de longo prazo, porém efetiva” (Id Ibid., p. 7) que parte da crítica ao padrão de desenvolvimento econômico baseado na concepção de **Estado mínimo** e da análise da “globalização” e de suas principais consequências para a saúde: as mudanças demográficas e os novos padrões de mortalidade.

Entretanto, conforme esta analista, a ênfase principal da implementação do referido projeto é a racionalização dos recursos, à medida que os investimentos na qualidade de vida seriam menos onerosos ao Estado do que as medidas de assistência à saúde.

Ao falar de cidades, cabe ressaltar que seu surgimento e o processo de urbanização foram mediados pelas iniciativas do Estado, a partir das exigências da burguesia de conferir condições adequadas à reprodução capitalista (MARTINS; LIMA, 2016). Como discutem estes autores (Ibid., p. 188), “a história do desenvolvimento da cidade no Brasil, e de sua urbanização, coincide com a do desenvolvimento do modo de produção capitalista.” As cidades encontram-se, portanto, no epicentro do crescimento das forças produtivas no país, sendo acentuadamente marcadas pelo desenvolvimento desigual e por uma Reforma Urbana promovida pelo Estado que desenha o surgimento das favelas, dos subúrbios e loteamentos periféricos, a segregação socioespacial (Id. Ibid.).

Desse modo, como apontamos autores citados, esses espaços periféricos da cidade destinados aos pobres expulsos dos centros urbanos – devido à entrada do solo no circuito da mercadoria através da especulação imobiliária; à pauperização crescente da população; ao aumento do custo de vida; ao achatamento salarial e; à repressão à organização popular – não representam a persistência do atraso em nossa formação econômico-social, antes constituem a própria forma da urbanização no Brasil, sendo funcionais ao processo de industrialização brasileiro. “O capitalismo, no Brasil, deles necessitava. A eles reservou a classe trabalhadora em formação” (Id Ibid., p. 189).

O discurso das cidades e dos municípios saudáveis deixa passar despercebida essa ligação estreita entre urbanização e o processo de industrialização no Brasil, não aludindo ao fato de que, somente superando as relações sociais estabelecidas pela produção capitalista do espaço urbano, bem como as relações jurídicas a elas ligadas, é possível suplantar as contradições resultantes e mais visíveis desse processo.

Desse modo, não faz sentido lutar por cidades saudáveis se esta luta não estiver ligada ao objetivo maior de produção de outro espaço, “em que o homem produz materialmente a própria vida sob novas relações sociais condizentes com a produção social de uma vida humana verdadeiramente emancipada” (Id Ibid., p. 204).

Além do debate em torno das cidades/municípios saudáveis, outro aspecto do desenvolvimento humano sustentável preconizado pela PNPS é o estímulo “**a adoção de modos de viver não-violentos e o desenvolvimento de uma cultura de paz no País**” (BRASIL, 2006a, p. 18).

No que se refere à prevenção da violência e estímulo à cultura da paz a ênfase é dada à amenização dos casos de violência, sua devida notificação e tratamento, notadamente entre “grupos populacionais vulneráveis visando a atuação nos determinantes sociais e na autodeterminação dos sujeitos.”³⁹

Além da forte ênfase nos comportamentos individuais e em conceitos abstratos como “autodeterminação”, esses determinantes sociais das violências não são citados, contribuindo para uma visão de combate à violência que depende apenas da atitude dos sujeitos. Alguns trechos da PNPS que abordam a “cultura da paz” enfocam mais iniciativas de vigilância, prevenção e notificação das violências e acidentes e os fatores de risco envolvidos do que ações de PS propriamente:

I - Ampliação e fortalecimento da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde; [...] **III – Estímulo à articulação intersetorial que envolva a redução e o controle de situações de abuso,** exploração e turismo sexual; [...] **V – Incentivo ao desenvolvimento de Planos Estaduais e Municipais de Prevenção da Violência;** [...]; e **VII – Implantação de Serviços Sentinela,** que serão responsáveis pela **notificação dos casos de violências.** (BRASIL, 2006, p. 37-38).

Aliando os municípios saudáveis e a cultura da paz, um dos temas prioritários da PNPS/2015 para o desenvolvimento humano sustentável é a **promoção da mobilidade segura e da paz no trânsito**, com ênfase na vigilância e na ES. Apesar de mencionar a necessidade de avanço também na promoção de ações legislativas, econômicas, ambientais, culturais e sociais, os trechos que abordam a mobilidade segura não especificam essas ações, como pode ser lido no fragmento a seguir:

Promoção da mobilidade segura: Buscar avançar na articulação intersetorial e intrassetorial, envolvendo a vigilância em saúde, a atenção básica e as redes de urgência e emergência do território na produção do cuidado e na redução da morbimortalidade decorrente do trânsito. [...] Avançar na promoção de ações

³⁹ Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/acidentes-e-violencias/41895-rede-nacional-de-prevencao-de-violencias-e-promocao-da-saude-e-cultura-de-paz>.

educativas, legislativas, econômicas, ambientais, culturais e sociais, fundamentadas em informação qualificada e em planejamento integrado, para que garantam o trânsito seguro, a redução de morbimortalidade e, conseqüentemente, a paz no trânsito. (BRASIL, 2015, p.22).

Como ressalta Miranda (*et. al.*, 2011), a região da América Latina e do Caribe é a mais urbanizada do mundo, quase 77% da população vive em cidades. Segundo esses autores, o crescimento urbano exacerbado exige transportes, contudo, a precariedade destes gera alto nível de contaminação do ar e riscos de acidentes. Afirmam ainda que, em média, a cada ano 130 mil pessoas falecem, 1,2 milhão de pessoas se lesionam e cem em cada mil sofrem alguma forma de incapacitação como consequência de traumatismos por acidentes de trânsito.

Esses acidentes são mais frequentes em países de menor renda da América Latina, devido a uma deficiente manutenção dos veículos, ao grande número de usuários das vias públicas (pedestres, ciclistas e motociclistas), ao baixo nível de educação em termos de normas de segurança e à falta de regulamentação adequada. (MIRANDA, *et. al.*, 2011, p.25 – grifos nossos).

Vale indicar que as ações educativas que visam mudanças individuais e nas atitudes dos sujeitos no trânsito – destacadas pela PNPS bem como por outros documentos que abordam a segurança no trânsito – não são o suficiente, pois é o próprio modo de vida no capitalismo que exige a mobilidade centrada no automóvel.

Além disso, a partir do embasamento da produção social da saúde é possível apreender o excesso de trabalho e o pouco tempo para repouso como elementos que ampliam o nível de estresse dos indivíduos que correm contra o tempo e lutam contra o sono pela própria sobrevivência. Esses a nosso ver são aspectos decisivos para o crescimento alarmante de violências e acidentes de trânsito que deixam de ser discutidos quando o assunto é “promoção da mobilidade segura e paz no trânsito”.

Poderíamos ainda arrazoar se os interesses por trás da busca pela promoção da mobilidade segura giram em torno da preservação da vida, como é afirmado, ou na verdade estão centrados apenas na preocupação com os gastos governamentais gerados pelo acréscimo no número de acidentes de trânsito a cada ano no Brasil. Nesse sentido, vale alertar para os discursos que servem à espoliação dos direitos, como considerar alarmantes e desnecessários os gastos com assistência à saúde e “benefícios” previdenciários, nos casos de traumas gerados por acidentes automobilísticos.

Destarte, apesar de aparentar um discurso transformador e politicamente correto por apregoar a paz e o respeito às diversidades, **a promoção da cultura da paz na PNPS é aludida principalmente como uma capacidade a ser desenvolvida pelos sujeitos e**

grupos, em conformidade com a NPS. A necessidade de pensar “tecnologias sociais” que favoreçam a **mediação de conflitos como meio de alcançar a paz**, além de superficial, responsabiliza os próprios sujeitos pela resolução das violências, das quais são vítimas cotidianamente. Criminalidade e pobreza são associadas, seguindo o trilha da Terceira Via.

