



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Doutorado em Saúde Coletiva

RITA DE CÁSSIA GABRIELLI SOUZA LIMA

**MOVIMENTO ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO UM
PRODUTO DA HEGEMONIA:
Análise das Assembleias Mundiais de Saúde de 1948 a 1978**

Florianópolis, 2013

RITA DE CÁSSIA GABRIELLI SOUZA LIMA

**MOVIMENTO ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
COMO UM PRODUTO DA HEGEMONIA:
Análise das Assembleias Mundiais de Saúde de 1948 a 1978**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a Dr^a Marta Verdi

Florianópolis, 2013

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Coletiva, Doutorado em Saúde

MOVIMENTO ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO UM PRODUTO DA
HEGEMONIA : Análise das Assembleias Mundiais de Saúde de
1948 a 1978 / Doutorado em Saúde Coletiva ; orientador,
Marta Verdi - Florianópolis, SC, 2013.
318 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva.

Inclui referências

1. Saúde Coletiva. 2. Assembleia Mundial de Saúde. 3.
risco. 4. Organização Mundial de Saúde. 5. Atenção Primária à
Saúde. I. Verdi, Marta. II. Universidade Federal de Santa
Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III.
Título.

Dedico este estudo aos meus filhos, eterna fonte de inspiração, e aos trabalhadores da atenção primária à saúde que, no exercício de suas ações cotidianas resistem à expropriação hegemônica de as pessoas narrarem as suas dores.

AGRADECIMENTOS

À Marta, pela acolhida sincera e confiança que me permitiram alçar voos próprios em meu processo de libertação teórica e intelectual, e pela oportunidade de eu viver a academia no âmbito da formação ética.

Ao Tullio, pelo acolhimento e disposição com que me recebeu na Itália, garantindo presença concreta e sensível no encontro com a categoria de análise e metodologia.

Ao Prof. Umberto Melotti, pela possibilidade de realização do estágio sanduíche.

Ao Angel, Myriam e Charles, pelas expressivas contribuições na qualificação do projeto de pesquisa.

Ao Tomas e Marie, pela condução atenciosa aos arquivos da OMS.

Ao Aldo, Cristiane, Regina, Mário, Márcia e Ulysses, pela delicadeza e cordialidade com que me acolheram na OMS.

Aos colegas do Núcleo de Pesquisa em Bioética e Saúde Coletiva (NUPEBISC), da UFSC, pelos momentos de integração, interlocução e debates.

Aos professores e colegas do doutorado em Sistemas Sociais, Organização e Análises das Políticas Públicas da Faculdade de Ciências Políticas, Sociologia e Comunicação da Universidade *La Sapienza*, pelas contribuições teóricas.

À avó Adelina, por me mostrar em suas ações cotidianas de saúde pública, ao longo de minha infância, que toda demanda de saúde e doença é uma demanda de amor.

Aos meus pais, que na lida diária em educação pública me estimularam a amar os bancos da escola.

À Laura, por tudo que vivemos no processo de mestrado e doutorado e pela presença amorosa e cuidadosa na coleta de dados deste trabalho.

À Dê, amiga incondicional, que com a sua capacidade de indignar-se reforçou em mim o espírito à intolerância ao mundo injusto que produzimos todos os dias.

À Katiúscia, Fernando, Sabrina, Doroteia e Fabíola pelo cultivo da doçura e da esperança na nossa convivência acadêmica. Fá querida: obrigada pelo apoio na reta final.

À Efigênia, Liane, Marcão, Flávia, Cutolo e Mirelle pela disposição em avaliar e qualificar esta tese.

À Universidade Federal de Santa Catarina, pela oportunidade de retomar a vida acadêmica.

A Capes e ao povo brasileiro, por me concederem os recursos necessários para que essa viagem se realizasse.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Luizinho querido,

Você soube me esperar; na luta insana para concluir este estudo, você soube me esperar.

Com respeito, compreensão, serenidade, generosidade e paciência, com sua alma gigante e seu amor, você soube me esperar.

Obrigada!

*Agora vamos contar
A história de uma viagem
Feita por dois explorados e por um explorador.
Vejam bem o procedimento desta gente:
Estranhável, conquanto não pareça estranho
Difícil de explicar, embora tão comum
Difícil de entender, embora seja a regra.
Até o mínimo gesto, simples na aparência,
Olhem desconfiados! Perguntem
Se é necessário, a começar do mais comum!
E, por favor, não achem natural
O que acontece e torna a acontecer
Não se deve dizer que nada é natural!
Numa época de confusão e sangue,
Desordem ordenada, arbítrio de propósito,
Humanidade desumanizada
Para que imutável não se considere
Nada.*

(A exceção e a regra)

Bertold Brecht

RESUMO

A proposta deste estudo nasceu de uma insistente observação gerada em nossas experiências profissionais e acadêmicas: a inclinação social que condiciona a existência do hoje às incertezas do amanhã tem gerado nas ações de Atenção Primária à Saúde uma expressiva lógica de subordinação do sofrimento humano da concretude da vida à ordem moderna contemporânea de materialização da ideia de risco. Entendendo por sofrimento humano da concretude da vida os eventos que estão atuando no processo de viver das pessoas no tempo presente, ora objetivos, ora subjetivos, mas sempre históricos, e que para elas estão determinando e/ou condicionando o seu estar bem na vida. Tal observação nos mobilizou para buscar no “Movimento Atenção Primária à Saúde” (MAPS), protagonizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), no período compreendido entre 1948 e 1978, se e como a ideia de risco se apresentou naquele momento histórico. Para o desenvolvimento do estudo, utilizou-se como recurso metodológico a reconstrução etnográfica de abordagem ética na perspectiva demartiniana, a partir da relação com documentos originais das Assembleias Mundiais de Saúde (AMS) da OMS. A exposição do objeto e a análise dos dados foram conduzidas pelo aporte teórico de Gramsci, especialmente a sua análise da teoria da hegemonia. Defende-se a tese de que a ideia de risco está presente como um dispositivo simbólico para atuar no controle da cultura social coletiva nomeada Atenção Primária à Saúde, produzida nas relações hegemônicas da OMS, entre 1948 e 1978. Essa cultura se impôs como um componente estratégico para operar a hegemonia no cultivo de saúde como objeto de intervenção para o desenvolvimento econômico e social de sociedades com formação econômico-social capitalista. O Movimento que a encadeou, o MAPS, apresentou-se, no recorte eleito, como uma reforma setorial do pensamento em saúde, cujos fins se expressaram em três verbos: resistir e conservar para desenvolver. O estudo chama atenção para o fato de que as lutas para mudar as condições de existência seriam o recurso para reduzir, oxalá desconstruir, a atuação da ideia de risco como dispositivo simbólico e inserir a saúde nas ações de APS como bem comum, um direito não somente teórico. Nessa nova consciência social, a resistência e a conservação da invisibilidade da saúde concreta do tempo presente, observada nas ações impulsionadas pelo MAPS, entre 1948 e 1978, e propagadas internacionalmente, poderiam ser fraturadas.

Palavras-chave: Assembleia Mundial de Saúde; Organização Mundial de Saúde; Atenção Primária à Saúde; risco; hegemonia.

ABSTRACT

The proposal of this study arose of an insistent observation generated in our professional and academic experiences: the social inclination that conditions today's existence to tomorrow's uncertainties has generated a subordination logic of the human suffering about the concreteness of living to the contemporaneous modern order of materialization of the notion of risk. For "human suffering about the concreteness of life", we understand the events that act in the process of people life in the present, sometimes objective, sometimes subjective, but always historical, and that for them are determining and/or conditioning their well-being in life. This observation mobilized us to seek in the "Primary Health Care Movement" (PHCM), effected by the World Health Organization (WHO), in the period of 1948-1978, if and how the idea of risk was presented in that historical moment. To develop this study, we used the ethnographic reconstruction with an ethical approach, in the Dematinian perspective, as the methodological resource, from original documents of WHO's World Health Assemblies (WHA). The object presentation and data analysis were conducted by the Gramsci theories, specially his analysis of hegemony. We hold the thesis that the risk idea is present as a symbolic device to act in the control of the collective social culture, produced in the WHO hegemonic relations, between 1948 and 1978, and named Primary Health Care. This culture was imposed as a strategic component to operate the hegemony in the health maintenance as an intervention object to the economic and social development of capitalist societies. The Movement that started it, PHCM, was presented, in our analysis, as a sectoral reform of health thinking, whose purposes were expressed in three verbs: resisting and conserving with the objective to develop. This study draws attention to the fact that the conflicts that aim changing the existence conditions would be the resource to decrease, or even deconstruct, the acting of the risk idea as a symbolic device, and insert health in the PHC actions as a common good, not only as a theoretical right. In this new social conscience, the resistance and conservation of the invisibility of concrete health of the present time, observed in the actions promoted by the PHCM, between 1948 and 1978, and internationally disseminated, could be disrupted.

Keywords: World Health Assembly; World Health Organization; Primary Health Care; risk; hegemony.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AID	Associação Internacional de Desenvolvimento
AGNU	Assembleia Geral das Nações Unidas
AMS/WHA	Assembleia Mundial de Saúde/World Health Assembly
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
BIRD	Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento
BMA	Associação Médica Britânica
BRICS	Brasil, Rússia, Índia, China, África do Sul
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CDSS	Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde
CMC	Comissão Médica Cristã
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CP	Centro de Pesquisa
DG	Diretor Geral
EB.R	Resolução da Comissão Executiva
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
GT	Grupo de Trabalho
MAPS	Movimento Atenção Primária à Saúde
NOEI	Nova Ordem Econômica Internacional
OMS/WHO	Organização Mundial da Saúde/World Health Organization
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSF	Programa Saúde da Família
QC	Cadernos do Cárcere
SUS	Sistema Único de Saúde
UK	Reino Unido
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Inspirações teórico-conceituais da APS	38
Quadro 2 – Síntese da Categorização.....	125

Sumário

INTRODUÇÃO	25
O OBJETO, OS OBJETIVOS E O PROCESSO DE	25
DELINEAMENTO	25
CAPÍTULO 1	37
MARCO CONTEXTUAL	37
1.1 INSPIRAÇÕES TEÓRICO-CONCEITUAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	37
CAPÍTULO 2	47
MARCO CONCEITUAL	47
2.1 A IDEIA DE RISCO	47
2.1.1. CONTRIBUIÇÕES SOCIOLÓGICAS	49
2.1.2. CONTRIBUIÇÕES ANTROPOLÓGICAS	62
2.2. HEGEMONIA - DO FILHO À MÃE	73
CAPÍTULO 3	79
CATEGORIA TEÓRICA ANALÍTICA	79
3.1 HEGEMONIA EM GRAMSCI E CONCEITOS CORRELATOS	79
CAPÍTULO 4	101
PERCURSO METODOLÓGICO	101
4.1 OS TRILHOS PARA O TRABALHO DE CAMPO	102
4.2 O TRABALHO DE CAMPO	104
4.3 O PERÍODO INTERPOSTO ENTRE O TRABALHO DE CAMPO E A 65ª AMS	112
4.4 A EXPERIÊNCIA DE OBSERVAÇÃO DA 65ª AMS	114
4.5 A ESCOLHA DAS FONTES PRIMÁRIAS	119
4.6 A CONTRIBUIÇÃO DE TULLIO SEPPILLI: O ENCONTRO COM O REFERENCIAL DE ANÁLISE	122
4.7 ARTIGO PUBLIC BADGET: UM ARTEFATO LINGUÍSTICO DA ACESSIBILIDADE À 65ª ASSEMBLEIA MUNDIAL DE SAÚDE	126

CAPÍTULO 5.....	145
RESULTADOS.....	145
5.1 A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA OMS ENTRE 1948 E 1978: SOLO PROTAGONISTA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE .	145
5.1.1. ANTECEDENTES DA CONSTRUÇÃO SOCIAL DA OMS .	145
5.1.2. UMA PERSPECTIVA DA CONSTRUÇÃO SOCIAL DA OMS ENTRE 1948-1978	152
5.2 O MOVIMENTO ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (MAPS) NA CONSTRUÇÃO SOCIAL DA OMS ENTRE 1948 E 1978.....	173
5.2.1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	173
5.2.2. OS PRIMEIROS DOZE ANOS DO MAPS 1948-1959.....	176
5.2.3. O MAPS NA PRIMEIRA DÉCADA DO DESENVOLVIMENTO 1960-1969.....	189
5.2.4. O MAPS NA SEGUNDA DÉCADA DO DESENVOLVIMENTO 1970-1978.....	198
5.3 ARTIGOS	227
5.3.1. ARTIGO	228
SOCIEDADE DO RISCO, SAÚDE E IDEIA DE RISCO: CONSIDERAÇÕES NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	228
5.3.2. ARTIGO	248
DAS AREIAS DO TEMPO AO TEMPO DE TODOS PELA EQUIDADE: REFLEXÕES SOBRE ASSEMBLEIAS MUNDIAIS DE SAÚDE DA OMS.....	248
5.3.3 ARTIGO 3	265
MOVIMENTO ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM PRODUTO DA HEGEMONIA DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE	265
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	287
APÊNDICES E ANEXOS	309

INTRODUÇÃO

O OBJETO, OS OBJETIVOS E O PROCESSO DE DELINEAMENTO

[...] il sistema sociale interagisce con la natura sterna, provocando fenomeni che pòi in seconda battuta ricadono sull'uomo e sulla sua salute, ma anche, e soprattutto, si scopre l'importanza per la salute dei rapporti tra Il sistema sociale, come reticolo di relazioni umane, lavorative, familiari, culturali, e l'uomo. Non sono più solo, in altri termini, i germi ad influenzare la salute, ma anche e soprattutto le condizioni di lavoro e di vita, l'urbanizzazione, l'emarginazione, la povertà e la ricchezza, in altre parole i fattori sociali.

Collicelli, C. *La salute come processo sociale*,
2011, p. 10-11.

Capturar elementos constitutivos dos entraves que perpassam a garantia do direito à saúde, na totalidade concreta das ações executadas em atenção primária à saúde (APS), mobilizou grande parte do nosso percurso profissional e acadêmico. Movimentos internos convergiam para a disposição de racionalmente compreendermos uma questão factual, a partir da realidade como um todo dialético (KOSIK, 1986): a submissão da narrativa do sofrimento das pessoas do tempo presente à supremacia do risco da vida probabilística.

Ainda que essa mobilização não tenha sido isenta de tensões, conflitos e, não raramente, de episódios de crise de confiança gerados na

constatação do protagonismo de padrões sociais intervencionistas sobre a reprodução das relações sociais (MELUCCI, 2001), o valor pessoal atribuído às ações de APS amadureceu no percurso de doutorado, permitindo-nos enfrentar o desafio de colocar a questão em pauta. Partimos do pressuposto de que a narrativa do sofrimento específico e inespecífico (mal estar) no tempo presente não é um dado irrelevante, verbalizado por pessoas despreparadas intelectualmente, mas um produto histórico de todas as existências humanas e, como tal, um condicionante geral de saúde. No entanto, a sua continência parece, nas ações intrassetoriais de APS, um fato abstrato, e não revelador de seu próprio significado e do sentido de algo mais que ele confere.

Considerando saúde um bem comum (SEPPILLI, 2012a), uma aspiração e um direito de todos (BERLINGUER, 2011), que se materializa nas relações de sujeitos em uma dada formação econômico-social, a interpretação pessoal de experiências profissionais e acadêmicas evidenciou “um ponto de indistinção” entre a determinação objetiva da estratégia (a continência do sofrimento específico e inespecífico) e as determinações subjetivas do pensamento dos sujeitos, os quais, “presos nesta realidade” (NIHADAN, 2012, p. 10), respondem pela garantia das ações objetivas em si.

Cabe ressaltar desde já, citando Marx, que tal “ponto de indistinção” entre a determinação objetiva e as subjetivas da realidade social das ações de APS não é específico desse subsistema do SUS. Na perspectiva marxista, as determinações objetivas de toda realidade social são também determinações subjetivas, já que elas são determinadas pelos sujeitos que estão inevitavelmente inscritos na realidade dialética. Nesse sentido, o “diagnóstico” sistêmico do conjunto de ações que determina o objetivo (central) das atividades em APS é, em si, subjetivo e também “seu próprio sintoma”, pois é fruto de reações subjetivas lançadas pelos atores sociais que compõem a realidade, em resposta aos entraves com os quais os atores sociais se confrontam na prática (NIHADAN, 2012, p. 9-12). Isso vale para identificar quão sintomático é o impasse não resolvido do diagnóstico do (não) lugar conferido à narrativa do sofrimento humano nas ações intrassetoriais da APS. Vale também para reconhecer que a motivação desta pesquisa nasceu da latência de reações subjetivas frente às experiências vivenciadas nesse âmbito, em que ator e pesquisador se misturavam.

Atuando na rede pública como dentista clínica em um município mineiro, desde a conquista do SUS até a formulação e implantação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), começamos a observar, no processo pessoal das atividades desenvolvidas, bem como na

socialização com colegas de outras áreas da saúde, que as nossas ações eram dirigidas a uma produção cotidiana reducionista do sofrimento das pessoas. Atitudes impostas pela racionalidade biomédica e hegemônica em nossa formação e prática, centrada nas profissões correlatas e nos protocolos ministeriais impetrados para tais ações.

À medida que o processo de trabalho se desenvolvia, percebíamos que a autoridade dessa racionalidade nos induzia a negligenciar os significados construídos culturalmente pelas pessoas, sobre suas experiências de doença, em suas redes sociais, ou seja, negligenciávamos o modo como elas se percebiam indispostas e/ou doentes e o modo como elas se relacionavam com seus sistemas de vida. “A dor de dente” é, na verdade, um fato da realidade dialética que compõe as “dores da vida”. Ela era categorizada e “tratada” não a partir da experiência do sujeito em seu sistema de vida, mas como um elemento apartado de suas derivações, sem o entendimento da estrutura concreta da realidade: uma estrutura mutável por que em desenvolvimento constante (KOSIK, 1986, p. 40).

Em outra abordagem, “a dor de dente” não era compreendida como um fenômeno que se manifesta como um “momento de um determinado todo”; como um fato histórico que quando se define, define o todo; que quando se produz é produto de um todo. O “tratamento da dor de dente” se dava como se ela fosse um fato isolado, em função de o real não ser considerado um todo dialético, em curso de desenvolvimento e criação (KOSIK, 1986, p. 40), expresso em um sujeito que é desde a sua concepção – e até antes dela – um sujeito social (SEPPILLI, 2012b). Isso acontecia em função da autoridade de nosso compêndio técnico em negar as conexões da parte e do todo, no qual a dimensão probabilística tinha forte expressão.

Os espaços potenciais de ações intrassetoriais – para fins de uma produção individual e coletiva de saúde – que ponderasse a relevância do abraço ao sofrimento do outro na perspectiva da totalidade concreta, isto é, a partir do conhecimento do lugar que tal abraço ocupa na totalidade daquele real, eram preenchidos por relações sociais adoecidas, no sentido de serem impossibilitadas de “conquistar seu próprio significado autêntico” (KOSIK, 1986, p. 40).

Tais relações eram estabelecidas entre as distintas categorias profissionais, que subordinavam a saúde da vida pulsante – e, por consequência, o sofrimento da concretude da vida das pessoas usuárias – ao risco da vida abstrata probabilística. Como uma consequência fundamental dessa consideração, estava a compreensão de que a garantia da narrativa das experiências das pessoas com seus processos

de saúde e doença, uma histórica aspiração sólida e um direito humano contemplado constitucionalmente na conquista de saúde como direito de todos, derretia-se cotidianamente para dar lugar a um novo sólido que liderava a ordem social da garantia de saúde: a predição do futuro (BAUMAN, 2001).

A percepção era que os elementos determinantes e/ou condicionantes valorizados pelas pessoas usuárias na condução de seus processos de saúde e doença eram esvaziados pela ideia de risco, pelo fato de os atores sociais (nós) que respondiam pela garantia das ações de APS considerarem erradas (falsas) e irrelevantes as crenças pessoais do tempo presente, na maioria das vezes não científicas. No desenvolvimento do processo de “cuidado”, o instigante era perceber que esse modo de garantir o direito à saúde compunha uma construção cultural descolada de discussões de processos dialéticos e da análise da influência da formação econômico-social capitalista na consolidação de tal direito.

Em resposta a esse fenômeno das práticas, a ideia de risco acabava tornando invisível o potencial da relação entre saúde (produto) e seus determinantes e/ou condicionantes (produtor). A invisibilidade produzida pela ideia de risco, ao bloquear a interconexão recíproca entre produto e produtor, impedia o desvelar-se mútuo para fins de concreticidade, o que daria a medida fundamental de coerência ao “fazer APS” (KOSIK, 1986). Além disso, a força da ideia de risco adormecia a possibilidade de respostas coletivas para algumas indagações, tais como: falsas e irrelevantes crenças são um caso, uma abstração ou têm como base as condições materiais de existência? Citando Seppilli (2012a), as pessoas valorizam aspectos de seus processos de saúde e doença simplesmente porque elas acreditam nas coisas ou essa valorização é resultado de seus sistemas de vida, de suas experiências de vida e, portanto, de um dado objetivo?

Essa percepção desaguou no interesse de estudarmos, em um recorte de aproximação de duas realidades, a autonomia das pessoas usuárias em seus processos de cuidado nas ações de APS, partindo do entendimento de que autonomia é uma produção relacional e dialógica, isto é, materializada na estrutura social (CANGUILHEM, 2006), na dialética das relações. A pesquisa realizada em 2007 no curso de Mestrado, sobre autonomia e solidariedade com médicos de família brasileiros e italianos, sinalizou que a autonomia do sujeito está submetida ao dispositivo de prevenção ao risco de doenças. Isto é, a liberdade de o sujeito/usuário narrar o próprio sofrimento como um direito, no sentido de ser a garantia dessa narrativa um componente

crucial do caminho a ser trilhado para ele produzir o seu estar bem na vida, está submetida ao dispositivo de prevenção ao risco de doenças (LIMA & VERDI, 2009; LIMA & VERDI, 2011).

A análise dos dados apontou expressiva fragilidade na materialização da autonomia das pessoas diante da responsabilização do “paciente” em prevenir riscos probabilísticos através de consenso ativo e passivo. O dispositivo de prevenção ao risco apresentou-se a serviço da qualidade de vida e mostrou-se presente em um contexto brasileiro metropolitano e em contexto italiano metropolitano, industrial e agrícola. Seu uso fortalecia a tendência a uma prática prescritiva, que induzia ao esvaziamento das potencialidades de interlocução que contemplassem os modos singulares com os quais as pessoas se relacionavam com seus sistemas de vida, bem como o modo como elas percebiam, experimentavam, sentiam e pensavam saúde (Idem, 2011).

Na década em que realizamos a pesquisa de Mestrado, o Brasil estava em processo de desenvolvimento de sua política de Estado para a APS, na qual começava a incorporar a estratégia de classificação de risco em saúde, no acolhimento das ações. Fomentada por países ditos com democracia avançada, visando, entre outros, ao impacto “sobre a eficácia do processo de alocação de recursos” (TASCA, 2009, p. 12), essa estratégia paulatinamente conquistou espaço em oficinas de planificação, desenvolvidas pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Ministério da Saúde. Na perspectiva dos arquitetos, a organização da atenção e a construção de vínculo entre a sociedade usuária e trabalhadores da saúde, no âmbito da APS, requeria compreensão e discussão sobre “a articulação do conceito de território e risco em saúde” (BRASIL, 2009, p. 31).

Ademais, a atuação como tutora em uma turma da Residência Multiprofissional em Saúde da Família; a participação como tutora e orientadora em duas turmas de Especialização em Saúde da Família na modalidade educação à distância; a colaboração dispensada em uma turma do Curso presencial de Especialização em Saúde da Família e as atividades desenvolvidas com estudantes de enfermagem em Unidades Básicas de Saúde como bolsista Reuni/Capes assinalaram que a inclinação social que condiciona a existência do hoje às incertezas do amanhã tem gerado nas ações de APS uma lógica de subordinação do sofrimento humano, da concretude da vida à ordem moderna contemporânea de materialização da ideia de risco. Entenda-se por sofrimento humano da concretude da vida os eventos que estão atuando no processo de viver das pessoas no tempo presente, ora objetivos, ora

subjetivos, mas sempre históricos, e que para elas estão determinando e/ou condicionando o seu estar bem na vida.

É preciso pontuar que ao lançarmos luzes sobre o (não) lugar da continência do sofrimento das pessoas no tempo presente, nas atividades de APS, não estamos imputando aos trabalhadores, nos contextos das experiências, a responsabilidade pela invisibilidade da produção social de saúde, conferida pela ideia de risco. Reconhecemos o conjunto de ações como um fenômeno histórico, social e cultural da sociedade do risco, que se dinamiza na contemporaneidade de modo compulsivo (BECK, 1997; BECK, 2001). O que pontuamos aqui é que nossas experiências profissionais e acadêmicas nos mostram que esse reconhecimento não se materializa como um momento do todo. Na dimensão histórica, há um amplo senso comum que subordina o entendimento da saúde (concreta) do tempo presente à ideia (abstrata) de risco. Na dimensão sociocultural, circulam acontecimentos, comportamentos, processos e instituições (GEERTZ, 2008), adicionados uns sobre os outros (KOSIK, 1986) e alicerçados na ideia de risco.

Portanto, nesta pesquisa centramos os esforços (inicias) na compreensão da liderança da ideia de risco, que se apresenta como uma cortina sobreposta à saúde concreta do tempo presente. Não estamos aqui querendo negar o lugar ocupado pela ideia de risco na produção de saúde, já que essa ideia compõe o corpo das ações humanas – a ele é inerente e dele decorre –, como uma construção social. Riscos são aspectos que estão atrelados aos objetivos humanos: pequenos ou grandes, individuais e/ou coletivos, eles não são passíveis de eliminação (BAUMAN, 2000).

Vale comentar que da expressão – *Risikogesellschaft* – (empreendimento de risco), cunhada por Beck, Bauman depreende que “a condição humana é a de uma vida de risco” (*Risikoleben*). Ou seja, toda e qualquer ação e produção humana não está isenta da incerteza, já que o “risco é o nosso destino comum” (Idem, 2000, p. 151). Por essa razão, desejar uma “liberdade livre de riscos”, no agir humano, é uma ambição humana não passível de materialização (BAUMAN, 1998, p. 239). Assim, a indagação construída no nosso processo de experiências profissionais e acadêmicas não nasceu da negação da ideia de risco, mas da constatação de que há um silêncio, timidamente incrustado, sobre o uso e intencionalidades da ideia de risco nas atividades de APS, na perspectiva da vida concreta e pulsante.

Nesse sentido, e reconhecendo que o social nas ações de APS é “o caldo de cultura dos processos que se relacionam com a saúde” (COLLICELLI, 2011, p. 17), bem como entendendo a realidade como

um processo que para ser apreendido requer atenção aos fenômenos enquanto eles são construídos, o objeto desta pesquisa – o uso da ideia de risco nas ações de APS – emergiu da constatação de um fenômeno dialético que se apresentava, ao longo das práticas, como uma categoria de compreensão da realidade na totalidade concreta das ações de APS, cujo desenvolvimento no plano real das experiências supracitadas era parcial. Esse fenômeno pode ser sintetizado da seguinte forma: a noção de risco, travestida da condição de autoridade conferida pela sua autonomia simbólica, historicamente consolidada nas sociedades capitalistas de tempos globais, tem submetido o caráter democrático da saúde da vida pulsante (porque concreta no tempo presente) ao, nas palavras de Beck (2011), caráter colonizador do futuro da vida probabilística.

Reunindo esforços para sustentar a relevância dessa linha de argumentação, na tentativa de compreensão e crítica do uso da ideia de risco nas ações de APS e das implicações geradas, decidimos buscar responder se, e de que modo, a ideia de risco influenciou o Movimento Atenção Primária à Saúde (MAPS), cujo protagonismo é conferido à Organização Mundial de Saúde¹. O mergulho proposto tratou de uma contribuição para fins nacionais, visando, portanto, à sociedade brasileira e à análise sobre o que está posto por/para ela, no âmbito da APS. Essa sociedade conquistou, na Constituição de 1988, o reconhecimento da luta por uma nação democrática que comportasse em sua estrutura a redemocratização da saúde e, portanto, o fundamento do direito à saúde como direito humano fundamental, avançando para o âmbito de conquistas sociais (LIMA, 2013). Dentre tais conquistas sociais está a do Sistema Único de Saúde (SUS) que, por sua vez, vem se alicerçando sobre a APS.

Vinte anos após a conquista do SUS, em 2008, a Comissão sobre Determinantes Sociais de Saúde (CDSS) da OMS reafirmou a meta *La atención primaria de salud, más necesaria que nunca* (WHO, 2008a). A partir de então, houve um chamado mundial da comunidade científica para a consolidação da APS, a partir de investimento em comunidades autônomas, governos responsáveis e apoio externo (WALLEY *et al.*, 2008). No Brasil, construtores e colaboradores das políticas públicas brasileiras fortaleceram o argumento inserindo-o na agenda da saúde

¹ Organização Mundial de Saúde (OMS). Na redação deste estudo, a instituição será citada em português, por extenso e/ou pela sigla OMS. Na referência, estará representada pela sigla WHO, representante da expressão em língua inglesa, pois os documentos utilizados são em língua inglesa.

pública brasileira (TEMPORÃO, 2008; SANTOS & GIOVANELLA, 2009). Nessa visibilidade conferida à APS, uma nova questão foi levantada por nós: qual o sentido de a APS ser “mais necessária do que nunca” (WHO, 2008a) se nas suas ações persiste a desatenção da narrativa do (concreto) sofrimento humano do tempo presente em prol do (abstrato) sofrimento do devir? “Mais necessária do que nunca” para quê?

Mergulhamos em uma revisão teórica abrangente, fundamentada em um processo cuidadoso que transitou de pesquisas nacionais e internacionais a documentos oficiais da OMS que já haviam recebido tratamento analítico. Observamos que o MAPS, na construção social da OMS, nasceu do consenso que se havia desenvolvido sobre a necessidade de transformar os serviços básicos de saúde para garantir, como um direito, o padrão mais alto possível de saúde para os povos (WHO, 1978a; WHO, 1978b; WHO, 1978c; WHO, 1975; WHO, 1968; WHO, 1958; WHO, 1948).

Além disso, o referencial teórico construído para o processo de investigação de elementos do MAPS indicou-nos que a emergência do Movimento se deu no contexto político de crise da Guerra Fria (CUETO, 2004), no final dos anos 1960 e início dos anos 1970 (CUETO, 2004). O produto gerado foi a formalização da abordagem APS para sistemas nacionais de saúde, ocorrida na Conferência de Alma-Ata, em 1978 (WHO, 1978b).

A relação texto-contexto estabelecida por Cueto (2004) – a emergência do conceito de APS aconteceu em contexto político de crise de Guerra Fria – nos suscitou movimentos internos, gerando as seguintes perguntas: considerando que a Guerra Fria colocava em disputa dois modelos de formação social e, portanto, de interpretação de mundo – o capitalista e o socialista –, haveria algo implícito, relacionado à ideia de risco, no fato de a construção do conceito de APS se dar no MAPS em momento de crise da Guerra Fria? Consideremos que no início do confronto frio o capitalismo havia fortalecido a “invenção do desenvolvimento” e propunha recriar novas formas sociais, culturais e civilizatórias para o mundo. No afã de facultar aos sistemas econômico e político a prerrogativa de se consolidar como “uma força natural” (LEHER, 2007, p. 40; LEHER, 1998, p. 195), a ideia de risco estaria presente. Neste caso, carregava algum intento na “invenção” da mudança dos serviços básicos de saúde para fins de um padrão o mais alto possível de saúde para os povos, entre a emergência e a crise da Guerra Fria?

Tais questionamentos acabaram por consolidar algumas questões iniciais que se transformaram na tese que buscamos sustentar neste estudo: a ideia de risco está presente como um dispositivo simbólico para atuar no controle da cultura social coletiva produzida nas relações hegemônicas da OMS, nomeada Atenção Primária à Saúde. Essa cultura passou a circular entre 1948 e 1978, a partir da “invenção” da mudança dos serviços básicos de saúde, e se impôs como um componente estratégico para operar a hegemonia no cultivo de saúde como objeto de intervenção para o desenvolvimento econômico e social de sociedades com formação econômico-social capitalista.

Os questionamentos sobre um provável ponto de “coincidência” entre a construção dessa cultura social coletiva (APS), no processo de construção da OMS, e o confronto frio, no qual duas superpotências disputavam a hegemonia mundial de suas formações econômico-sociais, acabaram confluindo para o delineamento do referencial metodológico: um estudo documental de natureza qualitativa, realizado a partir de dados da OMS, coletados no recorte entre 1948 e 1978, especificamente aqueles relacionados ao MAPS, com o objetivo de garimpar a ideia de risco no interior do movimento. O recorte do estudo corresponderia ao tempo histórico transcorrido desde a criação da OMS e a Conferência de Alma-Ata, realizada em 1978, na qual os Países-Membros da OMS assumiram a APS como componente estratégico de orientação de seus sistemas de saúde.

O próximo passo seria eleger que tipo de documentos comporia o *corpus* de análise. Nesse momento, o trilha do pensamento resgatou outra compreensão historicamente produzida: a notoriedade das Resoluções produzidas pelas Assembleias Mundiais de Saúde² (AMS) da OMS nas construções das políticas públicas de saúde dos Estados-Membros da OMS, dentre esses, o Brasil. Tal resgate demarcou o interesse por conhecer as Resoluções inscritas no recorte estabelecido e nos mostrou que a escolha por mergulhar no MAPS, no interior da construção social da OMS, não se havia dado por acaso; ao contrário.

A escolha mostrava-se vinculada à percepção construída ao longo do nosso processo: a de que as Resoluções da OMS não compõem somente um filme estrangeiro inacessível (obviamente) à grande massa

² Assembleia Mundial de Saúde (AMS). Na redação deste estudo, ela será citada em português, por extenso e/ou pela sigla AMS. Na referência, estará representada pela sigla WHA, representante da expressão em língua inglesa, pois os documentos utilizados são em língua inglesa.

planetária vulnerada, subordinada a um sistema de classes injusto, impetrado pelo modo de produção capitalista para a qual a garantia do direito ao acesso a bens materiais e imateriais é negada. Essas Resoluções adentram os lares das pessoas como um imperativo cultural hegemônico, nos mais variados rincões planetários, em suas classes ricas e pobres, ainda que com distintos usos e efeitos. Em outras palavras, os discursos da OMS não são exceção no desenvolvimento de políticas públicas de saúde, mas regra; eles se reproduzem com vivacidade hegemônica nos mais variados contextos de produção da vida concreta, em sociedades capitalistas. Essa percepção nos remete a Seppilli (2012a) que, citando Bertold Brecht, convida-nos a continuar apostando em valores éticos, a denunciar, não as exceções, mas as regras, porque nada, nenhuma regra deve parecer natural, eterna, imutável ou óbvia. Assim, não deve parecer óbvio o fato de que um consenso produzido pela OMS adentre naturalmente uma política pública nacional.

No entanto, a fase exploratória da base documental nos mostrou que um novo tipo de estudo se delinearía. Ao garimparmos as Resoluções produzidas pelas AMS da OMS, acabamos entrando em contato com uma rica vida social, de uma sociedade definida, com distintas concepções políticas, artísticas e filosóficas, em processo de construção, em um tempo histórico definido (DE MARTINO, 2009), expressa em documentos. Esse encontro nos mobilizou para ressignificarmos o tipo de estudo: não se trataria de uma pesquisa documental *per se*, a partir de Resoluções das Assembleias, mas de uma reconstrução etnográfica de abordagem ética, a partir do encontro entre a cultura científica do observante e a cultura ali exposta em documentos a ser observada, “ancorados em nosso modo de observar o mundo – em nosso horizonte científico” (SEPPILLI, 2012a).

Vale destacar, neste momento, uma questão anterior ao percurso etnográfico, em virtude da relação direta com o marco conceitual do estudo e categoria de análise: após a qualificação do projeto, havíamos assumido não ter certeza de que “a ideia de risco” daria sustentação suficiente à crítica que a pesquisa propunha. Além disso, não tínhamos também uma categoria teórica para análise do objeto. O que sabíamos era que os nossos esforços estavam dirigidos para a crítica de um fenômeno produzido nas ações intrassetoriais da APS: a subordinação da saúde da vida pulsante do tempo presente ao risco da vida probabilística.

Argumentamos que esse fenômeno é alimentado pelo uso da ideia de risco como instrumento para uma forma de produção específica de

saúde que desvaloriza o direito de as pessoas narrarem as suas experiências com os processos de saúde e doença. Essa forma de produção específica de saúde, por sua vez, (des) ideologiza uma política efetiva na APS, ao produzir uma política de invisibilidade para a saúde, pois a (real) produção desta ocorre na relação entre os sujeitos.

No percurso etnográfico, acabamos nos relacionando com um horizonte científico – a abordagem antropológica de saúde de Tullio Seppilli – que nos deu condições para redefinirmos o objeto e elencarmos a categoria teórica que o analisaria, respectivamente: hegemonia e a teoria da hegemonia em Gramsci. Nesse sentido, o objeto de estudo definido no trabalho de campo foi hegemonia, e a crítica ao fenômeno observado em nossas experiências foi sustentada pela análise gramsciana da teoria da hegemonia. Fechando a introdução da pesquisa, apresentamos a nossa justificativa, os objetivos e o formato de apresentação dos resultados:

O estudo se justifica na necessidade de lançarmos luzes na banalização da vida que não quer calar, nas ações de APS, em face da supremacia da colonização do devir. Novamente, não deve parecer natural, citando Brecht, que o direito de as pessoas narrarem as suas dores no tempo presente, na concretude da vida, seja objeto de intervenção para fins de desenvolvimento econômico e social. A narrativa da dor é um momento do todo de uma vida. Na mesma medida, o direito à saúde é um direito que foi conquistado na Constituição de 1988 para ser usufruído. Antes mesmo de um direito, a saúde é um valor moral e um valor intrínseco, não ao desenvolvimento econômico, mas ao desenvolvimento humano. Por esse motivo, demanda trato ético – a sua apropriação exige uma ética política.

Sustentados nessa justificativa, assumimos os seguintes objetivos:

Objetivo Geral:

Analisar as influências da ideia de risco, no Movimento Atenção Primária à Saúde (MAPS), a partir de documentos oficiais das Assembleias Mundiais de Saúde/OMS, no período de 1948-1978.

Objetivos Específicos:

1. Conhecer as circunstâncias e fatos históricos envolvidos no MAPS, no período de 1948-1978;

2. Identificar a ideia de risco na produção do MAPS, a partir de documentos oficiais das Assembleias Mundiais de Saúde/OMS, de 1948 a 1978;
3. Discutir o modo como a ideia de risco foi apropriada pelo MAPS.

Para a apresentação dos resultados, assumimos uma descrição contextual onde expomos a construção social da OMS (solo protagonista do MAPS) e o MAPS nessa construção, de 1948 a 1978, seguida de três artigos. Tais artigos foram estruturados da seguinte forma:

- a) artigo 1: “Sociedade de Risco, Saúde e Ideia de Risco: considerações no âmbito da Atenção Primária à Saúde” – ideia de risco como objeto, uma perspectiva antropológica de saúde como objeto de análise de duas temporalidades referentes a Assembleias da OMS;
- b) artigo 2: “Das areias do tempo ao tempo de todos pela equidade: análises de Assembleias Mundiais de Saúde da OMS”;
- c) artigo 3: “Movimento Atenção Primária à Saúde: um produto da hegemonia da OMS” – produzido a partir do diálogo entre uma subcategoria e a grande categoria do estudo, que resultou em uma categoria complementar.

CAPÍTULO 1

MARCO CONTEXTUAL

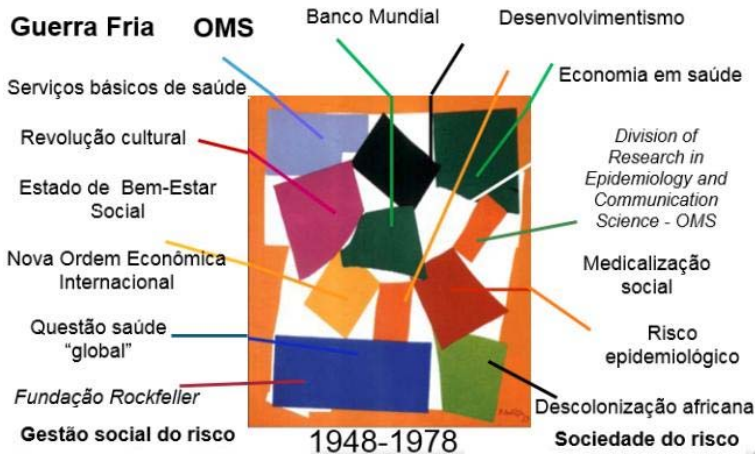
1.1 INSPIRAÇÕES TÉORICO-CONCEITUAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Public health work should begin with a dialogue with the people, encouraging them to consider themselves and their situation and to state their needs. People everywhere have their own ideas about what should be done with their lives, health, and homes. The effective professional listens before he acts, treats his patients as an equal in decision-making, and does not force his own ideas and standards on those he serves.

Behrhorst, C. The Chimaltenango development project in Guatemala.
In: Kenneth W. Newell, *Health of People*, 1975, p. 49.

A primeira medida teórica assumida nesta pesquisa foi conhecer o Movimento Atenção Primária à saúde, MAPS, na construção social da OMS, no recorte entre 1948 e 1978. Para tanto, garimpamos inspirações teórico-conceituais a respeito da construção da APS mundial, conforme Quadro a seguir:

Movimento Atenção Primária à Saúde - MAPS



Quadro 1- Inspirações teórico-conceituais da APS

O percurso da revisão identificou o protagonismo da OMS na consolidação desse Movimento e gerou algumas subcategorias que insinuavam um caminho novo, a partir de críticas e proposições ao que estava posto para os diversos tipos de sistemas de saúde mundiais. A observação que permeou esse garimpo era de que uma nova lógica de atenção à saúde para os povos vinha sendo desenhada.

É importante mencionar que os estudos mostravam a direção para uma nova lógica de atenção à saúde, mas as subcategorias apreendidas nas leituras dialogavam com a força dispensada ao desenvolvimento econômico de maneira tão expressiva que em um dado momento não identificávamos se estávamos diante de uma nova lógica para a atenção à saúde dos povos ou de um instrumento técnico para o desenvolvimento econômico.

Dentre tais categorias, destacaram-se: a) abordagem verticalizada de atenção à saúde; b) pedagogia coercitiva voltada para as práticas de saúde local em contexto latino-americano; c) medicalização social e iatrogenia cultural; d) sociedade do medo; e) expropriação da saúde; f) proposta setorial de universalização do modelo americano de medicina rural; e g) banalização da dimensão cultural dos processos de saúde e doença.

Vimos que, na perspectiva de Cueto (2004), o conceito “atenção primária à saúde” surgiu no contexto político de crise da Guerra Fria, no final dos anos 1960 e início dos anos 1970 (CUETO, 2004), em tempos de “invenção do desenvolvimento”, fenômeno gerado pelo capitalismo no início do confronto frio (LEHER, 2007, p. 40; LEHER, 1998, p. 195).

O embrião político-ideológico dessa invenção já havia sido expresso na década anterior, na ocasião de uma conferência sobre saúde industrial tropical realizada em Nova York, em 1950, no período de Guerra Fria. Na Conferência, os países estavam representados por corporações que lideravam o mercado, principalmente petroleiro, em países subdesenvolvidos. As palavras de abertura do evento expressaram: “Se melhorarmos os níveis de saúde, podemos ampliar a produção industrial, robustecer nossas forças militares, manter alto o moral de todo nosso povo e provarmos a nós mesmos e ao mundo a integridade e a justiça da democracia” (FIRST INDUSTRIAL TROPICAL HEALTH CONFERENCE, 1950 *apud* GARCÍA, 1989, p. 217).

A crise da Guerra Fria, contexto político no qual o conceito APS foi gerado (Idem, 2004) acabou deflagrando grande transformação no modo como as questões da agenda internacionais eram entendidas e tratadas (SATO, 2000), especialmente as agendas de organismos internacionais de ancoragem de capital financeiro, como as do Banco Mundial (RIZZOTTO, 2000), a agenda da Fundação *Rockefeller* (GARCÍA, 1989) e a da OMS (CUETO, 2004).

Em seus discursos, o Banco Mundial passava a enfatizar a pobreza e as necessidades humanas básicas (RIZZOTTO, 2000). A Fundação *Rockefeller* ampliava sua pauta na construção de programa para a educação médica no contexto latino-americano, assinalando que os princípios norteadores de tal programa seriam “a liberdade e a responsabilidade do indivíduo” (GARCÍA, 1989, p. 218). A OMS começava a abrir veredas para uma abordagem positiva de saúde pública, em resposta às demandas requeridas por parte de seus Estados-Membros sobre a necessidade de projetos voltados para sistemas de

saúde. Com essa abordagem, aspirava-se uma nova metodologia para superar os entraves dispostos nos trilhos dos serviços básicos de saúde (WHO, 2008a).