Nesse trilha, de acordo com as análises de Miranda (*et. al.*, 2011), a motivação principal para o combate à violência têm sido os impactos negativos que essa gera no desenvolvimento, representando um custo para toda a sociedade. Para os autores, no nível macroeconômico, as violências reduzem investimentos externos e internos e prejudicam perspectivas de crescimento e, no nível microeconômico, desestimulam o investimento por parte da população em educação ao tempo em que incentiva o crescimento das ações criminosas.

Para estes analistas, a América Latina apresenta uma tendência de aumento da criminalidade, notadamente entre os jovens, e uma das maiores taxas de assassinatos e sequestros do mundo. A formação de quadrilhas especializadas em sequestros, tráfico de pessoas, contrabando de armas e drogas e assaltos a bancos são as preocupações centrais em torno do crescimento da violência juvenil na região (Id Ibid.).

Cabe ressaltar que, mais do que um problema local ou de grupos específicos, solucionável com promoção da educação e combate, via arcabouço repressivo do Estado, a violência deve ser analisada no quadro mais abrangente da lógica expansionista do capital, pois, esta é o germen da violência contemporânea. Segundo Costa (2016), a expansão do capital engendra, no mesmo movimento que gera uma crise ecológica sem precedentes, o recrudescimento da violência, particularmente a violência de Estado:

A hipertrofia das forças repressoras de Estado, porém, (maiores, mais bem equipadas e mais brutalizadas e violentas), claro, nem de longe se destina ao fim proclamado, mas se volta fundamentalmente para conter qualquer traço de resistência antissistêmica e para agir efetivamente a favor do capital nos processos de “higienização social” que este reivindica. (COSTA, 2016, p. 221-222).

Nessa direção, o autor aponta para a mistura de uma mídia desumanizadora que mercantiliza e banaliza a violência, com o setor de segurança privada que conforma aquilo que denomina de “o mercado do medo”, o qual “financia e dá suporte a uma política deliberada de militarização” (Id. Ibid., p. 221).

Como alerta este autor, o avanço do capital produz, num mesmo fenômeno, a reedição do genocídio indígena nas Américas e os ataques a populações tradicionais nos países andinos – inclusive com apoio imperialista como no Equador –, no Brasil, África, Sul

da Ásia e nos países da Oceania, etc., ao mesmo tempo em que gesta novas expressões da violência como o encarceramento dos pobres e negros nos EUA e no Brasil e o extermínio da juventude e dos pobres na periferia das grandes cidades.

Podemos assim afirmar que a violência é um fenômeno inerente e produto inevitável do crescimento capitalista, o único meio possível de assegurar sua continuidade. Assim, na luta contra a violência é necessário romper com a ingenuidade de que é possível reformar o capitalismo e nele eliminar as violências de classes, ético-raciais, de gênero, dentre outras.

Desse modo, como afirma Costa (2016, p.224), é preciso rever as noções desenvolvimentistas incrustadas em boa parte do pensamento “de esquerda”, pois não se pode defender uma “cultura da paz” e um “desenvolvimento sustentável” sem questionar a fúria expansionista do capital. Não é possível falar em “combate à violência” resguardando o papel do Estado como mediador das contradições sociais geradas pelos imperativos da acumulação capitalista –dentre elas a violência e a destruição do meio ambiente –, notadamente através de seu aparato repressor (corpo militar e policial) e de consenso (educação, saúde, ideologia, aparato jurídico), com ampla ênfase no primeiro, como discute Harvey (2014).

Sem negar as lutas sociais pela paz e preservação do meio ambiente, é necessário localizá-las no enfrentamento da lógica destrutiva predominante no capitalismo que produz e reproduz a opressão em suas diversas faces, a naturalização das violências, a desvalorização da vida e a destruição irrefreável dos recursos do planeta.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um bloco histórico não se mantém apenas com base no poderio econômico, a construção da hegemonia do grupo socialmente dominante demanda um complexo sistema político e ideológico que gere coerção e consenso em torno de seu projeto societário.

A partir dos anos de 1970, a classe burguesa elege o neoliberalismo como seu projeto hegemônico, canal de manutenção de seu poder econômico que, concomitantemente, exige a ação política do Estado, bem como de intelectuais individuais e coletivos ligados ou não à estrutura estatal, mas que se tornem orgânicos ao seu projeto de classe e de sociedade. Esses sujeitos são os responsáveis pela produção e disseminação do ideário neoliberal que sustenta e nutre todas as ações econômicas e políticas adotadas pela classe hegemônica.

No contexto de crise da hegemonia neoliberal, o social-liberalismo surge como a revisão deste sistema ideológico, uma estratégia de manutenção de seus preceitos através do consenso que gera em torno dos mesmos. No âmbito das políticas de saúde, o social-liberalismo se expressa por meio de conceitos gestados e difundidos principalmente pelos organismos internacionais – intelectuais orgânicos coletivos do projeto burguês.

O movimento internacional em torno da Promoção da Saúde – a NPS – é gestado e fortalecido nesse imbricado contexto, de modo a constituir um dos braços do referido ideário nas políticas de saúde. Os textos e os documentos oficiais emitidos por governantes de todo o globo se constituem o receptáculo e principal forma de disseminação das acepções da NPS.

Na realidade brasileira, identificamos na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) um importante instrumento de sustentação do ideário social-liberal – expressa em sua vertente nacional, o neodesenvolvimentismo – por meio da adoção dos conceitos da NPS, embora não sem contradições e embates.

Conforme exposto, na particularidade nacional, o processo de institucionalização da PNPS é perpassado por uma correlação de forças entre a perspectiva crítica de PS do MRSB/Saúde Coletiva e as concepções dos organismos internacionais em torno do tema, embate este que se expressa nos principais conceitos presentes na referida política.

Segundo as análises empreendidas pelo estudo, nos textos da PNPS, notadamente na edição de 2006, a PS é definida inicialmente como uma estratégia de produção da saúde; parte fundamental na construção de um novo modelo de atenção e um eixo norteador dos princípios do SUS, notadamente da integralidade e da intersetorialidade, a partir da concepção ampliada de saúde, revelando aproximações à Saúde Coletiva. Contudo, a ênfase maior, em ambas as edições, é a acepção de PS normativa e comportamental, baseada nas escolhas individuais e

voltada aos estilos de vida dos sujeitos. É possível apreender que os preceitos da Saúde Coletiva e àqueles difundidos internacionalmente pela NPS são tratados nos textos de forma indiferenciada.

Mesmo quando aspectos ambientais são citados, a PS é utilizada como mecanismo de responsabilização das pessoas para que cuidem da própria saúde. Ganha destaque o chamado à iniciativa privada para que também tome parte nas ações de PS, proposta alinhada à privatização crescente da Promoção em todo o globo. Detectamos ainda o uso do termo PS como artifício para impulsionar a “modernização do Estado”, via ampliação da eficiência e eficácia das políticas públicas, preceitos esses difundidos pelos ideólogos do social-liberalismo.

Na PNPS/2006 há inicial associação da Equidade com a redução das desigualdades sociais, sendo preconizado o direito universal à saúde como condição para a PS, em aproximação ao referencial da produção social da saúde. Entretanto, a direção predominante na política, notadamente na edição revisada, identifica a Equidade como a redução de vulnerabilidades e riscos, como uma forma de enfrentamento às iniquidades em saúde e promoção da justiça e inclusão sociais, a partir do referencial dos DSS, em consonância com os debates traçados pela Terceira Via.

As duas edições da PNPS também afirmam que a Participação Social é uma condição para a efetivação da PS, e a associam à concepção ampliada de saúde. Contudo, há sérias inconsistências no que tange a perspectiva do controle social e aos mecanismos para efetivá-lo. A participação é definida como um mecanismo de cooperação e de construção de consenso em torno da agenda governamental e internacional. Esse “envolvimento ativo” seria possível a partir do empoderamento de sujeitos e comunidades para serem mais propositivos em matéria de saúde, capacitados para propor melhorias e solucionar problemas de saúde pessoais e comunitários que se apresentarem. Esse discurso, como discutido, advém da delegação de atribuições à sociedade civil, também apregoada pelo ideário social-liberal.