O momento histórico revelava aos dirigentes, vencedores da Segunda Guerra Mundial que haviam assumido seus cargos após a Guerra, o discurso sobre a construção de uma sociedade menos injusta, com bem-estar para todos e em paz. Tal discurso era relevante, especialmente para o Banco Mundial, criado por eles no pós Guerra, pois refletia sobre a relação entre saúde e crescimento demográfico, que era crucial para o desenvolvimento. Além disso, países europeus desenvolvidos expunham uma fotografia preocupante: o Estado de Bem-Estar Social mostrava-se ameaçado pela conjuntura, favorecendo mobilizações de oposição à subordinação do desenvolvimento social ao crescimento da economia (RIZZOTTO, 2000).

Caracterizado como um modelo de Estado interventor e assistencialista, difundido em parte dos países da Europa ocidental no pós-guerra com a missão de garantir direitos sociais universais, o Estado de Bem-Estar expressava suas faces e contradições. Em resposta ao reconhecimento de tais características, as sociedades deflagraram amplas mobilizações de protesto. Operários assumiram movimentos de luta em prol de mais garantias sociais e democratização do trabalho. Estudantes, por sua vez, romperam com os limites do Estado e geraram, em uma robusta contracultura, historicamente reconhecida pela sua capilaridade transnacional, o desejo e a necessidade social de vislumbrar presente e futuro diferentes para sua geração. Operários e jovens mostravam-se mobilizados pelo pulsar de um fim a atingir, em intercâmbio com o momento histórico. Nesse trânsito, o Estado de Bem-Estar Social mostrou-se inoperante ao capital, que acabou transcendendo as fronteiras estabelecidas pelos Estados nacionais (GROPPO, 2005), ainda que dependente no dever de um sistema de Estados locais (MEIKSINS-WOOD, 2007).

Diante da realidade posta, era crucial investir em novas estratégias. Entre elas, destacava-se a reafirmação da inserção do campo da saúde no centro político-ideológico do desenvolvimento, que significava, sobretudo, dirigir atenção peculiar aos países do dito “Terceiro Mundo”, ditos “em desenvolvimento”. A saúde tornou-se objeto de investimento para o Banco Mundial, na esfera do controle demográfico (RIZZOTTO, 2000) que, apoiado (e pressionado) pelo governo dos Estados Unidos, criou a Associação Internacional de Desenvolvimento (AID), que passou a dividir com o Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento (BIRD) a tarefa

de oferecer empréstimos de longo prazo para execução de projetos (MATTOS, 2001) demográficos voltados para o campo da saúde.

Na mesma direção, ao longo da década de 1960, países desenvolvidos debruçaram-se com espírito de cooperação internacional sobre um projeto voltado para “comunidade do desenvolvimento”. Esse processo seria sustentado pelo rearranjo das agências internacionais, criadas após a Segunda Guerra Mundial, por organismos nacionais recém-criados e/ou recompostos, bem como pelos bancos regionais de desenvolvimento. Já os países em desenvolvimento, os quais inseridos em um contexto desenvolvimentista já há algum tempo vinham requerendo recursos externos para sustentar seus projetos, pareciam ver suas necessidades atendidas na criação do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) (Idem, 2001, p. 381).

Na esfera da saúde global, o Diretor Geral da OMS indicava, em 1964, na 17ª Assembleia Mundial de Saúde, que o avanço da ciência e a complexidade dos problemas de saúde requeriam uma reavaliação radical no campo das pesquisas (OMS, 1978a, p. 89). No mesmo ano, o Centro de Pesquisa (CP) da OMS sinalizava, de modo ainda discreto, alguns eixos da nova abordagem – atenção primária à saúde – em seus vários objetos de estudo relacionados com a área dos serviços de saúde. Composto por três setores – Epidemiologia, Ciências da Comunicação e Tecnologia e Pesquisa Biomédica – o CP não fazia referência a estudos específicos voltados para a temática atenção primária de saúde, mas, implicitamente, abria caminhos para estudos teóricos e de campo sobre “economia em saúde” e estudos de longo prazo sobre a relação entre saúde/doença e problemas sociais e econômicos (WHO, 1978a, p. 107).

Em 1967, os setores Epidemiologia e Ciências da Comunicação do CP da OMS fundiram-se na Divisão de Pesquisa em Epidemiologia e Ciência da Comunicação, e Kenneth W. Newell foi nomeado diretor. Em 1969, as sinalizações anteriormente apontadas ganharam corpo, quando a divisão definiu cinco áreas de pesquisa para o desenvolvimento das atividades em curso, a saber: 1- organização e estratégias para serviços de saúde; 2- epidemiologia de grupos de alto risco; 3- efeitos da urbanização na saúde; 4- modelos matemáticos de processos de doenças e 5- epidemiologia de doenças (WHO, 1978a).

Concomitante, o Movimento Atenção Primária à Saúde (MAPS) avançava no âmbito das produções realizadas pela comunidade científica, especialmente da saúde pública. Vários estudos começaram a apresentar o esgotamento da visão de saúde como resultado da transferência de tecnologia, quantidade de médicos e de serviços. Dentre eles, cabe destacar três perspectivas: a busca por novas abordagens para

a erradicação da malária, o modelo de médicos pés-descalços da China comunista, instituído pela Revolução Cultural e a visão sobre saúde e sociedade, apresentada por estudos de Ivan Illich (CUETO, 2004).

Na esfera do combate à malária, várias pesquisas passaram a questionar a abordagem verticalizada introduzida pela OMS e pelas agências americanas, desde a década de 1950 (Idem, 2004). A abordagem consistia, especialmente, no uso do inseticida DDT, desenvolvido pela Suíça no período de guerra, cuja eficácia da ação residual após aplicação sobre as paredes das casas acabou profetizando a técnica em nível mundial. Esse fato levou ao esvaziamento de ações que dessem respostas a determinantes gerais da doença (CAMARGO, 1995).

Para a OMS, o combate ao mosquito com o uso do DDT representava o programa para a erradicação da malária. Em países com desenvolvimento sanitário em curso, por exemplo, a Itália conseguiu combater totalmente a doença em cinco anos, após quatrocentos anos de luta. Ilusoriamente, parecia que o mesmo acontecia no Sri-Lanka - na época, Ceilão - que, com o apoio de recursos externos, reduziu, em doze anos, os três milhões de casos/ano para dezenas. Contudo, nesse contexto, no qual a pobreza era (é) uma inscrição histórica, a malária ressurgiu explosivamente: na década de 1970 havia meio milhão de casos/ano (Idem, 1995).

A Revolução Cultural (1964-1974), demonstrada em uma de suas vertentes - na proposta de médicos pés-descalços da China comunista, instituída no período pós-revolucionário - vinha popularizando-se em nível mundial, atraindo profissionais e revigorando cotidianamente a atenção à saúde dos chineses (SIDEL, 1972). A propagação da abordagem chinesa de atenção à saúde, que acabou instigando o espaço institucional da OMS a repensar o centro de seus esforços dispensados à temática saúde planetária, favoreceu o amadurecimento do conceito atenção primária à saúde, juntamente com o contexto político da descolonização de nações africanas e a difusão de movimentos de esquerda anti-imperialistas em vários países menos desenvolvidos (CUETO, 2004).

Com o encerramento das ditaduras em Portugal e na Espanha, em meados de 1970, os movimentos de libertação, encadeados no processo de descolonização de nações africanas, haviam exigido um processo de re-conceitualização da educação básica e profissional, visando à adequação das necessidades advindas dos processos produtivos que se desenvolviam na Europa e nos Estados Unidos sob a orientação do sistema capitalista (HOBSBAWN, 1995). Os movimentos delinearam uma perspectiva de atenção à saúde com base em abordagens sociais de

educação em saúde (RIBEIRO, 2009), provavelmente idealizadas para compor uma matriz participativa, com sujeitos socialmente produzidos de modo democrático, reconhecedores de pertencimento e potencialidades, apropriados de suas realidades. Enfim, sujeitos envolvidos na construção social de uma abordagem de educação à saúde voltada para as práticas de saúde locais.

Em contrapartida, o processo de descolonização incitou o Banco Mundial a formalizar um discurso comprometido com a questão da pobreza e das necessidades humanas básicas, pois descolonização também significava o nascimento de países ainda não desenvolvidos e, em seu curso, remetia a um crescimento demográfico subdesenvolvido. Ou seja, em ambas as questões pautadas pelos discursos do Banco – pobreza e necessidades básicas –, o objeto central para intervenção chamava-se saúde. No entanto, seus dirigentes queriam participar das decisões sem assumirem compromisso direto com projetos específicos da saúde. Para desfazer o entrave, o Banco Mundial e a OMS estabeleceram um acordo de cooperação, a partir do qual o Banco tornava-se consultor da OMS, ficando sob a alçada desta a construção de projetos específicos para a saúde (RIZZOTTO, 2000).

Na década anterior, na de 1960, havia uma construção imaginária de que os espaços da política, da economia, da cultura, da saúde e da educação detinham poderes para transformar a sociedade, visando ao desenvolvimento econômico. Na área educacional, por exemplo, o positivismo era dominante entre as correntes de pensamento, concedendo à educação a condição de constituir-se em um espaço potencial de poder para a ação transformadora (GARCÍA, 1989).

Todavia, no final dos anos 1960, os insucessos dos programas baseados na educação formal (escolarização) e em práticas médicas (medicalização) ganharam expressiva visibilidade. Com efeito, vários estudos críticos foram realizados com o objetivo de enfrentar as consequências contraproducentes, a baixa potência explicativa dos programas em curso e a dimensão político-ideológica das instituições médicas e escolares (GARCÍA, 1989, p. 181).

Vale apontar os estudos realizados, na década de 1970, por Ivan Illich, sociólogo austríaco residente no México. Em tais estudos, Illich desafiou categorias consagradas do âmbito da saúde pública, ao denunciar em sua obra *Medical Nemesis: the expropriation of health*: 1- a medicalização social; fenômeno dialético que vinha se consolidando em sua proposta de reduzir o cidadão à condição de consumidor de tecnologias médicas; e 2- a iatrogenia cultural, efeito da medicalização que se instalava no vazio de respostas que a ciência e a tecnologia não

conseguiram dar para questões das esferas da existência e da morte (ILLICH, 1977).

O produto gerado pela iatrogenia cultural eram sociedades angustiadas, contingentes, alimentadas pelo medo: sociedades produtoras de doenças e infelicidade (Idem, 1977), oprimidas em seu potencial de autoconhecimento, inclusive, para o abraço à inevitabilidade da morte. Na perspectiva de Illich (1975), “a medicina não era apenas irrelevante, mas também prejudicial, porque os médicos expropriavam a saúde das pessoas” (CUETO, 2004, p. 1865).

Na mesma direção dos estudos críticos relacionados à medicalização e à escolarização, surgiram várias alternativas práticas para países em desenvolvimento, tais como: programas de educação não formal - “atenção primária realizada por pessoal não profissional e com tecnologia apropriada” -; programas baseados no autocuidado da saúde e na autoformação, bem como universidades abertas (Idem, 1989, p. 182).

Em vários países latino-americanos, houve uma apropriação axiomática de tais estudos por parte do Estado, gerada concomitantemente à diminuição de investimentos estatais na área social. Isso aconteceu em virtude de os grupos dominantes entenderem que era necessário buscar alternativas “baratas” para enfrentar a crise econômica do capitalismo, conhecida como “crise fiscal do Estado”. Vários Estados latino-americanos viram, nas alternativas práticas que haviam surgido nos finais dos anos 1960 e início de 1970, um caminho para contornar essa situação (Idem, 1989, p. 182). Em outra abordagem, as iniciativas práticas criadas para o enfrentamento da medicalização e da educação formal foram transformadas em recursos estratégicos orçamentários.

Em virtude de os intelectuais dos grupos dominantes resistirem em interpretar a realidade de modo não universal (GARCÍA, 1989), surgiram novos projetos educacionais alternativos, distintos em seus destinos. Para os países centrais, foram indicados projetos educacionais que integrassem o trabalho à educação, com custos reduzidos. Para os países periféricos, foram elaborados projetos capazes de inserir a produção capitalista no setor agrário, tais como: a) projetos educacionais condicionados às necessidades do trabalho; b) programas opcionais de educação formal; c) racionamento da educação secundária e superior e d) projetos escolares rurais (BANCO MUNDIAL, 1975, *apud* GARCÍA, 1989, p. 225-226.).

Nesse tempo histórico, a Assembleia Geral das Nações Unidas (AGNU), por sua vez, instituiu uma “Nova Ordem Econômica Internacional” (não “mundial”), com promessas de garantir às nações

menos desenvolvidas o direito ao desenvolvimento (UNITED NATIONS, 1974; HOSKINS, 1981). “Saúde, especificamente não foi caracterizada” na resolução que instituiu a nova Ordem. Caberia à OMS um chamado para “corrigir as iniquidades e reparar as injustiças sociais” para, desse modo, “eliminar o fosso entre países desenvolvidos e em desenvolvimento, assegurar a aceleração do desenvolvimento econômico e social, e proporcionar paz e justiça para gerações presentes e futuras” (WHO, 1978a, p. 20).

Com base na Nova Ordem determinada pela AGNU, Hafdan Maher, Diretor Geral da OMS, reuniu-se com Comitês Regionais, em 1975, quando expressou que o chamado da OMS era crucial, pois “o fato de que os países devem valorizar a promoção da saúde como parte do desenvolvimento social e econômico é um imperativo moral da nova ordem econômica e social”. No encontro, ele introduziu a expressão “pobreza social” e o lema “saúde para todos no ano 2000” (Idem, 1978a, p. 20).

Para alguns estudiosos, a Nova Ordem constituía-se de uma nova roupagem sobre as históricas regras da ordem mundial: “o governo da lei para os fracos, o governo da força para os fortes; os princípios da racionalidade econômica para os fracos, o poder e a intervenção de Estado para os fortes” (CASTORIADIS, 1982).

Outras inspirações atuaram na emergência da concepção de atenção primária à saúde (CUETO, 2004; LITSIOS, 2004). John Bryant, médico americano, em *Health and the Developing World*, focou a questão do acesso às necessidades básicas. Ele apontou que provavelmente mais da metade da população mundial não tinha acesso à saúde nos sistemas atuais de países desenvolvidos: sistemas baseados no hospital. Na sua visão, ainda que grande parte tivesse acesso, a atenção que recebia não correspondia às necessidades de saúde (BRYANT, 1969). Carl Taylor, da University John Hopkins, sugeriu um modelo para a população carente, para países pobres: o modelo de medicina rural que ele havia produzido para índios (TAYLOR, 1976).

Kenneth W. Newell, diretor da Divisão de Pesquisa em Epidemiologia e Ciência da Comunicação da OMS, organizou a obra *Health of the People*, publicada em 1975, composta por vários estudos sobre abordagens alternativas para populações rurais, que enfatizavam um grande entusiasmo por projetos comunitários e a importância de a comunidade assumir responsabilidade para com tais projetos. Essa obra agregou três estudos pertinentes às Américas: “*The national health system in Cuba*”, de autoria de Arnaldo F. Tejeiro Fernandez; “*The Chimaltenango development project in Guatemala*”, realizado por

Carrol Behrhorst e “*Simplified medicine*” in the *Venezuelan health services*, produzido por C. L. Gonzalez (NEWELL, 1975; WHO, 2000).

A emergência do conceito atenção primária à saúde também se insinuou nas experiências desenvolvidas por missionários (as) da Comissão Médica Cristã (CMC), organismo especializado do Conselho Mundial da Federação Mundial de Luteranos e Católicos, que atuava desde finais dos anos 1960 em países em desenvolvimento, realizando intervenções na comunidade local e participando da formação de agentes de saúde (PATERSON, 1998; CUETO, 2004; LITSIOS, 2004). Baseando-se nessas atividades, a Comissão passou a difundir a importância de políticas dirigidas para a comunidade, com a utilização de metodologia simples, garantia de medicamentos essenciais e trabalhadores formados para a realidade local (PATERSON, 1998). Na visão de Cueto (2004), há indício de que a CMS tenha inaugurado o uso do conceito *primary health care*, na primeira edição de sua revista *Contac*. Vale comentar três fatos: Bryant e Taylor foram membros da CMC; em 1974, foi formalizada a colaboração entre a CMC e a OMS e vários exemplos citados na obra de Newell (1975) são referentes a programas da CMC (CUETO, 2004).

CAPÍTULO 2

MARCO CONCEITUAL

2.1 A IDEIA DE RISCO

[...] molti dei rischi che incombono sulle nostre vite, e che provocano le maggiori paure, non sono più dovuti a una natura ostile, ma ad azioni umane temerarie e crudeli, che portano a conseguenze incontrollate e incontrollabili (...) si deve riconoscere, per esempio, che non abbiamo ancora sconfitto la fame, anche se avremmo i mezzi materiali per farlo. Del resto, se siamo riusciti in qualche misura a “padroneggiare la natura”, non siamo ancora padroni di noi stessi.

Berlinguer, G. *Storia della salute*, 2011, p. 42-43.

Com relação à fundamentação do objeto, percebemos desde o momento inicial do delineamento do projeto que o caminho mais confortável seria o de garimpar resultados de investigações em periódicos nacionais e internacionais, sobre, por exemplo, “risco e saúde; fatores de risco e saúde; risco epidemiológico; risco; risco em saúde; risco e atenção primária à saúde”. Esse caminho havia sido percebido como mais confortável porque ele conduz para um espaço com o qual nós, acadêmicos do campo da saúde pública, estamos mais familiarizados: naquele em que a relação entre saúde e risco é abordada a partir de referenciais e metodologias hegemonicamente explorados pela pesquisa científica em saúde.

No entanto, o nosso esforço estaria dirigido para problematizar não “o risco”, mas “a ideia de risco” no interior de um Movimento (MAPS) protagonizado nos primeiros trinta anos de construção social da OMS. Como consideramos movimento “a realização de sujeitos sociais” (PAIM, 2007, p. 31) e saúde como decorrente da relação dos sujeitos com as suas condições de vida, nós percebemos que a nossa busca sobre a ideia de risco estava atrelada a dimensões mais abrangentes.

Tais dimensões estariam vinculadas às relações entre saúde e sociedade, cujos elementos constitutivos são históricos. Sustentados nessa perspectiva, constatamos que para construir um corpo teórico coerente com o nosso propósito seria interessante conhecermos abordagens sociológicas sobre modelos societários, abordagens sobre a ideia de risco e fenômenos sociais e culturais implicados nessa ideia, atrelando-os ao modelo de organização social da nossa sociedade: o modo de produção capitalista.

À primeira vista, parece contraditório argumentar que, ao requerer um estado da arte construído a partir de modelos societários e culturais, a pesquisa acabou inserindo-nos em uma zona de desconforto. Afinal, trata-se de uma pesquisa de Doutorado em Saúde Coletiva, no âmbito das Ciências Humanas e Sociais. Mas foi desse modo que o real da empreitada se apresentou. Embora as disciplinas específicas do processo de doutorado tenham potencializado a fundamentação, elas não foram suficientes para deflagrar um referencial teórico consistente para este estudo. Na exposição dessa reflexão, vale assinalar as nossas limitações, geradas pela nossa condição humana e pela formação reducionista que tivemos ao longo de nossa formação acadêmica e vida prática profissional em saúde pública.

Desse modo, queremos dizer que não foi tarefa fácil agregar as reflexões, conceitos, teorias sociais e pesquisas antropológicas ao patrimônio cultural biológico que construímos e pelo qual fomos

construídos no campo da saúde pública, para compormos uma categoria teórica de análise. Mas não foi difícil assumir a esperança de que novos movimentos intelectuais poderiam surgir e nos permitir avançar modestamente no diálogo crítico sobre o tema, a partir da produção de uma argumentação minimamente competente.

2.1.1. CONTRIBUIÇÕES SOCIOLÓGICAS

Para desenvolver a pesquisa partimos de uma reflexão sobre a dinâmica social que observamos desde o início de nosso processo de desenvolvimento acadêmico e profissional: a de que há uma tendência no nosso processo de viver que condiciona a existência do hoje às incertezas do amanhã. Vivemos tempos contingentes, tempos de riscos, reais e imaginários, codificados e não codificados. Vivemos tempos de incertezas, alimentados por muitos meios para se realizar qualquer coisa que seja. Vivemos tempos sem tempo para fins concretos.

Em tais cenários, o que parece comum é a disposição soberana para a inclusão do consumo e para um contínuo movimento de aceleração individual e entre pares, instaurado no cotidiano para dominar o tempo e alimentar suas demandas correlatas, impostas pelo modo de produção capitalista. Em consequência, parece que os efeitos gerados nos processos individuais e sociais não têm sido poucos, pois irritação, angústia, desencanto, relações estéreis e produção de falsos *self* (saudáveis?) têm emoldurado o cotidiano do viver (LIMA; VERDI, 2011), aprisionando, em seu interior as necessidades humanas conclamadas pelo mercado consumidor (BAUMAN, 2000) e por políticas públicas geradas no cerne de questões levantadas por sociedades, governos (LABRA, 2010) e organismos internacionais.

A perspectiva que o cenário parece colocar é a de que não há mais espaço para a reflexão de processos totais, de modo universal, no tempo presente: onde a vida concreta acontece, com seus vazios de condições objetivas, matizes e particularidades. Parece que essas questões estão fora de moda. O que se procura universalizar no formato societário contemporâneo não são condições concretas para uma vida digna para todos, mas a vida digna do eu, a temporalidade acelerada, a predição do futuro, o processo de individualização, a aceleração do tempo presente, novas formas de sociabilidade (LIMA; VERDI, 2011).

No campo intelectual, o esforço argumentativo de interpretação absoluta da realidade parece ter declinado do da constatação de que o mundo mudou e, em consequência, o espaço para a reflexão (pensamento) - o espaço dos "grandes relatos" - (DUPAS, 2005, p. 34)

foi substituído pelo espaço da interpretação da manifestação (Idem, 2011).

E aqui levantamos uma indagação: de que sociedades nós estamos falando? Sociólogos têm indicado disposição para decompor analiticamente elementos constitutivos de tais sociedades, voltando-se para as sociedades capitalistas para abordar condições sociológicas e aspectos teórico-metodológicos. O objetivo tem sido promover o entendimento estrutural e/ou a emergência de projetos societários pautados na transformação social. Estudos apontam que os percursos hermenêuticos desenvolvidos reforçam a pluralidade de sentidos, ideias e orientações que perpassam a crítica social no cenário dos últimos quarenta anos das sociedades capitalistas mundiais (MELUCCI, 2001).

No entanto, ainda que haja tentativas de construção de quadros teóricos consistentes, o fato é que o entendimento sobre essas sociedades tem sido fruto basicamente de trabalhos empíricos. As teorias sociológicas não têm fornecido instrumentos suficientes para explicitar com clareza que sociedades são essas (MELUCCI, 1996). No âmbito teórico, há diversas expressões em curso: sociedades complexas, pós-industriais, pós-materiais, tardo-capitalistas, de informação, capitalismo tardio; sociedade da modernidade fluída, segunda modernidade, modernização da modernidade; sociedade intervalar, sociedade de transição paradigmática; sociedade moderna reflexiva; sociedade moderna e sociedade de risco (Idem, 2011).

Entendendo as sociedades capitalistas atuais como sistemas abrangentes baseados na informação, o sociólogo e psicoterapeuta italiano Alberto Melucci traçou um percurso desafiador, na tentativa de compreender os processos de mutação social. De origem operária e membro do Partido Comunista Italiano (PCI), Melucci transportou para seus estudos sociológicos a percepção viva de que o cotidiano nas condições estruturais em que os operários estavam inseridos na sociedade industrial não era somente marcado pela exploração e dominação, mas carregado de criatividade e potencial para compor novas formas vivas de integração.

Nessa lógica, focando para o cenário dos últimos quarenta anos de sociedades capitalistas mundiais, ele desafiou antigas categorias de sua visão de mundo, tais como: Estado e sociedade civil, público e privado, expressivo e instrumental. Melucci reconheceu o declínio da concepção de sociedade como totalidade ao demarcar as especificidades sociais e culturais circulantes nos micros espaços da vida cotidiana como um elemento estruturante da nova configuração social.

Ao redirecionar seu antigo campo focal visando à análise reflexiva da ação coletiva no tempo presente, Alberto Melucci (2001) sinalizou que a sociedade capitalista é uma sociedade descentrada, um sistema abrangente formado por uma rede de relações entre estruturas dotadas de lógicas próprias, com relativa autonomia, nas quais é essencial gerir a convivência harmônica de forças antagônicas.

O corpo social desse modelo societário está cotidianamente exposto “aos riscos de consenso”, pois as inúmeras instituições e organizações que nascem no seio dessas sociedades se transformam em arenas de decisões políticas, com diferentes oportunidades de acesso à garantia de poder decisório. Ele é composto por interesses, grupos e forças sociais em contínuas disputas e produção de especificidades. Política, nesse modelo societário, corresponde à “possibilidade de mediação”, muitas vezes no seio de conflitos (Idem, 2001, p. 129-130).

Evidenciando a contradição como marca dessa sociedade, o sociólogo indica que, de um lado, há uma vertiginosa produção de informações e de recursos simbólicos que potencializam a individualização, no afã de construir “terminais confiáveis de redes informativas”, a partir de sujeitos autônomos; de outro, há a submissão dos processos internos individuais ao controle de uma ordem simbólica que regula o espaço onde habita o sentir e a motivação para agir (Idem, 2001, p. 9).

Assim, as sociedades capitalistas contemporâneas atuam como produtoras e interventoras de si mesmas, a partir do processo de individualização e de regulação. Contudo, isso não significa que as intervenções sociais não ocorram sobre o sistema no seu conjunto, mas significa que no plano individual elas ocorrem maciçamente, especialmente sobre as motivações dos atores, sobre a estrutura biológica e sobre o ambiente natural (MELUCCI, 2001).

Para Melucci (2001, 1996), essas sociedades não se reproduzem como outrora, mas sustentam-se em mudanças. Nelas, a reprodução³ é “objeto da intervenção social”, ou seja, a reprodução é paradoxalmente

³ “A reprodução das relações sociais é a reprodução da totalidade do processo social, a reprodução de determinado modo de vida que envolve o cotidiano da vida em sociedade: o modo de viver e de trabalhar, de forma socialmente determinada, dos indivíduos em sociedade. Envolve a reprodução do modo de produção” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2003, p. 72). A sociedade industrial vivenciava a reprodução porque ela era, em certa medida, estática; era vinculada a um sujeito histórico, submetia-se aos laços da natureza e reproduzia-se para a conquista desta. Na sociedade industrial, o universo de reprodução representava tudo o que resistia no tempo e no espaço, ao mesmo tempo em que iluminava a estrada construída para a riqueza das nações (MELUCCI, 2001).

objeto de produção, já que está sempre sendo modificada pela ação. Isto significa que, para ele, na segunda metade do século XX começou-se a produzir a reprodução social.

Robert Castel (1981, p. 8), sociólogo francês, ao debruçar sobre as transformações geradas no campo da psiquiatria e da psicologia, a partir do final dos anos 1960, revela um expressivo investimento da dimensão psicológica sobre as relações sociais, como resultante da transformação das estruturas sociais ocorridas na época, que eram parte de uma ampla conjuntura que reclamava mobilizações de protestos, estudantis e operários, diante das contradições impostas pelo Estado de Bem-Estar Social.

Em seus estudos voltados para o sofrimento humano, ele observou que os novos delineamentos traçados para instituições e organizações da área da saúde mental aconteciam na conjuntura das estratégias globais e levavam ao entendimento de que surgia ali a verdadeira luta revolucionária, constituída na coexistência da liberação, tanto do sujeito quanto das massas (Idem, 1981).

A percepção de que a coexistência entre revolução pessoal e social poderia alimentar a verdadeira revolução suscitava a necessidade de dois momentos estratégicos: no primeiro, era fundamental que os objetivos propostos fossem reduzidos, para que pudessem ser garantidos pelos sujeitos; num segundo momento, investir-se-ia a estratégia no sujeito para libertar as massas do histórico fenômeno de exclusão. Emergia, naquele contexto, um novo formato de gestão do social: a gestão de populações com nível de risco (Idem, 1981).

Em “As armadilhas da exclusão”, Robert Castel expõe que a categoria “exclusão” deve ser analisada a partir da análise dos riscos de fratura social. Ele assinala que os movimentos dos anos 1960 contribuíram para a construção de dois discursos que se propagaram nas décadas sucessivas: a) o discurso de reforço à competitividade e à necessidade de perseguir a eficiência e b) o discurso de uma preocupação especial, por parte do Estado, com os “excluídos”. Cabe ressaltar que essas novas elocuições aconteciam em paralelo à hegemonia de leis econômicas e [dos] ditames do capital financeiro: aconteciam na ausência de interconexão entre “a lógica econômica e a coesão social”. No entanto, ele assinala ainda que isso não significa que as políticas de inclusão social realizadas desde então não têm valor. Ao contrário, elas vêm carregando possibilidades de ganhos sociais. A questão colocada por ele diz respeito ao modo como a exclusão vem sendo tratada e analisada (CASTEL, 2008, p. 28-30).

Com base no cenário social contemporâneo de seu país, o sociólogo destaca a exclusão social como a grande questão que vem caracterizando as sociedades atuais, produzidas na fluidificação da sociedade salarial. Ele aponta aspectos importantes referentes ao tema da exclusão que devem ser considerados na análise exaltada do uso do termo. Entre eles, destacam-se: a negação de seu caráter heterogêneo; a tendência em considerar a exclusão, não como um movimento com várias trajetórias distintas, mas como um estado; a ausência de foco sobre as dinâmicas sociais e sobre os processos que rompem a coesão social; e a ausência de enfrentamento “às regras do jogo social e econômico” que produz os incluídos e os excluídos (Idem, 2008, p. 30).

Segundo ele, tratar a exclusão como questão social, a partir da categoria “exclusão” em si ou “fatores de exclusão”, pode levar ao risco de uma armadilha, tanto no âmbito da reflexão como da ação. Na sua visão, os fatores de exclusão devem ser analisados a partir de seus aspectos anteriores - hegemonia das leis econômicas e do capital sobre as trajetórias de exclusão - para, deste modo, “medir os riscos da fratura social” (Idem, 2008, p. 28).

Analisar as sociedades atuais na perspectiva da exclusão como questão social pressupõe o entendimento de que não há exclusão enquanto categoria analítica, mas várias trajetórias de exclusão, ofuscando a especificidade de cada uma. Desse modo, o caminho analítico possível não conduz a pesquisas precisas, mas à busca de elementos constitutivos que possam clarear a compreensão da lógica que move a produção de excluídos pelos incluídos (Idem, 2008).

Considerando a vida social, no plano simbólico, dividida em “zonas” com fronteiras não delimitadas, o gerador de exclusão estaria na zona central e as trajetórias de exclusão comporiam a zona periférica. Nessa lógica, a vulnerabilidade condicionaria o trânsito de uma zona à outra nos processos cotidianos da vida social. O que interessaria do ponto de vista sociológico, visando à reflexão e à ação, seria a busca dos fatores de risco da ruptura social que precedem a ocupação da zona periférica, a partir dos mecanismos da sociedade em questão (CASTEL, 2008).

Luiz Eduardo Wanderley-Wanderley, sociólogo brasileiro, ao contextualizar a questão social no Brasil, expressa que o contexto de emergência da construção social do risco é o das desigualdades sociais e das condições injustas de vida, historicamente construídas desde a nossa colonização e oriundas do modo de produção e reprodução social, ou seja, oriundas do nosso modelo de desenvolvimento (WANDERLEY, 2008).

O sociólogo aproxima dois conceitos, no esforço argumentativo de lançar a possibilidade de fratura sobre o que está historicamente posto, desde o pacto colonial e o domínio burguês: o conceito de questão social de Castel e o conceito de produção do social, de Donzelot, surgida no século XIX. Castel (1995, p. 18) refere questão social como “[...] uma aporia⁴ fundamental sobre a qual uma sociedade experimenta o enigma de sua coesão e tenta conjurar o risco de sua fratura [...]”. Donzelot (1991) indica que a necessidade de produção do social, no contexto do século XIX, foi uma estratégia para “defender a sociedade contra o indivíduo que a ameaça [e] proteger o indivíduo contra os riscos que a sociedade o faz incorrer” (Idem, 2008).

Aproximando ambos os conceitos, o sociólogo brasileiro sinaliza que a coesão, no caso brasileiro, reclamada pelos colonizadores mediante o pacto colonial e domínio burguês, “pode ser rompida e que é possível ‘forçar sua fratura’, rumo a uma nova sociedade”. Mas, ele sinaliza desafios. Um destes corresponde à necessidade de investimento em políticas que equacionem crescimento econômico e equidade. Na sua hermenêutica, não bastam mudanças sobre o que está posto, se não houver investimento sobre os efeitos gerados no histórico cenário de desigualdades sociais, *locus* de produção da problematização da ideia de risco. Centrar esforços sobre tais efeitos requer a gestação de novos modelos epistemológicos e rupturas paradigmáticas (Idem, 2008; p. 60; 118).

Ulrich Beck, sociólogo alemão, também compartilhou (como Mellucci) do esgotamento do desenho de sociedade como totalidade, apontando para a emergência de novo formato societário que abria veredas para uma modernidade reflexiva. Ele indicou que a década de 1980 foi marcada pelo renascimento de uma “subjetividade política interna e externa às instituições”. A base dessa subjetividade estava no processo de individualização condicionado pelo regulamento do Estado de Bem-Estar Social para garantir proteção dos interesses coletivos, em resposta à expansão industrial ocorrida na década de 1960. Tal processo não se dinamiza de modo livre e intencional, mas compulsiva e despercebidamente (BECK, 1997, p. 30).

O autor argumenta que na emergência da sociedade moderna reflexiva eclodiram ambivalências irreduzíveis e uma fase autônoma: a sociedade do risco. A sociedade dos riscos globais: a sociedade dos

⁴ (Filos) “dificuldade lógica oriunda do fato de haver ou parecer haver razões iguais, tanto pró como contra uma dada proposição”. (MICHAELIS, 1998, p. 91). Usado “no sentido de dúvida racional, de dificuldade inerente a um raciocínio, e não no de estado subjetivo da incerteza”. É, portanto, a dúvida objetiva (ABBAGNANO, 2007, pp. 84-85).

riscos “sociais, políticos, econômicos e individuais”. Associada a toda ação humana que pressupõe tomada de decisão, essa formação social é composta por duas etapas: uma em que as autoameaças e os efeitos são produzidos e mantidos na esfera privada, caracterizando a sociedade de risco residual; outra em que os riscos produzidos pela sociedade são o centro dos conflitos públicos, tanto políticos como privados. Para ele, os riscos não compõem uma ideia: eles “são uma realidade virtual” (BECK, 2011, p. 328).

A sociedade do risco é uma “latente sociedade política”, cujo *background* pode ser considerado alemão, mas os pilares estão assentados nas mais diversas sociedades [capitalistas] contemporâneas globais. A ampla distribuição de sua base lhe confere o caráter plural; isto é, o que existe são latentes sociedades do risco. Seus contornos iniciais estão atrelados aos anos 1970 (Idem, 2011, p. 335) e o solo epistemológico está situado na cegueira e na surdez dos efeitos e perigos, ignorados na construção e consolidação do projeto de modernidade (Idem, 1997).

Com isso, quer-se dizer que os efeitos e ameaças ignorados pela modernização ocidental acabaram desintegrando as bases e os padrões do progresso industrial, deflagrando uma nova consciência - reflexiva - e uma sociedade que não se escolhe e não se recusa, mas se produz; e por ela se é autonomamente produzido: a sociedade do risco (Idem, 2011; Idem, 1997).

Em sua dinâmica, ao mesmo tempo em que os perigos são produzidos e legitimados pelas instituições eles são também seus objetos de controle. Isto se deve ao fato de a sociedade agir em conformidade com os mecanismos da sociedade moderna ortodoxa (na qual a superação dos perigos se concentrava não no indivíduo, mas em uma classe ou grupo social), enquanto que os debates e conflitos políticos se originam no dinamismo da sociedade do risco (Idem, 2011; Idem, 1997). Um dinamismo eminentemente conflituoso, em cujo desenho a ideia de risco está controlando a existência do hoje.

O sociólogo alemão desafia a cultura da sociedade moderna industrial, por exemplo, a consciência de classe, pois entende que as últimas décadas do século XX inscreveram a supremacia dos processos de individualização sobre a luta de classe, sobre a utopia coletiva de revolução. Ao lançar esse desafio, ele demarca a reflexividade como categoria-base da sociedade atual, entendendo por reflexividade a consciência da necessidade de autoconfrontar os riscos. Com isso, ele sinaliza que na sociedade do risco o processo de individualização foi

edificado sobre a produção dessa nova consciência (BECK, 2011; BECK, 1997).

Ao assinalar o caráter não real, mas aparente de liberdade na construção de processos de individualização, ele expressa que os subsistemas econômicos são desprovidos de liberdade de escolha. Na interface entre eles e a ordem-mor estabeleceu-se um *gap* que se esforça cotidianamente para atingir a perpetuação, representando a impossibilidade de os indivíduos saírem das amarras individuais e se encontrarem, de fato, em ações coletivas. Os movimentos dessa sociedade estão rompendo “com suas formações de classe, camadas sociais” [...] (Idem, 1997, p. 12).

É fato a capacidade da sociedade do risco modificar a natureza dos padrões: hoje, estes não têm mais derivação sistêmica, mas são produtos de construções individuais. Eles não derivam mais da política, mas “da arena subpolítica”. Ao produzir os padrões, a sociedade produz um efeito para si: a liquefação da integração (Idem, 1997).

O modo como se vive na sociedade do risco torna-se uma “solução biográfica das condições sistêmicas”, isto é, as decisões individuais vão se constituindo em unidade e colocando-se como soluções para as condições sistêmicas; as questões não são enfrentadas na essência, mas a partir de individualidades individualizadas, dispostas em rede. Em outras palavras, biografias construídas compulsivamente são, em seguida, padronizadas e institucionalizadas para compor um corpo que responderá por questões coletivas (Idem, 2011, p. 185; Idem, 1997, pg. 47). Na perspectiva da totalidade concreta, a concepção de realidade, nessa lógica, se dá por um “infinito acrescentamento” de fatos individualizados (e, portanto, isolados) que vão se sobrepondo por adição, sem inserção no todo (KOSIK, 1986, p. 35).

Na ótica de Beck (1997, p. 47), a individualização abriu a porta das sociedades para entrar e ficar, pois o que interessa para as sociedades não é acordar/negociar o bem comum, mas ser parte da rede. Na rede, as soluções são alcançadas na instantaneidade do próprio ser; não há consideração histórica.

Nessa lógica, o que parece velado, isto é, o que a ordem da sociedade do risco parece negar, em sua dimensão autônoma, é que ela vem produzindo a superação, daquilo que Dupas (2005) nomeia - de uma dinâmica de oposição de classes -, mediante a aceitação passiva de uma nova estrutura de castas: os incluídos e os excluídos. Isto é, a partir da nova ordem, aos antigos excluídos somam-se os novos excluídos (COHN, 2011).

Parece que a consciência da necessidade de autoconfrontação de riscos vem plasmando-se sobre a consciência de classes. Nesse fluxo, a saúde como bem comum e os efeitos gerados no histórico cenário de desigualdades sociais parecem clamar, na voz dos excluídos, pela gestação de novos modelos epistemológicos, em cuja essência o respeito pela dimensão histórica, social e ética compunha uma nova ordem. Enquanto essa gestação não chega, as discussões sobre a relação entre a saúde e a ideia de risco tomam assento em diversas esferas e parecem, nas vozes dominantes, naturalmente dispostas para compor uma agradável harmonia. Tais vozes, ao ecoarem na sociedade civil, acabam “qualificando” modos de vida, adaptações sociais, percepções de saúde e (intencionais?) enfoques de risco.

Os termos saúde e risco, bem como seus conceitos, vêm sendo debatidos nos mais variados espaços sociais contemporâneos, a partir de distintas abordagens. As discussões são centrais nos movimentos sociais, nos veículos midiáticos, na academia, na sociedade política, nas agências internacionais, nos organismos internacionais de ancoragem de capital financeiro, no terceiro setor, no mercado consumidor, entre outros. Do diálogo no supermercado à elaboração da política econômica, a relação entre a saúde e a noção de risco está em pauta.

Falar sobre essa relação parece ser uma exigência do dito novo mundo. Aqui, outros questionamentos se impõem: mas, de que se está falando? Ou melhor, o que se está calando quando se relaciona saúde e risco? O que se está expondo quando se concebe saúde mediante ideia de risco? E se a ideia de risco parece soberana, os Estados têm priorizado a busca por respostas na gênese dos riscos global e individualmente produzidos?

Alguém poderia responder que se está calando a necessidade de identificar e analisar os fatores sociais de risco que atuam no desfecho da vida de sociedades de classes, nas quais plasmam a sociedade do risco. Outro poderia argumentar que o entendimento da relação entre saúde e risco contribui para que as pessoas façam escolhas saudáveis para o desenvolvimento de uma vida harmoniosa e produtiva. Um terceiro, ainda, poderia referir que para manter a saúde econômica do país é necessário investimento contra riscos.

Situando contextualmente essa terceira possibilidade, vale mencionar uma entrevista, concedida pelo Ministro da Fazenda Guido Mantega ao Jornal Folha de São Paulo, no dia 15 de junho de 2011. No discurso, o ministro festejava que, pela primeira vez na história, “o risco soberano do Brasil havia ficado abaixo do risco dos Estados Unidos” (FLOR, 2011).

Na leitura da entrevista, - não poderia ser diferente - couberam algumas reflexões: o ministro estava festejando a saúde econômica brasileira? De que risco ele falava? Do risco de o Brasil perder saúde econômica, se não agir na esfera de seus compromissos econômicos como está agindo? Do risco de a saúde econômica brasileira dar dois passos para trás, caso perca suas rédeas? Saúde do país é isto?

As ciências econômicas trabalham com a ideia de risco. Por exemplo, essa noção é bastante utilizada pelas companhias de seguros e planos de saúde. Nesse espectro de utilidade, ela compõe a abordagem quantitativa que, com base na associação entre certos fenômenos (mortes, doenças) define custos em relação aos quais oferecem várias garantias. Ou seja, as companhias de seguro e os planos de saúde “produzem o risco” a partir da ideia de risco, com base em estimativas estatísticas, visando ao enfrentamento dos mesmos (EDWALD, 1991 *apud* LUPTON, 1999) para a sua saúde econômica.

Recentemente, o termo risco passou a ocupar o assento do, até então, termo “perigo” e tal fato histórico relaciona-se com o novo sentido que a palavra “crise” vem assumindo no cenário contemporâneo (BAUMAN, 2000). Do ponto de vista sociológico, há distinção entre o significado de risco e de perigo. A diferença está no fato de que, no caso de perigo, há certa condição para localizá-lo, o que permite que se criem medidas de afastamento e/ ou resistência. Os perigos circulam nos espaços de viver de modo independente e não estão vinculados a objetivos humanos. Já o risco, compõe o corpo das ações humanas - a ele é inerente e dele decorre -, conforme relatado anteriormente, como uma construção social (Idem, 2000).

A utilização da palavra risco, em substituição a de perigo, iniciou-se sobre a reconfiguração cultural do sentido de crise, que se naturalizou no momento em que esta passou a representar a inevitabilidade da condição humana. Antes, a ideia de crise referia a uma desventura, a uma calamidade. Hoje, ela é corpo da condição humana. Está sempre presente na dinâmica das ações humanas, rumo aos objetivos humanos e por mais que o “investimento humano seja impecável”⁵, ao carregar continuamente o caráter de imprevisibilidade, tal investimento incorpora a “crise” como inevitável. Assim, estar em crise/em risco significa estar vivo (BAUMAN, 2000).

A partir da segunda metade do século XX, a categoria risco começava a construir uma cultura para assumir novos papéis (CARVALHO, 2007). A relação harmoniosa entre o Estado e o mercado

⁵ Grifo nosso.

(tecnológico e especialidades) das sociedades capitalistas começava a render frutos importantes, no âmbito do controle da crítica sobre o tema, bem com no da rentabilidade. O mercado, sob o aval do Estado, voltando-se para a crise entre a “natureza social do risco”, na representação de poluentes produzidos, e os instrumentos privatizados de controle que se havia estabelecido, começou a divulgar certa pré-ocupação e sensibilização em relação a tal representação, na ilusão de superá-la. Essa estratégia correspondia à versão modernidade líquida da contradição moderna do capitalismo, analisada por Marx (BAUMAN, 1999, p. 292).

Para tanto, o risco tornava-se objeto de um grande negócio. Com base na ordem global de exterminar os poluentes que estavam destruindo a camada de ozônio (e, portanto, causando riscos à saúde), o mercado começava a enfrentar a crise vivida pelos riscos que ele produzia a partir da criação de “novos riscos”. A produção desses novos riscos (sobretudo “venenos” vendidos com rótulo de “alimentos”), evidentemente pelo mercado dos países ricos, começava a ser distribuída para os países pobres sob o rótulo de objetos de enfrentamento à destruição da camada de ozônio. Dessa forma, os lucros do mercado seriam só uma questão de tempo. Rapidamente, alcançaram visibilidade no setor risco (Idem, 1999, p. 292).

No entanto, não foi somente isso. A questão crucial, circunscrita no movimento de enternecimento do mercado sobre a necessidade de superar os riscos que ele mesmo produzia, era a de ausência da dimensão político-cultural sobre seus critérios práticos. Contrariando a racionalidade discursiva de incluir o “controle democrático sobre a tecnologia e a especialização”, o discurso que se compôs e que traduz a despolitização (sobre os critérios políticos nas ações do mercado) foi o da neutralidade política (BAUMAN, 1999, p. 293).

No âmbito da saúde pública, a categoria risco começou a circular para organizar, monitorar e regular as pessoas e grupos sociais, a partir da metade do século XX (CARVALHO, 2007). O investimento sobre pessoas poluentes e processos sociais potencial e materialmente poluidores ganhava vulto nos discursos estatais, nos programas e nas políticas públicas das sociedades capitalistas.

Esse processo abria-se em uma direção oposta ao Estado de Bem-Estar Social, nos países desenvolvidos ocidentais. Diante de mercados voltados para consumidores, o Estado de Bem-Estar, difundido para garantir direitos sociais universais aos países da Europa ocidental após a Segunda Guerra, perdia sua razão de ser. Tal modelo de Estado não era

mais interessante, tampouco justificável no âmbito econômico, pois não havia mais razão para proteger contingentes de pobres e, assim, garantir reserva para o processo produtivo. Afinal, os novos tempos não aspiravam à proteção dos pobres que outrora produziam a mais-valia e garantiam o capital, mas os mercados consumidores (BAUMAN, 1998).

Os fundos sociais, que no passado eram dirigidos para a recuperação daqueles que estavam desempregados, o que na dimensão econômica representava o rearranjo da mão de obra, foram deslocados para construir dispositivos de vigilância. Os pobres passavam a ser classificados como “inaptos” quanto à liberdade de escolha (BAUMAN, 1998, p. 77) e, por consequência organizá-los, monitorá-los e regulá-los transformava-se em instrumentos econômicos de prevenção ao risco (Idem, 2007).

A noção de risco, na verdade, é utilizada em inúmeros campos e vem sendo aplicada em diversos âmbitos de práticas. A distinção entre os variados enfoques está vinculada ao tipo de risco para os quais as racionalidades estão voltadas. Como um tipo de racionalidade, o risco instrumentaliza a cultura moderna (Idem, 2007), para que esta possa controlar o que pode vir a acontecer (CZERESNIA, 2004).

Na área da engenharia, o risco é uma categoria de análise do processo decisório sobre tecnologias, bem como dos processos de avaliação da vigilância ambiental. Em certa medida, está, neste caso, em diálogo direto com a saúde. No campo das ciências sociais, o risco é entendido não como um “fato”, mas como produção social (CASTIEL, 2010, p. 17). No âmbito da saúde, risco à (em) saúde corresponde a uma construção social, cultural e política, assentada sobre a lógica probabilística, imaginária de futuro, de algo que possa vir a ser e/ou acontecer à/para a saúde das pessoas e de grupos sociais (Idem, 2010; CASTIEL, 2007).

A dialética de Bauman (2000) assinala que a vida de nossas sociedades, embriagadas pela intolerância aos prováveis efeitos do uso da ideia de risco, tem-se produzido de modo paradoxal: com base na convivência anônima entre a supremacia do insistente cultivo das liberdades individuais e a banalização da utopia de enfrentamento a questões coletivas (BAUMAN, 2000).

Para o sociólogo, a sociedade capitalista contemporânea se produz e reproduz na desintegração, entre tempo e espaço, que ocorreu na configuração da modernidade. Ambas as categorias alcançaram independência no cotidiano da vida moderna e entre si, no momento em que o projeto moderno requereu o derretimento dos sólidos, até então existentes. Ele argumenta que essa solicitação visava à construção de

sólidos mais duradouros, capazes de gerar confiança na condição de previsibilidade do mundo. Para tanto, era necessário derreter os sólidos existentes na rede de relações sociais, tais como: os direitos, os deveres, as tradições, os estamentos hereditários e as instituições (Idem, 2000).

O autor comenta que, a partir desse forte investimento moderno foi possível dar lugar a novas formas de sólidos e, sobretudo, estabelecer uma nova ordem social, muito mais sólida do que todas as outras que substituía: a ordem social econômica. Isso ocorreu mediante a liquefação de tudo aquilo que resistia ao tempo e persistia no espaço (tudo que existia no universo da reprodução da sociedade industrial, nas palavras de Melucci) e que limitava o agir individual (BAUMAN, 2001). Vale resgatar que, um século e meio antes, a escola de pensamento marxista indicava que o derretimento de sólidos nas sociedades capitalistas era uma realidade e que a instauração da nova ordem abriu veredas para o papel determinante da economia na totalidade da vida social (MARX; ENGELS, 1877).

Bauman (2001, p. 43) pontua, ainda, duas formas de individualidade: “a individualidade como fatalidade e a individualidade como capacidade realista e prática de autoafirmação”. Para o autor, entre ambas há um grande abismo, pois as questões aflitivas que perpassam o espaço da individualidade como fatalidade não detêm potencial de interface em relação às questões aflitivas de outras pessoas. A interface entre as duas formas de individualidade se dá sob o prefixo “auto”. Essa condição limita a possibilidade de convergência das queixas individuais para um espaço coletivo. As questões podem se alinhar, mas sem possibilidade de fusão. O que o compartilhamento pode alcançar é amenizar a dor individual, no sentido de que cada um percebe no outro as mesmas aflições e cada um percebe que todos devem enfrentar os riscos no seu mundo individual.

Numa reflexão de Bauman e May (2001), a sociedade de risco descrita por Beck é derivada, não do receio ou da prevenção contra algo que se faz ou de algo que se renuncia a fazer isoladamente por tratar-se de uma ameaça, mas do próprio isolamento que acaba propiciando um modo de agir desordenado. Para Bauman (1998) é uma sociedade na qual os sujeitos transitam entre a liberdade (saúde) e a incerteza, desejando estar na vida sem riscos.

2.1.2. CONTRIBUIÇÕES ANTROPOLÓGICAS

“La ‘nozione confusa’ nasce soltanto nelle nostre menti di persone ‘istruite’”.

De Martino, E. *La terra del rimorso*, 2009, p. 81.

Decidimos garimpar algumas contribuições antropológicas para conhecer como a ideia de risco aparece em outros tempos e lugares, enquanto um fenômeno culturalmente produzido. Entendemos que o encontro com algumas teorizações de antropólogos sobre prováveis construções de risco, ancoradas no modelo probabilístico em contextos nativos e sociais, possa demarcar uma questão: sobre a ideia de risco dificilmente poderíamos falar em homogeneidade racional, pois essa ideia desdobra-se em vários conceitos que constroem inúmeras realidades contextuais de risco (MARTÍNEZ-HERNÁEZ, 2011).

Três modelos de interpretação de risco serão descritos, a partir de Evans-Prichard, Mary Douglas e De Martino. Evans-Pritchard realizou uma pesquisa de campo com os Azande sudaneses, habitantes da África Central, no final da década de 1920. Naquele período, estando o Sudão sob o domínio colonial anglo-egípcio, o antropólogo foi encarregado por esse governo para fazer um levantamento etnográfico, cujo resultado acabou abrindo um novo campo de investigação que poderia ser nomeado etnografia da verdade. Sua monografia foi publicada pela primeira vez na Inglaterra, em 1937, convertendo-se em uma expressiva contribuição teórica à antropologia (CASTRO, 2004).

Evans-Pritchard observou que a crença basilar dos Azande é a bruxaria. Para aquela sociedade nativa algumas pessoas são bruxas e, enquanto tais detêm o atributo intrínseco de lhes fazer algum mal, em todo e qualquer atividade de suas vidas. Diante de infortúnios particulares (por exemplo, o adoecimento, a perda da colheita, a alteração de humor na vida cotidiana), os Azande perguntam ao oráculo se naquele momento alguém lhe está fazendo bruxaria. O interesse de um zande não está na confrontação teórica da bruxaria como um problema, mas sobre quem, na dinâmica da experiência indesejada por ele vivenciada, lhe está fazendo viver o fenômeno. A consulta também é feita como meio preventivo “de futuras situações de bruxaria [para] mudá-las antes que se desenvolvam”: como um meio de prevenção ao risco de infortúnio. (EVANS-PRITCHARD, 2005, p. 90).

Ser bruxo entre os Azande significa possuir um traço orgânico peculiar: uma substância, que consiste numa bolsa escurecida dentro da qual podem ser encontrados inúmeros objetos e que, na descrição deles, está localizada na barriga, próxima do fígado. Essa compreensão advém de autópsias realizadas no passado. A substância é herdada do genitor do mesmo sexo: os filhos de um bruxo são bruxos; as filhas de uma bruxa são bruxas. Porém, nem todos serão bruxos e bruxas, na prática, pois como a bruxaria é uma ação psíquica nem todos farão uso da substância (Idem, 2005).

Em sua monografia, o antropólogo revelou que o sentimento despertado nos Azande pelo infortúnio que os acomete, em um determinado momento, não lhes suscita o medo, mas raiva. Isto é, o infortúnio não paralisa um zande, mas lhe provoca sentimento de raiva. Na percepção de um zande, o questionamento posto é: que direito alguém tem de influenciar a minha vida, afetar a minha saúde, os meus negócios, se não estou incomodando ninguém, tampouco fazendo mal a alguém? (Idem, 2005).

Revelar que os Azande creem na bruxaria como a principal causa de infortúnio, não significa revelar que eles negam a relação de causa e efeito. Ao contrário, pois a análise demonstra que o universo dos sentidos, reconhecido pela racionalidade contemporânea como real, está presente naqueles povos. Eles sabem que se morre por causa natural, mas o modelo explicativo deles entende a morte como um fato social: não significa a morte de um órgão vital, mas a perda de uma pessoa do seu convívio. Assim, o que eles fazem é priorizar a causa social de um determinado evento, em detrimento das demais. As perguntas são contextuais, por exemplo: por que, nesse momento, uma determinada ferida na minha perna foi infectada e não fecha se feridas já haviam surgido em outros momentos sem causar problema? Por que nesse momento e exatamente essa ferida?

“Uma vez com uma ferida aberta e infectada”, é hora de consultar o oráculo da verdade, pois sempre que um infortúnio importante acomete um zande ele consulta oráculos, principalmente o da verdade. Isso não significa que para todo e qualquer problema o oráculo seja consultado; ao contrário, os Azande têm consciência que “é preciso aprender a conviver com o risco [...] [já que] há sempre bruxaria por aí, é impossível erradicá-la da vida” (EVANS-PRITCHARD, 2005, p. 64).

O oráculo da verdade corresponde a pequenas aves domésticas (galinhas). A consulta é realizada com base em perguntas feitas a uma galinha, após a colocação de uma pasta no seu bico, produzida na mistura de pó de trepadeira e água. A galinha é forçada a engolir a pasta

e o comportamento dela responderá as questões. Ela pode reagir de várias maneiras: pode ter espasmos convulsivos e reagir bem a eles (sobreviver) ou vir a morrer. Pode também não manifestar nenhuma reação. A consulta feita ao oráculo revela a bruxaria como “um modo de comportamento tanto quanto de pensamento”. Ao prever uma possível doença para um homem que no momento da consulta está em perfeita saúde (Idem, 2005, p. 62), a consulta ao oráculo cria “critérios de verdade, falsidade e de intervenção da bruxaria no infortúnio humano” (MARTÍNEZ-HERNÁEZ, 2011, p. 23).

O estudo de Evans-Pritchard, ao tentar explicar a racionalidade e irracionalidade de supostos primitivos, aponta que na vida dos Azande “*lo racional parece descubrirse*”. Nesse sentido, parece possível estabelecer uma analogia entre o modelo de bruxaria praticado pelos Azande e o modelo probabilístico do risco, no sentido de que este pode ter sido um *continuum* daquele (Idem, 2011, p. 25).

Visitamos a versão resumida desta etnografia, publicada no Brasil, em 2005. Pudemos perceber, em uma aproximação com o estado da arte, que é provável que a ideia de risco seja regulada nas sociedades modernas por um sistema de valores, ligado aos interesses modernos, na mesma medida em que os Azande construíram o próprio sistema, com base na bruxaria como modelo de pensamento e comportamento:

Da forma como os Azande os concebem, bruxos não podem evidentemente existir. No entanto, o conceito de bruxaria fornece a eles uma filosofia natural por meio da qual explicam para si mesmos as relações entre os homens e o infortúnio, e um meio rápido e estereotipado de reação aos eventos funestos. As crenças sobre bruxaria compreendem, além disso, um sistema de valores que regula a conduta humana (EVANS-PRITCHARD, 2005, p. 49).

Já no modelo interpretativo de risco de Mary Douglas (1963), a ideia de risco é derivada de pureza, impureza (poluição) e perigo, categorias simbólicas socialmente construídas (DOUGLAS, 2010). Atribuídas a práticas sociais e situações que fazem sentido para o sistema social, a pureza e a impureza (poluição) são frutos da ordem disciplinar moderna que impõe ao homem a necessidade de aceitar e buscar os ideais de limpeza e de ordem: os ideais de organização do seu ambiente. As duas categorias traduzem experiências correlatas vivenciadas no campo da higiene e, como tal, elas devem ser pensadas em conjunto. Pureza e impureza (poluição) são expressões de ordem. Já perigo é uma representação de desordem (Idem, 2010). Essa teorização

acabou dialogando com os dados da pesquisa, na representação dos objetivos da educação sanitária proposta pela OMS, no MAPS, para a transformação dos serviços básicos de saúde.

A ordem disciplinar moderna, para fins de moldar as pessoas em um ideal de limpeza, foi objeto de pesquisa de Mary Douglas. Ao aproximar estudos sobre as questões de pureza ritual da percepção de diferentes limiares de tolerância de poluição em seu ambiente doméstico, a antropóloga decidiu realizar uma pesquisa de campo na África (DOUGLAS, 1963 apud DOUGLAS, 2010).

Em relatos de missionários e viajantes, a antropóloga constatou que o medo e a ideia de poluição e higiene eram domínios presentes no cotidiano dos crentes. Na revisão feita para o estudo, ela havia constatado que as religiões primitivas do século XIX estavam atreladas a essas categorias. A crença dos primitivos era que, uma vez impuros, eles corriam o risco de serem vitimados por feitiçaria⁶. No entanto, alguns estudos antropológicos sobre tais culturas primitivas sinalizaram para ela que o medo - de se tornar uma presa da noção de sujeira⁷ - não se fazia presente nos relatos. Isso significa que o medo religioso nos primitivos (que interrompe o raciocínio) não é um caminho consistente para entender essas religiões (Idem, 2010), o que conduz à necessidade de atenção no empreendimento intelectual de analisar a ideia de risco no contexto deste estudo em conexão com a heterogeneidade racional.

Ao tecer generalizações em relação à própria condição humana, a antropóloga assinala que perigo e risco são categorias vinculadas às estruturas mentais, às crenças e aos dispositivos morais, no sentido de que tais estruturas são estratégias preventivas de controle mental/moral.

Na sua perspectiva, o fato de a poluição (símbolo de perigo) ser uma construção social não significa que se possa apreender o modelo do ambiente e utilizá-la como instrumento para a modelagem, organização ou reorganização da totalidade da sociedade. A noção de poluição toma sentido em uma dada ambiência, em um espaço geográfico e ela existe naquele dado espaço, naquela ambiência, a partir dos óculos do observador de uma dada cultura. Cada cultura impõe seu padrão de sujeira e de contaminação e, ao fazer assim, cria a sua noção de ordem (DOUGLAS, 2010). No entanto, sabe-se que estratégias políticas são estabelecidas com base na apreensão dessa categoria: o mecanismo de

⁶ Outra forma de rito mágico, além do oráculo, de combater a bruxaria. No entanto, o poder não é psicofísico, mas exercido mediante o uso de drogas (EVANS-PRITCHARD, 2005).

⁷ O estudo etnográfico de Evans-Pritchard, relatado anteriormente, concluiu isto: o perigo de infortúnio entre os Azande deflagrava sensação não de medo, mas de raiva, de revolta.

controle biopolítico da educação sanitária é um exemplo. No afã de criar uma estrutura social asséptica para pessoas e grupos e, assim, evitar riscos de desordens, a biopolítica de prevenção ao risco vem fraturando construções culturais: vem rompendo com modelos explicativos sobre o sentido de puro e poluído de um contexto particular visto pelo observador, para inventar padrões sociais não impuros (DOUGLAS, 1992). Esse mecanismo de controle, impetrado pelas sociedades capitalistas desde a consolidação dos Estados industriais (FOUCAULT, 2007), vem centrando seus esforços na tentativa de pré-ver o caos, e está “inapelavelmente vinculado a outros interesses” (CASTIEL, 2007, p. 25). Correspondendo a “ritos de segregação” similares àqueles feitos por animais, o mecanismo de controle biopolítico classifica os seres humanos entre “poluentes” e “não poluentes”, enquadrando-os em compartimentos que representam perigo/riscos aos outros. Na ausência de “ritos de agregação”, isto é, de ritos inclusivos, os “poluentes” são censurados e colocados à margem do sistema social (Idem, 2010, p. 120-21).

O encontro com os modelos filosóficos explicativos de Evans-Pritchard e Mary Douglas permitiu-nos entender que tais modelos correspondem a duas interpretações da possibilidade de que elementos negativos interfiram com a vida das pessoas; são sistemas de interpretação dos eventos da vida: sistemas de interpretação de risco.

Ao debater com Tullio Seppilli, antropólogo italiano da Universidade de Perugia o estudo de Evans-Pritchard, questionamos se seria possível estabelecer uma analogia entre o modelo de bruxaria e o modelo probabilístico de risco do modelo biomédico, e se com essa busca por sistemas de interpretação de risco estaríamos incorrendo no risco relativístico de descolarmos-nos da perspectiva da totalidade concreta.

Na visão de Seppilli (2012a) ambos os modelos tratam da interpretação de risco, mas a ênfase deve recair em uma questão anterior: na ausência de atenção sobre o pertencimento ocidental de todos os sistemas médicos. Isto é, cada sistema de interpretação de risco é “um momento do todo” ocidental. Ele assinalou que o relativismo, isto é, a exigência de se conhecer todos os sistemas é “um problema epistemológico forte porque a antropologia médica sabe que todos os sistemas médicos são produtos históricos; então, ela estuda todos os sistemas médicos como produtos históricos, [mas não reconhece] que tais produtos históricos são nossos, da civilização ocidental”. A antropologia médica analisa os sistemas como produto histórico, mas acaba aderindo ao (suposto) modelo científico, continuamente em

desenvolvimento, para o qual, por exemplo, “existem micróbios e não existem genes maléficos [forças ocultas]” nos processos de saúde e doença.

Refletindo sobre a necessidade de entendermos todos os sistemas médicos como pertencentes a nós, à civilização ocidental, Seppilli nos apresentou um ensinamento demartiniano: “nós não estamos fora do regime das sociedades (...) nós participamos da linha ocidental de civilidade” (DE MARTINO, 1953). Ele assinalou que a antropologia nasceu dentro de uma história prevalentemente ocidental “que é aquela da construção de um pensamento que hoje nós chamamos científico”. Então, é indiferente pensar se um sistema relaciona o risco à doença com ideologia religiosa ou com bactérias e vírus. “Nós, [porque somos ocidentais], pensamos que sejam os micróbios, e participamos com a biomedicina para a interpretação científica da realidade”. Na sua visão, a crítica que os antropólogos marxistas fazem ao modelo biomédico é que ele não representa uma visão científica do mundo porque ele é “somente bio; não compreende todos os mecanismos históricos sociais”. Em outra abordagem, a biomedicina nega “a existência de condições sociais que fazem vencer os micróbios.” (Idem, 2012a).

Em sequência à exposição de seu pensamento sobre uma provável analogia entre o modelo de interpretação de risco de Evans-Pritchard, descrevemos à Seppilli alguns elementos presentes na construção teórica de Byron-Good, “*Narrare la malattia*” (2006), com o objetivo de conhecer o seu ponto de vista:

Byron-Good diz ter a sensação de que há “muito ironicamente” um conjunto de afinidades entre a ciência (medicina incluída) e o fundamentalismo religioso que, em parte está ancorado no conceito de crença. Ele relata que os cristãos fundamentalistas interpretam a salvação como um efeito de crença; o papel dos missionários consiste em convencer os nativos a abandonar as falsas crenças deles e fazerem uso daquelas que iluminarão a salvação final. Paradoxalmente, cientistas e políticos, muitos deles (a/s) religiosos imaginam que um benefício análogo deságue de uma crença correta:

[...] eduquem as pessoas sobre os riscos do uso das drogas
 [...] façam com que elas entendam a coisa certa e o problema será resolvido [...] eduquem o paciente e assim vocês eliminarão a falta de colaboração que neutraliza o tratamento dos doentes crônicos [...] indaguem as crenças das pessoas sobre os comportamentos de risco à saúde usando o modelo de crença de saúde [...] eduquem os indivíduos para que eles possam modificar os comportamentos irracionais, assim vocês reduzirão os

fatores de risco [...] façam as pessoas acreditarem nas coisas justas e os problemas de saúde pública se resolverão (BYRON-GOOD, 2006, p. 118)

Diante do exposto, Seppilli comentou:

as crenças não científicas têm uma base nas condições materiais de existência, nas hegemonias, na relação de hegemonia [...]. Desse modo, quando você faz educação sanitária você encontra falsas crenças que têm uma causa objetiva, portanto, não é fácil superá-las, sobretudo porque todo esse discurso se mantém em nível cultural sem colocar em discussão os processos estruturais [...]. Então, não é pensável que eu possa mudar a consciência das pessoas, a compreensão, sem mudar os sistemas de vida, sem mudar, como dizer, as experiências de vida das pessoas. Isto é, as crenças que eu combato são resultados de experiência de vida que é um dado objetivo, então, eu não posso acreditar que algumas lições possam fornecer a instrução porque elas mudam radicalmente a atitude diante da morte, da doença, do risco de. Devem-se mudar as condições objetivas e não somente as condições subjetivas, e o erro, justamente *Byron-Good*, é que é todo um discurso fundado sobre a subjetividade cultural sem considerar que a subjetividade cultural é resultado da experiência em condições objetivas de vida. [...] Somos bem conscientes que a subjetividade não é uma subjetividade individual, é uma subjetividade dialeticamente ligada às experiências no mundo real e, portanto, às experiências concretas, materiais e também à cultura, que chega à subjetividade através das relações sociais (SEPPILLI, 2012a).

O terceiro estudo etnográfico eleito para compor as considerações antropológicas desta pesquisa foi o de *De Martino* sobre o *tarantismo*, realizada nos fins dos anos 1950.

O *tarantismo* era uma neoformação econômico-social-religiosa medieval prevalentemente rural, presente em “*La terra del rimorso*”, na Região Salento, na Puglia, sul da Itália, na década de 1950. Essa neoformação guardava estreita relação entre a ordem social e econômica e os limites de desenvolvimento que, por várias razões históricas, caracterizaram a vida econômica e social do sul da Itália. Caracterizada pelo simbolismo da *taranta*, que morde e envenena, e pelo simbolismo da música, das danças e das cores que liberam o veneno, o *tarantismo*

foi estudado por De Martino e sua equipe “interdisciplinar”⁸, no verão de 1959 (DE MARTINO, 2009, p. 58).

“*La terra del rimorso*” é a Itália Meridional, especificamente as áreas rurais das cidades que no passado compunham o Reino de Nápoles que, por localizar-se entre o Estado Pontífice (patrimônio de São Pedro) e o mar, entre “a água benta e a água salgada” sugeriu a um de seus reis a imagem de uma terra protegida pela história. Mas, no estudo trata-se da terra “do passado ruim (...) do passado que não foi escolhido” (Idem, 2009, p. 35-36). No entanto, vale enfatizar desde já que o fenômeno em que se baseia o discurso histórico - o *tarantismo* - não é considerado no âmbito de seu localismo (Salento/Puglia), mas na sua gênese e na sua permanência em época cristã, bem como no modo como o catolicismo, a magia natural, a razão iluminista, e o positivismo, reagiram a isso. Nessa formação social-religiosa expressava-se um fenômeno pagão que acabou inserido no culto de São Paulo pelo catolicismo, com o objetivo de controlá-lo e reduzi-lo à esfera da igreja (Idem, 2009).

Esse fenômeno pode ser sintetizado da seguinte forma: todos os anos, na época da colheita agrícola, pessoas “*tarantati*”, isto é, pessoas que simbolicamente sentiam-se picadas pela *taranta*, viviam em seus domicílios um ritual manifestado por meio de músicas, danças e uso de fitas de cores (um exorcismo musical), por entenderem ser este o caminho “seguro”⁹ para reviver o equilíbrio, para viver a reintegração no grupo social (Idem, 2009, p. 202).

No ritual, o símbolo da *taranta* colocava em movimento “um dispositivo de segurança que tem todas as características da plasmação cultural” que o símbolo em si operava nas pessoas, na orientação de seus pensamentos (DE MARTINO, 2009, p. 202). O fenômeno representava a gestão da existência de pessoas *tarantati*, no sentido que o ritual parece ter sido o meio encontrado para confrontar a crise de presença de manter-se no mundo, de reproduzir-se. Nesse sentido, trata-se de representações de risco, de risco como experiência, como realidade social: “*La terra del rimorso*” pode ser percebida como uma sociedade de risco que existiu em um dado tempo histórico.

Naquela cultura se havia construído um padrão ritualístico que gerava um movimento contínuo das pessoas *tarantati* no mês de junho, na ocasião da Festa de São Pedro e São Paulo, na Capela de São Paulo,

⁸ Equipe formada por um historiador de religiões, uma assistente social e quatro jovens colaboradores formados em psiquiatria, psicologia, etnomusicologia e antropologia cultural (DE MARTINO, 2009, p. 56).

⁹ Grifo nosso.

na cidade Galatina. Os *tarantati* saíam das cidadezinhas vizinhas a *Galatina*, no Salento, e se dirigiam para a Capela de Galatina para agradecer ao santo a cura que haviam recebido no domicílio, ou para confirmar posteriormente a cura em uma determinada data, ou ainda para implorar ajuda no caso de a cura no domicílio não ter surtido efeito. Os exorcismos domiciliares, os bailes “da pequena aranha”, eram realizados na presença de público, adultos e crianças. Os cantores eram contratados pela família da *tarantata* e utilizavam-se de vários instrumentos, dentre eles, *il tamborello* para dar ritmo às músicas (Idem, 2009).

Os movimentos usados na condução do exorcismo estavam relacionados ao tipo de *taranta* miticamente construída. Sobre isso, cabe mencionar que nessa formação social-religiosa do Salento, o *monstrum* mítico *taranta* era um animal do tipo que adere ao chão, mas ele não foi construído especificamente a partir de um animal. Para a sua formação contribuíram os seguintes animais: *a lycosa tarêntula*, aranha da zoologia moderna; o *latrodectus*; outras aranhas venenosas, escorpiões, cobras, até uma aranha inócua, a *l'epeira*, pode ter participado de sua formação. Todos esses animais podem ter fornecido a sua imagem para a construção do mito. Na verdade, na perspectiva da coerência simbólica do mito não importava para a pesquisa o tipo de animal, pois o que estava em jogo era “o horizonte simbólico de uma aranha” que define relações sociais e econômicas em um dado contexto quando “morde”, e “produz efeito com a sua mordida”. Esse horizonte simbólico emergia de pulsões dadas ao inconsciente que provocam reações na consciência individual, para fins de reintegração social (Idem, 2009, p. 81-82).

Com base no caráter histórico-religioso e histórico-cultural da hipótese do estudo, De Martino e equipe denominaram *tarantati* as pessoas que estavam, no verão de 1959, envolvidas na atividade da Capela de Galatina porque se ali estavam era porque participavam da ideologia da cura da picada da *taranta* através de música, dança e cores. Eles utilizaram a festa de São Pedro e São Paulo, cujo período festivo correspondia aos dias compreendidos entre 28 e 30 de junho. Naquele período, eles identificaram trinta e cinco (35) *tarantati* na capela, das quais trinta e duas (32) eram mulheres. Escolheram aleatoriamente dezenove (19) delas e visitaram-nas sucessivamente, em seus domicílios. Durante as visitas nas cidadezinhas do Salento, onde elas residiam, a equipe identificou algumas *tarantati* que não haviam estado na capela, no dia 29, na ocasião do reconhecimento de campo. Essas pessoas *tarantati* não foram incluídas porque a equipe havia decidido

que comporiam a pesquisa somente aquelas passíveis de observação em ambos os espaços: residência e capela (Idem, 2009).

No entanto, abriram dois precedentes: incluíram uma pessoa que vivia uma manifestação (concreta) de picada e um *tarantato* que estava internado no hospital e que suscitava um interesse particular, devido ao seu quadro psiquiátrico. Assim, vinte e uma (21) pessoas compuseram o universo de sujeitos da pesquisa. Desse total, duas pessoas viviam o primeiro episódio mítico de picada e os demais eram *tarantati* antigos, que vivam o fenômeno havia décadas (com mais de 45 anos) (DE MARTINO, 2009).

O caso de Maria de Nardò havia colocado em destaque

[...] como o tarantismo constituiu um dispositivo simbólico através do qual um conteúdo psíquico conflituoso, que não havia encontrado solução no plano da consciência e que opera na obscuridade do inconsciente, riscando de se fazer valer como símbolo neurótico, vinha evocado e configurado periodicamente no plano mítico-ritual, aliviando os períodos intercerimoniais do peso das suas solicitações, e facilitando para aquele período um relativo equilíbrio psíquico (Idem, 2009, p. 96).

Na delimitação da nossa pesquisa, cabe ressaltar a relação entre o fenômeno e a crença de este reduzir o risco de latência anual de desintegração social, e a relação entre o fenômeno e a ordem econômica e social. Naquele contexto, o *tarantismo* era um condicionante de saúde e ele incidia de modo direto e específico, no âmbito dos interesses econômicos e na vida da sociedade. Além disso, o fenômeno apresentava uma distribuição por classes sociais bem caracterizadas:

[...] enquanto o item 'gasto com cantores' se constituía significativamente no passivo do orçamento familiar dos *tarantati*; enquanto o montante 'destinado aos pagamentos com músicos' aparecia de modo irrelevante entre os itens do ativo do orçamento de tais músicos [...] as ofertas 'em favor do santo' contribuía como item ativo do orçamento da administração da capela de São Paulo (DE MARTINO, 2009, p. 54-55).

A pesquisa constatou uma instabilidade econômica nos orçamentos familiares, na ocasião do período de colheita e, portanto, de manifestação do fenômeno. É interessante pontuar que essa instabilidade ocorria em contextos de ausência de condições mínimas materiais de existência. Maria de Nardò, por exemplo, vivia em um compartimento

sem água e sem banheiro. Trabalhava em uma propriedade rural, seu marido tinha tuberculose e estava desempregado. No entanto, Maria pagava para quatro (4) cantores, para cada dia de baile, aproximadamente 12.000 liras. No ano de 1959, seu patrão lhe antecipou 30.000 liras, para ela pagar dois dias de baile, que seriam descontados com dias (gratuitos) de trabalho. Somava-se a essa despesa os dias não trabalhados, para viver o ritual, e alguns dias sucessivos ao ritual nos quais a fadiga lhe impedia de recomeçar o trabalho (DE MARTINO, 2009). Finalizando a explanação desse modelo de interpretação de risco, cabe registrar a chave de interpretação sobre a ideia de risco na etnografia do *tarantismo*, exposta na palavra *ri-morso*:

A palavra “re-morso” nos remete a uma escolha mal feita e a exigência que fazemos de lançar uma escolha reparadora para corrigi-la, no sentido de sentirmos-nos menos devedores conosco e com os outros. Nessa lógica, a escolha mal feita está na nossa consciência e sabemos exatamente de que coisa nós sentimos remorso. Na crise do *tarantismo*:

[...] o remorso não está na memória de um passado ruim, mas na impossibilidade de recordá-lo para decidi-lo e na servidão de vê-lo mascarado em uma neurose: e exatamente por esse arriscado lapso de memória e pelo conseqüente caráter de ‘estranheza’ que o sintoma mascarado assume para a consciência, o símbolo do *tarantismo* configura como ‘primeira picada’ que, na realidade, é re-morso de um episódio crítico do passado, de um conflito permanecido sem escolha (Idem, 2009, p. 201).

Essa formação econômico-social-religiosa foi percebida por De Martino e equipe em sua fase final: finais dos anos 1950. Hoje o *tarantismo* não existe mais: ele se transformou em uma ideologia de identidade local, isto é, hoje na zona do *Salento* há festas gigantescas, reuniões, congressos e usos políticos do *tarantismo* (SEPPILLI, 2012a).

2.2. HEGEMONIA - DO FILHO À MÃE

*Mi sono convinto che anche quando tutto è o pare perduto, bisogna
rimertersi
tranquillamente all'opera , ricominciando dall'inizio.*

Gramsci, A. *Come va il tuo cervelino?*, 2012, p. 21.

A revisão teórica nos permitiu trafegar em abordagens sociológicas e fenômenos sociais sobre a ideia de risco, bem como em modelos culturais de interpretação de risco. Esse mergulho fez-se instigante na medida em que a pesquisa buscava conhecer se, e de que modo essa ideia se fazia presente no interior de um Movimento (MAPS) protagonizado em uma construção social (OMS), para buscar a sua utilidade. Conforme já comentado, a problematização dessa ideia foi se construindo a partir de experiências acadêmicas e profissionais iniciadas nos anos 1980, desaguando no projeto de pesquisa no doutorado iniciado em 2009. A escolha do objeto, por sua vez, esteve atrelada à expoente visibilidade que a ideia de risco vem ganhando nas ações de APS.

Conforme discorrido na introdução desta tese, após a qualificação do projeto havíamos atestado que muito provavelmente a ideia de risco não daria sustentação suficiente à crítica que esta pesquisa propunha e não tínhamos também uma categoria teórica para análise do objeto. O que sabíamos era que buscávamos resposta (s) para uma questão latente: o que se estava calando na (soberana) ideia de risco que observamos ao longo do tempo nas ações intrassetoriais de APS?

Perguntamos a Seppilli, sobre o que se estaria falando e/ou o que se estaria calando nessa apregoada visibilidade conferida ao risco. Na ótica dele:

O problema é o uso político do conceito de risco: se a gestão do risco deve ser confiada à pessoa ou se ela não é um problema político [...] nós podemos sustentar que condição de vida [...] economicamente difícil produzem situações patológicas com maior frequência que situações de tranquilidade, de riqueza, etc. Eu acredito em uma estratégia dupla: deve haver a compreensão do indivíduo sobre os riscos que lhe determinam as condições de vida e partindo disso a compreensão de que tais condições de vida não se mudam isoladamente, mas através de um movimento que dentro de cada um de nós salva a todos; [lembrando que] esse 'nós' é sempre um nós dentro de um contexto histórico e social; não é um 'nós' isolado que dialoga com o

ambiente: é um ‘nós’ que já na sua constituição é social porque a partir das primeiras experiências em que o menino chupa o leite da mãe ele vive uma relação social. O problema é não abandonar a pessoa à solução do problema de risco como se fosse um problema pessoal, enquanto na realidade este problema é um produto de sistema social, de sistema de papeis, de sistema de classe. Por isso não acredito que haja antagonismo entre assumir o conceito probabilístico de risco e as lutas políticas pela mudança das condições de existência porque as lutas para mudar as condições de existência são o instrumento para reduzir o risco. (...) Distinguir sobre a existência probabilística de risco e fatores sociais de risco é fundamental porque o risco existe; sempre existiu, são fatores negativos que intervêm sobre a vida da pessoa ou do grupo. O importante é saber quem o produziu. O modo com o qual se responde ao risco é uma técnica que pode ser mágica ou científica. O risco como tal pode-se medir mesmo probabilisticamente, mas não se pode não interpretar os fatores que produzem o risco, os fatores sociais de risco. [em suma:] O conceito de risco é um conceito probabilístico, mas a solução a dar ao risco pode ser uma solução individual ou uma solução coletiva e, portanto, coloca em pauta o problema de classe porque pode haver grupos de poder que não têm interesse em investir nos fatores sociais de risco (SEPPILLI, 2012a).

Em sequência comentamos com Seppilli uma reflexão de Giovanni Berlinguer, apresentada em “*Storia della Salute*” (2011, p. 39), onde ele sinaliza que os mitos e as ideologias tendem a aumentar ou diminuir os risco, ou simplesmente fazê-los presentes. Focando para essa assertiva, perguntamos a Seppilli: é possível pensar que as ideologias que defendiam intransigentemente o espírito do capitalismo, no período de recorte da pesquisa, 1948-1978, tiveram interesse (s) em difundir a ideia de risco?

Eu penso que os mitos possam sim aumentar ou diminuir a imagem de risco com relação a uma situação, mas o problema é: onde está a responsabilidade? O que existe atrás do risco? Qual é o sistema de poder, de classe, que favorece manter-se em risco, com interesse preciso, ao contrário de deflagrar em nível de movimento popular a superação das matrizes do risco? [...] O risco existe, é uma probabilidade ligada às situações, o problema é compreender de onde ele vem, quais são os fatores que produzem o risco e conhecendo os fatores que produzem o risco há sempre várias possibilidades para lutar contra esses fatores: uma extrema é atribuir a culpa ao indivíduo, a outra é mudar a sociedade e reduzir os fatores de risco. A estratégia que nós escolhemos depende da relação de força obviamente, caso contrário não se pode decidir quais são as

estradas para superar os fatores de risco. Portanto, é verdade que os mitos podem aumentar ou diminuir o risco, mas o verdadeiro problema é qual escolha se faz com relação à compreensão que aquele risco advém de uma coisa anterior bem precisa: é essa coisa anterior bem precisa que vai colocada em questão, não é o risco (Idem, 2012a).

A entrevista realizada com Seppilli (2012) nos deu sustentação para repensarmos o objeto. Ela representou o encontro com a esperança de que novos movimentos intelectuais poderiam gerar a ancoragem que necessitávamos para prosseguirmos na busca por condições para a construção da crítica que queríamos.

No período anterior ao encontro com Seppilli, ainda que ciente dos esforços dirigidos para a revisão teórica, a sustentação para prosseguir com este trabalho assentava-se no nosso slogan, historicamente produzido ao longo do doutorado: “É processo. Tudo parece processo”. Mas, no processo que produzíamos e nos produzia emergia paulatinamente um dolorido desencantamento, pois sentíamos que corríamos o risco de não objetivar o estudo, em virtude da ausência de um consistente marco conceitual.

A partir da entrevista, o objeto de pesquisa começou a ganhar novas formas e contornos, até consolidar-se “naquilo que está anterior” à suposta influência conferida pela ideia de risco ao Movimento APS; à Mãe do risco: à hegemonia. Novo trilho foi estabelecido. Decidimos enfrentar o desafio de buscar a fundamentação em um dos maiores pensadores que haviam analisado a teoria de hegemonia: Antonio Gramsci. No entanto, estávamos cientes de que teríamos o limite temporal para enfrentar.

Atestamos esse limite ao começar a visitar a sua obra: *Quaderni del Carcere*. Vimos que há uma edição antiga, publicada entre 1948 e 1951, na qual o aparato crítico do autor não está separado de seus textos genuínos. Vimos também que há uma edição mais recente, publicada em 2007, pela casa editora Einaudi, radicada em Torino. Essa edição corresponde à 3ª edição (e a última, até o presente momento) da edição crítica que havia sido publicada pela primeira vez em 1975, por iniciativa do Instituto Gramsci. Para a fundamentação do estudo, optamos por essa 3ª edição.

A obra é composta por quatro volumes, sendo que nos três primeiros estão publicados os 29 cadernos gramscianos (excluídos os 4 de tradução). Os textos encontram-se divididos em escritos de primeira redação (A), escritos de redação única (B) e escritos de segunda redação (C). Oportuno salientar que na passagem do escrito A ao C, Gramsci

não segue um trajeto linear. Em muitos casos, vários escritos A são retomados em um único escrito C; em outros, um único escrito A é subdividido em diversos textos C (GERRATANA, 2007).

No prefácio da obra, o organizador, Valentino Gerratana, já nos assinala que a edição não oferece um modelo teórico interpretativo para ser aplicado, pois os Cadernos estão publicados na íntegra, respeitando com rigor as suas cronologias, os movimentos não sistemáticos do autor, e o trânsito recorrente de idas e vindas, nos escritos. Ele refere que, nessa edição, os Cadernos foram publicados, sem o aparato crítico conferido pelas notas redacionais explicativas, que os acompanhava na edição antiga publicada entre 1948 e 1951 (Idem, 2007).

Visitando a obra, constatamos que as notas redacionais encontram-se compiladas no 4º volume, com 905 páginas. Essa separação entre os escritos genuínos e as notas explicativas permite que o leigo desenvolva sua leitura nos Cadernos de modo independente, visitando com liberdade os textos genuínos de Gramsci, para interpretá-los a partir de seus instrumentos, e sempre que achar necessário ele pode recorrer ao quarto volume onde estão compiladas as notas redacionais (GERRATANA, 2007).

Vale ressaltar que essas notas não representam explicações e interpretações de fácil compreensão, uma vez que elas estão atreladas ao contexto complexo em que foram produzidas: guerra e pós-guerra; crise do movimento operário; revolução de Outubro e Internacional comunista; luta das massas e crises do Estado, deflagradas com o fascismo (Idem, 2007). Elas contribuem ao dar pistas sobre a constituição das categorias teóricas gramscianas.

Valentino Gerratana comenta, ainda, que Gramsci tinha em mente organizar os escritos com base em quatro argumentos interconectados entre si: a) reflexões sobre a função dos intelectuais italianos, no desenvolvimento da questão meridional; b) um estudo de linguística comparada, cujo embrião estava nos bancos da escola da adolescência; c) um estudo sobre o teatro de Pirandello; e d) e um ensaio que compilasse o gosto popular pela literatura (Idem, 2007). O produto final acabou expressando novos argumentos em diálogo contínuo com essa matriz.

O organizador relata também que o tecido literário gramsciano havia sido produzido com base em uma metodologia que explorava a carga simbólica do particular, em um pano de fundo de muito sofrimento individual, que se expressava na absoluta autopercepção de solidão do cárcere e saúde fortemente debilitada (Idem, 2007). Assim, os escritos carregam a carga simbólica do sofrimento de Gramsci no

cárcere. Com efeito, a relação estabelecida com o pesquisador não é isenta dessa carga.

A partir do prefácio da obra percebemos a ambição e os limites da nossa empreitada. Decidimos realizar uma revisão teórica, ainda que muito breve, sobre hegemonia em Gramsci, a partir de autores brasileiros, para depois visitarmos os *Quaderni*. Essa revisão nos forneceu um guia para que pudéssemos explorar os escritos genuínos de Gramsci, em busca de textos que nos apresentassem fragmentos da análise da teoria de hegemonia, em tão pouco tempo. Excluímos o volume 4, referente às notas redacionais.

CAPÍTULO 3

CATEGORIA TEÓRICA ANALÍTICA

3.1 HEGEMONIA EM GRAMSCI E CONCEITOS CORRELATOS

[...] il problema etico è, in pratica, la corrispondenza 'spontaneamente e liberamente accolta' tra gli atti e le omissioni di ogni individuo, tra la condotta di ogni individuo e i fini che la società si pone come necessari (...) è la corrispondenza spontanea e libera in quelle zone in cui la 'coazione' non è statale, ma di opinione pubblica, di ambiente morale.[...]

Gramsci, A. *Quaderni del cárcere*, 2007a, p. 757.

A teoria de hegemonia foi analisada por Gramsci (SEPPILLI, 2012a) e pode ser encontrada na vasta bibliografia secundária sobre seu pensamento, produzida e interpretada a partir de passagens observadas, principalmente, nos Cadernos do Cárcere¹⁰. No entanto, na sua produção genuína essa análise não está esquematizada (GERRANTANA, 2007). Nos Cadernos, compilados da obra do “Gramsci maduro” (BUEY, 2003, p. 27), a teoria/conceito de hegemonia não aparece de modo claro.

Há uma corrente que supõe ser essa ausência de clareza resultado do “caráter fragmentário e incompleto do projeto”, fruto das sofridas condições no cárcere. Há outra corrente, por sua vez, que contrargumenta essa atribuição por concebê-la um entendimento equivocado que, ao conferir ao contexto as singularidades investigativas do pensamento de Gramsci, deixa implícito que a produção está aguardando estudiosos que decifrem o não explícito e deem um formato coerente à produção do pensador dito “fragmentário” (BUTTIGIEG, 2003, p. 40; COUTINHO, 2003, p. 68).

Não é por acaso que a teoria/conceito de hegemonia não aparece nos Cadernos como uma categoria teórica pronta e acabada, capaz de explicar os fenômenos históricos e políticos, pois foi na especificidade dos fenômenos que Gramsci se debruçou para utilizar o termo. O conceito não se desenvolveu enquanto tal no processo de estudo e redação de sua obra, mas sempre em conexão *pari passu* com fenômenos que ele buscava analisar (Idem, 2007; BUTTIGIEG, 2003, p. 40). Gramsci retoma o tema em vários Cadernos, sinalizando uma contínua atualização de seus registros. De qualquer modo, já de início foram assinaladas neste trabalho algumas interpretações gerais de hegemonia em Gramsci:

Hegemonia é “consenso” (COUTINHO, 2010, p. 30), ciente de que em todo consenso há elementos de contraste, tais como pluralismo e divergência, cuja intensidade de atuação depende do momento histórico (NOGUEIRA, 2003). Hegemonia existe “quando indivíduos e grupos sociais aderem consensualmente a certos valores”. Quando gerada em um consenso ativo, a hegemonia se expressa pela “auto-organização e participação ativa das massas”, por meio de partidos e outros organismos da sociedade civil. Quando fruto de consenso passivo, a sua

¹⁰ As citações da bibliografia secundária sobre Gramsci nos Cadernos seguirá a escolha dos autores sobre o uso da expressão “Cadernos do Cárcere” ou “*Quaderni del Carcere*”. Para as citações primárias, será utilizada a expressão “*Quaderni del Carcere*”, a palavra “*Quaderni*” ou as letras “QC”, pois usou-se como referência a obra em italiano.

expressão se dá mediante “resignação” ao que está posto como “natural” (COUTINHO, 2010, p. 31).