No que se refere à Educação em Saúde, a acepção hegemônica utilizada se restringe aos cuidados com o corpo, notadamente através do combate à má alimentação, excesso de peso, tabagismo, alcoolismo e uso de drogas, com ênfase no conceito seniano de liberdade individual para fazer escolhas saudáveis e na normatização dos hábitos de vida. Medidas mais estruturantes como o fomento à agricultura familiar e o controle da produção e uso de agrotóxicos são secundarizadas. Ganha relevo a acepção de Educação Popular em Saúde, entretanto esta é afirmada no sentido do favorecimento de escolhas saudáveis e não no potencial reflexivo e emancipatório que pode ter.

Ainda em afinidade com a Terceira via, a ES é mencionada como mecanismo de empoderamento dos sujeitos e associada ao discurso do bem-estar, sendo a Educação Permanente em Saúde comumente utilizada como estratégia central para o ensino de estilos de vida saudáveis aos sujeitos.

Por seu turno, o conceito de Desenvolvimento Sustentável é abraçado como uma estratégia para dar visibilidade aos modos de consumo e produção deletérios à saúde, tal como definem os organismos internacionais. A luta pela preservação ambiental é necessária, contudo, a acepção de Desenvolvimento Sustentável, conforme exposto, busca revestir o atual modelo de desenvolvimento econômico com um verniz humanitário, de preservação do ecossistema. Os ambientes/territórios saudáveis são apresentados como forma de promover a corresponsabilidade dos sujeitos no processo do desenvolvimento humano sustentável. Na mesma linha, o discurso em torno do “movimento” dos municípios/cidades e políticas saudáveis, não faz menção à relação entre o modo de produção e o processo de urbanização e apresenta consonância com a concepção de Estado mínimo para o social.

Ainda no conjunto do conceito de Desenvolvimento Sustentável, a promoção da mobilidade segura e da paz no trânsito também são temas recorrentes na PNPS. Estes apresentam com centralidade os comportamentos de risco e a capacidade de “mediação” de conflitos a ser desenvolvida pelos sujeitos como meio de alcançar a paz. Como o fazem os ideólogos da Terceira Via, os debates em torno desses projetos associam criminalidade e pobreza, sem aludir à determinação da violência na sociedade contemporânea.

Destarte, a investigação realizada em torno dos conceitos expressos na PNPS, nos permite corroborar que o movimento internacional da NPS, representante do social-liberalismo, é hegemônico no debate traçado na referida política. Entretanto, a resistência a essa hegemonia internacional, que marca a trajetória do MRSB nos anos de 1970/1980, resiste.

No contexto atual esse embate é acirrado, quais seriam então as prospecções para a PS? Seguindo a tendência da retirada de máscaras do neoliberalismo a nível mundial, no país, após o colapso dos governos “de esquerda”, o bloco da extrema direita ascende ao poder e passa a defender a imperiosidade dos interesses privatistas e do grande capital internacional através da aplicação de medidas extremamente regressivas para a classe trabalhadora.

As mais recentes medidas que afetam diretamente a política de saúde não só ampliam os riscos de aprofundamento do subfinanciamento, da polivalência e sobrecarga dos profissionais, da seletividade e da focalização, como corroboram a naturalização e institucionalização normativa da precariedade, da universalização excludente e, sobretudo, o

avanço do universalismo básico. Uma contrarreforma do Estado baseada no potencial da PNPS e da PNAB de contribuir para redução dos gastos em saúde, consoante ao projeto do neoliberalismo. Em meio à involução civilizatória vivenciada, notadamente para as lutas e a organização política da classe trabalhadora, é certo que ainda sobrevirão mais duros ataques à política de saúde com vistas a desconstruir seu caráter estatal, público, universal e de qualidade.

Nesse trilho, para a Promoção da Saúde se impõe (des)caminhos como a maior secundarização da determinação social e do enfrentamento intersetorial às desigualdades sociais – preceitos da Saúde Coletiva – em detrimento da normatização de estilos de vida com vistas ao afunilamento ou mesmo extinção dos investimentos nas ações referentes à PNPS.

Nesse sentido, o objetivo das críticas aqui tecidas acerca de concepções e interesses políticos que envolvem a PNPS não é obscurecer a relevância dessa política para a mudança positiva nos níveis de saúde dos brasileiros, mas sim evidenciar a distinção – velada propositalmente – entre um modelo internacional de PS que se alinha aos interesses neoliberais e privatistas e a proposta construída de forma lúcida e aguerrida por sujeitos ligados ao MRSB. Realizamos esse esforço para elucidar, portanto, que a luta pela igualdade em saúde requer posicionamentos teórico-políticos claros, pois para àqueles que lutam contra o projeto privatista não cabe erguer a bandeira ideológica do inimigo.

Num contexto no qual o desmonte do SUS está no alvo dos interesses do novo presidente, é preciso organizar e fortalecer as resistências com base na radicalidade reivindicada na VIII CNS e, nesse sentido, a luta passa também pelo combate à perspectiva autoritária e prescritiva de PS que atende aos anseios mercadológicos e privatistas.

No âmago da luta de ideias, é gigante a dificuldade de tecer análises em torno da NPS a partir do prisma do MRSB dos anos de 1980, haja vista a incorporação e reprodução indiferenciada e crescente do ideário internacional no discurso e na prática de profissionais e analistas da área da saúde, inclusive daqueles que lutam contra a privatização dessa política. Contudo, produções sobre PS que buscam embasamento na teoria social crítica, associando-a aos preceitos mais amplos da Saúde Coletiva e do SUS, precisam continuar a brotar, embora em terreno permeado por tensões teóricas, conceituais, ideológicas e políticas.

Nesse trilho, longe da pretensão de direcionar os debates em torno da temática, através de nosso estudo buscamos sistematizar e elucidar alguns dos conceitos que perpassam a PS e, assim, somar forças à discussão sobre esta a partir de uma perspectiva crítica.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). **Entre acordos de cúpula e demonstrações políticas, China recebeu a conferência global de Promoção da Saúde**. 2017. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/opiniaio/entre-acordos-de-cupula-e-demonstracoes-politicas-china-recebeu-a-conferencia-mundial-de-promocao-da-saude/25215/>. Acesso em 17. Out. 2017.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ACADEMIAS (ACAD). **Relatório Global IHRSA: Fitness cresce no mundo e Brasil ainda sofre com a crise econômica**. Revista ACAD Brasil. Agosto-Setembro. 2017. Disponível em: http://download.ihrsa.org/brasil/MATERIA_DE_CAPA_DIRETO.pdf. Acesso em 22. Set. 2018.

ALMEIDA FILHO, N. A problemática teórica da determinação social da saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento). **Saúde em Debate**, v. 33, n. 83, p. 349-370, 2009.

ANDERSON, P. **Balço do neoliberalismo**. In: SADER, Emir; GENTILI, Pablo (Orgs.). Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995, p. 9-23.

ANTUNES, A.; MATHIAS, M. **Cobertura Universal de Saúde: a nova aposta do capital**. 2016. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/cobertura-universal-de-saude-a-nova-aposta-do-capital>. Acesso em: 14. Fev. 2018.

AROUCA, S. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva**. São Paulo: Ed. UNESP; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

BAHIA, L. *et. al.*, Planos privados de saúde com coberturas restritas: atualização da agenda privatizante no contexto de crise política e econômica no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016. p. 1-5. Disponível em: www.ensp.fiocruz.br/csp. Acesso em: 29. Jul. 2017.

BARROS F.P.C. Cobertura universal ou sistemas públicos universais de saúde? **Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical**; 13: p.87-90. 2014. Disponível em: <https://anaisihmt.com/index.php/ihmt/article/download/176/142/>. Acesso em: 18 Ago. 2018.