Hegemonia é “processo” (MEDICI, 2003, p. 205), que deve ser traduzido através da práxis (GERMINO, 2003). Hegemonia é a “supremacia de um grupo ou classe sobre outras classes e grupos”. É exercida através de direção moral e intelectual, e domínio (FONTANA, 2003, p. 114-19). Uma relação de hegemonia acontece quando “um conjunto de crenças e valores se enraíza no senso comum” (Idem, 2010, p. 30), sendo uma relação educacional (BUTTIEG, 2003, p. 47).

A elaboração do pensamento de Gramsci e, portanto, a sua análise sobre hegemonia para fins explicativos de fenômenos históricos e políticos, deu-se em uma singularidade, construtora do solo de seu brilhante aparato teórico: o diálogo. Gramsci desenvolveu seu pensamento em linguagem dialógica, visando à interpretação de Marx e à continuidade de pensamento na linha de Marx. Dialogava com os clássicos da tradição para iluminar o que eles inovavam, dialogava com os contemporâneos de seu tempo para entender o presente e dialogava consigo mesmo, sem ensimesmar-se, com base nas suas experiências vividas desde a segunda metade da década de 1910 (BUEY, 2003). Na sua ótica, a linguagem é uma atividade, um movimento que amolda sentimentos e crenças comuns, mas em cuja conformação há também fraturas sociais (BUTTIEG, 2003).

Em “Socialismo e Cultura”, escrito em 1916, Gramsci propôs uma reforma intelectual voltada para a construção de uma linguagem comum capaz de produzir uma atitude ativa nas classes subalternas, condição para que tais classes desenvolvessem a compreensão de seu valor e função no mundo, bem como de seus direitos e deveres. Na sua perspectiva, para que as classes subordinadas elaborassem a sua própria concepção de mundo, era necessário romper a subordinação aos intelectuais burgueses (BUTTIEG, 2003).

Esse rompimento se daria na produção de “autoconhecimento e autodisciplina”, na apreensão do “estudo da história e ‘dos outros’ e do cultivo do espírito crítico”. Nessa direção, ele criticava o positivismo, por entender que essa corrente de pensamento, que influía tanto no pensamento socialista como na cultura em geral, reforçava “uma atitude passiva que impedia as classes subalternas de abraçarem a noção de que podiam ser agentes da transformação histórica” (BUTTIEG, 2003, p. 43-44).

Após a Primeira Guerra Mundial, no período de emergência de uma revolução socialista na Itália, para fins da libertação nacional, Gramsci entendia que a busca de uma linguagem adequada, capaz de

promover a interlocução entre gerações e suas respectivas experiências, era essencial para a construção de uma atividade política coletiva concreta (No entanto, a revolução acabou por sucumbir às forças de reação que colocaram o Partido Comunista Italiano na clandestinidade e seus líderes em prisões ou exílios). Para Gramsci, essa busca era essencial para a construção de uma cultura que respondesse aos novos problemas socioeconômicos e culturais impostos ao seu país (BUEY, 2003). A linguagem adequada, tão cara a ele, correspondia a uma linguagem não formal, em certa medida metafórica, com a qual os intelectuais e o povo, o homem “culto” e o homem “simples” pudessem se fazer entender, dialogicamente, em prol de uma nova cultura (BUTTIEG, 2003, p. 28).

Esse “se fazer entender” entre homem “culto” e homem “simples” foi percorrido em sua obra como uma exigência da filosofia da práxis, para a qual o diálogo entre “cultos” e “simples” era o caminho para a formação de um “bloco intelectual-moral que tornaria politicamente possível um progresso intelectual de massa, e não apenas de pequenos grupos intelectuais”. A construção de uma concepção de mundo coerente, fundada em uma unidade, não era possível de ser concretizada sem que os homens produzissem uma concepção crítica de si. Desse modo, era necessário que o homem simples, aquele “ativo de massa”, que atuava na prática sem uma nítida consciência teórica da sua própria atuação, desenvolvesse autoconsciência, “na qual teoria e prática finalmente se [unificariam]” (GRAMSCI, 1981, p. 20).

Sobre esse homem - o simples - era “quase possível dizer” que ele tinha uma consciência contraditória: uma subliminar à sua ação, que mantinha um elo entre a sua produção e a de colegas na transformação prática do real, e outra “superficialmente explícita ou verbal, que ele herdou do passado e acolheu sem crítica”. Seria na construção dessa crítica de si que atuaria o homem “culto”, o intelectual, cujo papel acabaria sendo o de organizar a transformação do senso comum de homens simples, até então descolado da unificação entre teoria e prática, em uma unidade (orgânica) coerente de compreensão do real (GRAMSCI, 1981, p. 21-24).

Em outras palavras, a produção de uma linguagem comum entre homens simples e cultos tinha como imagem objetivo transformar a subordinação com inovação: “se o subalterno era ontem uma coisa, hoje não mais o é: tornou-se uma pessoa histórica, um protagonista”. A primeira fase de produção dessa consciência de si era, para ele, “a consciência de fazer parte de um grupo hegemônico” (Idem, 1981, p. 21-24).

Sobre essa linguagem metafórica, o conceito de hegemonia foi analisado e contextualizado em *Cadernos do Cárcere*. Partindo de experiências vivenciadas com companheiros na prisão e, enquanto um pensador internacionalista, Gramsci continuava se questionando sobre - como quando havia escrito “Socialismo e Cultura”, em 1916 - “como construir uma linguagem comum inteligível entre pessoas de tantas línguas e nacionalidades distintas, que sabiam simultaneamente duas coisas: que os operários não deveriam ter pátria” - como diz o *Manifesto Comunista* -, “e que, de fato, [tinham]”, como ficou provado durante a Primeira Guerra Mundial (BUEY, 2003, p. 31).

Sua veia internacionalista se expressa ao longo dos *Quaderni del Carcere*, cabendo destacar uma afirmação, presente no 13º QC:

[...] as relações internas de um Estado-nação estão interligadas às relações internacionais, criando novas combinações originais e historicamente concretas. Uma ideologia, nascida em um país mais desenvolvido, se difunde em países menos desenvolvidos, impactando combinações locais no jogo (GRAMSCI, 2007c, p. 1585).

Gramsci refletiu a questão da traduzibilidade das línguas em nível linguístico, cultural e filosófico, demarcando a importância da tradução das palavras. Argumentou que as condições para a construção de uma linguagem comum visando a uma “estratégia internacionalista compartilhada” eram dadas historicamente por uma expressão cultural comum, resultante da concepção de que “a história é sempre história mundial” (Idem, 2003, p. 32; BARATTA, 2003, p. 13), ou seja, as histórias nacionais aconteciam no quadro da história mundial.

Nesse sentido, para ele, havia uma concepção de mundo compartilhada por operários e intelectuais e produzida historicamente, uma concepção de mundo “mundializada e mundializadora, capaz de compreender o sentido das histórias particulares no marco da história mundial, algo como um marco teórico comum que é (...) a filosofia da práxis”. No entanto, essa concepção era expressa em linguagens nacionais distintas. Por esse motivo, ele se debruçava em prol de uma linguagem comum, na qual os intelectuais teriam um papel fundamental, visando a uma “estratégia internacionalista compartilhada”, construída sobre uma consciência autônoma que respeitasse as diferenças (BUEY, 2003, p. 30-32).

As raízes dos pressupostos que geraram a nação Brasil confirmam que a nossa construção se deu no marco da história mundial, pois tais raízes não estão na vida dos índios que aqui viviam, mas “no

contraditório processo de acumulação primitiva do capital” que tinha sua vitalidade pulsante na Europa ocidental. Essa “gênese ‘europeia’ da ‘nação’ Brasil” exige que se pense o desenvolvimento do Estado brasileiro no sentido de investigar como e em que medida se desenvolveu e se desenvolve a “autônoma consciência” qualificada por Gramsci como “nacional-popular”. Na investigação, deve-se ter consciência de que a busca por saídas autóctones para a questão nacional e a negação da dimensão europeia ocidental no desenvolvimento dessa problemática incorreria em riscos muito graves (COUTINHO, 2000 *apud* BARATTA, 2003, p. 17).

Quanto aos intelectuais, Gramsci nos mostra que eles teriam o papel de organizar a hegemonia social de um grupo e seu domínio estatal. Vimos nos QC que os intelectuais são produzidos em todos os grupos sociais que nascem “sobre a base original de uma função essencial no mundo da produção econômica”, com o papel de conferir ao grupo a condição de “homogeneidade e compreensão” da própria função no âmbito econômico. Vimos também que “não existe uma classe independente de intelectuais, pois cada classe tem os seus intelectuais” (GRAMSCI, 2007a, p. 474; 42).

No entanto, cabe pontuar que, quando grupos sociais (e seus intelectuais) emergem na história via estrutura econômica, eles se deparam com algumas matrizes de intelectuais monopolizadores de serviços essenciais, intelectuais “preexistentes, e que apareciam de fato como representantes de uma continuidade histórica ininterrupta, bem como das mudanças mais complicadas das formas sociais e políticas” (Idem, 2007a, p. 474).

Um requisito essencial para que sejam intelectuais é que eles tenham competência técnica no campo da organização da sociedade em geral, “em todo seu organismo completo dos serviços ao Estado”. Em outras palavras, o que caracteriza o intelectual gramsciano não é a sua característica intrínseca de possuir competência intelectual, mas o tipo de sistema de relação que esse intelectual personifica na disputa de hegemonia que se dá entre as classes na realidade capitalista (GRAMSCI, 2007a, p. 476). Portanto, o intelectual conceituado por Gramsci é abordado na perspectiva classista e corresponde àquele recrutado organicamente às classes sociais.

Enfim, “poder-se-ia dizer que todos os homens são intelectuais; mas nem todos os homens têm a função de intelectuais na sociedade [...] eles se formam historicamente das categorias especializadas para o exercício da função intelectual” (Idem, 2007c, p. 1516). Na relação com hegemonia, a reflexão gramsciana nos evidencia que os intelectuais com

funções sociais “têm uma função na hegemonia que o grupo dominante exerce em toda a sociedade e no domínio sobre essa sociedade que se materializa no Estado e esta função é precisamente ‘organizativa e conectiva’” (GRAMSCI, 2007a, p. 476).

Com isso, Gramsci nos está dizendo que os intelectuais de seu tempo são organizadores e mediadores da hegemonia. Eles deveriam organizar:

[...] o consenso dado pelo prestígio da função no mundo produtivo e o aparato de coerção para aqueles grupos que não ‘consentem’ nem ativa nem passivamente ou para aqueles momentos de crise de comando e de direção nos quais o consenso espontâneo se transforma em crise (Idem, 2007a, p. 476).

De diálogos gramscianos, extrai-se que hegemonia pode ser pensada como: a) categoria de compreensão da política no interior de uma nação, enquanto supremacia/liderança de um grupo/classe sobre outros grupos/classes e b) categoria de compreensão da política entre as nações, enquanto a supremacia/liderança de um Estado sobre outros, numa determinada estrutura internacional de poder (FONTANA, 2003).

No período inicial de sua obra, antes do cárcere, quando pensava a reforma intelectual, Gramsci falava de hegemonia com base no seu país, a partir da dominação cultural que era, por parte das classes dominantes, o instrumento para a tomada de poder. Considerando dominação cultural como a difusão na sociedade de valores e concepção de mundo e entendendo-a como instrumento das classes dominantes, Gramsci sistematizou três categorias de ancoragem à construção de uma nova ordem transformadora, à “construção de uma nova ordem capaz de elaborar uma concepção alternativa do mundo”: a) trabalho de crítica; b) penetração cultural e c) impregnação de ideias. As três categorias compuseram seu modelo “ativo/ativista” de educação (BUTTIGIEG, 2003, p. 47).

O contexto da produção inicial de Gramsci antes da Primeira Guerra Mundial, período de forte expressão do Partido Socialista Italiano na luta contra a guerra, era de luta nacional pelo poder. Dessa forma, o conceito de hegemonia foi pensado no sentido de liderança hegemônica, como a “supremacia de um grupo ou classe sobre outras classes e grupos” para “descrever a posição de liderança da classe trabalhadora no contexto de uma aliança com outras classes”, rumo à luta pelo poder (FONTANA, 2003, p. 114; GARCIA, 2010). Era uma luta que visava à construção do Estado operário.

Voltando-se para a realidade do seu país depois da Primeira Guerra e entendendo o fascismo não como um exemplo de Estado moderno, mas como resultado da pobreza do povo italiano e da ideologia de destacados intelectuais sobre as (in) condições de vida desse povo, Gramsci levantou uma questão sobre o Estado moderno: o que fazia da ‘civilização’ burguesa uma civilização tão resistente? Para ele, o Estado moderno usava a força como instrumento de proteção dos interesses de classes dominantes e a justificativa de as forças de reação terem prevalecido no caso italiano não estava tanto no poder coercivo do Estado, mas em “algo muito mais formidável do que o poder de fogo”: o poder persuasivo, traduzido em mecanismos de persuasão. Para Gramsci, a perpetuação de valores burgueses se daria através de “operações de hegemonia, através das atividades e iniciativas de uma ampla rede de organizações culturais, movimentos políticos e instituições educacionais que difundem suas concepções do mundo e seus valores capilarmente pela sociedade” (BUTTIEG, 2003, p. 46-47).

A segunda metade do século XX, recorte deste estudo, gestou operações de hegemonia como frentes de resistência da civilização burguesa, destacando-se a criação do Estado de Bem-Estar Social.

Desde a década de 1970 muitas análises têm sido realizadas sobre o Estado de Bem-Estar Social. Caracterizado como um modelo de Estado interventor e assistencialista, difundido em parte dos países da Europa ocidental no pós-guerra com a missão de garantir direitos sociais universais (GROPPO, 2005), o Estado de Bem-Estar Social nasceu na criação do Plano Marshall, em 1947, visando à recuperação econômica, social e política da Europa. Na perspectiva da Escola de Frankfurt, esse modelo de Estado “legitimou o sistema capitalista, cooptando para a ordem capitalista as classes trabalhadoras do capitalismo ocidental desenvolvido” (NAVARRO, 1993, p. 157). Na visão de Kisil (2002, p. 193), o Estado de Bem-Estar Social consistiu de uma operação de hegemonia americana dirigida para a produção de resistência ao avanço do socialismo que vinha ocorrendo a partir do leste europeu (KISIL, 2002, p. 193).

No entanto, vimos em Gramsci que operações de hegemonia não têm uma só direção. Elas não se dão somente a partir da “transmissão e da disseminação de ideias e opiniões dos grupos dominantes para os extratos subordinados”, [pois a atividade cultural] “também estimula novas ideias nos setores privilegiados da sociedade”. Essas novas ideias, por sua vez, acabam possibilitando o enfrentamento de novas questões, bem como a ligação sintonizada com as demandas e aspirações de todos os setores da sociedade (BUTTIEG, 2003, p. 46-7).

Em poucas palavras, a atividade cultural, instrumento operativo de hegemonia, “reforça a capacidade dos grupos dominantes para olhar além do próprio interesse corporativo e estreito e, portanto, ampliar sua ação e influência sobre o resto da sociedade” (BUTTIEG, 2003, p. 46-7). É nessa dialética, de superação do particular para o universal, “do econômico-corporativo para o político” (de interesses particulares para bens universais), que se dá o movimento hegemônico (FONTANA, 2003, p. 117-18).

Mas há uma exigência para que o grupo dominante “olhe além do próprio interesse corporativo e estreito” (BUTTIEG, 2003, p. 47): seu poder econômico deve se manter intacto. A liderança do grupo dominante, expressa nas concessões que esse grupo faz aos grupos subordinados para que tais grupos participem de seu projeto de dominação, exige que o poder econômico do grupo dominante não seja alterado. Esse entendimento revela uma forma de “sacrifício compromissado” (GARCIA, 2010, p. 162) no movimento hegemônico:

[...] o fato de a hegemonia pressupor que se leve em conta os interesses e as tendências dos agrupamentos sobre os quais a hegemonia será exercida, que se forme certo equilíbrio, isto é, que o agrupamento hegemônico faça alguns sacrifícios de ordem econômico-corporativa, não significa que tais sacrifícios não possam afetar o essencial, uma vez que a hegemonia é política, mas também e essencialmente econômica, pois ela tem a sua base material na função decisiva que o agrupamento hegemônico exercita sobre o núcleo decisivo da atividade econômica (GRAMSCI, 2007a, p. 460).

O Estado de Bem-Estar Social, um exemplo da forma de “sacrifício” supracitado, enquanto uma operação de hegemonia acabou estimulando “novas ideias nos setores privilegiados da sociedade”, isto é, assumindo outras direções para o enfrentamento de novas questões, deflagradas por demandas e aspirações dos diversos setores sociais (BUTTIEG, 2003, p. 46-7). A própria OMS pode ser considerada uma construção cultural, produzida e operada sobre uma base hegemônica, em um cenário externo de disputa de hegemonia pelos dois grandes blocos, URSS e Estados Unidos da América.

Essa cultura passaria a circular em prol da questão social dos povos, uma vez que os efeitos políticos imediatos do pós-Guerra haviam produzido um corte temporário no liberalismo econômico e gerado uma liderança das questões sociais, nas Políticas de Estado. Naquele clima, a Organização formalizou-se: onde o investimento era focado na

construção da paz, que seria alcançado a partir de acordos e estratégias suficientemente capazes de reinserir, na economia mundial, os países devastados pela Guerra (HOBSBAWN, 1995). A assunção sobre novas direções, deslocando-se do particular para o universal, deu-se na defesa de um padrão de saúde o mais alto possível para todos.

Gramsci também usa o conceito de hegemonia como um atributo de liderança hegemônica que representa a “supremacia de um grupo ou classe sobre outras classes e grupos” (FONTANA, 2003, p. 119; GARCIA, 2010) para explicar, não a luta pelo poder, mas sim a derrota (socialista) política (Idem, 2003, p. 119). Ou seja, ele usa o conceito no contexto italiano de ditadura fascista e derrota socialista.

Examinando a hegemonia no contexto histórico e político italiano, “Gramsci nos fez entender que nenhum poder se sustenta se não combina coerção e hegemonia. No contexto de ditadura fascista, exceto na sua fase inicial, havia muita coerção e pouca hegemonia” (SEPPILLI, 2012a):

Há poderes que têm pouca coerção e muita hegemonia e há poderes que têm muita coerção e pouca hegemonia, e havendo pouca hegemonia há necessidade de muita coerção. O fascismo, por exemplo, no início, teve uma grande capacidade de hegemonia por certo período porque enfrentou alguns problemas que o movimento operário havia colocado antes (SEPPILLI, 2012a).

Reforçando que o uso da ideia de liderança hegemônica, em Gramsci, estava voltado para a formação de uma “unificação popular-nacional” visando a uma consciência autônoma que respeitasse as diferenças (BUEY, 2003, p. 30), é importante demarcar que a ideia dessa liderança compreende duas forças sociopolíticas, que atuariam como os instrumentos-base para a formação de uma “vontade coletiva nacional e popular”:

a) a produção e o desenvolvimento de uma classe nacional dirigente e dominante, ou seja, de uma classe eminentemente “italiana”. O objetivo seria a transformação do conhecimento em senso comum, a partir do exercício da direção moral e intelectual sobre grupos aliados da sociedade civil, além do exercício do domínio sobre os grupos adversários ao consenso (ativo ou passivo), com a finalidade de alcançar uma ampla “base de massas”, e

b) a constituição e organização de um “grupo consciente e ativo de seguidores”, rumo a uma cidadania ativa e organizada (FONTANA, 2003, p. 119), mediante a atuação de intelectuais orgânicos em um

modelo ativo/ativista de educação para fins da real construção democrática.

Desse modo, ao considerar que a liderança hegemônica compreende duas forças sociopolíticas - direção e domínio -, Gramsci iluminava a importância de se formar uma classe dirigente que se sustentasse no consenso das massas (já que é o consenso que permitiria à classe ser dirigente), e não apenas na força (que permitiria à classe exercer o domínio) (BIANCHI, ALIAGA, 2011). A direção carregava o atributo “moral” porque na tendência “de unificar toda a humanidade” a direção havia sido concebida “como um processo que desaguará na moral, isto é, como tendente a desaguar em uma forma de convivência na qual a política e moral serão superadas” (GRAMSCI, 2007b, p. 750). A direção foi qualificada como intelectual porque partiria de grupos sociais que detinham um determinado papel na vida econômica com o objetivo de “hegemonizar outros grupos que [desempenhavam] papéis igualmente determinados”. O solo da hegemonia era, em seu aparato teórico, o “mundo produtivo”:

É verdade que a conquista do poder e a afirmação de um novo mundo produtivo são indissociáveis; que a propaganda em favor de uma coisa é também propaganda em favor da outra; e que, na realidade, somente nesta coincidência é que reside a unidade da classe dominante, a qual é, ao mesmo tempo, econômica e política (CAMPIONE, 2003, p. 53).

Gramsci diferenciou direção de domínio como opção metodológica. Essa escolha sinaliza que as duas categorias não são “mutuamente excludentes”, ou seja, a supremacia ou o poder de Estado “nunca se apresenta como uma alternativa: isto ou aquilo”. Direção (consenso) pressupõe o interesse de domínio (para chegada ao poder), sendo que o valor e o peso de cada uma são determinados pelo contexto de uma dada situação histórica concreta (FONTANA, 2003, p. 119). O baixo desempenho da direção moral e intelectual em uma dada situação histórica concreta (com ou sem domínio, isto é, com ou sem a chegada ao poder) resulta em desequilíbrio da hegemonia. Isto está confirmado nos *Quaderni*:

[...] O exercício ‘normal’ da hegemonia, no âmbito clássico do regime parlamentar, é caracterizado por uma combinação de força e consenso que se equilibram, sem que a força transgrida demais o consenso, ao contrário, que

ela apareça apoiada pelo consenso da maioria, expresso pelos chamados órgãos de opinião pública (que se multiplicam, paulatinamente, de modo artificial) (GRAMSCI, 2007a, p. 59).

A distribuição de forças e o consentimento foram instrumentos da Guerra Fria, cenário externo em que se deu a construção social da OMS, período do recorte deste estudo, 1948-1978. O confronto correspondeu à hegemonia mundial de dois grandes blocos: Estados Unidos e URSS. Ele se havia estabelecido sobre uma forma de “consentimento” entre os Estados Unidos e a URSS, da “distribuição global de forças no fim da Segunda Guerra Mundial”. A URSS controlaria a zona ocupada pelo Exército Vermelho e/ou outras Forças Armadas sem tentar usar a força militar para ampliar a sua área de controle. Os Estados Unidos, por sua vez, controlariam todo o restante do mundo capitalista, além do hemisfério norte e oceanos, sem tentar usar a força para dominar a hegemonia soviética (HOBSBAWN, 1995, p. 231).

Tanto os Estados Unidos quanto a URSS viveram o confronto pacífico pela disputa de hegemonia: “enquanto os EUA se preocupavam com o perigo de uma supremacia mundial soviética, num dado momento futuro, Moscou se preocupava com a hegemonia de fato dos EUA, então exercida sobre todas as partes do mundo não ocupadas pelo Exército Vermelho”. Ainda que não existisse de fato o “perigo eminente de guerra” no período entre as décadas de 1960 e 1970, os dois blocos garantiam as suas posições, dirigiam suas ações para o impedimento de entrada de terceiros e entendiam que a “coexistência pacífica entre eles era possível a longo prazo” (Idem, 1995, p. 225).

Na década de 1970, os Estados Unidos tiveram a sua hegemonia questionada por uma fase de recessão, em virtude de: a) dos efeitos gerados à sua política econômica pela Guerra do Vietnã (a emissão extraordinária de dólares, inflação e também extraordinários saldos negativos na sua conta-corrente); b) da suspensão do sistema *Bretton Woods*¹¹ (fim do padrão ouro-dólar); c) do baixo crescimento e d) de duas crises do petróleo (1973 e 1979). Esse cenário acabou desmontando o *New Deal*¹², o Estado de Bem-Estar Social na Europa e o desenvolvimentismo na América Latina (PIANA, 2009).

¹¹ O sistema *Bretton Woods* consistiu da reorganização monetária gerada na conferência de Bretton Woods, em 1944, que criou o padrão ouro-dólar em substituição ao antigo padrão ouro (ALMEIDA, 2001).

¹² Contrariando muitas análises, o *New Deal* foi um plano econômico impulsionado não pela classe capitalista, mas pela classe trabalhadora (Levine, 1988 apud Navarro, 1993), para legitimar o Estado de Bem-Estar Social nos Estados Unidos. No entanto, essa classe não

Essa crise de hegemonia americana parece ter impulsionado a tendência de produção de “autonomismos regionalistas, nacionalistas e independentistas” (BUEY, 2003, p. 30), e uma forma de hegemonia que, ao propagar a noção de estabilização do sistema econômico, produzia em concomitância uma apatia que perpassava a realização de sujeitos no tecido social. Ela pode ser traduzida em uma singular representação: as coisas sempre foram assim, essa realidade não é nenhuma novidade e sempre se fará presente (SIMIONATTO, 2003, p. 278).

Poderíamos pensar que essa forma de hegemonia é uma reafirmação da hegemonia dos valores do capitalismo e pode estar caracterizando, de fato, e não de hoje, autonomismos no atual contexto mundial. Cabe aqui citar dois prováveis desdobramentos gerados numa reflexão de Oliveira, citada em Paulani, (2010, p. 127) e de Coutinho (2010, p. 31), respectivamente: a) “hegemonia às avessas” e b) “hegemonia da pequena política”. A primeira forma hegemônica, travestida do avesso, poderia ser assim interpretada: ela se dá em contextos nos quais uma classe exerce a direção moral e intelectual (os dominados) e a classe oposta exerce o domínio, a força material (classe burguesa/exploração). Ou, através de seu contrário: “a hegemonia continua a ser dos dominadores (continua a ser do capital), mas é operada pelos dominados (que detêm o comando do Estado)”. A segunda, apresentada por Coutinho (2010, p. 31), é gerada pelo consenso passivo e se expressa na “resignação” de que o que está posto é “natural”.

Tanto na forma “hegemonia às avessas” quanto na “hegemonia da pequena política”, o momento hegemônico ocorre em duas classes: dominados e dominadores. Na matriz gramsciana, domínio e direção moral e intelectual são exercidos por “um” grupo/classe que detém a supremacia/liderança sobre os demais, com base em uma ideologia. Em uma nota do QC, volume 1, escrita em 1930, confirmamos a reflexão acima sobre hegemonia como direção e dominação de classe:

[...] uma classe é dominante de dois modos, isto é, ela é dirigente e dominante. É dirigente das classes aliadas, e dominante das classes adversárias. Por isto, antes que uma classe chegue ao poder ela pode ser dirigente (e deve ser): quando ela está no poder, torna-se dominante, mas continua a ser também dirigente. Pode-se e deve ser uma ‘hegemonia política’, também antes de ir para o Governo, e para exercer uma liderança (a direção) ou hegemonia não há necessidade

encontrou condições para estabelecer o Estado de Bem-Estar como gostaria. Nesse vazio, a classe capitalista assumiu o controle do plano (NAVARRO, 1993).

de somente contar com o poder e com a força material que este lhe dá (GRAMSCI, 2007a, p. 41).

Na visão de Médici (2003), o conceito de hegemonia é, de fato, problemático, uma vez que Gramsci a concebe, não como “dado, mas como processo”, no qual estão implicados múltiplos elementos. Gruppi (1986) nos explicita: “o processo de hegemonia é (...) um processo de unificação do pensamento e da ação” (...) [de difusão] “de uma identidade política e cultural” entre todos os membros de um grupo que traduz um caráter coeso em torno de uma ideologia (MEZZAROBA, 2005, p. 9-10).

Enquanto “processo de unificação de pensamento e ação” para fins de uma (coesa) identidade, hegemonia se traduz como “uma relação educacional” que se dá obviamente em todas as relações sociais, ou seja, estamos falando de operações de hegemonia: “toda relação de ‘hegemonia’ é necessariamente uma relação pedagógica, que se verifica não apenas no interior de uma nação entre as diversas forças que a compõe, mas em todo o campo internacional e mundial, entre conjuntos de civilizações nacionais e continentais” (Idem, 2007a, p. 399; BUTTIEG, 2003, p. 47).

Desenvolvendo o conceito de hegemonia como processo, Gramsci discorre sobre “agrupamentos de Estados em sistemas hegemônicos”, “nações ou grupos de nações hegemônicos”, remetendo, para uma compreensão do problema, à teoria das “relações de força” e ao conceito de “grande potência”. No âmbito das relações internacionais, ele refere que da mesma maneira que acontece uma disputa pela hegemonia no interior de uma nação, acontece também entre as nações, em cujo processo o poder militar e/ou o “instrumento do domínio cultural e ideológico” participam ativamente (MEDICI, 2003, p. 205).

O conceito gramsciano “agrupamentos de Estados em sistemas hegemônicos” parece ter pulsado vivamente nos Estados Unidos na segunda metade do século XX, na representação do “mito americano”. Aspectos peculiares daquela cultura - a força econômica, política e militar; o modo de viver, de experimentar a vida, de produzir-se nas relações; o jeito de pensar, de se colocar no e para o mundo - alimentaram o “mito americano” nos últimos cinquenta anos do século XX e continuam induzindo povos e povos a se americanizar, na medida em que sua narrativa continua a deter forte carga simbólica na produção da vida mundial. (MEDICI, 2003, p. 210). Tais Estados, em nenhum momento de suas histórias viveram um debate sobre a hegemonia dos

valores do capitalismo, já que seus dois partidos principais e suas organizações sindicais nunca se enfrentaram com distintos projetos de sociedade em uma “batalha hegemônica” (COUTINHO, 2010, p. 30).

Sobre a questão da hegemonia do âmbito das relações internacionais, vale reafirmar considerações sobre o conceito de hegemonia enquanto categoria de compreensão da política entre as nações, enquanto a supremacia/liderança de um Estado sobre outros em uma determinada estrutura internacional de poder: hegemonia é uma categoria que indica “um sistema de alianças entre vários grupos”, dirigido por um grupo dominante que exerce o poder fazendo uso da sua capacidade de transformar interesses particulares em interesses comuns (Idem, 2003, p. 205).

A posição de poder que alguns Estados exercem sobre outros no campo internacional implicam quatro elementos, a saber: a) extensão do território; b) tamanho da população; c) força econômica e d) força militar. Além desses elementos, há um quinto ‘imponderável’, que é a posição ‘ideológica’ que um determinado país ocupa sobre os demais num dado tempo histórico (FONTANA, 2003, p. 120).

Aqui, mencionamos novamente o Estado que deteve a hegemonia industrial na passagem do século XIX para o XX e que nos anos 30 conquistou a hegemonia financeira mundial: os Estados Unidos. Ao final da Segunda Guerra Mundial, o país exerceu a hegemonia cultural ao representar e conduzir “os ideais de liberdade política e progresso econômico” (Idem, 2003, p. 120). A conquista desse *status* na arena internacional se deu na dialética entre força material (econômica e militar) e ideologia (princípios morais e intelectuais, valores da cultura americana) (GRAMSCI, 2007a, p. 298), cujas condições haviam sido dadas pelo americanismo. Essa forma ideológica - americanismo - se havia voltado para a produção de um modo de vida e de um tipo de trabalhador: o fordista (BARATTA, 2003).

No primeiro volume do QC, Gramsci discorre sobre o americanismo e provável devir, tema de um caderno inteiro no QC, volume 3:

O problema não é se na América existe uma nova civilização, uma nova cultura, e se essa nova civilização e nova cultura estão invadindo a Europa: se o problema fosse colocado assim, a resposta seria fácil: não, não existe, etc. Ao contrário, o que se faz na América é reavivar a velha cultura européia. O problema é: se os Estados Unidos, com o peso implacável da sua produção econômica, forçarem ou estão forçando a Europa a uma reviravolta da sua formação econômico-social que seria a mesma, mas com ritmo lento,

como uma reação à ‘prepotência’ americana; se se está criando uma transformação das bases materiais da civilização que levará, a longo prazo (e não muito longo porque no momento atual tudo é muito mais rápido que nos tempos passados) a um fim da mesma civilização existente e ao nascimento de uma nova (GRAMSCI, 2007a, p. 296).

Em seguida, ele comenta que os aspectos de vida difundidos com base na “etiqueta americana” eram somente as primeiras (incipientes) tentativas que estavam em curso devido, não a uma nova ordem advinda de um novo fórum, que não se havia ainda formado, mas à iniciativa dos elementos *déclassés* [...] “dos velhos extratos”. Para ele, aquilo que se nomeava americanismo era, em grande parte, “um fenômeno de pânico social, de dissolução, de desespero dos velhos extratos [...] não uma reconstrução, mas ‘reação’ inconsciente”, já que não é possível reconstruir a partir “de velhos extratos ‘condenados’ pela nova ordem, mas pela classe que cria as bases materiais dessa nova ordem” [...] (Idem, 2007a, p. 296).

No QC 22, todo dedicado ao tema, Gramsci trata o americanismo e a expansão do fordismo nos Estados Unidos de forma abrangente. Ele assinala que o fordismo gerou não somente novos métodos de trabalho, um novo tipo de produção, mas uma nova sociedade: um novo modo de viver, no qual a sexualidade, a moralidade e o consumismo viveram grandes transformações. Do ponto de vista do novo tipo de trabalhador que ali surgia, e que se difundiria para o mundo ocidental, havia um antecedente importante: existia, para tanto, um quantitativo homogêneo - “uma composição demográfica racional” (GRAMSCI, 2007c, p. 2141-81).

Ele assinala que o núcleo do fordismo - o americanismo - requeria uma condição preliminar para a qual os americanos não se haviam debruçado porque naquela América esta condição se fazia presente: “uma composição demográfica racional”. Diferentemente do que ocorria na Europa, nos EUA não existiam classes numerosas improdutivas, “parasitárias”, isto é, as classes americanas tinham uma função primordial no mundo produtivo (GRAMSCI, 2007c, p. 2140).

Ademais, com a ausência de “tradições históricas e culturais” expressivas, os Estados Unidos não tiveram grandes dificuldades para que o dito “americanismo” racionalizasse o modo de produção fordista (Idem, 2007c, p. 2145) nascido na fábrica americana, o que acabou dando suporte para que a burguesia se tornasse hegemônica na América do Norte (BARATTA, 2003): “combinando a força (destruição do sindicalismo operário de base territorial) com a persuasão (mediante

altos salários, vários benefícios sociais, propaganda ideológica e política expressivamente hábil). A hegemonia nasce da fábrica e para se exercitar tem necessidade de não mais que uma quantidade mínima de profissionais intermediários da política e da ideologia” (GRAMSCI, 2007c, p. 2145-46). Vimos em Navarro (1993) que as estratégias fordistas de persuasão têm a sua origem na pressão exercida pela classe trabalhadora, diante do modelo de produção instituído, o que nos leva a pensar que o uso da persuasão nem sempre se origina de uma intenção primária para alcançar uma meta, mas como efeito de algo anterior.

No recorte desta pesquisa - o período entre 1948 e 1978 -, a hegemonia americana consolidou-se com um dos blocos que galgava a liderança moral e intelectual do mundo, na disputa com URSS no confronto frio. E aqui cabe discorrer sinteticamente sobre uma díade complementar à análise gramsciana da teoria da hegemonia: a grande política e a pequena política. Esta, já mencionada anteriormente em uma reflexão de Coutinho (2010, p. 31), sobre o seu lugar na política contemporânea brasileira.

[...] a grande política compreende as questões ligadas à fundação de novos Estados, à luta para a destruição, defesa e conservação de determinadas estruturas orgânicas econômico-sociais. A pequena política relaciona-se às questões parciais e cotidianas que surgem diariamente no interior de uma estrutura já estabelecida para as lutas de preeminência entre as diversas facções de uma mesma classe política [...] pequena política (política do cotidiano, política parlamentar, de corredor, de intriga) (GRAMSCI, 2007c, p.1563-4).

Tal elaboração teórica permite inferir que a Guerra Fria, macro contexto desta pesquisa, foi uma guerra instituída por dois blocos potentes que travavam uma (retórica) disputa pela conquista da grande política por colocar frente a frente dois modelos de formação econômica e social - capitalista e socialista. Tais modelos tinham distintas relações entre sociedade política e sociedade civil. Os dois blocos, portanto, ancorados em suas forças materiais (econômica e militar) e fortalecidos pelas suas grandes extensões territoriais e populacionais, bem como pelas suas posições geográficas estratégicas, lutavam ideologicamente para consolidar seus princípios morais e intelectuais na liderança do mundo.

Focando para a questão da hegemonia no campo internacional, uma vez que o contexto deste estudo é uma estrutura internacional instituída para decidir a saúde dos povos – a OMS –, decidimos

garimpar nos *Quaderni del Carcere* e em bibliografias secundárias o conceito de Estado:

Gramsci (2007b, p. 763-64) distinguiu duas esferas na composição geral do Estado: Estado = sociedade política + sociedade civil, isto é, hegemonia encouraçada de coerção. Ele fez essa distinção para fins heurísticos, como caminho para analisar os diferentes mecanismos de ambos os campos (CAMPIONE, 2003). Trata-se, então, de uma distinção metodológica, já que ambas as esferas estão organicamente ligadas (Idem, 2007b, p. 763-64) pela condição de permeabilidade – de interpenetração (FONTANA, 2003).

Desse modo, a ideia gramsciana de sociedade civil não está descolada de uma perspectiva dialética com relação à sociedade política. Metodologicamente, a sociedade política corresponde aos aparelhos estatais de coerção e a sociedade civil corresponde aos aparelhos privados de hegemonia. Em outras palavras, a sociedade política é formada pelos mecanismos com os quais as classes dominantes exercem seu domínio coercivo mediante o uso do aparato burocrático executivo e forças de repressão militar e policial, e a sociedade civil é composta pelos organismos sociais privados. Privados porque voluntários, independentes, persuasivos, responsáveis pela formulação e circulação das diferentes ideologias nas mais variadas esferas: políticas, econômicas, culturais, educacionais, religiosas ou sociais (Idem, 2003). As sociedades capitalistas, por exemplo, são organismos privados [de hegemonia] (GRAMSCI, 2007b, p. 801).

A sociedade civil é onde se dá a dialética, já mencionada, entre o particular e o universal, entre o econômico-corporativo. Ela é o espaço plural de direção moral e intelectual, de consenso: um espaço de liberdade. No entanto, ao mesmo tempo em que a sociedade civil é um espaço de liberdade, ela é também o *locus* de conflito e competição, pois é nela que se dá a “guerra de posição” enquanto um “conflito cultural” historicamente produzido entre as múltiplas concepções ideológicas e culturais. O objetivo dessa batalha cultural, em terreno da liberdade, é “a construção da realidade social e política” (FONTANA, 2003, p. 117-19). Vale ressaltar que a “guerra de posição” também se difunde para a sociedade política, pois:

[...] as organizações do Estado, apesar de jurídica e analiticamente distintas daquelas da sociedade civil, se enraízam e baseiam na sociedade civil, que fornece os recursos educacionais e culturais que determinam o caráter das organizações do Estado (Idem, 2003, p. 117).

Retomando o QC, volume 2, observamos que após distinguir analiticamente sociedade política de sociedade civil, Gramsci discorre sobre um argumento: a concepção de Estado que supera as fases corporativas e econômicas e alcança a fase política (que supera os interesses particulares em prol de bens universais), isto é, a concepção de Estado em que sociedade política e sociedade civil realmente se misturam e se interpenetram é de um Estado formado por uma sociedade regulada. É neste Estado que Estado e Governo se identificam (GRAMSCI, 2007b, p.763-64), diferentemente do Estado “liberal ou neoliberal”, no qual a ideologia liberal separou o Estado da sociedade civil (FONTANA, 2003) por entender que a atividade econômica é do âmbito da sociedade civil e, por isso, o Estado não deve nela intervir, nem regulá-la (GARCIA, 2010).

A concepção de Estado, em Gramsci, onde ele enfatiza o caráter orgânico de sociedade civil e sociedade política, foi crucial para esclarecer uma indagação que permeou a revisão que fizemos sobre hegemonia. À medida que avançávamos nas leituras, perguntávamo-nos: hegemonia se produz por duas forças (sociopolíticas), direção moral e intelectual e domínio de um grupo social (de uma classe), ao mesmo tempo em que é consenso e supremacia de um grupo social (classe) sobre os grupos aliados antes de dominar, antes da chegada ao poder? O que Gramsci queria dizer ao relacionar “o exercício ‘normal’ de hegemonia” com a necessidade de equilíbrio na combinação entre força e consenso?

Vimos que o consenso não é puramente característica da sociedade civil e a coerção não se faz puramente através dos aparelhos repressivos do Estado, já que sociedade civil e sociedade política não existem separadamente na concepção de Estado de Gramsci (GRAMSCI, 2007b, p. 763-4). É fato que, metodologicamente, em Gramsci, o consenso é constituído pela sociedade civil e a força se faz presente na sociedade política. Porém, ambas as construções transitam nessas duas sociedades e esse trânsito está vinculado ao momento histórico.

Essa compreensão encontrou ancoragem em um artigo que analisa força e consenso como fundamentos do Estado. Reforçando a nossa indagação, os autores comentam que a leitura dessas categorias nos *Quaderni*, parece mostrar, pelo menos à primeira vista, que o consenso se relaciona somente com o momento de hegemonia (direção moral e intelectual/persuasão) e a força (coerção) se relaciona somente com a autoridade do Estado, mediante o seu aparato. Em outras palavras, o consenso seria constituído integralmente na sociedade civil e

a coerção somente seria requerida por meio do aparato estatal. A questão é mais complexa, mas um aspecto elucidativo está em um texto do QC 7 e em outro do QC 8 (BIANCHI; ALIAGA, 2012).

No QC encontramos as reflexões de Bianchi e Aliaga (2011) sobre a permeabilidade do lugar ocupado pela hegemonia e coerção no Estado de Gramsci. Focando para a hegemonia política, Gramsci refere, no QC 7, volume 2, um “ponto de contato” entre a sociedade política e a sociedade civil, portanto, entre força e consenso, criado pelo Estado para gerar o consentimento da sociedade civil quando o Estado necessitasse criar “preventivamente” uma ação impopular: “a opinião pública” (GRAMSCI, 2007b, p. 914-15).

Sabemos que na opinião pública circulam diferentes ideologias, nas mais diversas esferas. Assim, é possível perceber que fazendo uso dessa estratégia – a de criar a opinião pública –, o Estado faria uso de aparelhos não somente públicos, mas também privados de comunicação (jornais, partidos etc.), com o objetivo de induzir a sociedade civil a acatar prováveis medidas impopulares por ele requeridas. Nessa indução, a força do Estado estaria potencialmente presente, mas ela “não se realizaria sem que antes se esgotassem as tentativas de direção política por meio do consenso” (Idem, 2007b, p. 914-15). Isso significa que o Estado, por meio de seu aparato público e “privado”, tentaria inicialmente criar a opinião pública para buscar o consenso na sociedade civil em relação às suas medidas impopulares. Caso o consenso não fosse alcançado, ele faria uso, em um segundo momento, da sua força, mediante seu aparato repressivo.

Reaproximando novamente o marco histórico da Guerra Fria e as reflexões de Gramsci sobre hegemonia, sobretudo a criação da opinião pública por parte do Estado, observamos, em Hobsbawn (1995), uma questão que vale a pena destacar:

A Guerra Fria acabou quando uma ou ambas as superpotências reconheceram o sinistro absurdo da corrida nuclear, e quando uma acreditou na sinceridade do desejo da outra de acabar com a ameaça nuclear. Provavelmente era mais fácil para um líder soviético que para um americano tomar essa iniciativa, porque, ao contrário de Washington, Moscou jamais encarara a Guerra Fria como uma cruzada, **talvez porque não precisasse levar em conta uma excitada opinião pública** (HOBSBAWN, 1995, p. 246).

Outra nota gramsciana elucidativa sobre o lugar ocupado pelo consenso e pela força como fundamento de Estado intitula-se “O Estado

e a concepção de direito” e está descrita no QC 8, fragmento 2, volume 2 (1931-1932). Nessa nota, Gramsci aponta que o Estado conquistou seu caráter educador no exercício de sua própria função, no momento em que emergiu a concepção de direito a partir da revolução operada pela classe burguesa. Aquele momento, em que o Estado se mostrava um produtor de consentimento (o que confirma o caráter orgânico da sociedade civil e política) e, portanto, se havia transformado, coincidiu com o espaço de consenso requerido pelas classes dominantes para que estas alcançassem hegemonia sem o uso contínuo da força. Nesse sentido, a função educativa havia transformado o Estado, o solo dessa transformação havia sido a concepção do direito, e a materialização da ideia de direito operada pela burguesia daria sustentação à produção de um senso comum pelo Estado (de direito). Com a posterior desagregação e saturação da classe burguesa, “se retorna à concepção de Estado como pura força”:

A classe burguesa constitui-se como um organismo em contínuo movimento, capaz de absorver toda a sociedade, assimilando-a em seu nível cultural e econômico: toda a função de Estado é transformada: o Estado se torna educador (GRAMSCI, 2007b, p. 937).

Na perspectiva de Davidson e Weekley (2003), essa construção (educadora/direito) daria sustentação ao aval “democrático” necessário para que o Estado defendesse e promovesse o capitalismo. Desse modo, nessa nota também se observa a ideia gramsciana de equilíbrio da “hegemonia normal”: o Estado não seria somente repressor (força), mas também um Estado “educador” (consenso).

Quando Gramsci diz que a noção de direito foi operada a partir da revolução burguesa, ele quer dizer que ela é oriunda da luta de classes, pois “a história real do desenvolvimento do direito mostra que a noção de direito sempre demandou uma luta para se consolidar e que, na realidade, essa luta é sempre para a criação de um novo costume”. O direito “não é expressão de toda a sociedade (...) ele não exprime toda a sociedade, mas a classe dirigente, que ‘impõe’ a toda sociedade as normas de conduta que são mais ligadas à sua razão de ser e ao seu desenvolvimento”. Essa noção gramsciana está expressa no QC 6, fragmento 98, volume 2 (GRAMSCI, 2007b, p. 773).

No QC 13, fragmento 11, do volume 3 (1932-1933), nomeado “*Noterelle sulla politica del Machiavelli*”, Gramsci elucida que uma noção de direito não pode ser encontrada, em uma “doutrina preexistente”, mas no encontro com a renovação das relações sociais e

políticas, pelo fato de o direito estar ligado a uma estrutura de Estado “que tende a criar e manter certo tipo de civilidade e cidadão”. Nesse sentido, a noção de direito depende da realidade social e política em questão, e do tipo de Estado que sustenta tal noção. Considerando que o direito exerce o papel de produzir e consolidar uma “convivência social e de relações individuais”, ele tende a substituir certos costumes e atitudes para difundir outros, que possam fazer frente à “periculosidade” social (GRAMSCI, 2007c, p. 1570).

CAPÍTULO 4

PERCURSO METODOLÓGICO

*La nostra coscienza [...] che ci segue
come l'ombra è lo strumento di analisi
più indispensabile che portiamo con
noi.*

De Martino, E. *La terra del rimorso*,
2009, p. 42.

4.1 OS TRILHOS PARA O TRABALHO DE CAMPO

Conforme relatado na introdução do estudo, o percurso metodológico iniciou-se na busca pelas Resoluções geradas nas AMS, ocorridas no período compreendido entre 1948 e 1978. O primeiro passo foi localizar os *Verbatim Records* dessas Assembleias, lócus do protagonismo decisório da OMS, bem como do MAPS, no referido recorte. Era minimamente razoável pensar que esses dados primários estariam disponibilizados para consulta, já que eles representam os resultados das arenas decisórias das políticas da OMS que, por sua vez, influenciam as políticas públicas de saúde dos Estados-Membros.

Visitamos sistematicamente o site da OMS no primeiro semestre de 2011. Constatamos que havia uma riqueza de fontes secundárias em documentos, publicações e arquivos, mas os dados primários não estavam disponibilizados. Decidimos visitar a sede do escritório regional da OMS, Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS), em Brasília. Fomos recebidos pelo então Consultor Nacional da Unidade Técnica de Gestão de Conhecimento e Comunicação que nos informou que as fontes que procurávamos não estavam arquivadas na Biblioteca daquele escritório.

Fizemos contato eletrônico com Dr. Paulo Buss, representante do Brasil no Conselho Executivo vigente da OMS, que nos sugeriu escrevermos uma carta à Dra. Margaret Chan, Diretora Geral da OMS, explicando a tese e pedindo acesso aos dados. Ele nos sugeriu, ainda, enviarmos a solicitação pelo correio e um anexo ao gabinete da diretora.

Ao mesmo tempo, fizemos contato com a OMS e tomamos ciência de que deveríamos tentar outra Biblioteca depositária ou solicitar uma visita à Biblioteca da sede da Organização, em Genebra. Fomos informados que para as visitas à sede, para fins de pesquisa histórica, deveríamos preencher uma solicitação disponibilizada no site.

Soubemos, ainda, que o Sistema de Políticas da OMS fornece acesso às políticas e documentos relacionados, que incluem Documentos Básicos, Resoluções e Decisões, bem como registros e documentos oficiais do Conselho Executivo e das Assembleias Mundiais de Saúde. No entanto, essas páginas estão disponíveis para internos e não estão acessíveis a pessoas fora da rede de computadores da OMS. Trata-se de um sistema de recuperação de texto completo que nos permite navegar e pesquisar documentos armazenados em bases de informação – em *infobases*, desde que estejamos na Organização. As fontes primárias das assembleias, correspondentes ao recorte do estudo, não estavam

disponíveis em *infobases*, pois esses dados não haviam sido digitalizados.

Como o estágio sanduiche na *Facoltà di Scienze Politiche, Sociologia, Comunicazione dell'Università di Roma 'La Sapienza'* estava previsto para 2012, decidimos tentar localizar as fontes primárias na Biblioteca do Instituto Superior Sanitário (ISS), Centro Colaborador da OMS, em Roma. Em janeiro de 2012 visitamos essa Biblioteca depositária, mas, segundo seu diretor, as fontes que buscávamos não estavam catalogadas nos arquivos do ISS. Desse modo, o caminho seria requerer a visita à OMS.

Seguindo as orientações da Organização, visitamos a sede entre fevereiro e março de 2012, quando experimentamos, por onze dias, aquela vida organizativa. Conforme orientação do Secretariado, o acesso foi solicitado por meio eletrônico, através do preenchimento e encaminhamento da Solicitação para Pesquisa em Arquivos da OMS (WHO, 2012a). Ao chegarmos, apresentamo-nos à segurança do secretariado, recebemos o crachá público e nos dirigimos à arquivista e ao bibliotecário. Essas pessoas nos conduziram à biblioteca e nos apresentaram os arquivos.

Não podemos negar que o encontro com o “mundo OMS” nos gerou um impacto substancial, mobilizando questionamentos, percepções, expectativas e afetos. De imediato, nossa inserção na movimentação e a relação com alguns dos artefatos espacialmente dispostos (VITERITTI, 2011; STRATI, 2008; GHERARD, 1995) mobilizaram nossos sujeitos internos, desencadeando um diálogo entre o **pesquisador**, que estava ali com recursos públicos, trazendo suas eternas inquietudes sobre o sentido de saúde dos povos para os Estados e para as agências e organismos internacionais vinculados a estes; o **profissional**, que havia vivido um desencantamento progressivo em seus mais de vinte anos de prática clínica pública e privada, provocado pelo autoritário descolamento entre seu modo biomédico de fazer saúde e a experiência de saúde e doença do outro em seu contexto de vida; o **sujeito-instituição**, que ao colaborar, em 2009 e 2010, com projetos de qualificação em saúde na Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil, insistia em sugerir reflexões temáticas que estão fora de moda das discussões sobre saúde no século XXI e a **pessoa**, em sua condição humana. Buscando integrar e tornar consciente a força dos diversos sujeitos que habitam em nós, organizamos tais sujeitos e centramos o esforço na busca do banco de dados.

4.2 O TRABALHO DE CAMPO

Nosso primeiro movimento consistiu no reconhecimento do campo: a Biblioteca da OMS. Percorrendo seus espaços, observamos que havia condições para um tranquilo trabalho de campo: os volumes que compõem o acervo estavam organizados de forma sistemática; havia muitas mesas individuais disponíveis para pesquisadores; havia também uma mesa coletiva com vários computadores para uso livre e o ambiente era absolutamente silencioso. O acolhimento que recebemos por parte do recepcionista, bibliotecário e arquivista foi gratificante. Eles se disponibilizaram prontamente a nos ajudar, esclarecendo dúvidas e auxiliando na busca de documentos. Apresentaram-nos a máquina que poderíamos usar para escanear as fontes e o bibliotecário nos forneceu seu endereço eletrônico para mediar os registros dos arquivos.

Observando, de modo geral, os volumes sistematicamente dispostos que correspondiam ao material pertinente ao nosso objeto, percebemos que esse acervo era composto por Documentos Oficiais, organizados em volumes (*Verbatim Records*), Revistas das Assembleias (*Assembly Journals*), Discussões Técnicas (*Technical Discussions*), e Documentos Oficiais/Registros Textuais (*Verbatim Records*) do Conselho Executivo.

Nos dois primeiros dias do trabalho de campo selecionamos os documentos referentes à 1ª AMS: o volume referente ao Registro Textual e a Revista específica. Iniciamos a fase exploratória desse material entendendo que a partir daquele momento “as motivações que haviam conduzido a escolha do argumento e da perspectiva na qual considerá-lo transformar-se-iam simplesmente em ‘hipóteses de trabalho’ para verificar, critérios hermenêuticos para submeter à prova da documentação” (DE MARTINO, 2009, p. 53).

Explorando o Documento Oficial da 1ª AMS em busca das Resoluções geradas por aquele Fórum Mundial vimos que a Sessão de Abertura se havia dado no dia 24 de junho de 1948, pelo Presidente da Comissão Interina. Observamos que o evento contou com a participação de delegados de Estados-Membros capitalistas e socialistas, observadores de Estados não Membros e de territórios ocupados, representantes das Nações Unidas e de outras organizações internacionais, participantes intergovernamentais e de organizações não governamentais (WHO, 1948b).

Na primeira reunião plenária, o Presidente da Comissão Interina apresentou as regras provisórias de procedimento e deu a palavra a dois convidados. Em seguida, a Assembleia elegeu: a) o Comitê de

Credenciamento para examinar as credenciais de delegados e outros membros; b) doze delegados¹³ para compor o Comitê de Nomeação, que proporia a nomeação do Presidente e de três Vice-Presidentes da Assembleia; c) o Comitê Geral e Comitês Principais, bem como o Presidente e Vice-Presidente de cada Comitê Principal. Os Comitês Principais apresentavam-se assim constituídos: Comitê de Programas; Comitê de Administração e Finanças; Comitê de Relações; Comitê da Sede e Organizações Regionais e Comitê Legal. No primeiro dia da Sessão houve também a segunda reunião plenária, na qual a Assembleia elegeu seu Presidente e aprovou, dentre outros, a publicação da Revista da Assembleia (Idem, 1948b).

A dinâmica de atividades das demais reuniões plenárias girou em torno de discursos do presidente interino, do presidente eleito, do diretor do Escritório Europeu das Nações Unidas, do assistente do Secretário Geral das Nações Unidas e de várias reuniões paralelas realizadas pelos Comitês, cujo produto final estava compilado em Relatórios, os quais, por sua vez, continham as Resoluções a serem encaminhadas para votação na Plenária final, bem como decisões pertinentes à esfera organizativa. Na 13ª reunião plenária, o Diretor Geral da OMS foi eleito, e na 15ª a Comissão Executiva foi nomeada (Idem, 1948b).

Eventos culturais ligados à saúde pública também foram previstos pela organização do evento. Cinco filmes foram apresentados: a) A Sétima Arte (dinamarquês); b) Enfermeira Distrital (Nova Zelândia); c) *Patent Ductus Arteriosus* (U.K.); d) O primeiro Passo (Documentário das Nações Unidas); e) B.C.G. (França) (WHO, 1948d).

Focando nas atividades do Comitê de Programas, criado para atuar sobre os assuntos referentes à saúde dos povos, constatamos que esse Comitê havia realizado vinte reuniões, sistematizadas posteriormente em três Relatórios, que traziam dezessete sugestões de Resoluções, encaminhadas para votação (WHO, 1948b). A Sessão da 1ª AMS foi encerrada no dia 24 de julho, um mês após a Sessão de Abertura, com um total de dezesseis reuniões plenárias, distribuídas em onze dias não consecutivos de atividades (Idem, 1948b). No entanto, não foram os Relatórios, tampouco as Resoluções aprovadas naquela Assembleia que nos chamaram a atenção. À medida que avançávamos na fase exploratória daquela primeira base documental, notamos que os discursos de presidentes e de convidados, bem como os debates

¹³ Tais delegados foram escolhidos com base na distribuição geográfica equitativa, em consonância com a Regra 19 do texto adotado, "Regras de Procedimento da Assembleia", Annex 6 (WHO, 1948b, p. 367).

ocorridos na Comissão de Programas daquele evento, apresentavam uma riqueza viva. Nessa observação, começamos a perceber que um novo tipo de estudo se delineava, pois havíamos entrado em contato com uma rica vida social, expressa em documentos que eram movimentos vivos de uma sociedade definida, com distintas concepções políticas, artísticas e filosóficas, em processo de construção, em um tempo histórico definido (DE MARTINO, 2009).

Vimos, naquele momento, que a vida social ali expressa se traduzia numa base muito mais significativa do que as Resoluções propriamente ditas, as quais começávamos a conhecer. Resolvemos consultar o resumo das reuniões plenárias na Revista da Assembleia, referente àquela Assembleia, para conhecermos sinteticamente o movimento vivo do qual nos aproximávamos, o que nos conduziu a repensar o tipo de estudo.

Transitando entre a Revista e os Documentos Oficiais da 1ª AMS, e alinhando a atenção à cultura que começava a ser observada, uma nova relação começou a se impor: não se trataria mais de realizar uma pesquisa documental *per se*, mas uma reconstrução etnográfica de abordagem ética, a partir do encontro entre a cultura científica do observante e a cultura ali exposta em documentos a ser observada, ancorada “em nosso modo de observar o mundo – em nosso horizonte científico” (SEPPILLI, 2012a), mas descolados, ainda, de um referencial teórico propriamente dito. Essa foi uma escolha ética, e dessa posição ética começamos a fazer uma análise êmica, entendida como a relação entre duas culturas da civilização ocidental. A pesquisa seria, portanto, de abordagem ética, e as fontes primárias das assembleias, analisadas como êmicas, “mas uma êmica que estaria em relação conosco porque se tratava de uma unidade vida”. Deste ponto de vista, faríamos uma etnografia (Idem, 2012a).

Desde a observação do credenciamento dos delegados, no primeiro encontro plenário até o mergulho em discursos e em fragmentos dos debates realizados nas reuniões da Comissão de Programas, nós entramos em relação com as pessoas “para entrarmos naquela história, num projeto comum” (Idem, 2012a). Essa condição nos confirmou o fundamento demartiniano de que em “nenhum tempo histórico existe homem fora da história, fora da sociedade, fora das relações sociais e da cultura” (SEPPILLI, 2012b). Em outra abordagem, nessa perspectiva etnográfica assumida, “o objeto que faria a pesquisa seria parte da relação da pesquisa” (Idem, 2012a), pois nos vimos parte do movimento vivo daquela cultura, expresso na base documental. Foi

eticamente natural estabelecermos relação com as pessoas que representavam os Estados-Membros.

Aqui cabe assinalar o entendimento da reconstrução etnográfica de abordagem ética que acabávamos de assumir. Na perspectiva demartiniana, a reconstrução etnográfica é “uma relação entre pessoas, entre objeto e pesquisa” (SEPPILLI, 2012a). Neste estudo, essa relação se definiu como de abordagem ética no momento em que o pesquisador dialogou consigo para assumir:

[...] o papel de ‘companheiro’, como uma pessoa que está em busca de homens e de uma história humana esquecida que, ao mesmo tempo, espia e controla a sua própria humanidade e que quer tornar-se participante, juntamente aos homens encontrados, para a fundação de um mundo melhor, no qual todos se tornarão melhores, aquele que procurava e aqueles que foram encontrados (DE MARTINO, 1953, p. 318).

Desse modo, o que se fez expressivo foi “que o pesquisador não estava fora, mas dentro do momento histórico” (SEPPILLI, 2012a; SEPPILLI, 2012b). Fez-se expressivo, também, “o percurso perturbado e não linear” que paulatinamente se desenhou e a “intenção de restituir a distância histórica que separava o contexto presente” da cultura científica do observante da cultura a ser observada, no afã de “sonhar novos mundos e novos saberes” (CHARUTY, 2005, p. 12). A falta de linearidade do percurso expressava-se na própria relação com o objeto: na tentativa de compreender, numa abordagem ética, aspectos êmicos que levaram os representantes dos Estados-Membros a delinearem a transformação dos serviços básicos de saúde, bem como compreender o lugar ocupado pela ideia de risco nesse fluxo. Começava a se desenhar, portanto, uma etnografia “sem que o pesquisador estivesse, ao menos uma vez, *in lócus*” (SATTA, 2005a, p. 66).

Esse fato não foi um fator limitante do estudo, pois numa reconstrução etnográfica, o que “conta é a presença ideal do pesquisador na civilização que ele pretende estudar, para a qual acontece toda uma série de circunstâncias particulares”. Não é a “presença material do pesquisador no fato” que caracteriza tal reconstrução e permite a sua compreensão, mas a colheita do “sentido da realidade [...] de nexos e significados na experiência social” (Idem, 2005a, p. 67; 73).

Com isso, queremos dizer que a impossibilidade de estarmos materialmente presentes nas assembleias ocorridas entre 1948 e 1978 não se caracterizaria uma empecilho à opção metodológica nascida no

encontro entre pesquisador e objeto, quando “a função histórica do fenômeno começou a se relacionar com o presente” (SATTA, 2005b, p. 158). Ao contrário, o encontro foi um convite ao pensamento crítico e responsável e ao desejo de “individualizar a especificidade histórica do fenômeno estudado” (SIGNORELLI; PANZA, 2011, p. 18), pois quanto mais avançávamos no trabalho de campo, mais identificávamos “a parte ‘não’ natural dos documentos históricos como pessoas vivas” (DE MARTINO, 2009, p. 36-37).

Os demais dias do trabalho de campo foram voltados para a exploração da cultura exposta nos Documentos Oficiais das Assembleias ocorridas entre 1949 e 1978 e algumas consultas às Revistas das Assembleias, Discussões Técnicas e Relatórios de Trabalhos da OMS produzidos por Diretores Gerais. A maior parte desse acervo foi escaneada, mas um percentual foi fotografado, por questões técnicas. Como tínhamos dez dias para realizar o trabalho de campo dirigido para um recorte de trinta anos, não foi possível escanear todos os documentos. Além disso, a OMS disponibiliza uma máquina para uso livre e tínhamos que respeitar o agendamento de horários que havíamos feito.

Nesse momento de descrição do percurso, cabe enfatizar que uma reconstrução etnográfica responsável não está submetida ao tempo concreto que o pesquisador dedica ao trabalho de campo, ao tempo quantificado em que se dá a “relação entre quem viaja para conhecer e quem é visitado para ser conhecido” (Idem, 2009, p. 40). O estudo etnográfico de De Martino sobre o tarantismo, por exemplo, fenômeno identificado como condicionante de saúde como instrumento de reintegração da gestão da existência, foi realizado em dezoito dias: “Estivemos poucos dias ali, mas fizemos uma reconstrução etnográfica que é histórica” (SIGNORELLI, 2011 *apud* SEPPILLI, 2012): uma diacronia etnográfica.

Assim, o fato de nos propormos ler as fontes primárias e assumirmos uma atitude etnográfica nos confrontos com esse material porque os consideramos fruto de pessoas, isto é, sem relação direta, não introduz limitação ao estudo porque nos fundamentamos no arcabouço teórico demartiniiano, cuja maior contribuição à pesquisa qualitativa foi “a superação da objetivação”. A nossa escolha foi científica, mas, em certa medida, era “um produto histórico da civilização ocidental” (SEPPILLI, 2012a). Ademais, “a ciência é muito mais operativamente eficaz quanto mais conquista e mantém, no movimento geral da vida cultural, a própria autonomia” (Idem, 2009, p. 56): condição necessária em uma pesquisa qualitativa e que se constrói em relação, com base em

condições dadas. Portanto, buscamos condições para construir nossos próprios caminhos no processo de produção da pesquisa (CASSORLA, 2003, p. 27). Foi “na andança”¹⁴ que encontramos condições para planejar, encontrar os trilhos que desejávamos, tanto no âmbito do pensamento quanto no do percurso em si, pois em pesquisa social comumente o método tem que ser encontrado no estudo do objeto, já que o “método é o caminho que se faz ao caminhar” (TURATO, 2003). Não se tratou de apregoar o improvisado, mas de legitimar o caráter da pesquisa, cuja razão de ser está na nossa ideia de compreensão da realidade (Idem, 2012a). Enfim, materializamos um “projeto humano” (FOUREZ, 1995 *apud* TURATO, 2003, p. 374).

Dando sequência ao trabalho de campo, decidimos nos relacionar com as fontes referentes ao período 1949-1952, no sentido de ordenar o fluxo investigativo em cinco grupos formados, cada um por seis assembleias, já que o nosso recorte era composto por trinta assembleias. No encontro com a cultura a ser observada nessas fontes, percebemos que a sistematização da base de dados das assembleias entre 1949 e 1952 apresentava-se em outro formato. No entanto, o processo de condução das atividades das Assembleias, bem como a sua dinâmica, seguia protocolo similar ao da 1ª AMS, ainda que com adequações exigidas pelos novos contextos. Uma delas merece destaque: a partir da 2ª AMS, o Diretor Geral da OMS, eleito na 1ª AMS, passou a apresentar para a Assembleia o trabalho realizado pelo Secretariado da Organização no ano anterior e pela Comissão Executiva, também eleita na 1ª AMS. Assim, de 1949 em diante, os Relatórios encaminhados pelo Diretor Geral e Comissão Executiva começaram a compor a agenda (WHO, 1949).

Conforme já mencionado, foi interessante notar que na Assembleia de 1950 a União Soviética e o Leste Europeu haviam se retirado da OMS (e, portanto, das assembleias) (WHO, 1950), e retornaram em 1957 (WHO, 1957), à exceção da Hungria, que retornou em 1963 (WHO, 1963). Esses países mantiveram-se presentes até a última Assembleia analisada, a 31ª AMS, a de 1978 (WHO, 1978). Na fase de elaboração do projeto, havíamos visto que a URSS havia participado da Conferência Internacional de Saúde, embrião da OMS, e que foi um Estado-Membro presente na fundação da Organização.

Uma indagação levantada anteriormente ressurgiu no percurso etnográfico: considerando que duas formações econômico-sociais dominavam as formas de consciência entre 1948 e 1978 nos trabalhos

¹⁴ Grifo nosso.

das assembleias, como era possível uma organização que se nomeou mundial a partir de um acordo internacional pensar que pudesse equalizar uma vontade coletiva e, a partir dela, tecer recomendações e resoluções sobre saúde como direito de todos? Afinal, a noção de direito em uma formação social capitalista é diferente da socialista, pois se sustenta no seio de uma contraposição de interesses, onde “as sínteses são arranjadas”. É fato que quando falamos de direito à saúde “colocamos em questão a formação econômico-social” e sabemos que na formação econômico-social capitalista o direito é minimamente “um direito mínimo”, na relação texto-contexto deste estudo, um direito, por exemplo, contra as epidemias: “um direito teórico” (SEPPILLI, 2012a; SEPPILLI, 2012b).

Retomando as adequações regimentares, observamos que a 5ª AMS apresentava uma modificação referente ao Comitê de Programas, aquele constituído por delegados eleitos em assembleia para debaterem as questões de saúde e gerarem Relatórios, a serem encaminhados para aprovação na Assembleia. O Comitê de Programas passava, em 1952, a agregar o orçamento da Organização, sendo nomeado, a partir de então, Comitê de Programas e Orçamento. Cabe reforçar, conforme já relatado, que a 5ª Assembleia agregou as Discussões Técnicas em suas atividades e essas discussões passaram a fundamentar os Grupos de Trabalhos da Comissão de Programas (WHO, 1952).

Após o desenvolvimento da etapa exploratória das Assembleias ocorridas entre 1949 e 1952, escaneamos, fotografamos e catalogamos o conjunto de informações vivas que nos faziam sentido. Ainda não sabíamos quais fontes primárias comporiam o estudo, mas percebíamos duas opções: focar os discursos de presidentes, as Discussões Técnicas, ou os debates promovidos pelas reuniões da Comissão de Programas e Orçamento. Decidimos recuperar os discursos de presidentes e debates. Em seguida, selecionamos uma das Discussões Técnicas pertinente ao objeto.

A seguir, passamos a focar as Assembleias sucessivas. Dedicamos cinco dias do trabalho de campo para as Assembleias realizadas entre 1953 e 1977. Observamos que, a partir da 6ª AMS, os Grupos de Trabalho (GT) da Comissão de Programas e Orçamento passaram a organizar as discussões com base em temáticas. Percebemos que, a partir de 1960, teríamos uma fase exploratória mais densa, pois os Documentos Oficiais das Assembleias estavam compilados em dois volumes: Parte 1 e Parte 2. A partir daquele ano, vários países se tornaram Estados-Membros, com base no processo de descolonização de colônias africanas. Além disso, o número de organizações participantes

nas Assembleias havia aumentado expressivamente. Esses fatos geraram um aumento no volume de material, uma vez que novos membros passaram a compor os Fóruns Mundiais anuais.

Vimos também que a 23ª AMS havia aprovado uma Resolução que alterou o Regimento das Assembleias, com o objetivo de facilitar o trabalho das mesmas: a Resolução WHA 23.2. Essa Resolução determinou novas denominações para os Comitês: o Comitê de Programas e Orçamento passou a se chamar Comitê A, que continuaria a responder predominantemente por questões de saúde e orçamento. Os até então Comitês de Administração e Finanças e o Comitê Legal compuseram o Comitê B (WHO, 1970b).

Garimpando o movimento vivo, referente à Assembleia realizada em 1974, observamos que seria pertinente visitar o Relatório Geral de Trabalho apresentado pelo Diretor Geral. O interesse por esse Relatório já foi mencionado no capítulo anterior, mas reforçamos aqui: o Diretor Geral deveria propor caminhos para materializar a Resolução WHA 27.44, na qual os Estados-Membros haviam pactuado a necessidade premente de programas voltados para serviços nacionais de saúde. Agregamos esse Relatório em nosso material.

Observamos ainda que os Documentos Oficiais da Assembleia realizada em 1978 estavam compilados em vários volumes. Nos dois últimos dias de atividade de campo, decidimos reservar para a 31ª Assembleia uma atenção especial mais detalhada. Percebemos que deveríamos incluir também o discurso do Diretor Geral, proferido nessa Assembleia, por se tratar daquela que preparou a Conferência de Alma-Ata, realizada no mesmo ano. Além disso, decidimos buscar o Relatório Bienal, referente aos trabalhos da OMS realizados em 1977 e 1978, para confrontá-lo com o Relatório produzido pelo Diretor Geral, em 1974, pois ambos os Relatórios, produzidos por Hafdan Mahler, Diretor Geral, traziam reflexões sobre a nova abordagem para a saúde.

O processo de desenvolvimento do percurso investigativo imprimiu atividades complementares geradas nas interações estabelecidas com subsistemas da OMS. Conhecemos pesquisadores brasileiros, membros do secretariado da OMS, que se colocaram à disposição para nos auxiliar. Cabe aqui mencionar o encontro acolhedor com a rede ePORTUGUESe, coordenada por uma pesquisadora brasileira da Fiocruz, onde apresentamos a pesquisa.

A rede ePORTUGUESe é uma plataforma de apoio ao desenvolvimento profissional em saúde nos países de língua portuguesa, desenvolvida pelo Departamento de Gestão e Intercâmbio do Conhecimento da OMS (WHO, 2012b). Dessa rede, recebemos suporte

técnico para as atividades de campo e o grato convite para participar do encontro com os Ministros da Saúde dos oito países de língua portuguesa, que aconteceria na ocasião da 65ª Assembleia Mundial de Saúde (AMS), na Organização das Nações Unidas (ONU). Tal convite abriu caminhos para que retornássemos dois meses depois e observássemos a 65ª AMS, agregando, desse modo, uma nova base empírica à pesquisa.

4.3 O PERÍODO INTERPOSTO ENTRE O TRABALHO DE CAMPO E A 65ª AMS

Dedicamos os meses de março e abril ao início do processo de organização dos dados. Ordenamos os discursos dos presidentes, o Relatório Geral de Trabalho da 25ª AMS e o discurso do Diretor Geral da 31ª AMS, considerando que em todas as Assembleias discursavam dois presidentes, o interino (da assembleia anterior) e o eleito. Sistematizamos o material escaneado e fotografado, bem como as comunicações eletrônicas. Revisitamos e codificamos o diário de campo.

Uma vez realizada a pré-organização do material, decidimos cumprir as etapas que nos ajudariam a reconhecer com acuidade o procedimento AMS, construído socialmente ao longo daquele tempo histórico. Esse momento foi necessário para subsidiar a etapa de observação da 65ª Assembleia, que aconteceria em maio.

Focando nesse objetivo, voltamos-nos para a estrutura das Revistas e para fragmentos da dinâmica das Assembleias, na tentativa de colocá-los em interconexão com documentos provisórios e relatórios que a OMS começava a disponibilizar no seu site, relativos à 65ª AMS. Havia muitas convergências entre o reconhecimento espacial organizativo das Assembleias situadas no recorte da pesquisa e o pré-reconhecimento espacial da proposta de trabalho para a 65ª AMS, sinalizando a possibilidade de relativa organização prévia sobre as reuniões que dariam sentido à nossa próxima experiência de observação. A Assembleia aconteceria entre 21 e 26 de maio.

Visitamos cotidianamente o site da OMS, entre 16/03 e 16/05, entrando em contato com os produtos ali dispostos para a 65ª AMS, quais sejam: o Guia para Delegados; o número Preliminar da Revista¹⁵, a Agenda Provisória¹⁶; o Relatório da Comissão Executiva; o Relatório

¹⁵ Disponível no site, mas em formato revisado.

¹⁶ Idem ao anterior.

do Diretor Geral, dentre outros. Do total de cinquenta e dois documentos, excluímos dezenove por tratarem de questões pertinentes ao Comitê B e dirigimos a atenção para o Guia para Delegados; número Preliminar da Revista; Agenda Provisória e para os trinta produtos que descreviam caminhos de pensamento e de prática sobre as atuações recomendadas para a Assembleia, relativas à saúde dos povos. Duas questões centrais estavam postas para serem debatidas na 65ª AMS pelo Comitê A, para posteriormente serem encaminhadas para aprovação na Sessão plenária: Questões Técnicas e de Saúde e a Reforma da OMS (WHO, 2012c).

Em abril de 2012, recebemos o convite oficial da rede ePORTUGUESe, por via eletrônica, para participar do encontro da rede, agendado para o dia 22 de maio do mesmo ano. Por meio dessa rede, o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil, havia formalizado a pesquisa na Diretoria Geral da OMS e o nosso interesse em observar a Assembleia.

Dedicando atenção cuidadosa ao Guia para Delegados (WHO, 2012d), identificamos nesse ambiente as orientações para “delegados e outros participantes”. À primeira vista, a tendência foi nos incluir como ‘outros participantes’ e apropriarmos-nos das orientações. No entanto, consultando fragmentos dos Documentos Oficiais das AMS, 1948-1978, observamos um padrão na composição da categoria “outros participantes”, expresso por: a) observadores de Estados não membros; b) observadores convidados de acordo com a Resolução 27.37¹⁷; c) representantes da ONU e de instituições associadas; d) representantes de agências especializadas; e) representantes de organizações intergovernamentais; f) representantes de organizações não governamentais.

Tal observação levou-nos a traçar outro percurso, reafirmando o entendimento de que o brilho da pesquisa qualitativa pode estar na possibilidade da surpresa que ela proporciona: decidimos nos afastar do recorte de estudo e consultar fragmentos das experiências das duas últimas Assembleias (2010-2011), digitalizadas no site da OMS (WHO, 2012e). Afinal, sendo o “tempo sincrônico escorregadio”, considerar o recorte 1948-1978 como referência para clarificar a categoria “outros

¹⁷ A Resolução 27.37 expressa: “Solicitar ao Diretor Geral da OMS as medidas necessárias para convidar os representantes dos movimentos de libertação nacional, reconhecidos pela Organização da Unidade Africana ou pela Liga das Nações, para assistir aos encontros da OMS na qualidade de observador” (WHO, 1974).

participantes” no evento de 2012 poderia incorrer em um ato precipitado (CHAGAS, 2011, p. 133). No entanto, não conseguimos informações claras sobre o padrão para participação de pesquisadores em Assembleias da OMS, na qualidade de observadores.

Voltando-nos para os documentos disponibilizados no site da Organização, referentes à 65ª AMS, observamos que a dinâmica prevista, apresentada no número Preliminar da Revista e na Agenda Provisória com Reuniões do Comitê A, do Comitê B, Discussões Técnicas e Outras Reuniões, programadas para acontecer concomitantemente à Discussão Geral e aos Discursos de Presidentes e Convidados (WHO, 2012d), levava-nos a pensar que não observaríamos “a” Assembleia, mas facetas da produção de negociações e decisões.

4.4 A EXPERIÊNCIA DE OBSERVAÇÃO DA 65ª AMS

A 65ª Assembleia Mundial de Saúde ocorreria na sede da ONU, entre 21 e 26 de maio de 2012. Segundo o Guia para Delegados (WHO, 2012d), os registros de delegados e de outros participantes poderiam ser feitos no domingo, 20/05, das 12h às 16h, na OMS. Diante das dúvidas que pairavam no ar sobre a acessibilidade, decidimos ir à OMS no domingo para fazer o reconhecimento de campo.

Chegando à OMS, dirigimo-nos a um dos seguranças e perguntamos sobre os registros para a 65ª AMS. Fomos informados que deveríamos nos apresentar ao pessoal da segurança, que nos guiou a um membro do secretariado. Essa pessoa, por sua vez, disse-nos que nosso registro se tratava de um credenciamento público e que, nesse caso, nós deveríamos vir todos os dias à OMS para fazer o crachá público diário e, dessa forma, ter acesso aos espaços da ONU.

Retornamos na manhã seguinte para o credenciamento. Uma vez com o registro efetuado, era hora de ir para o evento. Chegando à ONU, pudemos reconhecer rapidamente a fila na qual nós deveríamos nos posicionar. Alguns rostos já se mostravam familiares, eram pessoas com as quais nós havíamos estado minutos antes na fila de credenciamento público na OMS. O reconhecimento começava a apontar, já naquele primeiro dia, uma característica do grupo de observadores: tratava-se de um grupo heterogêneo, do ponto de vista etário. Algumas pessoas solitárias, outras em coletivos.

Uma vez nos espaços da ONU, tratamos de nos apropriar da programação do dia. Chegando ao Salão da Assembleia, observamos que as delegações começavam a ocupar seus assentos, dispostos em ordem alfabética da língua inglesa, começando pela letra B, conforme

sorteio. Um dos ‘B’s, o ‘B’ de *Brazil*. Três delegados brasileiros ali presentes, mas a nossa delegação foi composta por vinte e sete membros, segundo informações de membro do Secretariado. Seguindo as orientações, dirigimo-nos para os espaços reservados para observadores. Naquele momento, certificamo-nos de que estaríamos ocupando o mesmo espaço que a categoria ‘outros participantes’, que corresponde ao procedimento da Organização, descrita no Guia para Delegados.

Iniciando no horário previsto, o Presidente da 64ª AMS declarava aberta a 65ª AMS. Em seguida, a Assembleia elegeu: a) a Comissão de Credenciamentos; b) o Professor Thérèse N’Dri-Yoman, então Ministro da Saúde da Costa do Marfim, Presidente; c) cinco Vice-Presidentes, Presidentes das comissões principais e da Mesa da Assembleia. Durante seis dias, os Estados-Membros da OMS estariam discutindo, decidindo e aprovando Resoluções que geram efeitos na vida de milhões de pessoas, especificamente nas suas experiências com o processo saúde-doença no contexto da vida. As atividades encerraram-se no período da tarde, com o discurso do Diretor Geral da OMS, Margaret Chan, e com a abertura da Discussão Geral, intitulada “Cobertura Universal” (WHO, 2012c).

No dia seguinte, fomos à OMS para o credenciamento diário. Esse dia havia começado de modo diferente, com um fluxo intenso de pessoas pelos corredores e bar da OMS. Conversando com algumas pessoas sobre o motivo daquele cenário, soube que havia uma pauta geral: um encontro entre Estados-Membros e uma organização de integração econômica regional. O objetivo era discutir os programas e prioridades que norteariam a construção do esboço sobre o Programa Geral de Trabalho da OMS, para 2014-2019, a ser debatido na 65ª AMS. Decidida na 130ª Sessão Especial da Comissão Executiva, realizada em janeiro daquele ano, a reunião aconteceu durante dois dias consecutivos e contou com a participação de noventa e dois Estados-Membros, do total de cento e noventa e quatro Estados-Membros da OMS (WHA, 2012f; WHA 2012g; WHA 2012h).

Esse dia trazia um sabor especial: era o dia do encontro da rede ePORTUGUESe. Credenciamento feito, fomos para a ONU. De acordo com a programação, as delegações (participantes e observadores) não estariam reunidas no Salão da Assembleia como no dia anterior de abertura. Eles estariam distribuídos entre o Salão da Assembleia, onde se daria prosseguimento à Discussão Geral, com discursos de demais representantes dos Estados-Membros e oradores convidados; a Sala XVIII, onde aconteceriam as discussões do Comitê A sobre questões

Técnicas e de Saúde; e ainda em vinte reuniões paralelas, distribuídas nas inúmeras salas, algumas privadas.

Decidimos observar o prosseguimento das Discussões Gerais sobre “Cobertura Universal”, pois não havíamos compreendido com clareza, no primeiro dia, se o tema dizia respeito à “Cobertura Universal de Saúde”, “Cobertura de Saúde Universal”, ou “Cobertura Universal de Sistemas”, pois essas expressões têm sentidos distintos. Sabíamos que o tema era: *Towards Universal Coverage*.

Havíamos observado, no discurso da Diretora Geral da OMS, realizado no primeiro dia, que se tratava de “Cobertura de Saúde Universal”:

A cobertura de saúde universal é o conceito mais poderoso que a saúde pública tem para oferecer. A cobertura universal é relevante para cada pessoa no planeta. É um equalizador poderoso que elimina as diferenças entre os ricos e os pobres, os privilegiados e os marginalizados, os jovens e os velhos, grupos étnicos, e mulheres e homens. Cobertura de saúde universal é a melhor maneira de consolidar os ganhos obtidos durante a década anterior. É a expressão máxima da justiça. Esta é a âncora para o trabalho da OMS [...] (WHO, 2012i. A 65/3, p. 4-5).

Havíamos notado, também, no discurso do Ministro da Saúde do Brasil, proferido no primeiro dia e relatado sinteticamente ao final desse tópico, que o tema havia sido abordado como “Cobertura Universal de Sistemas”:

Saúdo todos os representantes desta 65ª Assembleia Mundial da Saúde, ressaltando a importância de termos a discussão da Cobertura Universal dos Sistemas como tema central (WHO, 2012j. Assessoria de Comunicação Social).

Nesse sentido, decidimos observar a Discussão Geral do segundo dia para tentarmos apreender o objeto da “Cobertura Universal”. No entanto, os oradores inscritos para fazerem uso da palavra na Discussão Geral não explicitaram com clareza de que cobertura universal eles falavam. Algumas palavras-chave e expressões-chave destacaram-se: a) saúde como pilar para viver; b) mobilidade urbana *versus* contração rural; c) fortalecimento da APS para uma planificação rural equitativa; d) enfoque transdisciplinar; e) alterações climáticas como um expressivo risco sanitário; f) relação entre situação socioeconômica e saúde; e g) acesso primário.

No período da tarde, participamos do encontro da rede ePORTUGUESe, onde se discutiram as possibilidades de ampliação de parcerias, com os próprios países e com departamentos da OMS. Na oportunidade, tivemos contato com a nossa delegação e pudemos observar, de maneira geral, as relações do Brasil com a rede.

O protocolo do dia seguinte transcorreu como os dois primeiros: credenciamento na OMS e atividades diárias na ONU. Já no quarto dia, imprimia-se um novo cenário na entrada da OMS, para o credenciamento: o número de pessoas era bem menor do que nos três dias anteriores. A maior parte dos que estavam ali era bem jovem, a primeira impressão foi de que a “velha guarda” se havia retirado. Tentando buscar elementos para compreender a diferença de contexto, soubemos por uma colega nigeriana que o diretor de uma ONG lhe havia dito que “era assim mesmo”: um público relativamente homogêneo nos três primeiros dias e, em sequência, um número reduzido de pessoas.

Essa observação se confirmou momentos depois: no espaço do Salão da Assembleia em que nos posicionamos, quando acontecia um dos calorosos debates do Comitê A, havia somente onze observadores externos. No quinto e no sexto dia havia pouquíssimas pessoas no credenciamento da OMS e nos espaços de convivência da ONU, por exemplo, nos corredores, bares, restaurantes e livraria. A fotografia desses espaços dava a ideia de que a Assembleia já havia finalizado. No entanto, Relatórios ainda estavam sendo gerados e/ou concluídos por Grupos de Trabalho para serem encaminhados à Plenária final.

Oportuno destacar que a aprovação de Relatórios encaminhados pelas Comissões aconteceu nos três últimos dias de assembleia, com a Plenária praticamente vazia. Essa percepção acabou consolidando a decisão sobre a escolha da base de dados da pesquisa: não seriam as Resoluções, mas os discursos de presidentes ou narrativas dos debates realizados pela Comissão de Programas (posteriormente Comissão de Programas e Orçamento e finalmente Comitê A).

Cabe aqui socializar três observações pertinentes ao objeto de estudo: a) o discurso do Ministro Alexandre Padilha; b) o lugar ocupado pelo tema “atenção primária à saúde” no maior Fórum Mundial de Saúde de 2012; c) o cancelamento de uma reunião que seria organizada pelo Brasil.

Conforme já mencionado, o Ministro Alexandre Padilha discursou no primeiro dia da Assembleia. Após ressaltar a importância da escolha do tema “Cobertura Universal dos Sistemas”, ele comentou sobre a relevância de os Estados-Membros estabelecerem um consenso

naquela Assembleia sobre “as metas e indicadores que nos permitam monitorar os avanços nas ações” de nossos sistemas (WHO, 2012j).

Comentou que o Brasil havia construído seu Plano de Ações para reduzir a mortalidade precoce por doenças crônicas não transmissíveis, bem como seus “principais fatores de risco”. Mencionou o investimento que o Brasil tem feito no controle do tabaco e apresentou alguns de nossos programas, tais como: a) a distribuição gratuita de remédios para hipertensão, diabetes e asma; b) o programa de prevenção e assistência ao tratamento de câncer de mama e colo de útero, que tem “melhorado a qualidade e o acesso aos exames de mamografia e tratamentos de radio e quimioterapia”; c) o programa prioritário de Academias de Saúde, que “oferece aos mais pobres a oportunidade de praticar atividades físicas, com acompanhamento de profissional da saúde e de forma integrada com a atenção primária à saúde”; d) esforço para “integrar as ações de diagnóstico e tratamento da tuberculose, da hanseníase e outras”, ligadas à “pobreza extrema” (Idem, 2012j).

Relatou, ainda, que o Brasil concorda com a Reforma da OMS, ressaltando a importância do resgate “do apelo contido na Declaração do Rio de 2011 e recomendando que a estratégia de determinantes sociais seja devidamente considerada na Reforma”. Na sua perspectiva, “será a oportunidade para a OMS liderar a consolidação de uma nova visão sobre a saúde como fator fundamental de desenvolvimento e justiça social, promovendo a ideia de que o acesso à saúde é parte dos direitos humanos, e não uma mera relação de consumo” (Idem, 2012j).

O segundo momento a ser socializado correspondeu ao nosso interesse em reconhecer se a temática APS teria algum lugar nas discussões da Assembleia de 2012. Oportuno destacar que, desde o primeiro dia da Assembleia, buscamos acompanhar a programação diária para verificar se haveria alguma reunião sobre o tema. Na programação diária do terceiro dia, constatamos uma programação sobre o tema: Sala VII, das 12:45 às 14:15, “Compartilhando os resultados da reforma da atenção primária à saúde do Brasil, China e Índia. Organizado pela delegação da China”. (WHO, 2012k). Fomos observá-la.

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr., Vice-Presidente da ANVISA do Brasil, representando o Ministro Padilha, fez uma apresentação sobre a Estratégia Saúde da Família, relatando a excelente cobertura que o Brasil tem alcançado. Apresentou o êxito de alguns de nossos indicadores e, ao final da apresentação, assinalou três desafios do Brasil, no âmbito da APS: avançar na qualidade do cuidado, na atenção integrada e no diálogo entre APS e hospital. Oportuno comentar que a

apresentação brasileira gerou impacto expressivo: várias pessoas presentes lutavam por espaços para fotografar o conteúdo. Foi interessante notar que o tema foi discutido por três dos países BRICS (Brasil, Índia e China), o que nos remeteu a parte do discurso da Diretora Geral da OMS, na abertura do evento:

Vários estudos recentes têm aconselhado a comunidade internacional a olhar para os países do BRICS, o Brasil, a Rússia, Índia, China e África do Sul, como uma forma de manter o ritmo para uma saúde melhor. Esses países tornaram-se os maiores fornecedores de medicamentos essenciais, de forma genérica a preços acessíveis, para grande benefício do mundo em desenvolvimento. Os países BRICS também oferecem um modelo alternativo para o desenvolvimento da saúde, incluindo a transferência de tecnologia, baseada em parcerias mais equânimes do que no modelo tradicional doador-receptor (WHO, 2012i, A65/3, p. 3).