BATISTA JÚNIOR, F. **Políticas de Saúde no Sistema Único de Saúde**. In: BRAVO, M. I.; MENEZES, J. S. B. (Orgs.). Cadernos de Saúde: A saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2014.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.17, p.389-406, mar/ago 2005. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2005.v9n17/389-394/pt>. Acesso em: 14. Nov. 2016.

BENEVIDES, R. P. de S; VIEIRA, F. S. **Os Impactos do Novo Regime Fiscal para o Financiamento do Sistema Único de Saúde e para a Efetivação do Direito à Saúde**. Nota Técnica Nº 28. Brasília: Ipea, 2016.

BERLINGUER, G. **Medicina e política**. São Paulo: CEBES-Hucitec, 1978.

BOSCHETTI, I. **A equidade e justiça social podem ser alcançadas no capitalismo?**
In: CRESS-RJ (Org.). Projeto ético-político e exercício profissional em Serviço Social: os princípios do código de ética articulados à atuação crítica de assistentes sociais. Rio de Janeiro: CRESS, 2013.

BRAGA, R. **O fim do lulismo**. *In:* JINKINGS, I. *et. al.* Porque gritamos golpe? Para entender o impeachment e a crise política no Brasil. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: MS, 1986. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em: 17. Jul. 2016.

__. **Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: MS, 1990a. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm. Acesso em: 23 Abr. 2015.

__. **Lei nº 8.142, de 28 de Dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: MS, 1990b. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm. Acesso em: 14 Mar. 2015.

__. Secretarias de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: MS, 2002. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf. Acesso em: 08. Jun. 2015.

__. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília: MS, 2006a. 60 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

__. **Portaria GM/MS nº 399 de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: MS, 2006b. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 17 Agos. 2018.

__. **Portaria GM/MS nº 699 de 30 de março de 2006**. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. Brasília: MS, 2006c. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0699_30_03_2006_comp.html. Acesso em: 17 Ago. 2018.

__. **Portaria GM/MS nº 325 de 21 de fevereiro de 2008**. Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação. Brasília: MS, 2008. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0325_21_02_2008.html. Acesso em: 17. Agos. 2018.

__. **Painel de Indicadores do SUS N° 6. Temático Promoção da Saúde IV**. Brasília: OPAS, 2009.

__. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: MS, 2010. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 04. Set. 2018.

__. **Portaria nº 719, de 07 de abril de 2011**. Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: MS, 2011. Disponível em:

<https://atencao basica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201510/01114724-20141103165640br-portaria-719-2011-academia-de-saude-1.pdf>. Acesso em: 21. Abr. 2017.

__. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: MS, 2012a. Disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 03. Ago. 2015.

__. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: MS, 2012b. Disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/pnan2011.pdf>. Acesso em: 28. Set. 2018.

__. **Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013**. Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: MS, 2013. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2681_07_11_2013.html. Acesso em: 25. Abr. 2017.

__. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed., 1. reimpr. Brasília: MS, 2014. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf. Acesso em: 26. Set. 2018.

__. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**: PNPS. Revisão da Portaria MS/GM nº687, de 30 de Março de 2006. Brasília: MS, 2015.

__. **Redes e Programas. Saúde Mais Perto de Você. Atenção Básica**. Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE). Dados 2016. SAGE, 2016a. Disponível em:

<http://sage.saude.gov.br/>. Acesso em: 13. Jul.2017.

__. **Portaria nº 1.707, de 23 de setembro de 2016**. Redefine as regras e os critérios referentes aos incentivos financeiros de investimento para construção de polos; unifica o repasse do incentivo financeiro de custeio por meio do Piso Variável da Atenção Básica (PAB Variável); e redefine os critérios de similaridade entre Programas em desenvolvimento no Distrito Federal e nos Municípios e o Programa Academia da Saúde. BRASIL: MS, 2016b. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt1707_23_09_2016.html. Acesso em: 18 Set. 2018.

__. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**, aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: MS, 2017c. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 03. Mar. 2018.

BRASIL. **Lei nº 13.429 de 31 de março de 2017**. Altera dispositivos da Lei nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, que dispõe sobre o trabalho temporário nas empresas urbanas e dá outras providências; e dispõe sobre as relações de trabalho na empresa de prestação de serviços a terceiros. Brasília: Casa Civil, 2017a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Lei/L13429.htm. Acesso em: 05. Nov. 2018.

__. **Lei nº 13.467 de 13 de julho 2017**. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis nºs 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. Brasília: Casa Civil, 2017b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13467.htm. Acesso em: 05. Nov. 2018.

__. **Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Supremo Tribunal Federal, Secretaria de Documentação, 2018. 518 p. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/legislacaoConstituicao/anexo/CF.pdf>. Acesso em: 13. Jun. 2018.

BRAVO, M. I. S.; CORREIA, M. V.C. Desafios do controle social na atualidade. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 109, p. 126-150, Mar. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282012000100008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 Nov. 2016.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1):163-177, 2000. __. Promoção da Saúde da Família. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, 2002; 2(6): 50- 63. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/produtos/is_0103/IS23%281%29021.pdf. Acesso em: 17. Ago.2016.

__. **Uma introdução ao conceito de promoção da saúde**. In: CZERESNIA, D; FREITAS, C.M de. (Orgs). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2009. p. 19-42.

__; CARVALHO, A. I. de. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(6): 2305-2316, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000600039. Acesso em: 04. Mar. 2016.

CARVALHO, M. do C. A. A. Participação Social no Brasil hoje. 1998. **Pólis**, assessoria, formação e estudos em políticas sociais. Disponível em: <http://polis.org.br/publicacoes/participacao-social-no-brasil-hoje/>. Acesso em: 02. Nov. 2018.

CARVALHO, A. L. B de. *et. al.* A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 901-911, abr. 2012.

CARVALHO, A. I. Saúde e Educação de base - algumas notas. *In:* FLEURY, S. *et. al.* (Orgs.). **Saúde em Debate**. Fundamentos da Reforma Sanitária. CEBES, 2008.p. 136-141.

CASTELO, R. A. A “questão social” e o social-liberalismo brasileiro: contribuição à crítica da noção do desenvolvimento econômico com equidade. **Emancipação**, Ponta Grossa, 8(1): 21-35, 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5212/Emancipacao.v.8i1.021035>. Acesso em: 20. Out. 2016.

__. **O Social-liberalismo brasileiro e a miséria ideológica da economia do bem-estar.** *In:* MOTA, A. E. (Org.). **Desenvolvimentismo e construção de hegemonia: crescimento econômico e reprodução da desigualdade.** São Paulo: Cortez, 2012.

__. **O social-liberalismo: auge e crise da supremacia burguesa na era neoliberal.** São Paulo: Expressão Popular, 2013.

__. **O canto da sereia: social-liberalismo, neodesenvolvimentismo e supremacia burguesa no capitalismo dependente brasileiro.** *In:* MACÁRIO, E.; VALE, E. S. do; RODRIGUES JR, N. (Orgs.). **Neodesenvolvimentismo, Trabalho e Questão Social.** Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 2016. p.43-74.

CASTIEL, L. D., *et. al.*, Os riscos e a promoção do autocontrole na saúde alimentar: moralismo, biopolítica e crítica parresíasta. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 5, p. 1523-1532, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n5/1413-8123-csc-19-05-01523.pdf>. Acesso em: 03. Set. 2018.

CASTRO A; MALO M. **SUS: ressignificando a promoção da saúde.** São Paulo: Editora Hucitec; 2006.

CASTRO, A. L. de. Saúde e estética: a medicalização da beleza. **RECIIS– R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde.** Rio de Janeiro, v5, n.4, p.14-23, Dez., 2011. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/17377>. Acesso em: 22 de Set. de 2018.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES). **Determinantes sociais.** Rio de Janeiro: CEBES, 2009.