E, por fim, outro momento que gostaríamos de registrar, pela relação direta com o Brasil: havíamos observado no Diário do primeiro dia da Assembleia que o Brasil organizaria uma das inúmeras reuniões previstas, intitulada: “Rio + 20: saúde e desenvolvimento sustentável”, a ser realizada no dia 24 de maio, entre 12:30 e 14:00 hs, onde a temática “Determinantes Sociais de Saúde” seria provavelmente o fio condutor. No entanto, constatamos que havia outra reunião sobre temática semelhante, programada para o mesmo dia, e com conflito de horário, das 12:15 às 13:45: “O papel dos profissionais de saúde na redução das desigualdades na saúde através de determinantes sociais de saúde”, organizada pela delegação do Reino Unido da Grã-Bretanha e Irlanda do Norte. Evidentemente nos programamos para observar a reunião coordenada pelo Brasil. No entanto, ao receber a Revista do terceiro dia constatamos que a reunião havia sido cancelada e aquela organizada pelo Reino Unido havia sido mantida (WHA, 2012k).

4.5 A ESCOLHA DAS FONTES PRIMÁRIAS

Após a participação na 65ª AMS, o primeiro passo foi afinar o diário de campo construído no período de observação do evento. Esse instrumento seria essencial, pois, uma vez registradas com rigor as percepções sobre o tecido social que havíamos observado e a nossa interação com ele, teríamos subsídios para produzir o ensaio que desejávamos sobre essa experiência. Em seguida, demos sequência ao

processo de organização dos dados, eleitos no percurso etnográfico e reafirmados na observação da 65ª AMS. Já apontamos anteriormente que as Resoluções como fontes primárias acabaram perdendo o sentido quando optamos por uma reconstrução etnográfica.

No movimento vivo observado, havia dois tipos de documentos potencialmente expressivos para representarem os dados primários desta pesquisa: os discursos de presidentes e os debates promovidos nas reuniões do Comitê de Programas (posteriormente, chamado Comitê de Programas e Orçamento e, a partir de 1970, Comitê A). Considerando que os debates dos Grupos de Trabalho eram expressivamente numerosos, vimos que seria impossível analisá-los no curto espaço de tempo que dispúnhamos. Nesse sentido, optamos por eleger os discursos de presidentes como fontes primárias, que totalizaram sessenta e dois discursos. Como material complementar, selecionamos algumas Discussões Técnicas e alguns Relatórios, produzidos pelo Diretor-Geral da OMS, com o apoio do Secretariado. A escolha por Discussões Técnicas e Relatórios, específicos de algumas assembleias, deu-se na relação com os discursos.

A eleição dos discursos como fontes primárias foi reforçada na observação da 65ª AMS, onde pudemos constatar que os discursos de presidentes acontecem no único momento da Assembleia em que se observa um contingente coletivo minimamente presente. Observamos que tais discursos carregam uma dimensão ritualística homogênea, de consenso ou de disputa, característica de discursos, mas na essência acabam surpreendendo com colocações singulares, contextualizadas.

Com a base de dados eleita, buscamos sistematizar as fontes complementares. Selecionamos preliminarmente algumas Discussões Técnicas, Revistas das Assembleias, e Relatórios produzidos por Diretores Gerais.

O próximo passo foi inserir os sessenta e dois discursos no Atlas-Ti, *software* criado para agrupar, reagrupar e gerir os dados coletados em pesquisas qualitativas, de maneira criativa e sistemática. Desenvolvido como parte do Projeto Atlas (1889-1992), na Universidade Técnica de Berlim, a primeira versão comercial do Atlas-Ti foi lançada por Thomas Muhr, na Alemanha, em 1993. Trabalhando com operações booleanas, o *software* foi criado para facilitar a análise qualitativa de dados de pesquisa (BRASIL, 2012). Porém, no âmbito deste estudo, ele foi utilizado somente para o armazenamento e organização dos dados.

Ao final do processo de armazenamento de dados, vivemos uma etapa de tensão. Era chegado o momento de tratar os dados, com cunho

descritivo, por meio de codificação e categorização. Com base nessa proposição, teríamos que buscar, na etapa de codificação, os “núcleos de sentido” presentes nos dados e, por meio de leituras exaustivas, esses núcleos seriam recortados em temas que se constituíram em unidades de registro posteriormente codificadas e classificadas pelas unidades de contexto. As unidades de contexto seriam, por sua vez, como parágrafos extraídos dos depoimentos que possibilitariam a compreensão das unidades de registro, classificadas em subcategorias que seriam agrupadas em categorias (ZOBOLI, 2003). O problema posto nesse momento foi: como proceder a essa etapa de codificação sem definição do marco-teórico conceitual? Afinal, essa etapa resultaria da mediação estabelecida pelo marco teórico-conceitual e a relação entre a cultura do observante e a cultura a ser observada.

Aguardávamos a entrevista que faríamos com Tullio Seppilli, antropólogo marxista, presidente da *Fondazione Angelo Celli – per una Cultura della Salute*, de Perugia. A nossa intuição nos acenava que naquele encontro os horizontes se alargariam e o nosso marco teórico-conceitual poderia emergir. Além disso, Martínez-Hernández, antropólogo espanhol que havia participado da banca de qualificação do projeto, havia assinalado que uma entrevista com Seppilli traria luz ao referencial teórico do estudo. No entanto, em virtude do nosso compromisso assumido no Plano de Trabalho – a produção de dois artigos –, decidimos suspender a codificação e categorização dos dados e postergar o convite a Seppilli para nos conceder uma entrevista, para redigir o ensaio sobre a experiência da 65ª Assembleia, cujo conteúdo estava vivo na memória recente. O ensaio foi escrito antes da definição do marco teórico-conceitual, no entanto, posteriormente ele foi retomado e atualizado.

Após a conclusão do ensaio, iniciamos o delineamento do segundo texto. Já havíamos dedicado atenção para os discursos de presidentes ocorridos entre 1948 e 1952. As observações geradas na relação com aquele material e a experiência de observação da 65ª AMS resultaram em um manuscrito no qual dialogam discursos de presidentes de duas temporalidades: 1948-1952 e 2012. Delineamos o objeto, redigimos a parte descritiva e aguardamos a entrevista com Seppilli para procedermos à análise, que aconteceria dois meses depois.

4.6 A CONTRIBUIÇÃO DE TULLIO SEPELLI: O ENCONTRO COM O REFERENCIAL DE ANÁLISE

A contribuição de Tullio Seppilli neste estudo representou o renascimento da confiança no nosso modo de pensar e fazer pesquisa social e da confiança no estudo, na medida em que ele mediou o nosso encontro com o marco teórico. Isso bastou. Não sabíamos se seríamos suficientemente capazes de analisar uma das subcategorias elencadas na codificação e categorização final dos dados na perspectiva gramsciana, mas ficamos satisfeitos: reconhecemos a metodologia e o referencial com o qual sempre nos vimos comprometidos, embora sem sabermos disto. Para nós, esse é o ganho deste trabalho.

A entrevista com Seppilli foi realizada na própria fundação Angelo Celli, localizada em um monastério de Perugia. Criada em 10 de julho de 1987 por Alessandro Seppilli, a fundação foi reconhecida personalidade jurídica de acordo com a proposta do ministro da Saúde italiano e teve seu estatuto aprovado mediante decreto do Presidente da República, de 18 de abril de 1989. A fundação Angelo Celli Centra suas ações na construção e expansão das formas de cultura, visando à promoção da saúde individual e coletiva, e promove estudos e pesquisas, debates e conferências, consultoria editorial, cursos de formação em diferentes níveis e outras tipologias de comunicação (ITÁLIA, 2013). Ao chegar, fomos recebidos com gentileza, cordialidade e informalidade. Em um cenário de forte riqueza histórica e intelectual, a simplicidade imperou. O encontro, mediado por uma gata chamada Yara, fiel a todos que ali trabalham, aconteceu num clima de descontração e motivação. Já no início, percebemos a expressiva relação que Tullio mantém com o Brasil. Em uma entrevista de duas horas e meia, vivemos um dos momentos mais saborosos da pesquisa.

Interconectando as questões estruturadas do instrumento com fragmentos da política brasileira do século XX e com o contexto atual da política italiana; relatando algumas experiências com o marxismo e com o Partido Comunista Italiano; revivendo alguns episódios pessoais referentes à sua trajetória na antropologia médica e na saúde pública; aproximando elementos afins entre Brasil e Itália; interessando-se por situações socioculturais pertinentes ao nosso processo de vida, ligadas ao objeto, Tullio compartilhou conosco um legado ímpar. Sem inscrever a corriqueira temporalidade acelerada que molda as nossas ações no cotidiano acadêmico contemporâneo, ele participou do nosso projeto com delicadeza e respeito. Ao final da entrevista, despediu-se com uma contribuição singular: “Você pensa em tudo que conversamos. Antes de

partir, podemos nos ver; preparo para você as indicações bibliográficas e a frase de De Martino; você retorna então, para fecharmos tudo” (SEPPILLI, 2012a).

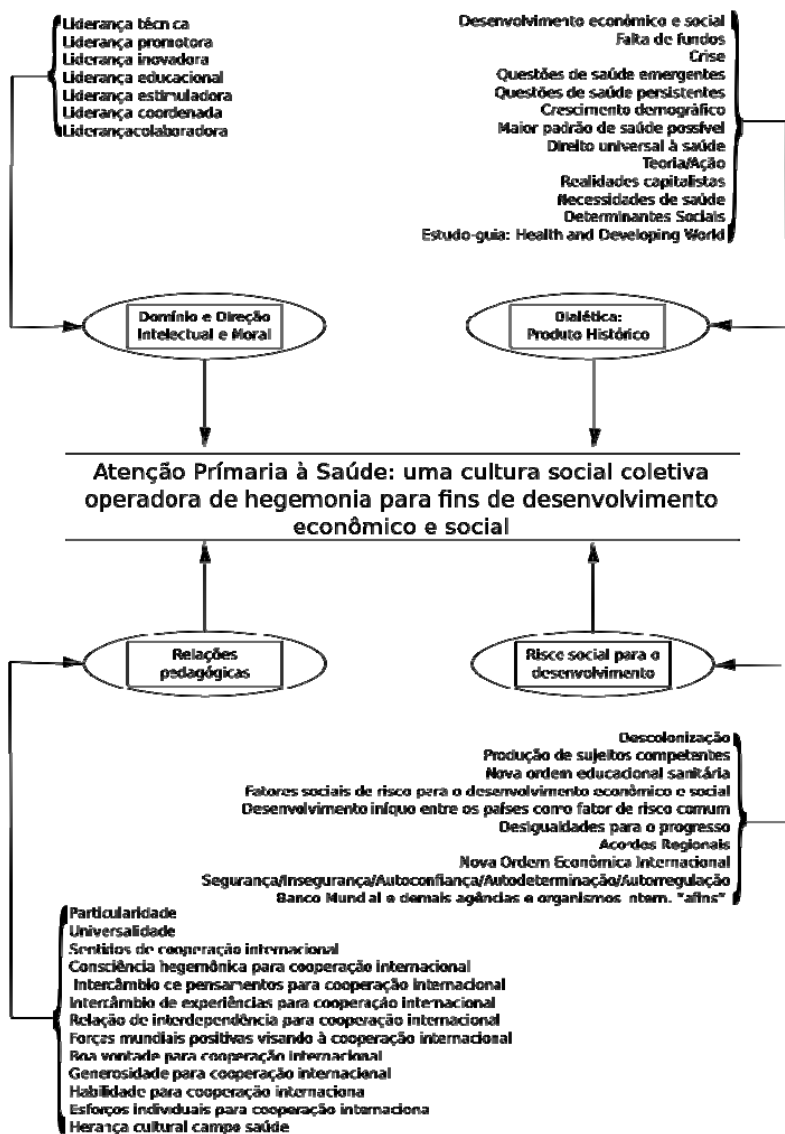
A próxima etapa se consistiu na transcrição e tradução da entrevista. Em seguida, fizemos várias leituras atenciosas, selecionamos dúvidas e novos questionamentos. Retornamos dois meses depois a Perugia e realizamos uma segunda entrevista, transcorrida com a mesma energia da anterior.

Desse legado, tivemos condições para definir a nossa metodologia e o nosso referencial teórico, mas não somente isso. Com esse legado compartilhado, fomos agraciados com a ampliação do nosso horizonte científico e atestamos que uma pesquisa social de abordagem ética se produz na experiência, no processo de “andança” com o nosso jeito de tratar o mundo, a partir dos valores que materializamos no nosso cotidiano e de relações solidárias.

Após leituras exaustivas de ambas as entrevistas, mergulhamos no referencial teórico – a teoria da hegemonia em Gramsci –, a partir do qual tivemos condições para codificar e categorizar os dados, descritos no Quadro 2, na página 189. A codificação dos dados foi realizada a partir da apreensão de seus núcleos de sentido, os quais foram agregados em quatro unidades temáticas, classificadas por unidades de contexto extraídas dos discursos: a) Domínio e Direção Moral e Intelectual; b) Dialética: Produto Histórico; c) Relações Pedagógicas; d) Risco social para o desenvolvimento. Do diálogo entre tais unidades temáticas, resultou a grande categoria analítica do estudo: **Atenção Primária à Saúde - uma cultura social coletiva operadora de hegemonia para fins de desenvolvimento econômico e social**. Cabe destacar que vários núcleos de sentido transitaram pelas e dialogaram com as quatro unidades temáticas, ainda que se tenham expressado com mais potência em subcategorias distintas.

Ao final da descrição do percurso etnográfico, gostaríamos de compartilhar uma informação que acabou representando, para nós, o segundo ganho deste estudo: os dados históricos da OMS, referentes ao período do recorte desta pesquisa, bem como aqueles pertinentes ao período 1979-1998, até então disponíveis somente na OMS, sediada em Genebra, estão sendo digitalizados e disponibilizados no IRIS (*WHO's Institutional Repository for Information Sharing*): www.who.int/iris. Segundo informação recebida em setembro de 2013, de uma brasileira que compõe o Secretariado da instituição, toda a coleção estará disponível em breve. Essa decisão poderá contribuir sobremaneira com novos estudos científicos.

Apresentamos a seguir, após a descrição da categorização, um produto complementar à tese, gerado da experiência de observação da 65ª Assembleia e intitulado: ***Public badget: um artefato linguístico da acessibilidade à 65ª Assembleia Mundial de Saúde.***



Quadro 2 – Síntese da Categorização

4.7 ARTIGO PUBLIC BADGET: UM ARTEFATO LINGUÍSTICO DA ACESSIBILIDADE À 65ª ASSEMBLEIA MUNDIAL DE SAÚDE¹⁸

Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima¹⁹
Marta Verdi²⁰

RESUMO: Apresenta um relato de experiência de observação da 65ª Assembleia Mundial de Saúde, ocorrida entre 21 e 26 de maio de 2012 na Organização das Nações Unidas. O objetivo foi o de agregar uma nova base empírica à pesquisa etnográfica realizada na Organização Mundial de Saúde. Descreve a interação com um artefato linguístico (STRATI, 2008), socialmente construído pelo processo organizativo da OMS para a 65ª AMS: *public badget*. Conclui que a ausência de fronteira entre as condições de imprevisibilidade e regras instituídas para o acesso à Assembleia gerou exclusão social, e que a OMS deve tornar público o credenciamento instituído para observadores.

PALAVRAS-CHAVE: Assembleia Mundial de Saúde; Organização Mundial de Saúde; experiência de observação.

PUBLIC BADGET: A LINGUISTIC ARTIFACT FROM ACCESSIBILITY TO THE 65TH WORLD HEALTH ASSEMBLY

ABSTRACT: We present an observation experience report of the 65th World Health Assembly, which occurred between May 21 and 26, 2012, in United Nations. The objective was to aggregate a new empiric base to the field research realized in World Health Organization (WHO) during the first semester of 2012. We describe the interaction with a linguistic artifact (STRATI, 2008) socially constructed by the WHO

¹⁸ Bolsista da Capes. Estágio Sanduíche 6086-11-0.

¹⁹ Mestre em Saúde Pública pelo Programa de Pós-graduação de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Doutoranda em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação de Saúde Coletiva da UFSC, Florianópolis, Brasil.

²⁰ Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina/Università degli Studi di Roma La Sapienza, professora adjunta do Departamento de Saúde Pública e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFSC, Florianópolis, Brasil.

organizational process to the 65th World Health Assembly: public badget. We conclude that the border lack between the unpredictable conditions and the rules generates social exclusion and that WHO must render public the accreditation instituted to observers.

KEYWORDS: World Health Assembly; World Health Organization; observation experience.

INTRODUÇÃO

Entre fevereiro e março de 2012 experimentamos, por onze dias, a vida cotidiana da Organização Mundial de Saúde (OMS). Na qualidade de doutoranda brasileira, em estágio sanduíche de um ano na *Facoltà di Scienze Politiche, Sociologia, Comunicazione dell'Università di Roma 'La Sapienza'*, a vivência na Organização correspondeu ao trabalho de campo de nossa pesquisa de doutorado.

Tratou-se de uma reconstrução etnográfica de abordagem ética realizada na perspectiva demartiniana (DE MARTINO, 2009; SEPPILLI, 2012), cujo objetivo foi analisar a influência da ideia de risco no desenvolvimento do Movimento Atenção Primária à Saúde (MAPS), protagonizado pela OMS e encadeado em sua construção social entre 1948 e 1978. O MAPS integrou um amplo e dinâmico conjunto de fatos históricos, sociais, econômicos e políticos e, ao conferir aos serviços básicos de saúde a condição de força motriz para o desenvolvimento socioeconômico (WHO, 1978a), alimentou o processo de construção da identidade da rede de vários sistemas de saúde, por exemplo, do Sistema Único de Saúde brasileiro. As fontes primárias da pesquisa foram os discursos de presidentes, alguns discursos de um Diretor Geral e algumas discussões técnicas, pertinentes ao recorte 1948-1978.

A tese que defendemos é que a ideia de risco está presente como um dispositivo simbólico para atuar no controle da cultura social coletiva nomeada Atenção Primária à Saúde, produzida nas relações hegemônicas da OMS. Essa cultura passou a circular entre 1948 e 1978 a partir da invenção da transformação dos serviços básicos de saúde e se impôs como um componente estratégico para operar a hegemonia no cultivo de saúde como objeto de intervenção para o desenvolvimento econômico e social de sociedades com formação econômico-social capitalista.

O processo de desenvolvimento do trabalho de campo imprimiu atividades complementares, geradas nas interações estabelecidas com

subsistemas, destacando-se o encontro acolhedor com a rede ePORTUGUESe, no qual pudemos apresentar a pesquisa. A rede ePORTUGUESe é uma plataforma de apoio ao desenvolvimento profissional em saúde nos países de língua portuguesa, desenvolvida pelo Departamento de Gestão e Intercâmbio do Conhecimento da OMS (WHO, 2012a). Dessa rede, recebemos suporte técnico para as atividades de campo e o grato convite para participarmos do encontro com os Ministros da Saúde dos oito países de língua portuguesa, que aconteceria na ocasião da 65ª Assembleia Mundial de Saúde (AMS), na Organização das Nações Unidas (ONU). Tal convite abriu caminhos para que retornássemos dois meses depois e observássemos a 65ª AMS, agregando, desse modo, uma nova base empírica à pesquisa.

Nessa experiência de observação, um artefato linguístico – *public badget* – conferiu acessibilidade a pessoas interessadas em observar a 65ª AMS e produziu novos atores sociais, a partir da condição de observador, ainda que sem direito a voto. No entanto, o artefato produziu uma “trajetória periférica de exclusão”, em um micro contexto do evento (CASTEL, 2008).

Não podemos negar que o encontro com o “mundo OMS” gerou um impacto substancial, mobilizando questionamentos, percepções, expectativas e afetos. De imediato, a nossa inserção na movimentação e a relação com alguns dos artefatos espacialmente dispostos (VITERITTI, 2011; STRATI, 2008; GHERARD, 1995) mobilizaram nossos sujeitos internos, desencadeando um diálogo entre o **pesquisador** que estava ali com recursos públicos, trazendo suas eternas inquietudes sobre o sentido de saúde dos povos para os Estados e para as agências e organismos internacionais vinculados a estes; o **profissional** que havia vivido um desencantamento progressivo em seus mais de vinte anos de prática clínica pública e privada, provocado pelo autoritário descolamento entre seu modo biomédico de fazer saúde e a experiência de saúde e doença do outro em seu contexto de vida; o **sujeito-instituição** que, ao colaborar, em 2009 e 2010, com projetos de qualificação em saúde na Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil, insistia em sugerir reflexões temáticas que estão fora de moda das discussões sobre saúde no século XXI e a **pessoa**, em sua condição humana.

Com o esforço de integrar e tornar consciente a força dos diversos sujeitos, nós os organizamos e nos apresentamos à arquivista e ao bibliotecário com os quais havíamos estabelecido previamente os devidos contatos formais, conforme Guia normativo da OMS. Essas pessoas conduziram-nos à biblioteca e apresentaram-nos aos arquivos. A

partir de então, a pesquisa começava a “construir seu próprio arquivo” (COMAROFF; COMAROFF, 2010, p.42).

O esforço inicial do trabalho de campo foi centrado na aproximação com o objeto, isto é, na aproximação com a cultura que seria observada a partir de extratos da vida social das Assembleias ocorridas entre 1948 e 1978. Uma vez aproximadas, a cultura científica do observante e a cultura a ser observada, a relação começou a se impor, em busca de um projeto comum: uma reconstrução etnográfica de abordagem ética produzida a partir de documentos que eram movimentos vivos de uma sociedade definida, com distintas concepções políticas, artísticas e filosóficas, em processo de construção, em um tempo histórico definido entre 1948 e 1978 (DE MARTINO, 2009). Nessa aproximação inicial, chamou-nos a atenção, por exemplo, já no primeiro dia de atividade, o convite dirigido aos delegados pelos organizadores, expresso na Revista da 2ª AMS realizada em Roma, em 1949: assistir às peças “Medeia”, no Teatro Roma, em Ostia, e “La forza del destino”, nas Termas de Caracalla, em Roma (WHO, 1949), assinalando a compreensão de que ciência e arte são campos mutuamente complementares do caráter experimental do pensamento etnográfico (COMAROFF; COMAROFF, 2010).

Neste ensaio, buscamos compartilhar fragmentos do processo de preparação e da experiência de observação da 65ª AMS. A proposta consiste em descrever movimentos do período interposto e relatar a experiência de interação com o artefato linguístico (STRATI, 2008) socialmente construído pelo processo organizativo da OMS para a 65ª AMS: *public badget*. Considerando artefatos como objetos heterogêneos de mediação que influem nas relações sociais ao interagir com os sujeitos na produção da vida organizativa, cabe ressaltar que, no contexto da 65ª AMS, o artefato linguístico *public badget* adquiriu um valor específico que gerou sentido e significado à construção social da realidade organizativa da Assembleia: a produção da identidade de uma categoria de observadores presentes naquele Fórum Mundial (STRATI, 2008). Esse artefato propiciou a acessibilidade ao evento e produziu novos atores sociais na dinâmica da Assembleia, a partir da condição de observadores.

O PROCESSO INTERPOSTO

Embora o plano de pesquisa previsse uma série de atividades preliminares para as etapas subsequentes, naquele momento se mostraram mais evidentes o desejo e a necessidade de cumprir as etapas

que nos ajudassem a reconhecer o procedimento AMS, construído socialmente ao longo daquele tempo histórico. Focando nesse objetivo, voltamos-nos para a estrutura das Revistas e para alguns fragmentos das atuações do Comitê A, na tentativa de colocá-los em interconexão com documentos provisórios e relatórios que a OMS começava a disponibilizar no seu site, relativos à 65ª AMS. Havia muitas convergências entre o reconhecimento espacial organizativo das assembleias situadas no recorte da pesquisa e o pré-reconhecimento espacial da proposta de trabalho para esta, sinalizando a possibilidade de relativa organização prévia sobre as reuniões que dariam sentido à nossa próxima experiência de observação.

Visitamos cotidianamente o site da OMS, no período de dois meses, entrando em contato com os produtos ali dispostos para a 65ª AMS, dentre eles o Guia para Delegados para a AMS, o Número Preliminar da Revista da Assembleia²¹, a Agenda Provisória²², o Relatório da Comissão Executiva, o Relatório do Diretor Geral e tantos outros. Do total de cinquenta e dois, excluímos dezenove por tratarem de questões financeiras, administrativas e legais, e dirigi a atenção para o Guia para Delegados para a AMS, o Número Preliminar da Revista da Assembleia, a Agenda Provisória e para os trinta produtos que descreviam caminhos de pensamento e de prática sobre as atuações recomendadas para a Assembleia, relativas à saúde dos povos. Duas questões centrais estavam postas para serem debatidas pelo Comitê A e posteriormente encaminhadas para aprovação na sessão plenária: Questões Técnicas e de Saúde e a Reforma da OMS (WHO, 2012b).

FAZENDO A MALA...

Duas questões emergiram e se tornaram nossas companheiras de viagem: como se dá a interação humana no contexto da AMS? Como os atores institucionais produzem as negociações e tomam decisões sobre a saúde dos povos? A primeira questão condensou várias interrogações, deflagradas pelos movimentos do pensamento, sobre a expectativa em relação à acessibilidade para o evento. Nós estaríamos portando o convite oficial da rede ePORTUGUESe, recebido por via eletrônica em 18 de abril para participar do encontro agendado para o dia 22 de maio. Por meio dessa rede, o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil, havia formalizado a

²¹ Disponível no site, mas em formato revisado.

²² Idem ao anterior.

pesquisa na Diretoria Geral da OMS e o nosso interesse em participar da Assembleia como observadora. Outros setores do Secretariado partilharam a nossa intenção de retornarmos e observarmos o evento. No entanto, sabíamos que os trilhos para acessar a Sessão, prevista para o período 21-26 de maio, deveriam ser construídos na relação estabelecida com a “realidade organizativa” da OMS (STRATI, 2008, p. 89), no contexto da Assembleia.

Considerando o desconhecimento *in locus* sobre a experiência da Assembleia e do “mundo ONU”, dedicamos atenção cuidadosa ao Guia para Delegados (WHO, 2012b). No ambiente desse produto, identificamos orientações para “delegados e outros participantes”. À primeira vista, a tendência foi nos incluirmos como “outros participantes”, apropriando-nos das orientações. No entanto, consultando fragmentos dos Registros Oficiais das AMS, 1948-1978, havíamos observado um padrão na composição da categoria “outros participantes”, expresso por: a) observadores de Estados não membros; b) observadores convidados de acordo com a Resolução 27.37²³; c) representantes da ONU e de instituições associadas; d) representantes de agências especializadas; e) representantes de organizações intergovernamentais; f) representantes de organizações não governamentais. Tal observação nos levou a traçar outro percurso, reafirmando o entendimento de que o brilho da pesquisa qualitativa pode estar na possibilidade da surpresa que ela proporciona: decidimos nos afastar do recorte de estudo e consultar fragmentos das experiências das três últimas Assembleias (2009-2011), digitalizadas no site da OMS (WHO, 2012c). Afinal, sendo o “tempo sincrônico escorregadio”, considerar o recorte 1948-1978 como referência para clarificar a categoria “outros participantes” no evento de 2012 poderia incorrer em um ato precipitado (CHAGAS, 2011, p. 133). Nesse sentido, a aproximação com vivências das últimas Assembleias seria uma escolha menos ambígua. Ainda assim, estávamos cientes de que poderíamos chegar a Genebra e encontrarmos outra realidade, já que a descontinuidade é um elemento formador do processo organizativo (GHERARDI, 1995).

A segunda questão posta na mala – “Como os atores institucionais produzem as negociações e tomam decisões sobre a saúde

²³ A Resolução 27.37 expressa: “Solicitar ao Diretor Geral da OMS as medidas necessárias para convidar os representantes dos movimentos de libertação nacional, reconhecidos pela Organização da Unidade Africana ou pela Liga das Nações para assistir aos encontros da OMS na qualidade de observador” (WHO, 1974).

dos povos?” –, gerada na interlocução entre o pesquisador e o material empírico passado/presente, não exigiu esforços para ser formulada, mas, certamente, não seria respondida na sua completude. Aqui a dialética espaço/tempo se impôs e insistiu em se fazer presente. Diante da dinâmica prevista, apresentada no Número Preliminar da Revista da Assembleia e na Agenda Provisória, com encontros do Comitê A, encontros do Comitê B, Instruções Técnicas e Outros Encontros, programados para acontecer concomitantemente à Discussão Geral e aos Discursos de Convidados, bem como diante do universo denso de palavras-chave, extraído do diálogo pesquisador/produzidos para a 65ª AMS, intuímos que conseguiríamos apreender facetas da produção de negociações e decisões. Com efeito, não foi possível selecionar previamente, com clareza, os espaços nos quais experimentaríamos a vida social da 65ª AMS (WHO, 2012b). Era chegar lá para poder escolher, ciente de uma demanda anterior: acessar a 65ª AMS. É sobre essa experiência que se tornou essencial lançar luzes para, a partir daí, avançarmos nas reflexões sobre as questões interpostas.

65ª ASSEMBLEIA MUNDIAL DE SAÚDE: UMA EXPERIÊNCIA NA PRIMAVERA DE 2012

Buscando um espaço de participação na 65ª AMS, seguimos as orientações do Guia para Delegados (WHO, 2012b) e chegamos a Genebra com antecedência, uma vez que os registros de delegados e de outros participantes poderiam ser feitos no dia anterior à Assembleia, diretamente na sede. Diante das dúvidas que pairavam no ar sobre a acessibilidade, decidimos ir à OMS no domingo para reconhecer o campo.

Ao chegarmos à sede da Organização, percebemos um pequeno movimento de pessoas. Dirigindo-nos a um dos seguranças, perguntamos sobre os registros para a 65ª AMS. Ele nos disse que deveríamos seguir as pessoas que estavam entrando e nos dirigir ao pessoal da segurança. Apresentamo-nos a uma pessoa do Secretariado como uma estudante brasileira de doutorado que gostaria de saber o procedimento para fazer o *badget*, necessário para acessar os espaços da Assembleia. Entregamos o passaporte e a Carta-Convite da rede ePORTUGUESe. Ela registrou alguns dados no sistema e disse-nos para aguardar um pouco, pois iria falar com a supervisora. Enquanto a aguardávamos, percebemos que o processo de registro fluía de modo tranquilo e ordenado. Após alguns minutos, a atendente retornou e nos

disse que infelizmente os registros estavam sendo efetuados somente para delegados e observadores convidados das delegações. Disse-nos, ainda, que o nosso registro se tratava de um credenciamento público e, nesse caso, deveríamos nos dirigir diariamente à OMS para fazer o *public badget* e, dessa forma, termos acesso aos espaços da ONU. Gentilmente, sugeriu-nos retornar no dia seguinte, com certa antecedência, pois a supervisora lhe havia dito que esse tipo de credencial teria um limite diário: 100 *public badgets*/dia.

Na manhã seguinte, pudemos compartilhar o salão de entrada da OMS com várias pessoas e nos incluir no grupo no qual cada um de nós começava a ser reconhecido como *public badget*. Fomos orientados pelos seguranças presentes para aguardar em fila até a abertura do credenciamento. Após um tempo, os seguranças souberam que havia pessoas na fila para requerer acesso, não à Assembleia, mas somente aos espaços da OMS. Observado esse fato, pediram aos *public badgets* que formassem uma fila distinta, à direita de quem entra. Rapidamente organizaram o fluxo das duas filas com o auxílio de mesas, cadeiras e cordas, tipo *check-in*. Esse rearranjo foi processado em um clima cordial entre os seguranças. Foi interessante observar, naquele momento, citando Strati (2008), uma face simbólica da vida organizativa da OMS e o modo como os seguranças reconduziram a prática – comunicando-se cordialmente pelo olhar e gestos –, sinalizando uma capacidade de codificação simbólica construída socialmente. Esse modelo de comunicação trouxe um colorido que acabou portando serenidade ao espaço tencionado por vários elementos cognitivos e sensoriais.

Uma vez com registro efetuado, era hora de ir para o evento. Para nossa satisfação, ao sair nos encontramos com uma colaboradora e cinco internos portugueses da rede ePORTUGUESe. Eles se dirigiam para um dos inúmeros veículos que a OMS havia disponibilizado para realizar o transporte para a ONU. Fomos convidados para nos juntarmos a eles e aceitamos o convite. No entanto, o motorista, ao olhar para o nosso *public badget*, disse-nos que não poderíamos acompanhá-los, pois o transporte não estava autorizado para *public badgets*. Diante disso, o pessoal, sentindo-se constrangido, provavelmente por se tratar de uma convidada para o encontro da rede ePORTUGUESe no dia seguinte, tentou conseguir uma concessão, mas não foi possível. A regra foi respeitada pelo motorista, sinalizando que a continuidade daquilo que havia sido pactuado pela Organização para atender ao transporte OMS-ONU-OMS na ocasião do evento deveria se fazer valer. Dali, seguimos caminho para o ônibus, acompanhada do pensamento de que, no acesso aos trilhos da Assembleia, começávamos a assumir uma nova

identidade, produzida na relação mediada por um artefato: *public budget*.

Chegando à ONU, pudemos reconhecer rapidamente a fila na qual deveríamos nos posicionar. Alguns rostos já se mostravam familiares, eram pessoas do grupo *public budget* com as quais havíamos estado minutos antes na fila de credenciamento público na OMS. O reconhecimento começava a apontar, já naquele primeiro dia, uma característica do grupo: tratava-se de um grupo heterogêneo, do ponto de vista etário. Algumas pessoas solitárias, outras em grupos. Nossos olhares se entrecruzavam e se voltavam para o forte sistema de segurança, nitidamente ordenado, remetendo a uma apresentação de nado sincronizado. Da entrada principal até o acesso ao espaço público do Salão da Assembleia, havia três barreiras de identificação em ordem decrescente no uso de aparatos técnicos, com aberturas de mochilas na última fiscalização para verificação, principalmente, de material de propaganda, folhetos e megafones.

Seria razoável pensar que, enquanto *public budgets*, deveríamos nos ter mantido próximos para facilitar o nosso trajeto até a entrada pública do Salão da Assembleia. No entanto, a tensão gerada na primeira fiscalização e o contraste no fluxo das duas filas (delegados/outros membros das delegações e *public budgets*) acabou individualizando o coletivo *public budgets*, posicionando cada um em seu mundo uno e retraindo a disposição para uma construção coletiva rumo ao Salão da Assembleia. Esse elemento do processo acabou sendo debatido entre alguns de nós, *public budgets*, alguns dias depois, nos regulares encontros que mantínhamos no início das manhãs, na OMS.

O percurso até a entrada pública para o Salão da Assembleia demandou alguns minutos, mas representou uma longa viagem. Era nítido o andar acelerado das pessoas, mas percebia-se também um clima de descontração, provavelmente entre aqueles familiarizados com o evento. Alguns encontros se mostravam calorosos, oportuno dizer. Estar presente naquele cenário de indiscutível imponência e beleza arquitetônica, movimentar-me ao lado de atores que decidem sobre a saúde dos povos, interagir com os artefatos visíveis, dialogar internamente com as categorias inclusão/exclusão, reconhecer a ordem implícita no ambiente, acabou deflagrando questionamentos em outra dimensão: como seria a existência coletiva desses atores institucionais em seus contextos de vida? Com quem se relacionam? Com quem se associam? Como interagem com o simples da vida? Com o espetáculo que se desenvolve por detrás das cortinas, nos bastidores? Como experimentam o processo saúde-doença em suas vidas? Quais estariam

aqui lutando pela preservação de sistemas que reconhecem saúde como direito e dever de Estado? E quais estariam alinhados com argumentos da iniciativa privada e mercado?

Imersos nessa com-fusão de questionamentos, buscamos caminhos internos para seguirmos os avisos indicativos de orientação para o acesso público ao Salão. No caminho, avistamos uma movimentação maior em torno de uma mesa. Aproximando-nos, vimos que se tratava da distribuição da Revista do dia, impressa nas seis línguas de trabalho da OMS: árabe, chinês, espanhol, francês, inglês e russo. Após nos apropriarmos de um deles, seguimos para o Salão da Assembleia.

Plenário cheio. Apertos de mãos. Beijos e abraços. Espaço público cheio. Máquinas fotográficas e filmadoras, no plano superior, registrando o momento. As delegações começavam a ocupar seus assentos, dispostos em ordem alfabética da língua inglesa, começando pela letra B, conforme sorteio (WHO, 2012b). Um dos 'B's, o 'B' de *Brazil*. Uma mistura de sentimentos. Naquele momento, foi interessante notar que o grupo identificado no Guia para Delegados para a Assembleia como "outros participantes" (que compõem o padrão da Organização) compartilharia da mesma ambiência que o grupo *public badget*, num plano mais alto, em relação àquele em que tomavam assentos os delegados. Isto é, no Salão da Assembleia, os grupos, até então distintos no sistema de credenciamento e fiscalização, estariam interagindo no mesmo espaço.

Iniciando no horário previsto, o Presidente da 64ª AMS declarava aberta a 65ª AMS. Em seguida, a Assembleia elegeu: a) a Comissão de Credenciamentos; b) o Professor Thérèse N'Dri-Yoman, então Ministro da Saúde da Costa do Marfim, Presidente; b) cinco Vice-Presidentes, Presidentes das comissões principais e da Mesa da Assembleia. Durante seis dias, os Estados-Membros da OMS estariam discutindo, decidindo e aprovando resoluções que geram efeitos na vida de milhares de pessoas, especificamente nas suas experiências com o processo saúde-doença no contexto da vida. As atividades se encerraram no período da tarde com o discurso do Diretor Geral da OMS, Margaret Chan, e com a abertura da Discussão Geral, intitulada "Cobertura Universal" (WHO, 2012, b).

No dia seguinte, a ordem interna foi chegar cedo à OMS para o credenciamento *public badget*. Para tanto, usufruímos do inquestionável transporte público. Ao chegar, cumprimentei os seguranças e fui cumprimentada: "*Public badget?* Por favor, entre na fila à direita.". O processo de credenciamento transcorreu de modo ainda mais organizado em relação ao dia anterior. A impressão era de que o padrão pactuado

pela Organização para os registros começava a se tornar um ente, um ator em si, hábil e conectado com outros atores. As coisas pareciam ter uma regularidade sincronizada. Ordenadamente, a fila se formou e as relações começaram a se estabelecer. Para nós, esse dia trazia um sabor especial: era o dia do encontro da rede ePORTUGUESe. Além do sabor, outro elemento: naquele dia, quem seríamos? *Public budget*? Ou *public budget* convidado? Em qual fila nos deveríamos posicionar na ONU? Bem, ali não era o momento para buscarmos essas respostas. Então, tratamos de assumir a nova identidade, conquistada no dia anterior, fazendo “o nosso” *public budget* e seguindo caminho.

Fomos para a ONU com uma colega nigeriana. Ao chegarmos lá, o mesmo reconhecimento: duas filas para acesso. Como gostaríamos de nos manter junto à colega, acabamos ficando na fila *public budget*, ou seja, decidimos não perguntar ao segurança se poderíamos ficar na fila dos convidados, uma vez que portávamos o convite do encontro da rede ePORTUGUESe, que aconteceria naquele dia. Caía uma chuvinha fina e observamos que chegavam pessoas sem guarda-chuva. Com o passar do tempo, percebemos que o contraste entre os fluxos das filas estava mais acentuado do que o do dia anterior. Esse fato começou a desestabilizar o ambiente da fila *public budget*, deflagrando conversas paralelas menos palatáveis e certa irritabilidade no ar. Ao mesmo tempo, percebíamos que os seguranças estavam desconfortáveis com alguma coisa; eles faziam várias ligações telefônicas. Em seguida, pedindo-nos paciência, gentilmente nos informaram: “O *check-in public budget* começará daqui a uma hora, às 9h, pois não estamos ainda com acesso aos registros efetuados na OMS devido à queda do sistema”.

O efeito foi imediato: cenário tensionado por atores excluídos do fluxo ordenado – o da fila à esquerda. Protegendo-se, parte dos *public budgets* desconstruiu a fila e juntou-se aos outros, protegidos de alguma maneira da chuva fina. A título de reconhecimento, aproximamo-nos de um segurança e lhe mostramos o convite da rede ePORTUGUESe, recebendo dele a confirmação de que naquele dia poderíamos ter entrado pela fila da esquerda. Às 8h50min, a situação havia sido normalizada: reposicionamo-nos em fila e fizemos o *check-in public budget*.

No percurso, conversávamos com a colega nigeriana sobre a expectativa para aquele dia, pois sabíamos que transcorreria de modo diverso. As delegações, participantes e observadores não estariam reunidos no Salão da Assembleia como no dia anterior de abertura, mas distribuídos entre o Salão (Discussão Geral e Discursos de Convidados), a Sala XVIII (Questões Técnicas e de Saúde), e vinte reuniões paralelas. Levando a Revista do dia, decidimos nos situar no Salão, onde dariam

continuidade à Discussão Geral aberta no dia anterior, sobre “Cobertura Universal” (WHO, 2012d). No período da tarde, participamos do encontro da rede ePORTUGUESe. Rica experiência, cujos limites deste ensaio não permitem seu relato.

O protocolo do dia seguinte transcorreu como os dois primeiros: reconhecimento *public badget* na OMS e atividades diárias na ONU. Já no quarto dia, imprimia-se um novo cenário na entrada da OMS, para o credenciamento *public badget*: o número de pessoas era bem menor do que nos três dias anteriores. A maior parte dos que estavam ali era bem jovem, a primeira impressão foi de que a “velha guarda” se havia retirado. Tentando buscar elementos para compreender a diferença de contexto, soubemos pela colega nigeriana que um diretor de uma ONG lhe havia dito que “era assim mesmo”: um público relativamente homogêneo nos três primeiros dias e, em sequência, um número reduzido de pessoas. Essa observação se confirmou momentos depois: no espaço do Salão da Assembleia em que nos posicionamos quando acontecia um dos calorosos debates do Comitê A, havia somente onze observadores externos. Na sexta e no sábado, havia pouquíssimas pessoas no credenciamento da OMS e nos espaços de convivência da ONU, por exemplo, nos corredores, bares, restaurantes e livraria. A fotografia desses espaços dava a ideia de que a Assembleia já havia finalizado. No entanto, Relatórios ainda estavam sendo gerados e/ou concluídos por Grupos de Trabalho para serem encaminhados à Plenária. Oportuno destacar que a aprovação na Plenária dos Relatórios encaminhados pelas Comissões aconteceu nos três últimos dias de Assembleia.

Essa distinção entre a movimentação frenética dos três primeiros dias e a calma dos três últimos apontou para um provável maior interesse de delegações e observadores pelas discussões geradas nos espaços de trabalhos das Comissões e de reuniões paralelas do que propriamente pelas aprovações em plenárias das Resoluções geradas nas Comissões.

Esse fato evidenciou que a motivação para o Fórum da OMS estava na “realização [dos] sujeitos sociais” (PAIM, 2007, p. 31) ali reunidos em Grupos de Trabalhos (GTs) específicos, e em reuniões paralelas. Os momentos de aprovação das Resoluções, produto final, não haviam sido percebidos como prioritários. Uma inferência levantada foi que provavelmente várias articulações teriam acontecido nos encontros informais que alimentam os espaços intersticiais de protocolos e pautas, intensificando a (acelerada) relação espaço/tempo

das negociações e lhe conferindo aquilo que a contemporaneidade parece requerer: “maior rendimento”.

A observação acima traz à luz um elemento constitutivo da dinâmica social das sociedades capitalistas contemporâneas: a temporalidade acelerada. Em qualquer sociedade há dois fatores essenciais na indução da dinâmica social: o tempo e o espaço, que condicionam a estrutura social influenciando tanto a sociedade em si, enquanto estrutura e processo, quanto o que cada um é na vida cotidiana nesta mesma sociedade. O modelo de organização social capitalista tem produzido transformações na percepção da temporalidade, distanciando-se de uma ordem “natural” do tempo (marcada por percepções difusas de passagem de tempo, oriundas de noções geográficas e cósmicas) e inserindo uma percepção fragmentada da temporalidade (expressa por horas, minutos e segundos). O efeito histórico dessa construção cultural da ordem temporal tem sido a aceleração na percepção da temporalidade. (GARCIA, 2002 *apud* LIMA; VERDI, 2011). O fenômeno foi observado nos seis dias de fórum. E, por fim, três reflexões finais: a primeira, sobre a percepção de que a relação complexa entre a condição de imprevisibilidade e as regras instituídas em processos organizativos parece não ter fronteiras; a segunda, de que essa ausência de fronteiras produz exclusão social; e a terceira, sobre a necessidade da OMS tornar público o credenciamento instituído para observadores.

Partilhar da fila *public badget* no contexto de chuva fina, no segundo dia de *check-in* da 65ª AMS na ONU, em Genebra, com pessoas desprotegidas de capas e/ou guarda-chuvas e submetidas a uma norma construída pela organização, remeteu-nos a uma situação vivenciada em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) no Brasil, na qual acompanhávamos, como tutoras, médicos, enfermeiros e dentistas. Ao chegarmos à UBS meia hora antes da abertura, com chuva fina, deparamo-nos com uma fila de pessoas, muitas das quais também desprotegidas. Decidimos conversar com o guarda e pedir a ele que, naquele contexto, abrisse a porta. Ouvimos dele: “Não posso, cumprio ordens.” Em seguida, pensamos nas contradições entre a nossa retórica acadêmica e política – saúde como direito de todos – e a prática: os trabalhadores daquela unidade e colaboradores da universidade puderam acessar a UBS antes do horário de abertura, enquanto os usuários, genuínos pagadores de impostos e, portanto, mantenedores daquele espaço público, foram convidados pela norma a aguardar na chuva. Regras existem e são necessárias a qualquer organização. É fato que elas representam discursos aceitos. No entanto, faz-se necessário refletir

sobre a necessidade de diálogo, de elasticidade entre norma e contexto nos processos organizativos, seja no contexto de uma organização como a OMS e/ou a ONU, como no contexto de uma UBS de um dos milhares municípios espalhados pelo mundo. É no contexto que se produz saúde e sentir-se socialmente incluído é um condicionante geral de saúde.

Ambas as experiências remetem à categoria exclusão como questão social. Essa categoria deve ser analisada nas sociedades (fluidificadas) atuais, não como um estado, a partir da categoria “exclusão em si”, mas como movimentos de exclusão com várias trajetórias distintas, onde todas se ofuscam entre si, pois resultam da ausência de foco sobre os processos que rompem a coesão social, bem como da ausência de enfrentamento “às regras do jogo social e econômico” que alimenta a vida social contemporânea e produz os incluídos e os excluídos (CASTEL, 2008).

Os movimentos de exclusão na vida social podem ser interpretados a partir do conceito de zonas – centrais e periféricas. Enquanto movimentos, os trânsitos entre uma zona e outra são condicionados pela histórica vulnerabilidade social. Nessa lógica, a vida social, nos contextos de chuva mencionados, transcorreu sobre trajetórias periféricas de exclusão geradas por processos hegemônicos, instituídos na zona central de cada contexto: o processo organizativo da OMS/ONU para a 65ª Assembleia e o processo organizativo da Atenção Primária à Saúde na UBS brasileira (Idem, 2008). Ou seja, as operações de hegemonia desses processos (BUTTIGIEG, 2003) acabaram conformando os grupos que estariam no centro e aqueles que estariam à margem.

No entanto, cabe assinalar que as fronteiras entre zona central (geradora de exclusão) e zonas periféricas (receptores de exclusão) não são delimitadas. Nesse sentido, é possível estabelecer novos trânsitos, não mais exclusivos, mas inclusivos, o que requer a busca pelos fatores de risco da ruptura social que precedem a ocupação da zona periférica (Idem, 2008). Atuar nesses tipos de cenários para transformá-los requer ações estratégias que dependem obviamente da análise dos níveis de relação de forças, caso contrário não será possível decidir quais são as estradas para superar tais contextos de exclusão (SEPPILLI, 2012).

Por fim, a terceira observação é sobre outra trajetória periférica, (CASTEL, 2008) produzida pelo processo organizativo da 65ª AMS: a ausência de informação prévia sobre o número de *public badgets*/dia. O limite de 100 *public badgets*/dia não havia sido divulgado no site da OMS. O Guia para Delegados expressava uma regra universal: “O acesso às Nações Unidas e às salas de reuniões será restrito a pessoas

portadoras de crachás” (WHA, 2012b). No entanto, o sistema organizativo da Assembleia não havia tornado público o direito de observação concedido a cem pessoas/dia, demonstrando, nesse vácuo, um *déficit* de interconexão entre os sistemas. Ademais, é relevante ponderar que a informação sobre credenciamentos públicos em eventos públicos é um direito de cidadania e que os Estados-Membros também são compostos por estudantes e pesquisadores de universidades públicas, interessados em observar os processos decisórios gerados nas Assembleias Mundiais de Saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente ensaio se destina a estudantes e pesquisadores brasileiros, interessados em adentrar os espaços do mais importante Fórum Mundial de Saúde, ocorrido anualmente na ONU: os espaços das Assembleias Mundiais de Saúde da OMS. É nessa imagem-objeto que está centrada a motivação do ensaio: na possibilidade de contribuir com novas etnografias nas arenas decisórias sobre a saúde dos povos.

Na relação com a 65ª AMS, observamos que, ao agregar pesquisadores, estudantes e demais interessados em observá-la ao coletivo de delegados e convidados/suplentes de Estados-Membros, bem como ao coletivo “outros participantes”, produzido historicamente na cultura organizativa das Assembleias, o artefato linguístico *public budget* construiu uma identidade peculiar no cotidiano da 65ª AMS: a identidade social *public budget*.

Em tal processo de construção, atuando como um elo interativo entre observadores, delegados e convidados/suplentes, esse artefato carregou uma “valência simbólica” (STRATI, 2008, p. 13) importante e atuante na paisagem organizativa do evento, na medida em que também legitimou a transformação de observadores em atores do processo de construção social da 65ª AMS.

Em outras palavras, o artefato linguístico *public budget* não somente propiciou a acessibilidade ao evento, agregando pessoas interessadas na observação da 65ª AMS ao coletivo que determina a política da OMS, mas também produziu novos atores sociais, a partir da condição de observador, ainda que sem direito a voto. Porém, é importante assinalar que a legitimação de novos atores se deu, em alguns microcontextos, na zona periférica da vida social do evento, aquela colocada à margem da zona central hegemônica – o processo organizativo da OMS para a 65ª AMS (CASTEL, 2008).

Na perspectiva demartiniana, essa transformação de observadores em atores está ancorada no entendimento de que nós, pesquisadores, estudantes e demais interessados presentes nos espaços de produção da 65ª AMS, não estávamos fora do regime da sociedade conhecida como Assembleia Mundial de Saúde, mas dentro da situação histórica: como parte da sua cultura organizativa e, como tal, sendo parte atuante (DE MARTINO, 2009). Nessa lógica, podemos afirmar que nos sentimos representando o Sistema Único de Saúde brasileiro no evento que, inevitavelmente, de uma forma ou de outra, acabará ressonando na consolidação do SUS.

REFERÊNCIAS

- BUTTIGIEG, J. A. Educação e hegemonia. In: COUTINHO, C. N.; TEIXEIRA, A. de P. *Ler Gramsci, entender a realidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003, p.39-49.
- CHAGAS, P. D. Desde 1970: contribuição alemã à historicização do presente. *Pandaemonium ger. (Online)*, São Paulo, n. 17, 2011.
- COMAROFF J.; COMAROFF J. R. *Ethnography and the Historical Imagination*. Boulder-San Francisco-Oxford: Westview Press, 1992, p.337.
- DARNTON, D. *The great cat massacre and other episodes in french cultural history*. London: Penguin Books, 1988.
- DE MARTINO, E. *La terra del rimorso*. Milano: Il saggiatore, 2009.
- GHERARD, S. *Conoscere ed intervenire nella pubblica amministrazione secondo l'approccio simbolico*, in *Simbolismo organizzativo e amministrazione pubblica*, a cura di TATIANA PIPAN, Rivista Trimestrale di Scienza dell'Amministrazione, 1, Milano, Angeli, 1995, p. 211-239.
- LIMA, R. C. G. S.; VERDI, M. I. M. Reflexões sobre a relação entre saúde e sociedade no contexto contemporâneo italiano. *Rev. bioét* (Impr.), v.19, n.1, p.157, 2011.
- SEPPILLI, T. 2012. Entrevista realizada na *Fondazione Angelo Celli, Perugia, Italia*, em 04 de dezembro de 2012 (material não publicado).
- STRATI, A. *L'analisi organizzativa. Paradigmi e metodi*. Roma: Carocci, 2008.
- VITERITTI, A. Corporeal Knowledge in the Laboratory. *Etnografia e Ricerca Qualitativa*, n. 1, Pisa, 2011, p. 61-82.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, *eportuguese Network Technical Officer. Knowledge Management and Sharing Department*, Geneva, 2012a. Disponível em:

<<http://www.bvs.eportuguese.org/php/index.php>>. Acessado em 20 de junho de 2012.

_____. *DOCUMENTATION. WHA 65*, 2012b. Disponível em: http://apps.who.int/gb/e/e_wha65.html. Acessado e impresso em 16 de maio de 2012.

_____. *Governing Body Documentation*, 2012c. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/index.html>. Acessado em 05 de maio de 2013.

_____. *Sixty-fifth World Health Assembly*. Journal Preliminary number. Geneva. 3 May 2012d. p. 1-11 (impresso).

_____. *Primary Health Care*. Alma-Ata, 1978b. Disponível em: <<http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800011.pdf>>. Acesso em 18 de fevereiro de 2011.

_____. Official Records of the World Health Organization N. 217. Part I. Twenty-Seventh World Health Assembly. In: *Off. Rec. World Hlth Org.215-218*.1974, p. 18.

_____. *Programme of Meetings, Announcements*, Journal of the Second Health Assembly, n. 15, Geneva, 1949, p. 5.

CAPÍTULO 5

RESULTADOS

5.1 A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA OMS ENTRE 1948 E 1978: SOLO PROTAGONISTA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

5.1.1. ANTECEDENTES DA CONSTRUÇÃO SOCIAL DA OMS

Although, there were, during the Commission's five sessions and two years of existence, conflicts of opinion on some issues, it was always ultimately found possible to harmonize discordant views and to formulate solutions acceptable to all members.

Stampar, *Report of the interim commission to the first WHA*,
1948a, p. 3.

A criação da Organização Mundial de Saúde (OMS) decorreu de argumentações preliminares em defesa da saúde dos povos, apresentadas por delegações do Brasil e da China, na ocasião da I Conferência Internacional das Nações Unidas, em 1945, São Francisco, que constituiu a Organização das Nações Unidas (ONU) (WHO, 1948a). Nessa Conferência, organizada pelos Quatro Grandes – EUA, URSS, China e Grã Bretanha (MUNHOZ, 2005) – e desenvolvida com a participação de vários países convidados, as delegações do Brasil e da China evidenciaram saúde “como um fator da promoção de condições de estabilidade e bem-estar” e “[...] recomendaram que a Conferência Geral fosse convocada nos próximos meses, com a finalidade de se estabelecer a organização internacional de saúde” (Idem, 1948a, p. 23).

Seguindo a sugestão de ambas as delegações, a Assembleia Geral da ONU foi realizada (Idem, 1948a) e o Conselho Econômico e Social, instância institucional criada para deliberar sobre a restauração ou preservação da paz e segurança internacional (Idem, 2005), que se havia constituído na Assembleia Geral de 1946, aprovou a realização da Conferência Internacional de Saúde. A produção da agenda da Conferência foi delegada a um Comitê Técnico Preparatório, criado especificamente para essa função, cuja relatoria foi conferida à *Brock Crisholm*, delegado do Canadá (Idem, 1948a).

A Conferência Internacional de Saúde ocorreu em Nova Iorque, em 1946. Para orientar o debate, o Comitê Preparatório Técnico elegeu quatro temas centrais: a) a criação da Constituição da futura Organização Mundial de Saúde (OMS); b) a discussão sobre a admissão de Estados não Membros das Nações Unidas; c) o estabelecimento de uma Comissão Interina para coordenar os trabalhos da OMS até que a Constituição entrasse em vigor; d) a preparação da 1ª Assembleia Mundial de Saúde (AMS) (Idem, 1948a).

O evento contou com cinquenta e um delegados, treze observadores de Estados não Membros, autoridades de controle de aliados para a Alemanha, Japão e Coréia, e dez organizações. *Thomas Parran*, delegado dos Estados Unidos, foi eleito presidente (WHO, 1948a).

A Constituição da OMS, assinada por representantes de sessenta e um Estados, instituiu a OMS, em concordância com a Carta das Nações Unidas, integrando todas as outras organizações de saúde intergovernamentais, internacionais e regionais, destacando-se: o Escritório Internacional de Higiene Pública, a Organização de Saúde da Liga das Nações Unidas e a Administração das Nações Unidas para a Libertação e Reabilitação (Idem, 1948a).

Quanto à admissão de Estados não Membros da ONU, a Conferência pactuou que esses Estados convidados para a Conferência deveriam se tornar membros assinando ou dando o consentimento à Constituição antes da primeira sessão da 1ª AMS, que ratificaria a criação da OMS e, em consequência, formalizaria a sua criação. Caso contrário, a admissão dos Estados não Membros ficaria a critério da 1ª AMS (Idem, 1948a).

A Comissão Interina foi constituída por dezoito delegados²⁴, dentre os cinquenta e um presentes. Dr. Krotkov, delegado da URSS, foi nomeado presidente, mas como “foi incapacitado de permanecer no cargo em função da pressão de outros deveres”, ele foi substituído, através de nova eleição, pelo *Dr. Andrija Stampar*, delegado iugoslavo. A partir de então, essa Comissão passou a coordenar os trabalhos da futura organização, enquanto se aguardavam as ratificações da Constituição. Dentre outras, uma das ações de coordenação era preparar a 1ª AMS (Idem, 1948a, p. 9).

Para a construção da agenda provisória da 1ª AMS²⁵, estabeleceu-se o consenso de que os dezoito membros da Comissão Interina, representantes do total de países que haviam participado da Conferência Internacional de Saúde, teriam como “dever conduzir os problemas de saúde internacional da maneira que eles acreditavam ser a melhor possível”. Na perspectiva de seu presidente, a Comissão Interina deveria centrar suas atividades no compromisso de “cooperar para a busca de um ideal comum” (Idem, 1948a, p. 3): “conduzir os problemas da saúde internacional [...] tendo em mente os interesses da saúde mundial” (WHO, 1948b, p. 23).

Embora a Comissão Interina tenha sido criada para atuar em um curto espaço de tempo, seu período de vigência acabou sendo prolongado, em virtude de atrasos nas ratificações da Constituição. A comissão atuou por dois anos, divididos em cinco Sessões, entre julho de 1946 e abril de 1948. Segundo seu presidente, ainda que com a presença de conflitos de opinião, a Comissão Interina sempre buscou, na medida do possível, harmonizar as visões divergentes e formular soluções aceitáveis para todos os membros. Todas as decisões tomadas foram unânimes e os membros atuaram, ao longo dos dois anos, com

²⁴ Austrália, Brasil, Canadá, China, Egito, Estados Unidos da América, França, Índia, Inglaterra, Iugoslávia, Libéria, México, Noruega, Países Baixos, Peru, Ucrânia, URSS, Venezuela (WHO, 1948a, p. 79-81).

²⁵ O Brasil esteve presente, representado na sua executiva por G. H. de Paula Souza, Diretor da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da USP (WHO, 1948a, p. 79).

base na convicção de que “saúde é pré-eminentemente uma questão dependente da cooperação internacional” (WHO, 1948a, p. 3).

Dr. Stampar sinalizou também, na agenda provisória da 1ª AMS, que o principal objetivo da assembleia inaugural seria o de acordar, internacionalmente, o melhor modo de aplicar o conhecimento e os recursos disponíveis para a prevenção dos sofrimentos evitáveis e para o aumento dos padrões de saúde. Para tanto:

O conhecimento e as ferramentas requeridos para a melhoria da saúde em todos os países estavam disponíveis e esse aporte instrumental possibilitaria cada vez mais alterar comportamentos deletérios e trabalhar em prol de uma concepção positiva de saúde, a qual contribuiria de modo incomensurável para o completo gozo da vida (Idem, 1948a, p. 3).

No Relatório produzido para orientar a agenda provisória da 1ª AMS, a Comissão Interina evidenciou várias questões, consideradas “problemas de saúde”, destacando-se: a) a revisão das “Listas Internacionais de Causas de Morte” e a construção das “listas de causas de morbidade”; b) a malária; c) a tuberculose; d) a quarentena; e) as doenças venéreas (Idem, 1948a, p. 28-39).

A Comissão concentrou esforços em dois objetivos específicos centrais, referentes à mortalidade e morbidade: revisar as “Listas Internacionais de Causas de Morte” e construir as “listas de causas de morbidade”. Para essa revisão, foi nomeado um Comitê de Especialistas que formulou propostas a serem submetidas para os membros da Comissão. Na condução dos trabalhos, os especialistas decidiram acatar sugestões de governos e agências especializadas interessadas nos problemas de classificação de mortalidade e morbidade (WHO, 1948a, p. 28).

Baseando-se nas experiências de classificação de morbidade acumuladas na década passada no Canadá, Inglaterra e Estados Unidos, bem como nas Listas Internacionais vigentes desde 1938, o Comitê de Especialistas da Comissão Interina produziu uma classificação única: a “Classificação Estatística de Doenças, Injúrias e Causas de Morte”. Na visão dos especialistas, era necessário estabelecer uma padronização internacional da terminologia e medidas de atividades (controle sanitário), pois eles haviam concluído que uma só classificação aplicável, tanto para causas de doenças como de morte, contemplaria a urgente necessidade de satisfazer uma classificação uniforme, ao mesmo

tempo em que poderia permitir uma classificação estatística de morbidade e mortalidade (WHO, 1948a, p. 29).

O Comitê se havia reunido em três sessões, entre 1947 e 1948, durante vinte e três dias, para delinear e finalizar a “Proposta para a Classificação Estatística de Doenças, Injúrias e Causas de Morte”. Antes da realização da primeira sessão, o desenho de classificação foi submetido à apreciação de estudiosos canadenses, ingleses e americanos. Canadenses e ingleses analisaram o texto e, como parte da revisão, o ministro da saúde inglês encaminhou-o para a análise do Comitê Consultivo Médico, formado por pesquisadores médicos com formação em estatística. Após essas contribuições, o Comitê Americano sobre as Causas Comuns de Mortes²⁶ encontrou-se em *Otawa*, no dia de abertura da primeira sessão do Comitê de Especialistas, e deu parecer favorável (Idem, 1948a, p. 28-29).

A primeira sessão do Comitê aconteceu em *Otawa*, em março de 1947. A discussão teve como aporte teórico um estudo realizado pelo Comitê Americano sobre as Causas Comuns de Mortes, presidido por R. J. Reeder, então vice-presidente e professor de bioestatística da Universidade John Hopkins. A segunda Sessão ocorreu em Genebra, em outubro de 1947. A terceira realizou-se em Genebra, em maio de 1948, um mês depois de a OMS ter sido formalmente constituída (Idem, 1948a, 28). Ao final da terceira Sessão, a classificação foi aprovada. A Comissão Interina entendeu como necessidade central buscar as causas que estariam determinando a propagação das principais doenças epidêmicas e reestudar os princípios que embasavam o controle sanitário delas. A classificação foi composta por seiscentas e dez (610) categorias referentes a doenças e condições de morbidade; cento e cinquenta (150) específicas para causas externas e cento e oitenta e nove (189) para injúrias de acordo com a natureza da lesão (WHO, 1948a, p. 26-45).

Para o enfrentamento dos cenários epidêmicos de malária e tuberculose, bem como para o combate de doenças venéreas, foram constituídos Comitês formados por especialistas. Um Comitê de especialistas, interessados no tráfego marítimo e aéreo para o controle da epidemia de cólera e de febre amarela, foi formado para interpretar as “Convenções Sanitárias Internacionais” de 1926-1938, de 1933 e de 1944, sobre medidas de quarentena (Idem, 1948a, p. 26-45).

²⁶ Seguindo a resolução da 5ª Conferência Internacional de Revisão, de 1938, o Comitê Americano sobre as Causas Comuns de Mortes incluiu em seu quadro membros e consultores ingleses e canadenses (WHO, 1948a, p. 26-45).

O cuidado materno-infantil requereu atenção especial da Comissão. A alta incidência de mortes evitáveis de crianças e mulheres em muitas áreas do mundo, a alta incidência de doenças evitáveis de crianças e a presença importante de desajuste mental e emocional e insegurança entre crianças e jovens levaram a Comissão a criar um programa para a saúde materno-infantil, no sentido de assistir aos governos com serviços em desenvolvimento (WHO, 1948c).

Na produção da agenda provisória da 1ª AMS, os membros da Comissão Interina discorreram também sobre a importância do trabalho de medicina social, da ampliação do quadro de trabalhadores em saúde pública a partir de trabalhadores em saúde não médicos e do investimento em educação técnica, na organização da saúde pública mundial (Idem, 1948c).

O tema higiene rural também se mostrou prioritário. Na perspectiva dos membros da Comissão, “a saúde [...] o ambiente e o caráter da vida” de populações em contextos de grande extensão populacional exigia uma “abordagem especial”. Essa percepção se confirmava no aumento do interesse por programas adequados de saúde para essas áreas, advindos das tendências geradas no desenvolvimento econômico e social. Contudo, esse tema não foi uma inovação dessa agenda. Ele já havia sido debatido em duas conferências anteriores: a Conferência de Higiene Rural, ocorrida na Europa, em 1931, e a Conferência Internacional do Leste Europeu, realizada em 1937, ambas promovidas pela Liga das Nações (Idem, 1948c, p.10). Habitação e urbanismo também foram temáticas apresentadas como essenciais ao planejamento da saúde pública:

Um estudo internacional sobre habitação e urbanismo é considerado desejável porque os padrões adequados de conforto, tais como ventilação, iluminação, isolamento contra o calor, o frio e o ruído, e eliminação de resíduos são essenciais para a saúde (WHO, 1948c, p.10).

A experiência em saúde pública do presidente da Comissão Interina, Dr. Andrija Stampar, influenciou a introdução dessas temáticas determinantes e/ou condicionantes de saúde, na agenda provisória da 1ª AMS. Dr. Stampar dedicou grande parte da sua vida à saúde pública. Em 1918, ele foi assessor do Governo Provisório em Zagreb; em 1919, foi diretor de Saúde Pública do Ministério da Saúde, em Belgrado, na recém-criada Iugoslávia. Nessa posição, ele prestou serviços relevantes ao seu país ao lançar bases de um serviço público de saúde que refletia

“suas ideias avançadas sobre os aspectos sociais e preventivos atrelados à proteção de saúde da comunidade”. Ele criou e organizou uma rede de serviços de saúde a partir de centros de saúde, bem como de unidades básicas de campo (WHO, 1955, p. 204).

Com o apoio da Fundação Rockefeller, ele estabeleceu a Escola de Saúde Pública em Zagreb que, no decorrer do tempo, tornou-se um centro de formação médica de pós-graduação em todo o país e, em particular, com ênfase na formação especializada em medicina social. Em maio de 1931, ao deixar o Ministério da Saúde, *Dr. Stampar* dedicou-se à área acadêmica e à saúde internacional, atuando com destaque na Conferência Europeia sobre Higiene Rural e visitando os Estados Unidos com o patrocínio da Fundação Rockefeller (Idem, 1955). De 1933 a 1936, ele foi escolhido pela Liga das Nações para trabalhar na organização dos serviços de saúde pública na China e fez uma valiosa contribuição para o desenvolvimento da administração da saúde pública no país. Em 1936, ele participou de uma reunião da Comissão da Liga das Nações, em Moscou, quando conheceu as instituições de saúde na URSS, especialmente os “serviços de saúde das fazendas coletivas” (Idem, 1955, p. 204).

Do final de 1936 até o de 1937, ele trabalhou na sede das Nações Unidas, em Genebra, dedicando-se principalmente aos problemas de organização de escolas de saúde pública nos países europeus e aos serviços de saúde materna e infantil. *Dr. Stampar* priorizava reformas na educação, na formação médica, no modelo de medicação e no ensino de enfermagem. Após a segunda guerra mundial, ele atuou no campo da cooperação internacional e da promoção da saúde pública. Em 1946, ele participou da Conferência das Nações Unidas, em Londres, onde foi eleito o primeiro vice-presidente do Conselho Econômico e Social das Nações Unidas e foi nomeado membro da Comissão Interina para a criação da OMS (WHO, 1955). Relatando sobre seu processo de formação em saúde pública, na ocasião de homenagem recebida com o prêmio Leon Bernard, em 1955, *Dr. Stampar* expressou:

Como estudante de medicina, eu morava em uma pequena aldeia de algumas centenas de habitantes, que trabalhavam em suas terras para ganhar a vida. Aquele povo foi a minha primeira escola e meu melhor professor. Eu aprendi com eles a encarar a vida de forma realista, e eles foram os primeiros que me fizeram pensar em inúmeros fatores relacionados com tantos campos das atividades humanas que influenciam a saúde. Na atmosfera desse povo, as minhas opiniões foram formadas, e ali meu futuro como um

trabalhador sobre promoção da saúde pública foi decidido. Naquela época, não havia nenhuma escola de medicina em meu país, e eu tive que sair para obter formação médica. Fui para Viena, para uma das melhores escolas de medicina do mundo naquela época. Naqueles anos, devido à atividade de assistentes sociais e políticos, estava cada vez mais evidente que a medicina devia ser inteiramente a serviço do povo [...]. No cotidiano, eu percebia que a classe trabalhadora, lutando muito para conquistar condições básicas de vida, tinha sede de conhecimento. Ao mesmo tempo, eu observava que para as universidades populares, em que os trabalhadores eram parte ativa, a saúde de uma nação não era apenas a tarefa de médico, mas da nação como um todo [...]. Nos primeiros vinte anos desse século, a ideia de cooperação internacional no domínio da saúde pública foi patrocinada por agências intergovernamentais e outras organizações, entre as quais a Fundação Rockefeller [...]. Os colaboradores se tornaram novos professores [...]. Através da interação com meus professores, eu me familiarizei com muitos países, com outros continentes, e conscientizei-me de que as condições econômicas e culturais influenciam muito a saúde humana. A ideia de medicina social era fundamental, pois lidar com problemas de saúde era de modo algum de domínio apenas médico, mas tarefa de uma equipe composta por engenheiros, químicos, educadores, agricultores veterinários, enfermeiros e outros técnicos. O esforço no campo da medicina social somente pode obter sucesso se sustentado por um trabalho coletivo. Outra coisa que eu aprendi, ao entrar em contato com países estrangeiros, é que a experiência obtida em um país não pode ser transferida e aplicada em outro. Todos os problemas e todas as questões de saúde devem ser pensados em termos históricos, com base na estrutura socioeconômica, nos costumes, na psicologia e em todos os outros fatores ambientais determinantes na formação de seres humanos (WHO, 1955, p. 205-6).

5.1.2. UMA PERSPECTIVA DA CONSTRUÇÃO SOCIAL DA OMS ENTRE 1948-1978

It is understandable that we have our own countries health interests to serve, but may I urge that we keep ourselves consciously and constantly aware that the dangers of disease and ill-health anywhere are our common dangers?

WHO, *Verbatim Records*, 1953, p. 50.

A OMS é a agência especializada das Nações Unidas (ONU) para a saúde. Essa agência abriu suas portas, em 1948, com o compromisso de “intercambiar pensamentos e experiências entre as nações” (WHO, 1948b, p. 30), a partir de um acordo internacional firmado por sessenta e um Estados-Membros, em 1946 (WHO, 1946), para buscar formas de “ajudar os países a ajudarem a si mesmos na construção de ações firmes e duradouras” (WHO, 1951, p. 80).

Ela “não é um organismo político [...] e nunca deverá ser”, tampouco nasceu como uma administradora da saúde do mundo, já que os Estados são soberanos para decidir seus horizontes em saúde, mas como uma agência de suporte aos Estados-Membros (WHO, 1949, p. 77), inspirada na vontade coletiva de centrar os esforços na consolidação do direito universal à saúde (WHO, 1946). Desse modo, na perspectiva de seus arquitetos, a OMS “estabeleceu para si uma tarefa Hercúlea, cuja cobertura é global e cuja força motriz é humanitária. É uma tarefa que transcende fronteiras políticas e lealdades ideológicas” (WHO, 1963, p. 34).

Formalizada na primeira Assembleia Mundial de Saúde (AMS), em 1948, Genebra, a OMS representou o primeiro movimento organizacional em defesa de “uma ação para a saúde, ampliada e integrada em nível mundial” (BERLINGUER, 2008, p.4). Para tal, não “deve ser um campo internacional para regular mediante convenções ou acordos diplomáticos entre os países, mas promover o direito fundamental de todo indivíduo e de qualquer país do mundo” (FANTINI, 1999 *apud* BERLINGUER, 2008).

No mesmo ano de sua formalização, a OMS articulou-se com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), com o qual construiu um *Committee on Health Policy* para tratar de temas pertinentes a ambas as instituições. A Comissão iniciou seus trabalhos com base em atribuições específicas para cada instituição: ao Unicef caberia fornecer suprimentos e serviços; a OMS teria o papel de aprovar planos para programas de saúde nos quais ambas as instituições estivessem envolvidas. Ao longo do tempo, as atribuições sofreram modificações: a partir de 1960, o Fundo das Nações Unidas para a Infância também passou a recomendar programas de saúde (WHO, 1978a).

A missão constitucional da OMS é “promover e proteger a saúde de todos os povos” (WHO, 1957, p. 71). Cabe destacar a prudência com que a Organização pensa “salvaguardar os princípios constitucionais, evitando a tendência destes se tornarem políticos, o que distorceria o espírito da Constituição: o espírito universal” (WHO, 1966, p. 28-30). Na Organização, há povos que se encontram em diferentes estágios da vida social, política, e econômica: “[...] servimos povos em diferentes níveis de desenvolvimento em saúde” (WHO, 1964, p. 25). A universalidade dos princípios constitucionais corresponde à ação conjunta por parte dos governos e da Organização, “na harmonização dos interesses nacionais e nos interesses da comunidade mundial”, e no estabelecimento de prioridades [...] (Idem, 1966, p. 28):

A melhoria do padrão mundial de saúde é um dos fatores mais importantes da campanha universal, em curso por várias décadas contra o subdesenvolvimento, cujas características constitutivas principais são a fome, a pobreza, habitações pobres, estruturas sociais atrasadas e outras condições indignas do patrimônio humano (WHO, 1974, p. 38).

No recorte deste estudo, três de seus princípios constitucionais merecem destaque:

1. Saúde é um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não meramente ausência de doença ou enfermidade;
2. A realização de um padrão o mais alto possível de saúde é um direito fundamental de todo ser humano sem distinção de raça, religião, crença política, e condição econômica e social; e
3. O desenvolvimento iníquo em diferentes países na promoção de saúde e controle de doença, especialmente doença comunicável, é um perigo comum (WHO, 1946, p. 2).

O conceito de saúde da Organização nasceu da sua utopia em outorgar à saúde a condição de patrimônio da humanidade. Em um contexto histórico de “ruínas acumuladas [...]” em nações individualizadas, que “acolhiam suas feridas e reparavam as suas perdas materiais e humanas”, emergiu a ideia de “reunir os esforços individuais e promover ‘de mãos dadas’,²⁷ a reconstrução geral do mundo”. Tal promoção estaria ancorada no conceito de saúde como bem-estar físico,

²⁷ Grifo Nosso.

mental e social, em cuja dimensão social estava a compreensão de que “o progresso social [...] não poderia permanecer como uma prerrogativa de poucos, mas como um patrimônio comum de todos [...], independentemente de fronteiras nacionais” (WHO, 1956, p. 65-66).

Ancorada em sua “consciência social” (WHO, 1977, p. 42) e idealizando constituir-se em uma “comunidade mundial” (Idem, 1956, p. 66) que assumiria o compromisso de defender a saúde de todos os povos, a Organização viu-se ambiciosa, pois reconhecia que “talvez uma boa saúde para todos nunca seja totalmente atingível [...] o importante é considerarmos que a busca do homem deve superar a sua colheita” (WHO, 1958, p. 71). Concomitante, seu processo de construção social lhe mostrava o encontro entre utopia e realidade, no que se refere aos seus princípios constitucionais supracitados:

À luz do progresso [...] e em face da enorme catástrofe que varreu o mundo e fez de todos os homens parceiros de uma miséria comum, não se pode acalentar a ambição de reuni-los e deixá-los viver em uma única comunidade mundial? Utopia tem-se tornado realidade [...] a adoção de um programa de ação mundial, que no início parecia ambicioso, tem gerado um sucesso crescente, ultrapassando a fronteira da esperança e desenhando promissoras perspectivas para o futuro da Organização (Idem, 1956, p. 66).

De acordo com o Capítulo II, Art. 2, a OMS tem como funções, dentre outras: a) atuar, como autoridade “diretiva” e coordenadora, no trabalho de saúde internacional; b) “assistir aos governos, a pedido destes”, visando ao fortalecimento dos serviços de saúde e c) auxiliar no desenvolvimento de uma “opinião pública” informada entre os povos sobre questões de saúde (WHO, 1946, p. 3).

O trabalho da organização é dividido entre três estruturas: a) Assembleia Mundial de Saúde; b) Comissão Executiva e c) Secretariado (Idem, 1946). Segundo a Constituição, as Assembleias Mundiais de Saúde (AMS) da OMS determinam a política da Organização. Elas detêm autoridade para adotar regulações em saúde em vários âmbitos, convenções e acordos, além de fazer recomendações aos Estados-Membros sobre questões de competência da Organização. As AMS são compostas por delegados, não mais que três por Estado-Membro, escolhidos entre as pessoas mais qualificadas do ponto de vista técnico e, de preferência, representantes da saúde pública dos Estados (WHO, 1946). Tais delegados percebem-se na qualidade de *decision makers* da área médica, imbuídos do papel de, com base na cooperação

internacional, contribuir com a construção de políticas públicas de saúde em níveis locais – com o trabalho de *policy makers*:

Reconhecidamente, nós não somos *policy makers* internacionais que tentam resolver e desembaraçar os problemas, que podem, e por vezes o faz, gerar conflito - seja generalizado ou localizado, ostensivo ou disfarçado, aparentemente justificável ou abertamente agressivo. Qualquer que seja a causa subjacente e sua amplitude, o denominador resultante comum é o sofrimento físico-mental - destruição, desolação, incapacidade e morte. E é neste estágio que nós estamos, enquanto médicos, pessoalmente envolvidos para tentar restaurar os danos ao corpo e à mente (WHO, 1972a, p. 36).

O Conselho Executivo da OMS é constituído por dezoito (18) pessoas designadas por todos os membros. A Assembleia, levando em conta uma distribuição geográfica equitativa, deve eleger os Membros que escolherão as pessoas tecnicamente qualificadas no campo da saúde para participar do Conselho (e suplentes). Eles devem ser eleitos por três anos e podem ser reeleitos, desde que uma vez eleitos na primeira Sessão da Assembleia, seis deles permaneçam por um ano, e seis por dois anos, conforme sorteio (WHO, 1946).

Dentre as suas funções, citamos: a) dar efeito para as decisões e políticas da Assembleia; b) atuar como um órgão executivo da assembleia; c) apresentar propostas à Assembleia por iniciativa própria; d) preparar a agenda da Assembleia e e) submeter à Assembleia para apreciação e aprovação um Programa Geral de Trabalho que abranja um período específico. O Conselho Executivo é o órgão responsável pela construção da proposta de orçamento da Organização, cuja aprovação é da alçada da Assembleia (Idem, 1946).

O Secretariado compreende o Diretor Geral e a equipe administrativa. O Diretor Geral é indicado pela Comissão Executiva e seu nome é encaminhado para a deliberação na Assembleia. Ele secretaria a Assembleia, o Conselho Executivo, comitês, conselhos e conferências da organização, podendo delegar essa função a outra pessoa. Anualmente, ele apresenta ao Conselho Executivo o demonstrativo financeiro e orçamento da Organização, que o submete à Assembleia. Ele deve ainda apontar o Secretariado, de acordo com os regulamentos estabelecidos pela Assembleia: a consideração base para o recrutamento do pessoal é assegurar, no mais alto nível, a eficiência, a

integridade e o caráter representativo internacional do Secretariado (WHO, 1946).

A Constituição da OMS previu sedes regionais que deveriam ser eleitas em Assembleia após a consulta da ONU. As áreas geográficas para a instalação de tais sedes devem ser estabelecidas, de tempos em tempos, de acordo com a necessidade da Organização. Cada uma das sedes deve ser composta por um Comitê Regional e um Escritório Regional, cujos representantes são dos Estados Membros e Membros Associados da região específica (Idem, 1946).

Percebendo-se como “a autoridade suprema em saúde” (WHO, 1960, p. 33), a OMS constituiu-se em uma estrutura internacional de poder com liderança hegemônica na questão saúde dos povos. Na perspectiva gramsciana; essa liderança hegemônica se expressa no desempenho diretivo que ela impõe sobre grupos aliados e associados e no exercício do domínio sobre os grupos adversários ao consenso, com o propósito de alcançar uma ampla base que dê sustentação aos projetos:

As últimas três décadas foram emocionantes, cheias de desafios. A Organização foi crescendo, aprendendo, amadurecendo e adaptando-se aos padrões de evolução da cooperação internacional e às necessidades essenciais do mundo em desenvolvimento (WHO, 1978b, p. 9) [...] e um paradoxo que essa Organização, fundada em princípios tão claramente definidos em termos de saúde, felicidade, paz e segurança, apesar de seus esforços expressivos para combater e superar os adversários que naturalmente se apresentam, no afã de atingir seus objetivos deve muito frequentemente frustrar-se por ter seu trabalho impedido e até mesmo negado pela interrupção do modo de vida pacífico que todos os povos do mundo desejam [...] (WHO, 1972a, p. 36).

No exercício de direção e domínio da Organização (FONTANA, 2003), os intelectuais ganham expressão, no sentido de:

[...] determinarem a saúde do tempo presente e do futuro de todas as pessoas [...] em todo o mundo há pessoas que determinam seus próprios destinos e ajudam a influenciar o destino da saúde de seus próprios países e no mundo todo. (WHO, 1959, p. 60); [...] cabe a nós salvaguardar a identidade e independência da Organização e bloquear todas as tentativas de invasão de seu domínio. (WHO, 1964, p. 43); [...] com a colaboração das mais altas autoridades científicas e técnicas, a Organização [...] desenvolveu uma verdadeira filosofia, uma política e uma doutrina (WHO, 1965, p.44).

À luz do intelectual conceituado por Gramsci, poderíamos pensar que a OMS se personificou como um intelectual, recrutado organicamente para ajudar os Países-Membros na organização da saúde pública de seus Estados, visando ao desenvolvimento econômico e social. Essa inferência se expressa na citação abaixo, extraída do discurso do presidente de uma Assembleia:

Enquanto nós, membros da OMS, ‘temos’ que encorajar os nossos países a tomar medidas internacionais financeiras, agrícolas e culturais, com o objetivo de estimular o progresso social e melhorar os padrões de vida, outras agências das Nações Unidas ‘não têm’ essa responsabilidade [...] Mas como a saúde pública, o desenvolvimento econômico e o desenvolvimento social caminham de mãos dadas, nós devemos estar sempre dispostos a cooperar com as agências irmãs das Nações Unidas [...] (WHO, 1961, p. 24-25).

Uma dimensão importante, observada na construção social da Organização com base nos discursos de presidentes de Assembleias, refere-se à desconfiança inicial na assunção dos compromissos assumidos constitucionalmente e à confiança gradativa que a Organização foi conquistando ao longo de seu processo: em uma das primeiras Assembleias, o presidente assinalou a necessidade de eles atentarem para “os fardos pesados e a responsabilidade que foram colocados em seus ombros” (WHO, 1950, p. 85). Em anos sucessivos, presidentes manifestaram:

[...] conforme escreveu nosso Diretor Geral, houve um aumento da confiança, entre os Estados Membros, em relação à convicção de que eles possuem meios adequados que poderiam ser aplicados, através da cooperação internacional, no enfrentamento de seus problemas particulares de saúde. (WHO, 1970, p. 32); [...] estou confiante [...] no futuro do programa. (WHO, 1973, p. 33).

É provável que o descrédito inicial na confiança do futuro, manifestado no ano de 1950, encontrava-se no caráter inovador da nova agência e, com efeito, na “ousadia” (WHO, 1956, p. 65) de seu objetivo: o de encarar os desafios gerados pelos efeitos do pós-guerra, centrando os esforços em uma saúde planetária tão desigual, onde a Organização deveria capturar “a compreensão e a imaginação dos governos” (WHO, 1949, p. 76) mediante estratégias de convencimento (WHO, 1955, p.

197) para visibilizar com confiança a potencialidade de seu objetivo e a sua perspectiva sobre o lugar da saúde nas políticas de Estado. Onde, sobretudo, o mundo era “meio-rico e meio-pobre” (WINSLOW, 1952, p. 2).

Havia países como a Libéria, por exemplo, que tinha um médico para cada 63 mil habitantes, um enfermeiro para cada 61 mil, uma cama de hospital para cada 4 mil pessoas e um terço da sua população infectada com malária, onde os recursos financeiros limitavam-se a cerca de 0,16 dólares per capita) (Idem, 1952). Havia também países, como os Estados Unidos, que se percebiam “com sorte de possuir a saúde pública bem desenvolvida, bem como as profissões da área médica”. Estes, ao mesmo tempo em que se reconheciam iluminados, entendiam que “o mundo não pode permanecer metade saudável e metade doente e ainda manter seu equilíbrio econômico, moral e espiritual” (WHO, 1951, p. 79).

Uma percepção externada referia o enfrentamento dessa desigualdade de condições entre as necessidades de saúde e o grau de desenvolvimento dos Países-Membros, o que provavelmente levaria a Organização à nova adequação do “poder e responsabilidade”, conferida para as mesas regionais, representantes das sedes regionais, bem como à revisão das políticas que norteavam o planejamento, “à luz das comissões regionais” (Idem, 1951, p. 69). Mas o importante era não descolar o planejamento do propósito da Organização, assumido constitucionalmente:

O nosso trabalho não se limita a quarentenas internacionais, normalização, às estatísticas de saúde [...] na Constituição nós aceitamos uma definição ampla de trabalho em saúde. Todos os aspectos das atividades de saúde estão cobertos [...]: a promoção da saúde, a prevenção de doença, a medicina curativa, e a reabilitação, com atenção aos doentes crônicos e incapacitados e, finalmente, o controle sanitário da população saudável (WHO, 1949, p. 77).

Desde o início, o percurso da construção social da OMS expressa um fenômeno dialético entre o otimismo gerado nas suas assembleias e externalizado em discursos de seus presidentes, referente “à nova perspectiva promissora da saúde internacional” (WHO, 1956, p. 69; WHO, 1949, p. 77) e desenvolvimento internacional (WHO, 1971, p. 34) “como esperança das massas” (WHO, 1952, p. 70, WHO, 1951, p. 69) e a “falta de recursos” para a manutenção de seus princípios constitucionais, gerada por várias razões, tais como (WHO, 1975a, p. 39; WHO, 1964, p. 26; WHO, 1956, p. 68; WHO, 1954, p. 53;75;

WHO, 1953, p. 50; WHO, 1951, p. 67-8; WHO, 1950, p. 99; WHO, 1949, p. 76):

Temos de admitir que a Organização tem recursos limitados para atender a todas as suas responsabilidades. Por essa razão, faço um apelo a vocês: através de seus países, se você é rico, ajude os menos ricos, se você é capaz, ajude os que são menos capazes . [...] (WHO, 1975a, p. 39); [...] a incapacidade de calcular corretamente as possibilidades reais, tanto da Organização quanto de seus países-membros, e também as dificuldades científicas, técnicas e organizacionais presentes têm distanciado o programa de um estado conclusivo, no tempo presente [...] o planejamento para o futuro é muito problemático (WHO, 1963, p. 25).

De um lado, a Organização se identifica com consistência suficiente para garantir seu caráter de líder na articulação dos problemas mundiais, estando consciente de que está “lidando com um total de problemas de saúde pública do mundo” (WHO, 1951, p. 79), cujo princípio constitucional máter é que “todos os seres humanos têm direito à saúde e ao bem-estar” (WHO, 1976, p. 95; WHO, 1959, p. 60), pois saúde é um direito fundamental humano (WHO, 1978f; WHO, 1973; WHO, 1959; WHO, 1948b). De outro, ela reafirma em suas Assembleias o risco que perpassa seus conjuntos de projetos, em virtude de sua inconsistência estrutural econômica, da necessidade crescente de fundos para seus projetos *versus* a desigualdade do aumento de contribuições por parte dos países membros:

É fato que, nos últimos anos, particularmente em 1953 e neste ano, a OMS não tenha podido atender um grande número de solicitações feitas por Estados-Membros, em virtude de complicações financeiras. Existe hoje o perigo de, persistindo essa situação, alguns governos poderão desanimar e olhar para outras organizações [...] há um grave risco, se não adotarmos medidas imediatas para estabilizar a nossa situação financeira: a nossa Organização poderá perder o prestígio que soube construir entre os povos do mundo (WHA, 1954, p. 75).

Também foi possível observarmos, em reflexões de presidentes, um sentimento de frustração gerado da constatação de que a questão saúde nas economias nacionais competia com “os interesses de progresso econômico” que, ao depender do “controle das finanças nacionais”, acabava esvaziando os “meios” para a garantia do direito à saúde (WHO, 1960, p. 32-33): “A saúde pública está atrasada, sem

dinheiro, e o desenvolvimento econômico se arrasta sem saúde” (WHO, 1961, p. 24-25). Desse modo, a defesa pela saúde de todos os povos, acatada no caráter “mundial” da Organização e determinada constitucionalmente, era vislumbrada em um cenário sombrio e contraditório, ainda que com manifestações de otimismo e confiança.