__. **Nota pública Cobertura Universal de Saúde.** CEBES, 2014. Disponível em: <http://cebes.org.br/2014/08/nota-consulta-publica-cobertura-universal-da-saude-da-omsopas-no-brasil/>>. Acesso em: 16. Mai. 2018.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CNDSS). **As causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Resolução nº 333 de 4 de novembro de 2003**. Ministério da Saúde: Brasília, 2003. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2005/resolucao333.htm. Acesso em: 07. Nov. 2018.

CORREIA, M. V. C.; MEDEIROS, S. M. de. **As bases da Promoção da Saúde nas Conferências Internacionais e a Reforma Sanitária Brasileira**: concepção do processo saúde e doença em questão. *In*: VASCONCELOS, K. E. L.; COSTA, M.D.C. (Orgs.). Por uma crítica da Promoção da Saúde: contradições e potencialidades no contexto do SUS. Campinas: Hucitec, 2014.

COSTA, R. **Gramsci e o conceito de hegemonia**. Cadernos do ICP, n. 1. Salvador: Quarteto; São Paulo: ICP, 2011.

COSTA, M. D. H. da. **A intrínseca relação entre intersectorialidade e Promoção da Saúde**. *In*: VASCONCELOS, K. E. L.; ___. (Orgs.). Por uma crítica da Promoção da Saúde: contradições e potencialidade no contexto do SUS. Campinas: Hucitec, 2014.

COSTA, A. A. **Crise ecológica, violência e capitalismo no século XXI**. *In*: MACÁRIO, E. *et. al.* (Orgs.). Neodesenvolvimentismo, Trabalho e Questão Social. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 2016.

COUTINHO, C. N. **Introdução**. *In*: ___. (Org.). O leitor de Gramsci: escritos escolhidos. 1916 - 1935. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.

CZERESNIA, D. **Conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção**. *In*: __; FREITAS, C.M. de. (Orgs.). Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2009.

DIAS, E. F. **A liberdade (im)possível na ordem do capital**: reestruturação produtiva e passivização. São Paulo: IFCH/Unicamp, 1997.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS (DIEESE). PEC nº 241/2016: o novo regime fiscal e seus possíveis impactos. **Nota Técnica nº 161**. DIEESE, 2016. Disponível em: <https://www.dieese.org.br/notatecnica/2016/notaTec161novoRegimeFiscal.html>. Acesso em: 16. Abr. 2017.

DONNANGELO, M. C. F. **Saúde e sociedade**. 2 ed. São Paulo: Duas Cidades, 1979.

SCOREL, S. **Reviravolta na Saúde**: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. **Atenção Primária à Saúde**: histórico e perspectivas. *In*: MOROSINI, M. V. G.; CORBO, A. D. A. (Orgs.) Modelos de Atenção e a saúde da família. MS: Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: http://www.retsus.epsjv.fiocruz.br/upload/publicacoes/pdtpsp_4.pdf. Acesso em: 19. Fev. 2018.

FERREIRA, M. S. **Agite Antes de Usar... A Promoção da Saúde em Programas Brasileiros de Promoção da Atividade Física: o caso do Agita São Paulo.** Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP)/Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz): Rio de Janeiro, 2008.

FILGUEIRA, F.; *et. al.* **Universalismo básico: uma alternativa posible y necessária para mejorarlas condiciones de vida.**In: Universalismo básico: una nueva política social para América Latina. Workingpaperseries. Washington: Indes-BID, 2006. p. 19-55. Disponível em: <http://services.iadb.org/wmsfiles/products/Publications/2220408.pdf>. Acesso em: 09. Mai. 2018.

FONSECA, A. F.;*et. al.* **Atenção primária à saúde e o perfil social do trabalhador comunitário em perspectiva histórica.** RJ. Vol.11. Set-Dez. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462013000300005. Acesso: 26.Fev. 2016.

FOOG, J. M. **Uma entrevista com Paul Zane Pilzer.** BBOM. 2012. Disponível em: <https://sistemadiamantes.wordpress.com/2012/08/29/paul-zane-pilzer/>. Acesso em 21. Set. 2018.

FREITAS, C. M. de. A. **Vigilância da Saúde para a Promoção da Saúde.** In: Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2009.

GARRAFA, V.; CORDÓN, J. Determinação Social da Doença. **Saúde em Debate**, v. 33, n. 83, p. 388-396, 2009.

GIDDENS, A. **Introdução.** In: __. (Org.). O debate global sobre a terceira via. São Paulo: Ed. UNESP, 2007.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed.11. reimp. São Paulo: Atlas, 2008.

GONÇALVES, R. Novo desenvolvimentismo e liberalismo enraizado. **Serv. Soc. Soc.** [online].n.112, p.637-671.São Paulo, Cortez, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n112/03.pdf>. Acesso em: 08 Nov. 2016.

GONZALEZ, A. **Projeto de Lei sobre agrotóxicos, o “PL do veneno” põe o lucro acima da saúde das pessoas.** Abrasco, 2018. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/ecologia-e-meio-ambiente/projeto-de-lei-sobre-agrotoxicos-o-pl-do-veneno-poe-o-lucro-acima-da-saude-das-pessoas/34462/>. Acesso em: 18. Jun. 2018.

Gramsci, A. **Cadernos do cárcere.** v. 1. Ed. e trad.: COUTINHO, C. N. Coedição, HENRIQUES, L. S.; NOGUEIRA, M. A. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

__. **Cadernos do cárcere.** v. 3. Ed. e trad.: COUTINHO, C. N. Coedição, HENRIQUES, L. S.; NOGUEIRA, M. A. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007.

__. 1981-1937. **O leitor de Gramsci: escritos escolhidos.** 1916 - 1935. COUTINHO, C. N. (Org.). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.

GUERRA, Y. **Investigação social e serviço social: novos processos de produção do conhecimento.** 1998. Disponível em: <http://www.ts.ucr.ac.cr>. Acesso em: 05.Ago. 2016.

HARVEY, D. **O Novo Imperialismo.** Trad.: SOBRAL, A. U.; GONÇALVES, M. S. 8ª ed. São Paulo: Edições Loyola, 2014.

___. **Condição Pós-Moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural.** Trad.: SOBRAL, A. U.; GONÇALVES, M. S. 26ª reimpressão. São Paulo: Edições Loyola, 2017.

INSTITUTO DE DIREITO SANITÁRIO APLICADO (IDISA). **Despesas vedadas com dinheiro da saúde.** Domingueira da Saúde, nº 27/589, 2011. Disponível em: http://idisa.org.br/site/documento_6344_0__2011---27---589---domingueira---despesas-vedadas-com-dinheiro-da-saUde.html. Acesso em: 26. Set. 2018.

KATZ, C. **Neoliberalismo, neodesenvolvimentismo, socialismo.** 1ª ed. São Paulo: Expressão Popular/Fundação Perseu Abramo, 2016.

KICKBUSCH, I.; PAYNE, L. **Twenty-first century health promotion: the public health revolution meets the wellness revolution.** Health Promotion International. vol. 18. n. 4. Oxford University Press, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/heapro/dag418>. Acesso em: 24. Set. 2018.

KOSIK, K. **O mundo da pseudoconcreticidade e a sua destruição.** In: ___. *Dialética do concreto.* Trad. NEVES, C.de; TORÍBIO, A. 2 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

KROTH, D. C. **Avaliação de impacto do programa "Pacto pela Saúde" sobre indicadores de eficiência e de vulnerabilidade de saúde municipais (2006-2013).** Tese (Doutorado em Desenvolvimento Econômico). Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, 2017. 250 p. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/46449/R%20-%20T%20-%20DARLAN%20CHRISTIANO%20KROTH.pdf?sequence=1>. Acesso em 09. Jul. 2018.

LABONTE, R. **Estratégias para la promoción de la salud en la comunidad.** Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la salud: una antología. Washington (DC): OPS, 1996.

LALONDE, M. **El concepto de “campo de la salud”:** una perspectiva canadiense. In: Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la salud: una antología. Washington (DC): OPS; 1996.

LATHAM, M. **A terceira via:** um esboço. GIDDENS, A. (Org.). O debate global sobre a terceira via. São Paulo: Ed. UNESP, 2007.

LAURELL A. C. A saúde-doença como processo social. **Revista Latinoamericana de Salud,** México, 2, 1982, p. 7-25. Trad. E. D. Nunes. Disponível em: <http://www.asacristinalaurell.com.mx/documento-para-descargar/articulos-academicos-de-asa-cristina/a-sau-de-doenc-a-como-processo-social.html>. Acesso em 02. Jul. 2017.

LEHER, R. **Neodesenvolvimentismo e pós-neoliberalismo como narrativas dominantes da crise capitalista.** In: MACÁRIO, E.; VALE, E. S. do; RODRIGUES JR, N. (Orgs.).

Neodesenvolvimentismo, Trabalho e Questão Social. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 2016.

LIMA, T.C. S. de; MIOTO, R. C. T. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Rev. katálysis** [online]. 2007, vol.10, n.spe, p.37-45. ISSN 1982-0259. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802007000300004. Acesso em: 15. Ago. 2017.

LINARES, N.; ARELLANO, O. L. **Equidad en salud**. ¿objetivo o pretexto para las reformas en América latina?. XXVI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. Asociación Latinoamericana de Sociología, Guadalajara, 2007.

LÖWY, M. **Da tragédia à farsa: o golpe de 2016 no Brasil**. In: JINKINGS, I. *et. al.* Porque gritamos golpe? Para entender o impeachment e a crise política no Brasil. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2016.

LUZ, M. T. **La salud en forma y las formas de la salud: superando paradigmas y racionalidades**. In: BRICENO-LÉON, R.; MINAYO, M.C.S.; COIMBRA JR, C.E.C. (Coord.). Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000.

MALTA, D. C. *et. al.* Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n 6. p. 1683-1694, 2016 Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2016.v21n6/1683-1694/pt>. Acesso em: 19. Nov. 2017.

___; SILVA JR, J. B. da. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 151-164, mar. 2013. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000100016&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 18 Ago. 2018.

MAGALHÃES, R. Regulação de alimentos no Brasil. **R. Dir. sanit.**, São Paulo v.17 n.3, p. 113-133, nov. 2016./fev. 2017. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/127780>. Acesso em: 13. Out. 2017.

MANDEL, E. **O Capitalismo tardio**. Introdução de Paulo Singer. Trad.:MATOS, C. E. S. *et. al.*, São Paulo: Abril cultural, 1982. (Os economistas).

MARANHÃO, C. H. **Desenvolvimento social como liberdade de mercado**. In: MOTA, A. E. (Org.). Neodesenvolvimentismo e construção de hegemonia: crescimento econômico e reprodução da desigualdade. São Paulo: Cortez, 2012.

MARTINS, R. M. de.; LIMA, C. M. A “**questão urbana**” e o direito à cidade: a segregação socioespacial na formação das cidades brasileiras. In: MACÁRIO, E. *et. al.* (Orgs.) Neodesenvolvimentismo, Trabalho e Questão Social. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 2016.

MARX, K. **Contribuição à Crítica da Economia Política**. Trad. e introd. FERNADES, F. 2 ed. São Paulo: Expressão Popular, 2008.

MASCARENHAS, F. *et al.*, **Acumulação flexível, técnicas de inovação e grande indústria do fitness: o caso da curves Brasil**. Revista Pensar a Prática. v. 10., n. 2. UFG, 2007. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fef/article/view/1070/1691>. Acesso em: 28. Set. 2018.

MATHIAS, M. Uma segunda alma para o SUS? **Rev. Poli. Saúde, Educação, Trabalho**. Ano IX, nº 48. Nov./Dez. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2016. p. 26-30. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/printpdf/6403>. Acesso em: 27. Out. 2017.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G **Atenção Primária à Saúde**. 2006. Disponível em: http://www.midias.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Atencao_Primaria_a_Saude_-_recortado.pdf. Acesso em: 05. Fev. 2016.

MATTOS, R. A. de. **Os Sentidos da Integralidade**: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. *In: __; PINHEIRO, R. (Orgs.) Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006.

MENEZES, J. S. B. **Os governos do Partido dos Trabalhadores e as políticas sociais**: “nada de novo no front”. *In: BRAVO, M. I.; __. (Orgs.) Cadernos de Saúde: A saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização*. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2014.

MENICUCCI, T. M. G. A Política de Saúde no Governo Lula. **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.2, p.522-532, 2011. Disponível em: www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n2/22.pdf. Acesso em: 04. Nov. 2016.

__; *et al.* Pacto pela saúde: aproximações e colisões na arena federativa. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 29-40, jan. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000100029&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15. Nov. 2017.

MÉSZAROS, I. **Para além do capital**: rumo a uma teoria da transição. Tradução de Paulo Cezar Castanheira, Sérgio Lessa. - 1.ed. revista. - São Paulo: Boitempo, 2011.

MINTEGUIAGA, A. **Dela focalización individual a la focalización de los derechos**: crítica a la propuesta del Universalismo Básico. *In: LOBATO L. de V. C; FLEURY, S. (Orgs.) Seguridad Social, Ciudadanía e Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p. 47 - 65. Disponível em: http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2013/10/Livro_Seguridad.pdf. Acesso em: 24. Abr. 2018.

MIRANDA, A. C. de. *et al.* **A transição para um desenvolvimento sustentável e a soberania humana**: realidades e perspectivas na região das Américas. *In: GALVÃO, L. A. C.; FINKELMAN, J.; HENAO, S. (Orgs.) Determinantes Ambientais e Sociais da Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; Washington: OPAS; 2011.

MOTA, A. E. **Redução da pobreza e aumento da desigualdade**: um desafio teórico-político ao Serviço Social brasileiro. *In*: ___. (Org.). *Desenvolvimentismo e construção de hegemonia: crescimento econômico e reprodução da desigualdade*. São Paulo: Cortez, 2012.

___; AMARAL, A. S. do; PERUZZO, J. F. **O novo desenvolvimentismo e as políticas sociais na América Latina**. *In*: MOTA, A. E. (Org.). *Desenvolvimentismo e construção de hegemonia: crescimento econômico e reprodução da desigualdade*. São Paulo: Cortez, 2012.

NETO, J. F. L. *et. al.* Processos da construção da Política Nacional de Promoção da Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29. n. 10. p. 1997 - 2007. Out, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n10/a16v29n10.pdf>. Acesso em: 06. Nov. 2017.

NETTO, J. P. **Análise de Conjuntura com José Paulo Netto**. Vídeo. PPGPS/UNB. 20 de Abril de 2016. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=xJnbJYKq6O4>. Acesso em: 20. Jul. 2016.

___ **Uma face contemporânea da barbárie**. III Encontro Internacional “Civilização ou Barbárie”. Serpa, 30-31 de outubro/1º de novembro de 2010. Disponível em: <http://pcb.org.br/portal/docs/umafacecontemporaneadabarbarie.pdf>. Acesso em 14. Abr. 2015.

NEVES, M. L. W. **A nova pedagogia da hegemonia**: estratégias do capital para educar o consenso. São Paulo: Xamã, 2005.

NOGUEIRA, R. P. Determinantes, determinação e determinismo sociais. **Saúde em Debate**, v. 33, n. 83, p. 398-406, 2009.

NORONHA, J. C. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 5, p. 847-849, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n5/03.pdf>. Acesso em: 23. Mai. 2018.

OCKÉ-REIS, C. O. **Cobertura universal de saúde**: inclusão ou exclusão? Boletim de Análise Político-Institucional. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). N.9. Jan-Jun. 2016. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7088/1/BAPI_n9_cobertura.pdf. Acesso em: 23. Mai. 2018.

OLIVEIRA, M. M. de. **Como fazer pesquisa qualitativa**. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2016.

___ *et. al.*, Características da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 26, n. 3, p. 605-616, jul-set, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v26n3/2237-9622-ress-26-03-00605.pdf>. Acesso em: 28. Ago. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE(OMS). **Financiamento dos sistemas de saúde**: o caminho para a cobertura universal. Geneva: OMS, 2010. (Relatório Mundial da Saúde). Disponível em: http://www.who.int/whr/2010/whr10_pt.pdf. Acesso em: 07. Mai. 2018.

___ **Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud-Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud**, Ottawa, Ontario, Canadá, 1986. *In*: Organización Panamericana de la Salud. *Promoción de la salud: una antología*. Washington (DC): OPS, 1996.

OMS/UNICEF. **Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde- Alma-Ata**, 1978. OMS/UNICEF, Brasil, 1979. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39228/9241800011_por.pdf;jsessionid=8DFB0C28AE4B1C2BE38B502D12D0FC7A?sequence=5. Acesso em: 10 de Mar. 2018.

PAIM, J. S. **Bases conceituais da Reforma Sanitária Brasileira**. In: FLEURY, S. (Org.). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

__. **Do “dilema preventivista” à saúde coletiva**. In: AROUCA, S. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo: Ed. UNESP; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

__. **Vigilância da Saúde**: dos modelos assistenciais para a Promoção da Saúde. In: CZERSNIA, D.; FREITAS, C.M. de. (Orgs). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2009.

__. **Reforma Sanitária Brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: UFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

PASCHE, D.F.; HENNINGTON, E.A. **O sistema Único de Saúde e a Promoção da Saúde**. In: CASTRO, A.; MALO, M. (Orgs.). *SUS: ressignificando a Promoção da Saúde*. São Paulo: Hucitec; Washington (DC): OPAS, 2006.

PAULA, R. F. dos S. **Novo desenvolvimentismo ou neoliberalismo à brasileira?**: continuidades e rupturas. In: __. *Estado Capitalista e Serviço Social: O neodesenvolvimentismo em questão*. Campinas: Papel Social, 2016.

PROPOSTA DE EMENDA À CONSTITUIÇÃO. **PEC n.º 287, de 2016**. Altera os arts. 37, 40, 109, 149, 167, 195, 201 e 203 da Constituição, para dispor sobre a seguridade social, estabelece regras de transição e dá outras providências. Câmara dos Deputados, 2016. Disponível em: https://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1527338&filenam e=EMC+3/2017+PEC28716+%3D%3E+PEC+287/2016. Acesso em 27. Set. 2018.

PINHEIRO, D. G. M *et. al.*, Competências em promoção da saúde: desafios da formação. **Saúde Soc**. São Paulo, v.24, n.1, p.180-188, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n1/0104-1290-sausoc-24-1-0180.pdf>. Acesso em: 21. Out. 2018.

PEREIRA, B. **O Estado social-liberal**. In: *Construindo o Estado republicano*. Rio de Janeiro: FGV, 2009.

PINTO, L. F.; ROCHA, C. M. F. Inovações na Atenção Primária em Saúde: o uso de ferramentas de tecnologia de comunicação e informação para apoio à gestão local. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n.5, p. 1433-1448, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/1413-8123-csc-21-05-1433.pdf>. Acesso em: 19. Set. 2018.

PORTO, M. F. de.; PIVETTA, F. **Por uma Promoção da Saúde emancipatória em territórios urbanos vulneráveis**. In: CZERSNIA, D.; FREITAS, C.M. de. (Orgs). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2009.

PORTELLI, H. **Gramsci e o bloco histórico**. Tradução de Angelina Peralva. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

PRATES, J. C.; PRATES, F. C. Problematizando o uso da técnica de Análise Documental no Serviço Social e no Direito. **Sociedade em debate**, Pelotas, v. 15, n. 2, 2009. Disponível em: <http://revistas.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/356/313>. Acesso em: 08. Nov. 2015.

RABELLO, L.S. **A Saúde pública e o campo da Promoção da Saúde**. In: __. *Promoção da Saúde: a construção social de um conceito em perspectiva comparada*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

RAWLS, J. **Uma Teoria da Justiça**. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

RICHARDSON, R.J. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. São Paulo: Ed. Atlas, 2007.

RIZZOTTO, M. L. F.; CAMPOS, G. W. de S. O Banco Mundial e o Sistema Único de Saúde brasileiro no início do século XXI. **Saúde Soc**. São Paulo, v.25, n.2, p.263-276, 2016.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n2/1984-0470-sausoc-25-02-00263.pdf>. Acesso em: 24. Set. 2017.

ROCHA, D. G. *et. al.* Processo de Revisão da Política Nacional da Saúde: múltiplos movimentos simultâneos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4313-4322, Nov. 2014. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4313.pdf>. Acesso em: 25. Ago. 2015.

RODRIGUES, A. T.; SILVA, K. L.; Promoção da saúde no âmbito da saúde suplementar: relações e tensões entre operadoras, beneficiários e agência reguladora estatal. **Saúde Soc**. São Paulo, v.24, supl.1, p.193-204, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24s1/0104-1290-sausoc-24-s1-00193.pdf>. Acesso em: 11. Jul. 2018.

SCHAMALLER, V. P. V; *et. al.*, **Política Nacional de Resíduos Sólidos: Interfaces com a Promoção da Saúde, Municípios Saudáveis e Saúde Urbana**. In: VASCONCELOS, K. E. L.; COSTA, M. D. H. da (Orgs.). *Por uma crítica da Promoção da Saúde: contradições e potencialidade no contexto do SUS*. Campinas: Hucitec, 2014.

SANTOS, A. R. dos. **Metodologia Científica: a construção do conhecimento**. 5. Ed. rev. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

SEN, A. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Cia das Letras, 2000.

__. **A Ideia de Justiça**. São Paulo: Companhia das Letras, 2011. [versão on-line]. Disponível em: <http://lelivros.love/book/baixar-livro-a-ideia-de-justica-amartya-sen-em-pdf-epub-e-mobi/>. Acesso em: 20. Set. 2017.

SENNA, M. de C. M.. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**[online]. 2002, vol.18, suppl., pp.S203-

S211. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2002000700020&script=sci_abstract&lng=pt . Acesso em 18. Abr. 2017.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do Trabalho Científico**. 24. ed. rev. e atual. São Paulo: Cortez, 2016.

SICOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. do. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface**, Botucatu , v. 7, n. 12, p. 101-122, Feb. 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832003000100008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12. Nov. 2017.

SILVA, A. X. da. **Contrarreforma na política de saúde e a função dos intelectuais coletivos**. In: __; NÓBREGA, M. B. da; MATIAS, T. S. C. (Orgs.). **Contrarreforma, intelectuais e serviço social: as inflexões na política de saúde**. Campina Grande: EDUEPB, 2017.

SILVA, S. S. de S. **Entre a expansão do capital e a proteção ao trabalho: contradições da assistência social brasileira no governo neodesenvolvimentista**. Recife, 2012. Tese (doutorado) - Universidade Federal de Pernambuco. CCSA, Serviço Social, 2012.

SILVA, J. O.; GADEA, C.A. Quando o sanitário é estético: a questão da saúde na mídia. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.33, n 82, p. 234-239. mai-ago 2009. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/4063/406341771006.pdf>. Acesso em 23. Ago. 2018.

SIMIONATTO, I. **O social e o político no pensamento de Gramsci**. 1997. Disponível em: <https://www.acesa.com/gramsci/?page=visualizar&id=294>. Acesso em: 16. Ago. 2018.

SIQUEIRA, M. V. S.; MENDES, A. M. Gestão de pessoas no setor público e a reprodução do discurso do setor privado. **Revista do Serviço Público**. v.60, n.3. p.241-250. Jul-Set. Brasília, 2009. Disponível em: <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/25/22>. Acesso em 25. Jul. 2018.

SOARES, R. C. **A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje: impactos e demandas ao serviço social**. Raquel Cavalcante Soares. Recife, 2010. 209f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco. CCSA. Serviço Social, 2011.

__. **Contrarreforma na política de saúde e a prática profissional do Serviço Social nos anos 2000**. In: MOTA, A. E. (Org.). **As ideologias da contrarreforma e o Serviço Social**. Recife. Ed. Universitária da UFPE, 2010. p. 337-382.

STOTZ, E. N.; ARAUJO, J. W. G. Promoção da saúde e cultura política: a reconstrução do consenso. **Saude soc.**, São Paulo , v. 13, n. 2, p. 5-19, Ago. 2004 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000200002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 Out. 2017.

TAMBELLINI, A. T.; SCHÜTZ, G. E. Contribuição para o debate do Cebes sobre “Determinação Social da Saúde”: repensando processos sociais, determinações e determinantes da saúde. **Saúde em Debate**, v. 33, n. 83, p. 371-379, 2009.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. A política de saúde no governo Lula e a dialética do menos pior. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 71, p. 268-283, 2005.

LIGUORI, G; VOZA, P. (Orgs.). **Dicionário Gramsciano (1926-1937)**. Trad. CHIARINI, A. M. de; *et. al.* Ed. São Paulo: Boitempo, 2017.

TORRI, G. *et. al.* Dor e tecnificação no contemporâneo culto ao corpo. **Pensar a Prática**. s. 1, v. 10, n. 2, p. 93 -105, set. 2007. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fef/article/view/1114/1672>. Acesso em 23. Set. 2018.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, E. M. Redefinindo as práticas de Saúde a partir de experiências de Educação Popular nos serviços de saúde. **Interface**, p. 121-126. Fevereiro. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v5n8/09.pdf>. Acesso em: 10. Set. 2011.

VASCONCELOS, K. E.L. **Promoção da Saúde e Serviço Social**: uma análise do debate profissional. Tese (Doutorado em Serviço Social). Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2013.

VASCONCELOS, K. E. L.; SILVEIRA, S. A. S.; XAVIER, A. B. **Contrarreforma na Atenção Primária à Saúde: a Estratégia Saúde da Família em foco**. In: SILVA, A. X. da.; NÓBREGA, M. B. da; MATIAS, T. S. C. (Orgs.). **Contrarreforma, intelectuais e serviço social: as inflexões na política de saúde**. Campina Grande: EDUEPB, 2017.

___; SCHMALLER, V. P. V. **Promoção da Saúde**: Polissemias conceituais e ideopolíticas. In: ___; COSTA, M. D. H. da (Orgs.). **Por uma crítica da Promoção da Saúde: contradições e potencialidade no contexto do SUS**. Campinas: Hucitec, 2014a.

___ (Nova) promoção da saúde: configurações no debate do serviço social. **Emancipação**, Ponta Grossa, n. 14, p. 129-146, 2014b. Disponível em <http://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao>. Acesso em: 10. Nov. 2015.

___ Estratégias Saúde da Família: foco da disputa entre projetos sanitários no Brasil. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v.17, n.1, p. 89-118, Jan.-Jun, 2011. Disponível em: <http://www.rle.ucpel.tche.br/index.php/rtd/article/view/686>. Acesso em: 21. Fev. 2016.

VIEIRA DA SILVA, L. M.; ALMEIDA FILHO, N. de. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 2, p. s217-s226, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001400004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07. Set. 2018.

VIRGENS, J. H. A.. **Alguns elementos para analisar a conjuntura da saúde no período Dilma/Temer**. 2017. Disponível em: <https://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/pensamentos/e388574c9888fd756be82bf73313034f/5/>. Acesso em: 11 Nov. 2017.

VIZEU, F.; *et. al.* **Por uma crítica ao conceito de desenvolvimento sustentável**. **Cad. EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 569-583, 2012. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-39512012000300007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12. Out. 2018.

WESTPHAL, M. F. O Modelo de Atenção na Perspectiva de Saúde Integral: a Promoção de Saúde e a Estratégia de “Municípios Saudáveis”. **Sanare**. 2000; 2(3). Disponível em: <http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/66>> Acesso em: 10. Out. 2018.

__. **Promoção da Saúde e a qualidade de vida**. In: FERNADEZ J.C.A.; MENDES, R. (Orgs). Promoção da Saúde e gestão local. São Paulo: Hucitec, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development**. WHO, 2016. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration.pdf?ua=1>. Acesso em: 01. Nov. 2017.

__. **The Helsinki statement on Health in All Policies**. WHO, 2013. Disponível em: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/8gchp_helsinki_statement.pdf?ua=1. Acesso em: 21. Nov. 2017.

__. **Nairobi Callto Action**. WHO, 2009. Disponível em: http://www.dors.it/documentazione/testo/201409/01_2009_OMS%20Nairobi_Call%20to%20action.pdf. Acesso em: 19. Nov. 2017.

__. **The 6th Global Conference on Health Promotion**. WHO, 2005. Disponível em: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf?ua=1. Acesso em: 18. Nov. 2017.

__. **Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud Promoción de la salud: hacia una mayor equidad**. Ciudad de México. WHO, 2000. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/statement/en/>. Acesso em: 16. Nov. 2017.

__. **A Declaração de Jacarta sobre Promoção da Saúde no Século XXI**. WHO, 1997. Disponível em: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_portuguese.pdf?ua=1. Acesso em: 15. Nov. 2017.

__. **Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health**. WHO, 1991. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/sundsvall/en/>. Acesso em: 24. Mar. 2018.

__. **Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy**. OMS, 1988. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/adelaide/en/>. Acesso em: 24. Mar. 2018.

XAVIER, A. B. **A política Nacional de Promoção da Saúde como instrumento de consenso em torno do novo projeto neoliberal**. In: SILVA, A. X. da.; NÓBREGA, M. B. da; MATIAS, T. S. C. (Orgs.). Contrarreforma, intelectuais e serviço social: as inflexões na política de saúde. Campina Grande: EDUEPB, 2017.

APÊNDICE

APÊNDICE 1 – ROTEIRO DE PESQUISA DOCUMENTAL

1. Identificação

1.1 Referência Documental

2. Caracterização

2.1 **Tipo de documento** (políticas, leis, portarias e documentos oficiais que coloquem a PS como uma de suas diretrizes e/ou exponham princípios da PS, apresentando relação com a PNPS, de modo a subsidiar análise desta);

2.2 **Origem do documento** (produzidos pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2006 a 2014 e pela Organização Mundial de Saúde, disponíveis e publicados oficialmente);

2.3 **Conteúdo do documento** (princípios e conceitos de Promoção da Saúde, Equidade, Participação Social, Educação em Saúde e Desenvolvimento Sustentável).

3. Relação dos documentos

3.1 Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS):

3.1.1 Portarias GM/MS nº 687, de 30 de março de 2006 - aprova a Política de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006a);

3.1.2 Portaria GM/MS nº 2.466, de 11 de novembro de 2014 - redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (BRASIL, 2015);

3.2 Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão:

3.2.1 Portaria GM/MS nº 325 de 21 de fevereiro de 2008- estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação (BRASIL, 2008);

3.2.2 Portaria GM/MS nº 399 de 22 de fevereiro de 2006- divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto (BRASIL, 2006b);

3.2.3 Portaria GM/MS nº 699 de 30 de março de 2006 - regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão (BRASIL, 2006c);

3.3 **Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde** (CNDSS, 2008), “As causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil”;

3.4 **Painel de Indicadores do SUS nº 6: “Temático Promoção da Saúde V. IV”** (BRASIL, 2009);

3.5 **As nove Cartas resultantes das Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde:** Carta de Ottawa (OMS, 1986); Declaração de Adelaide (WHO, 1988); Declaração de Sundsvall (WHO, 1991); Declaração de Jacarta (WHO, 1997); Declaração do México (WHO, 2000); Carta de Bangkok (WHO, 2005); Declaração de Nairobi (WHO, 2009); Declaração de Helsinki (WHO, 2013); Declaração de Xangai (WHO, 2016).