O caráter “mundial” havia sido estabelecido para a Organização com base na compreensão de que esse termo lhe traria um novo sentido (BERLINGUER, 2008, p. 5). Ao mesmo tempo, a Organização havia assumido constitucionalmente, em seu Capítulo XI, Artigo 54, o desafio de agregar os trabalhos de antigas e – historicamente – fortes agências de saúde que articulavam ações e práticas de saúde pública pautadas em questões “internacionais” de saúde (WHO, 1946, p. 13). Cabe destacar que o Escritório Regional da Organização Sanitária, criado no início do século XX, integrou-se à OMS e passou a representar a sede regional da OMS para as Américas (WHO, 1978a).

As sucessivas aproximações com os documentos vivos da OMS nos mostraram que a própria Constituição da OMS faz uso do termo “internacional” para expressar seu caráter “mundial”. Na Constituição, observamos que entre as funções da organização está “atuar com autoridade [...] no trabalho de saúde internacional”; nas competências das Assembleias, estas devem ter autoridade para adotar regulações que controlem a propagação internacional de doenças, bem como a publicidade dos produtos biológicos e farmacêuticos [...] do comércio internacional; na esfera do Secretariado, o recrutamento deste deve levar em conta o caráter representativo internacional (Idem, 1946, p. 3-11).

Vale lembrar que, no contexto planetário de políticas e ações de saúde pública, o termo “internacional” não remeteria ao total de relações entre os povos, mas às “relações entre governos de nações soberanas” (BROWN; CUETO; FEE, 2006, p. 624-625). Nesse sentido, a construção social da OMS já se inicia, a partir de sua própria Constituição, no interior de um movimento hegemônico.

Em consonância com a Constituição, já no discurso de abertura da 1ª AMS, encontramos essa experiência factual hegemônica:

Ao abrir a 1ª AMS, o presidente da Comissão Interina mencionou que os objetivos traçados no desenho da Constituição da OMS norteariam todo trabalho realizado pela Comissão, voltado para “a promoção da saúde internacional e para a realização do mais alto padrão de saúde possível pelas pessoas do mundo”. Disse, ainda, que os trabalhos haviam sido realizados em uma atmosfera de “justiça plena” e que as atividades da Assembleia deveriam começar a partir do reconhecimento de que antigas Organizações de saúde internacional,

representantes da herança cultural da OMS, investiram nos problemas de saúde internacional, com base na cooperação internacional. Tais Organizações, dizia ele, “em muitas ocasiões promoveram ideias progressistas sobre o cuidado de saúde dos povos [...] começando por medidas de proteção contra doenças epidêmicas violentas que se espalhavam de um país para outros” (WHO, 1948b, p. 30).

No entanto, na sua ótica, o trabalho dessas Organizações não contou com o dinamismo suficiente para que essa “abordagem positiva para os problemas de saúde” gerasse resultados satisfatórios, ainda que alguns ganhos duradouros tenham sido produzidos, tais como: “o intercâmbio de pensamentos e experiências entre as nações, a promoção de novas ideias em medicina e a inserção gradual dos aspectos sociais e econômicos nos programas de saúde nacionais” (Idem, 1948b, p. 30).

Compartilhando a sua experiência de vinte e cinco anos de dedicação à saúde pública no campo de cooperação internacional, Dr. Stampar disse que “o intercâmbio de pensamentos e experiências” era um instrumento potencial para se alcançar melhores resultados em saúde. Em outras palavras, aprender uns com os outros era uma ferramenta útil para pensar saídas para a garantia de um padrão o mais alto possível de saúde para os povos. Ele também pontuou que, sem a melhoria das relações econômicas e sociais, os resultados de pesquisas científicas não se tornarão realidade (Idem, 1948b, p. 30).

Em seu discurso, ele assinalou que a solução dos problemas de saúde de um país não é a mesma para outros países, visto que “cada país tem as suas peculiaridades, e o que é bom para um pode não ser para outro”. A explanação revelou, ainda, que a OMS deveria dirigir suas atividades, não simplesmente para doenças de importância internacional, mas para questões macro, de ordem global (Idem, 1948b, p. 30). Com esse olhar, ele deixava a mensagem de que dirigir a imagem-objetivo somente para doenças de importância global, com desatenção aos determinantes de saúde dessa ordem, poderia incorrer no risco de reducionismo da questão saúde global.

A relação com os dados também revelou que a Organização não poderia se isentar de discutir sobre as condições necessárias para que a sociedade OMS pudesse trabalhar. Para tanto, as Assembleias, que ao longo da construção social da OMS mostraram-se como seminários que combinavam “informação, ideias, experiências e técnicas” (WHO, 1960, p. 32-33), deveriam: a) adotar um programa suficientemente amplo e prático voltado para a saúde dos povos; b) providenciar os recursos econômicos necessários para a realização dos programas de ação integrada; c) atentar para a necessidade de o programa e orçamento

serem apresentados de modo a persuadir os governos, alertando-os para as expressivas possibilidades do trabalho de saúde internacional (WHO, 1949, p. 76).

Considerando que as Assembleias representavam o espaço de debate da política da Organização, fazia-se necessário fazer algumas indagações, tais como: a) O que a Assembleia deveria incluir? b) Onde estariam os limites? c) O que deveria ser pautado primeiro? d) Como colocar em prática as operações? e) Como vivenciar uma interlocução com outras agências especializadas das Nações Unidas? f) Havia espaço para fazer valer a necessidade de uma abordagem mais ampla do que antes, no campo das atividades internacionais de saúde? (Idem, 1949).

Tantos pareciam ser os desafios expostos em discursos de presidentes das Assembleias. Na perspectiva de um presidente, tais desafios deveriam ser questionados com base em uma “crítica construtiva”, pois “as ferramentas estão presentes, as necessidades do mundo estão pressionando e o desafio está diante de nós”. Além disso, esse delegado argumentou sobre a exigência de desenvolvimento, já que “[...] as condições sociais e econômicas do mundo do pós-guerra desenrolaram-se gradualmente diante dos nossos olhos com uma mistura de recursos encorajadores e desencorajadores” (Idem, 1949, p. 76-77).

Na sua primeira década de vida, a Organização parecia confluir para uma discussão-chave: diante do valor econômico impetrado na meta de desenvolvimento, que se desenhava como caminho de reconstrução de países assolados pela guerra e de construção daqueles historicamente com menos condições para o desenvolvimento, nos quais repercutiam os efeitos da guerra, como sustentar com responsabilidade que “o progresso material não necessariamente traz consigo progresso humano, a menos que o primeiro esteja subordinado ao segundo” (WHO, 1957, p. 59), bem como a existência de:

[...] um fator básico na sociedade, um valor fundamental o qual, no final, nós temos como a única base da sociedade. Esse fator é o ser humano – trabalhando, criando, tendo esperança e lutando (Idem, 1949. p.77).

Era importante colocar em pauta que ainda não se havia desenvolvido “[...] o século do professor, do cientista, do diplomata, nem mesmo do político. Até agora, vivemos no século do economista”, para o qual categorias econômicas (exportação, importação, moedas fortes e fracas, equilíbrio entre preços, inflação e deflação) comandavam a vida dos países. O debate apontava o economista como o profissional

que negava o investimento em instituições “improdutivas”, entre elas, as sociais e sanitárias, pois ele entendia que o investimento nessas instituições deveria esperar até que a vida econômica estivesse controlada “[...] até que tenhamos um *superplus* [...] aí será tempo para desenvolver o social [...]” (WHO, 1949, p. 77).

Ainda que demarcada a importância e utilidade do trabalho do economista, no discurso revelava-se a necessidade de delimitar o ponto de vista econômico e completá-lo, explicitando que a responsabilidade da Casa/OMS deveria se sustentar no slogan: “Não deixemos o economista nos fazer esquecer o ser humano” (Idem, 1949, p. 77).

Em uma dimensão mais abrangente, que reflete não o papel do economista naquele período histórico, mas a relação entre economia e saúde, o presidente de uma Assembleia relatou:

A economia nacional é baseada em economia humana: o trabalho, a produtividade, o bem-estar e a força de um país estão íntima e reciprocamente relacionados ao capital saúde de seu povo. Se a saúde é para ser acessível ao homem, tanto em nível nacional como pessoal, os governos e as pessoas devem unir os seus esforços. Além disso, se a saúde deve ser protegida, medidas meramente defensivas já não são suficientes: uma ofensiva em escala mundial deve ser lançada, não só contra as doenças do corpo, mas também contra as da mente e contra as fontes de conflito criados pela desigualdade social (WHO, 1956, p. 66).

O confronto frio, que representou a disputa pela hegemonia de duas formações econômico-sociais distintas, mostrou-se como uma fronteira ao trabalho humanitário pelas/para as agências especializadas das Nações Unidas e, portanto, ao trabalho da OMS: “as tensas relações existentes entre as democracias ocidentais e orientais no mundo têm um efeito deletério sobre o esforço humanitário das agências especializadas das Nações Unidas” (WHO, 1950, p. 97).

Ciente da influência do contexto mundial de desigualdades sociais na condução de projetos da Organização, o mesmo presidente citado acima demarcou a miséria como fator social de risco à propagação de doenças comunicáveis: “a miséria causada a milhões de pessoas pela fome, exposição, superlotação, falta de leite, falta de fonte de água pura, saneamento inadequado e todas as causas que propagam e espalham doenças” (Idem, 1950, p. 97). No entanto, não observamos, neste discurso, reflexões sobre a disposição de encarar as questões anteriores à miséria. O que se fizeram presentes foram debates pontuais sobre os efeitos dessa (in) condição humana.

Em contrapartida, outro discurso do presidente assinalou:

O único caminho real e efetivo para melhorar a saúde das pessoas nos países não desenvolvidos é superar o atraso econômico social. Caso contrário, não pode haver medidas reais de saúde, e aqui tenho que concordar com a afirmação contida em um documento oficial da OMS, a Introdução ao Programa e as Previsões Orçamentais para 1953: '[...] todos nós conhecemos a falácia em equiparar o trabalho em saúde com o progresso em saúde, em um sentido mais amplo. Se milhões de pessoas libertadas de uma determinada doença continuam a viver em um estado de semi-inanição e de ignorância, não podemos falar de progresso'. A não ser que o investimento de capital suficiente seja garantido; somente se as pessoas puderem contar com maiores oportunidades educacionais e culturais para si e para seus filhos, então a importância econômica e social de suas realizações no que diz respeito à saúde pode muito bem diminuir quase ao ponto de desaparecer. Consequentemente, a proteção e o fortalecimento da saúde serão alcançados através do desenvolvimento da economia e do bem-estar das pessoas (WHO, 1962, p. 34).

Essa fala acima parecia expressar a importância de se mostrar aos governantes, não somente a garantia do direito universal à saúde como condição necessária para as pessoas gerarem a riqueza nacional e, portanto, superarem a miséria, mas, sobretudo, argumentarem a necessidade de a riqueza produzida por pessoas saudáveis ser distribuída para sustentar a saúde dessas pessoas.

Na abertura de uma Assembleia, o presidente expôs que a Organização não deveria marginalizar a subjetividade cultural. Analisando-a na perspectiva da natureza humana, ele referiu:

O desvio do homem do caminho correto é a causa de toda a nossa desgraça [...]. Ainda que vivamos em países diferentes, que falemos idiomas diferentes, a nossa natureza humana é a mesma e o parentesco deve ser estabelecido entre nós para que assim superemos as barreiras que nos dividem. Há espaço no mundo para todos nós. Nós buscamos o mesmo fim - a felicidade da humanidade - e ela não pode existir sem progresso econômico, social, moral ou espiritual, isto é, se a saúde dos povos continuar em um nível baixo (WHO, 1950, p. 98).

Remetendo-nos ao arcabouço teórico gramsciano, identificamos que “natureza humana” que dizer “o conjunto das relações sociais”, incluído em tais relações a ideia de devir: “o homem devém, transforma-se continuamente com as transformações das relações sociais”. A

natureza humana não pode ser encontrada em um homem propriamente dito, mas “em toda a história do gênero humano”, pois o que existe no homem particular é um conjunto de “categorias postas em relevo pela contradição com as de outros homens” (GRAMSCI, 1981, p. 43).

Nessa ótica, a interpretação sobre o progresso humano em saúde deve ganhar contornos peculiares: considerando o devir uma concepção filosófica e o progresso “uma ideologia democrática”, na qual não necessariamente o devir está presente, a interpretação de “progresso em saúde” depende do modelo de interpretação de mundo do qual parte a análise, isto é, se o progresso está articulado ao desenvolvimento de políticas progressistas ou reacionárias, mas, sobretudo, se ele é configurado de modo responsável para com a distribuição injusta de saúde, entre o mundo iluminado e o mundo sem lugar ao sol: na perspectiva de Winslow (1952, p. 2) entre o “mundo meio-rico e meio-pobre”. Tal interpretação depende, na visão gramsciana (1981, p. 44), do tipo de mentalidade que está quantificando e qualificando o dito progresso, bem como do caráter dos elementos culturais historicamente determinados dessa mentalidade: da formação econômico-social oriunda dessa mentalidade.

Percebemos, na fala de um presidente, a devoção aos Estados Unidos no desenvolvimento dos trabalhos da OMS. Reconhecendo o caráter homogêneo “da raça humana em relação às suas necessidades e aspirações e a importância de nações mais ricas se esforçarem para melhorar o padrão de vida de nações irmãs menos favorecidas” (WHO, 1950, p. 98), um presidente expressou:

[...] eu não tenho dúvidas de que a OMS, como uma agência especial das Nações Unidas voltada para a promoção de atividades de saúde no plano internacional, receberá continuamente o apoio dos Estados Unidos [...] e, a este respeito, devemos prestar homenagem à sabedoria e clarividência do Presidente dos Estados Unidos da América e do povo desses Estados na realização da tarefa de ajudar ativamente os países subdesenvolvidos, através de assistência técnica, orientação, fornecimento de equipamentos e outras ajudas materiais, num esforço para manter melhores condições de vida para os povos (Idem, 1950, p. 98).

Esse mesmo presidente comentou que “a aniquilação do tempo e da distância, ocorrida na última década [...] de forma crescente, [condicionava] a saúde de todos os países como um todo indivisível”. Nessa fala, ele poderia estar dizendo que os movimentos de globalização

geravam efeitos na proposta de cooperação internacional, que vinha sendo estabelecida e, por consequência, na percepção de saúde como saúde global. Para ele, já havia passado o tempo em que as fronteiras físicas poderiam isolar nações e separar os países que eram acometidos por surtos epidêmicos recorrentes “daqueles que estão livres de tais doenças”, embora naquele tempo histórico o perigo de propagação de doenças fosse maior (WHO, 1950, p. 98).

Um marco na construção social da OMS foi o lançamento, em 1950, de seu Programa de Assistência Técnica. O Programa havia requerido a formação de pessoal e prestação de aconselhamento especializado para atacar os problemas sociais e de saúde em muitas áreas do mundo. Indícios da necessidade de criação desse programa haviam sido lançados em 1946, quando a Assembleia Geral das Nações Unidas autorizou o Secretário-Geral, em cooperação com as agências especializadas, a implementar essa “política e, desta forma, o Programa de Assistência Técnica teve seu início real. Essa autorização havia resultado do compromisso de cooperar “na resolução de problemas internacionais de caráter econômico, cultural, social ou humanitário, e na promoção de melhores padrões de vida, pleno emprego e condições de progresso econômico e social”, assumido pelos países membros na Carta das Nações Unidas (WINSLOW, 1952, p. 11).

Um fato relevante sobre o lançamento do Programa de Assistência Técnica pela OMS é que, em 1949, o Presidente dos Estados Unidos havia dado seu apoio a esse ideal, confirmando a influência americana no movimento hegemônico da construção da OMS:

Nós temos que iniciar um programa novo e ousado para disponibilizar os benefícios dos nossos avanços científicos e do nosso progresso industrial disponível a favor da melhoria e do crescimento das áreas subdesenvolvidas. Nós deveríamos disponibilizar aos amantes da paz os benefícios do nosso conhecimento técnico a fim de auxiliá-los na percepção de suas aspirações por uma vida melhor. E, em trabalho conjunto com outras nações, nós deveríamos fomentar o investimento de capital em áreas que necessitam de desenvolvimento (Idem, 1952, p. 11).

Lançado em 1950, o Programa de Assistência Técnica foi aprovado na 4ª AMS, em 1951, que o incorporou como Discussões Técnicas²⁸ nas Assembleias dos anos sucessivos. No ano seguinte,

²⁸ Resolução adotada: WHA 4.9 (WHO, 1951).

Winslow foi convidado para abrir a primeira Discussão Técnica da OMS, com a apresentação de parte de sua monografia, intitulada “O Custo da Doença e o Preço da Saúde”, publicada em 1951. Ele abriu sua exposição aos delegados com uma reflexão que vale aqui destacar para demarcar a sua perspectiva sobre a autoimagem inicial da OMS sobre o (não) lugar da saúde nas sociedades políticas – um produto histórico – e sobre a rentabilidade da saúde :

Os valores econômicos não fornecem - a única ou mesmo a principal - fonte de inspiração para a ampla campanha mundial para a saúde pública. Vocês estão animados em seus trabalhos pelo que foi descrito por Matthew Arnold como ‘o amor ao próximo, os impulsos de agir, ajudar e fazer o bem, o desejo humano de diminuir o erro humano, esclarecer a confusão humana e diminuir a miséria humana, a nobre aspiração de deixar o mundo melhor e mais feliz do que o encontramos’. São os homens e mulheres que são fundamentalmente importantes, não os dólares. Nós não estamos contemplando visões em torre de marfim. Estamos trabalhando dia a dia num mundo duro e prático. Nós podemos realizar os nossos sonhos somente na medida em que nós possamos convencer nossos governos e as pessoas livres que controlam esses governos que os nossos objetivos podem realmente ser alcançados e que a realização deles não colocará novas pressões sobre as economias já tensas [...]. Nossa experiência, nas últimas três décadas, tem demonstrado que o investimento é rentável (WINSLOW, 1952, p. 1).

Vale mencionar que para os Programas de Assistência Técnica, os recursos, tão caros à OMS desde a aprovação das Discussões Técnicas, não eram escassos. Ao contrário, a partir de 1956 houve um aumento expressivo de fundos, que acabou desenhando um devir organizacional positivo:

Com relação à assistência técnica, que nos causava ansiedade por causa da insuficiência de fundos, a perspectiva melhorou. As contribuições foram substancialmente maiores do que nos anos anteriores, [...] assim, podemos olhar para o futuro com confiança (WHO, 1956, p. 69).

Em uma Assembleia, o conceito de saúde, tanto da saúde da Organização quanto da saúde dos povos, foi expresso como produto das relações sociais, estabelecido nas relações dos sujeitos: “ensimesmar-se

na vida não é o melhor caminho para um indivíduo crescer, quer física, mental ou moralmente. A mesma lei se aplica para a comunidade, para a sociedade e para o mundo em geral” (WHO, 1951, p. 67). Concomitante, as doenças comunicáveis foram assinaladas como um grande desafio para a Organização, na medida em que se constituía em um fator social de risco para a saúde internacional, reforçando a necessidade de a OMS investir em programas de ação integrada:

Por isso, era natural que os homens pensantes se dessem conta de que não poderia existir felicidade para o mundo até que e a menos que não tenhamos trabalhado para (ou nos movido através de) um programa integrado de ação internacional para a promoção do bem-estar humano (Idem, 1951, p. 67).

Expondo a opinião sobre os recursos destinados aos projetos da OMS, um delegado mencionou uma faceta do movimento hegemônico da Organização, ao comentar que a natureza humana, por si só, encarrega representantes da saúde dos povos a galgar a soberania no cenário mundial da saúde. Nessa perspectiva, a contínua transformação das relações sociais em agências internacionais de saúde obedeceria a preceitos de soberania. Mencionando a chegada de novas agências e seus programas para promover “a causa do bem-estar humano”, por exemplo, “O Programa Quadrienal do Presidente Truman e o Programa de Desenvolvimento da Comunidade Britânica”, ele refere:

[...] eu gostaria que todas as verbas disponíveis feitas a partir de fontes governamentais ou de fontes beneficentes fossem dirigidas para o trabalho em saúde da OMS [...]. Mas, a natureza humana é a natureza humana e aqueles que dão o dinheiro e aqueles que têm o dinheiro gostam de sentir, de alguma forma, que têm uma entidade separada e controle total (Idem, 1951, p. 68).

Ele expressou, ainda, que um modo de enfrentamento aos desafios postos pela multiplicação de agências em operações “internacionais de saúde” deveria ser o de: “cada um de nós garantirmos que os diferentes programas se encaixem e se complementem [...] eles nunca deverão competir” (Idem, 1951, p. 82).

Na Assembleia realizada em 1951, o presidente eleito, delegado representante dos Estados Unidos, expôs uma autoimagem na qual demarca a intenção de os Estados Unidos se relacionarem com os demais Países-Membros em prol do enfrentamento às desigualdades de

condições de vida dos povos e garantir o compromisso de responder por um comportamento socialmente responsável na condução das questões sobre saúde de todos, com base na com-fiança:

Eu agradeço profundamente a confiança em mim depositada. Eu interpreto essa confiança, não pessoalmente em mim, mas no meu país. Os Estados Unidos da América desejam firmemente manter o seu apoio à OMS, a fim de que o mundo possa ser um lugar melhor e mais saudável para todos nós [...]. O mundo não pode permanecer metade saudável e metade doente e ainda manter o seu equilíbrio econômico, moral e espiritual (WHO, 1951, p. 79).

Ao mesmo tempo em que apontou essa autoimagem, o representante dos Estados Unidos enfatizou uma autorrepresentação social peculiar: a de um líder da saúde mundial. Ele referiu que o fato de os representantes dos Estados Membros perceberem-se não como “representantes políticos de seus países”, mas como “líderes da saúde dedicados ao alívio do sofrimento humano” gerava uma perspectiva positiva para “a plena cooperação internacional [e] para outros objetivos comuns (WHO, 1952, p. 55-56).

Cabe questionar aqui o sentido de “plena cooperação internacional e outros objetivos comuns”, se a construção social da OMS revelava-se no interior de um movimento hegemônico onde um delegado nigeriano, já na segunda década de vida da Organização, comentava:

O problema que nos leva a afrontar a nós mesmos [...] é como aumentar a nossa receita. Peço a indulgência dos senhores para repetir aquilo que eu disse na XVI AMS, quando fiz uma homenagem a certo número de países ricos, economicamente desenvolvidos pela forma magnânima com a qual haviam aqui socializado as suas responsabilidades financeiras para com a nossa Organização. Nada aconteceu desde a última vez em que eu falei que eu sentia que esses países não são merecedores dessas homenagens. Parece-me apropriado, também, neste momento apelar para nações menores e emergentes que desfrutam de uma parte desproporcionalmente elevada dos serviços oferecidos pela nossa Organização para explorar a possibilidade de aumentar as suas contribuições (WHO, 1964, p. 29).

A cooperação internacional perpassou a construção social da OMS como uma grande causa a ser mantida no enfrentamento de

questões emergentes e persistentes, implicadas na relação entre saúde e desenvolvimento econômico dos povos, nos trintas anos do recorte deste estudo. No entanto, como o próprio atributo da cooperação nos mostra, essa forma de cooperar se deu em um cenário de liderança hegemônica, de uma inter-relação não mundial, mas de inter-relação de nações soberanas.

Na segunda década de ações e cooperação internacional da OMS, apreendida como “a década das contradições da acumulação de riqueza nos países desenvolvidos, em contraste cínico com o incessante progresso da pobreza na maioria dos países com menos sorte no mundo” (WHO, 1967, p. 56), e também como “a muito otimista década do desenvolvimento” (WHO, 1968, p. 25), a Organização começou a mostrar “a tendência de afastar-se de sua função de coordenadora internacional e transformar-se em um órgão de prestação de assistência técnica, operacional e material” (WHO, 1963, p. 25).

No final da década anterior, a missão de “planejar com sabedoria o futuro” se havia mantido constante, mas com uma mudança de objeto: as doenças comunicáveis haviam dado assento “às doenças fomentadas pelo aumento das tensões da vida”, em contexto de “crescimento da população mundial sem precedentes onde o número de pessoas idosas tenderia a subir em países em diferentes estágios de desenvolvimento econômico”:

Para cada criança que hoje tem disenteria, teremos um adulto que poderá, eventualmente, adquirir uma doença crônica. Para cada trabalhador jovem que hoje é poupado da morte prematura de malária, teremos uma pessoa mais velha que poderá desenvolver uma das doenças da vida adulta (WHO, 1958, p. 71-2).

Eram tempos de avanços nas pesquisas biomédicas da Organização, tempos de “enxurrada de literatura médica, multiplicando-se [...] em proporção geométrica”. A “liderança e ação continuavam os nossos objetivos” e “como líderes no mundo”, no âmbito das agências internacionais de saúde, é necessário que “tenhamos coragem, ousadia, dinamismo com imaginação e curiosidade intelectual, bem como mais idealismo, mais flexibilidade em nossos esforços para atender as necessidades de saúde do nosso povo” (Idem, 1958, p. 71-4).

A compreensão era de que ação exigia o reconhecimento de “não resistir a ela, mas de mudar, conscientes de que a mudança não significa progresso, mas direção iluminada”. Esse *decision maker* entendia que os delegados das Assembleias haviam criado “seus próprios desafios, de

modo paradoxal, pois o progresso que fazemos e fizemos criam e criaram novos problemas”. Ainda que ciente da necessidade de mudar, a partir de novas luzes na capacidade diretiva da OMS, em face do cenário novo de doenças crônicas, havia a percepção de que “os nossos dez anos de progresso haviam sido vivenciados sobre uma base sólida de ação comum, de trabalharmos juntos para o benefício das inúmeras pessoas a quem servimos” (WHO, 1958, p. 74). Havia a percepção também que a Organização havia trabalhado, até então, em uma abordagem realista, ao elencar o controle de doenças transmissíveis e a construção de “projetos regionais, que haviam sido debatidos em fóruns regionais, a partir de realidades locais” (WHO, 1964, p. 41-42).

Adentrando a segunda década da construção social da Organização, em paralelo ao deslocamento da função de coordenação internacional para a função de prestadora técnica (WHO, 1963), a Organização se mostrava reflexiva sobre o potencial de suas ações e sobre a sua imagem-objetiva, com base em alguns discursos de presidentes de Assembleias. Relatando aspectos do presente, passado e futuro, um presidente comentou que o objeto da OMS “[...] não era somente remover manchas da face da humanidade, mas também fornecer remédios efetivos para a alma ferida da humanidade [...]”, uma vez que na ausência de corpos e mentes saudáveis seria impossível construir uma economia sólida. Esse mesmo presidente comentou que era um equívoco pensar que as “futuras deliberações estivessem susceptíveis à monotonia e desinteresse”, uma vez que sempre se incluiu nas Assembleias “um ou dois itens polêmicos que serviam para animar o processo”. Ademais, “eu suspeito que muitos de nós estaríamos genuinamente perturbados, caso não houvesse a perspectiva de alguns itens polêmicos [...] para olharmos para o futuro” (Idem, 1964, p. 43).

A OMS entra em sua terceira década refletindo, em assembleias, sobre a década anterior, a era das contradições que ressaltou o *gap* entre países desenvolvidos e em desenvolvimento (WHO, 1971, p. 34), tendo “em mente a crise monetária internacional, fenômeno financeiro que não a poupou” (WHO, 1973, p. 32):

Esse *gap* tem que ser reduzido, e para isto acontecer, saúde e desenvolvimento têm que ser integrados, através de um caminho racional. Os programas da OMS deverão ser desenvolvidos visando aos países em desenvolvimento. Ao mesmo tempo, é também importante que os países desenvolvidos se beneficiem dos trabalhos da Organização (Idem, 1971, p. 34).

Para que os países em desenvolvimento fossem beneficiados e esse benefício gerasse a “diminuição gradual entre as suas condições e a de países desenvolvidos industrialmente [...], a Organização poderia desempenhar um papel importante na mobilização de assistência e recursos bilaterais e internacionais, e buscar novas práticas de saúde, mas eficientes e eficazes, com base na aplicação de tecnologias de saúde disponíveis para a promoção da saúde do maior número de pessoas. Todos os países membros devem acreditar nesse papel da OMS [...]” (WHO, 1974, p. 34). O discurso se havia deslocado de saúde como direito para uma lógica utilitarista de promoção da saúde para, em sequência, “orientar esforços e recursos de modo a prover saúde para todos no ano 2000 [...], pois, apesar de todo progresso possível advindo da ciência e tecnologia, ainda se constituía na principal tragédia humana o fato de que as necessidades de saúde de um quarto da população, de um bilhão de homens, mulheres e crianças, permanecessem não atendidas” (WHO, 1978d, p.9): a Conferência de Alma-Ata formalizaria essa nova “prática de saúde”.

5.2 O MOVIMENTO ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (MAPS) NA CONSTRUÇÃO SOCIAL DA OMS ENTRE 1948 E 1978

[...] il diritto alla salute di ogni popolo non può trasformarsi in oggetto di politiche internazionali né essere subordinato a globalizzazioni economiche.

Berlinguer, G. *Storia della salute*. 2011, p. 32.

5.2.1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O percurso etnográfico revelou que Atenção Primária à Saúde foi o componente estratégico de um movimento social hegemônico encadeado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no processo de sua construção social, entre 1948 e 1978: o Movimento Atenção Primária à Saúde (MAPS).

Considerado por seus arquitetos “uma revolução do pensamento em saúde”, o MAPS surgiu como uma alternativa para a organização dos sistemas sanitários dos Países-Membros da OMS. Ele foi mediado pela transformação dos serviços básicos de saúde e orientado por um sistema de valores que reconhecia como universal o direito de as

pessoas alcançarem um padrão o mais alto possível de saúde. Seu objetivo central foi chamar a atenção mundial sobre as desigualdades em saúde, na tentativa de apoiar a distribuição equitativa (WHO, 2008b, p. 3).

O componente estratégico do Movimento, por sua vez, surgiu da necessidade de uma nova habilidade para a saúde, suficientemente capaz de alavancar o desenvolvimento social e econômico, tão caro ao mundo, em virtude dos efeitos gerados pelo pós-Segunda Guerra. Era necessário “seguir, na esfera da saúde e bem-estar da humanidade, uma política não apenas original, mas positivamente ousada”. Para tanto, os países deveriam “caminhar de mãos dadas, para uma reconstrução geral do mundo”. Saúde, tanto no sentido de bem-estar quanto no de luta contra as doenças, deveria formar o patrimônio comum de todas as nações, independentemente de fronteiras nacionais (WHO, 1956, p. 64-65).

Desse modo, as condições iniciais para a deflagração do Movimento foram dadas pela exigência de reconstrução de Países-Membros da OMS. Como os países buscavam as suas reconstruções nacionais, a saúde deveria ser abraçada por outros setores, articuladores do crescimento econômico:

[...] em qualquer programa de reconstrução nacional, as atividades de saúde devem estar encaixadas com as de outros departamentos do governo, como educação, agricultura, habitação, comunicações, indústria etc, para que o status econômico das pessoas e respectivos padrões de vida sejam elevados, ao mesmo tempo em que seja criado o espírito de autoajuda e autossuficiência, fundamentais para a garantia de resultados duradouros (WHO, 1950, p. 99).

A criação da OMS havia representado o solo para a fertilização do Movimento, pois, ao criar a si mesma com a missão de promover e proteger a saúde dos povos, a Organização apresentou-se como um espaço fértil para a produção de projetos estratégicos e resoluções, capazes de ancorar o desenvolvimento exigido pelos Países-Membros no pós-guerra. Tal ancoragem estaria sustentada em princípios constitucionais da Organização, dos quais os três pertinentes ao objeto deste estudo foram descritos no capítulo anterior (WHO, 1957, p. 71).

Embora o MAPS tenha se expressado em outros espaços sociais, por exemplo, acadêmicos, o protagonismo de sua manifestação é conferido à OMS, em virtude da personificação desta como o intelectual orgânico expoente na questão saúde dos povos. Desde o ano em que a Organização abriu as suas portas, ela passou a ser recrutada

organicamente pelos Países-Membros, que visavam, sobretudo, na primeira década, ao controle de doenças epidêmicas e à organização e administração de seus serviços sanitários.

A Comissão Interina, responsável pelos trabalhos da Organização entre 1946 e 1948, havia deixado as suas contribuições. Conforme relatado no capítulo anterior, essa Comissão havia destinado seus esforços para problemas de saúde que, na sua perspectiva, deveriam ser encarados para que a futura Organização pudesse gerar caminhos para ajudar os Países-Membros a aumentarem os padrões de saúde de suas sociedades. Os problemas eleitos pela Comissão tiveram expressão já nas atividades das primeiras Assembleias Mundiais de Saúde da OMS.

Observando a cultura das Assembleias ocorridas entre 1948 e 1978, a partir de discursos de presidentes, apreendemos uma pretensa homogeneidade teórico-ideológica, quase dogmática, na condução da construção do componente estratégico do MAPS: a crença de que os Países-Membros da OMS poderiam construir uma nova abordagem de saúde, orientada pelo sistema – uma abordagem positiva –, que garantisse um padrão o mais alto possível de saúde para todos, como um direito fundamental. Para alcançar esse padrão, os Países-Membros deveriam respeitar a incondicional universalidade de seu caráter, isto é, independentemente de diferenças de raça, religião, crenças políticas e condições econômicas e sociais, todas as pessoas têm o direito de gozar a vida com saúde (WHO, 1946).

Essa crença, socialmente produzida e identificada nos discursos, apresentava-se sustentada no entendimento de saúde como “direito fundamental humano” (WHO, 1978f; WHO, 1973; WHO, 1959; WHO, 1948b) e “pré-eminentemente uma questão de cooperação internacional” (WHO, 1948a, p. 3). Na perspectiva do presidente da 12ª AMS, representante dos Estados Unidos da América, “todos os seres humanos têm direito à saúde e bem-estar” (WHO, 1959, p. 59). Nesse sentido, o aumento dos padrões de saúde dependeria de um pacto de cooperação internacional, que deveria ser produzido pelo intercâmbio de modelos de pensamento e experiências entre os representantes dos Países-Membros. O consenso sobre a questão foi assumido desde o início da construção social da OMS, em 1948: a cooperação internacional é uma categoria latente nos discursos de presidentes das assembleias, no recorte aqui estudado.

5.2.2. OS PRIMEIROS DOZE ANOS DO MAPS 1948-1959

Para analisarmos a abordagem positiva de saúde, proposta para fins da construção do componente estratégico do MAPS, é importante assinalarmos uma observação: exceto a Iugoslávia, que entrou para a Organização e se manteve até o período final do recorte deste estudo, a URSS e os países socialistas do leste europeu não compuseram de modo contínuo o quadro de Países-Membros nas Assembleias, no período compreendido entre 1948 e 1959. A URSS e a Romênia estavam presentes na composição da 1ª AMS após 1949 se retiraram e retornaram em 1957, na 10ª AMS. Os demais países do Leste Europeu participaram das Assembleias de 1948 e 1949, retiraram-se em 1950 e retornaram em 1957. São eles: Albânia, Bulgária, Tchecoslováquia, Hungria e Polônia.

Essa observação revela que a URSS e os países socialistas do Leste Europeu retornaram para os fóruns mundiais da OMS em um tempo histórico posterior à aliança militar, engendrada em 1955 por países socialistas, conhecida como Pacto de Varsóvia. Esse fato é importante para as considerações que serão aqui tecidas sobre a abordagem de saúde orientada pelo sistema, núcleo do componente estratégico delineado no MAPS. Significa que, ao longo dos primeiros doze anos, os debates gerados nos fóruns mundiais da OMS contaram com a supremacia de discursos oriundos de Estados capitalistas.

Parte de discursos de presidentes, identificados nas assembleias ocorridas na década de 1950, revelou a concepção positiva de saúde como o primeiro elemento designado para articular o MAPS. Naquela década, a identidade do componente estratégico Primary Health Care não estava ainda expressa, mas se apresentava idealizada e identificada em um conjunto de elementos potencialmente aptos para deflagrarem a trans/form/ação da realidade dos serviços de saúde. O reconhecimento da potência desses elementos, por parte de presidentes, está expresso no movimento vivo apreendido nos discursos.

Representantes de Países-Membros reconheceram a necessidade de “melhoria das relações sociais, econômicas e outras entre as pessoas” como o primeiro instrumento potencialmente apto para transformar a realidade dos serviços sanitários. Esse seria o requisito estrutural para que os projetos-base alcançassem materialidade (WHO, 1948b, p. 30), colocando-se como segundo elemento articulador do MAPS. Em outras palavras, os Países-Membros poderiam galgar a materialização de aumento dos padrões de saúde, desde que a Organização, como um todo, evidenciasse para eles a correlação entre a melhoria das relações

sociais e econômicas e a transformação dos serviços básicos de saúde. Na idealização da promoção do desenvolvimento econômico e social, essa relação também está presente de modo enfático: “Para que a promoção do desenvolvimento econômico e social de países subdesenvolvidos, idealizada pelas Nações Unidas, tenha êxito, é necessário criar medidas simultâneas de melhoria das condições de saúde” (WHO, 1956, p. 65).

Nessa perspectiva, os projetos deveriam contemplar a dimensão socioeconômica da saúde, requerendo, para tanto, uma metodologia não somente técnica, mas também sociológica. Caso contrário, tais projetos poderiam incorrer no risco de reducionismo, de a realidade ser abordada negativamente a partir de “uma atitude defensiva contra certas doenças de importância internacional” (Idem, 1948b, p. 31): contra as ditas doenças comunicáveis.

De fato, essa atitude defensiva se confirmou na análise dos primeiros doze anos de atividades das Assembleias da OMS. Tanto países desenvolvidos como países periféricos atribuíam à erradicação das doenças da época – malária, tuberculose, esquistossomose, doenças venéreas, parasitoses intestinais – a condição necessária para a recuperação e/ou desenvolvimento de suas economias nacionais. Essa compreensão esteve continuamente presente em discursos de presidentes, ao longo do recorte histórico (WHO, 1956; p. 66; WHO, 1952, p. 71). Cabe assinalar que muitos Membros do Secretariado da OMS eram *expertises* em doenças transmissíveis (WHO, 2008).

No entanto, essa “atitude defensiva” (WHO, 1948b, p. 31) não esvaziou o potencial da idealização de produção da abordagem positiva de saúde. O discurso do presidente apontou a importância de as assembleias discutirem “programas de ação integrada”, visando a sistemas que promovessem “o bem-estar humano” (WHO, 1951, p. 67). A problemática do saneamento ambiental e a desnutrição foram apontadas como “fatores constantes de dissuasão”, isto é, de impedimento do desenvolvimento econômico e social (WHO, 1952, p. 71), implicando a necessidade de considerá-los nas discussões sobre a abordagem de saúde orientada pelo sistema.

O fato é que constatamos, representando um terceiro elemento de articulação do MAPS, a supremacia de estudos técnicos e também sociais sobre doenças epidêmicas, focados na reestruturação de princípios que ancoravam o controle sanitário delas. Não identificamos nos relatos, por exemplo, estudos sobre a relação entre saúde e formação econômico-social.

Háviamos visto, e relatamos no capítulo precedente desta tese, que o papel do economista no século XX e o valor econômico da medicina preventiva tinham sido temas na 2ª AMS, realizada em 1950. Observamos também que o presidente da 11ª AMS, representante dos Estados Unidos, ao abrir a 12ª Assembleia ocorrida em 1959, comentou: “As discussões informais realizadas durante a Assembleia Geral das Nações Unidas, com a participação de todas as partes do mundo, refletiram com entusiasmo o crescimento animador da compreensão do significado social e econômico da saúde no cenário contemporâneo” (WHO, 1959, p. 61).

No entanto, tais discussões não focaram em algo anterior a isso e bem preciso: a análise dos processos econômicos na produção de saúde dos povos, condição necessária ao enfrentamento das históricas diferenças sociais injustas. Ademais, considerar a saúde como direito fundamental humano e assumir o compromisso de ajudar os países a aumentar seus padrões de saúde para um nível o mais alto possível sem considerar os limites da formação econômico-social capitalista significaria negar a importância do lugar que tal formação ocupa na totalidade do próprio real da produção de saúde dos povos. Cabe ressaltar que, visitando as Resoluções aprovadas pelas assembleias desse tempo histórico, não encontramos indícios de alguma consideração nesse âmbito.

Essa observação ampliou as nossas considerações: seria possível concretizar um projeto comum estratégico que apoiasse países capitalistas e socialistas na garantia de um completo bem-estar físico, mental e social para todos? Estaria no reconhecimento da heterogeneidade de formações econômico-sociais, na composição da OMS, a prudência em considerar a necessidade de todos em alcançar um padrão de saúde “o mais alto possível?”

Levantamos, nesse momento, uma problematização sobre o potencial de uma abordagem única de saúde orientada pelo sistema (abordagem dita positiva) para impulsionar o processo de construção do componente estratégico – APS – para os Países-Membros da OMS que, como sabíamos, acabou formalizado na Conferência de Alma-Ata, em 1978.

A OMS foi constituída por Países-Membros com diferentes modelos de interpretação de mundo, com distintas formações econômico-sociais. Dois de seus maiores arquitetos e membros atuantes disputavam ideologicamente a hegemonia mundial: Estados Unidos e URSS. Seus Estados-Membros declararam constitucionalmente saúde como um completo estado de bem-estar. Discursos de presidentes das

Assembleias destacavam saúde como direito fundamental de todos. A Organização centrou seus esforços no aumento dos padrões de saúde do mundo, a partir de um chamado explícito sobre as desigualdades em saúde e consequente distribuição injusta de saúde.

Diante do exposto, como seria possível articular um componente estratégico comum visando à trans/form/ação da realidade da produção de saúde dos povos para assim garantir saúde como direito fundamental? O que é direito à saúde na formação econômico-social socialista e capitalista? Que papel concreto assumiria a cooperação internacional em um processo justo de aumento dos padrões de saúde, o mais alto possível, para todos? Afinal, a possibilidade de redução das diferenças sociais injustas, inscritas nos padrões desiguais de saúde, está na dependência do tipo de realidade econômico-social que está posta. Além disso, como cada nação partiria de um “marco zero” específico de sua realidade social em saúde, o componente estratégico teria condições de atuar universalmente, deflagrando igualdade de condições para galgar resultados universais satisfatórios? Em algum ponto, Países-Membros ricos e pobres estariam em condições de igualdade para aplicar um componente estratégico de melhoria dos padrões de saúde?

Visitando novamente a Constituição da OMS, resgatamos um princípio constitucional que aproxima as nações ricas e pobres, conferindo-lhes um ponto de partida comum na direção do aumento dos padrões de saúde de suas sociedades, e que pode estar representando, em certa medida, a natureza da cooperação internacional: “O desenvolvimento iníquo entre os diferentes países na promoção ‘do completo estado de bem-estar físico, mental e social’ dos povos e o controle de doença, especialmente doenças comunicáveis, é um perigo comum”. Com base nesse princípio, podemos pensar que as nações ricas e pobres estariam aproximadas na ideia de risco, enquanto “perigo comum” de não alcançarem o desenvolvimento e/ou não se recuperarem dos efeitos da guerra, caso a promoção da saúde e o controle de doença não fossem objetos de intervenção. Nesse sentido, a ideia de risco se coloca como um dispositivo de controle. Para identificar o objeto desse controle (componente estratégico?) era necessário prosseguir na análise do recorte.

Para pensarmos a questão nuclear das indagações supracitadas – seria possível para a OMS articular um componente estratégico comum visando à trans/form/ação da realidade da produção de saúde dos povos, considerando saúde como direito fundamental? – descreveremos, em seguida, duas experiências históricas consagradas na esfera da saúde pública mundial. Focaremos em seus processos e análise de suas

tendências no contexto de Estado de Bem-Estar Social. Posteriormente, tentaremos pensar no (não) lugar de ambas no contexto do Desenvolvimentismo, vivido naquele tempo histórico pelos países menos afortunados. Trata-se da institucionalização da identidade beveridgeana no Serviço Nacional de Saúde inglês e da institucionalização da identidade soviética no Sistema Soviético de Atenção à Saúde (social).

Nos primeiros doze anos pós-Segunda Guerra, lócus de criação do Estado de Bem-Estar Social em países da Europa e nos Estados Unidos da América, a hegemonia capitalista operava num processo de unificação do pensamento, baseado na difusão da identidade beveridgeana de seguridade social. Esse processo de unificação correspondeu ao rompimento dos antigos formatos assistenciais de proteção social e de seguro social e ao nascimento de uma “política social” (FIORI, 1997): o Estado de Bem-Estar Social. A partir de então, os direitos sociais foram consagrados, ao mesmo tempo em que a sociedade reconheceu que as condições mínimas para sua sobrevivência deveriam ser garantidas pelo Estado (FLEURY, 1994).

O Estado de Bem-Estar Social proposto pela Inglaterra foi um modelo de “política social” (Idem, 1997) criado a partir do Relatório Beveridge, em 1942, com o objetivo de planejar o devir do pós-Guerra britânico. Os efeitos da Guerra, que certamente corresponderiam a um pesado débito humano e material para a Inglaterra, exigiriam a sua reconstrução nacional e, para tanto, seriam necessárias amplas reformas econômicas e sociais, além de acesso universal a tratamentos médicos. Fundamentando-se nessa ideia de previsibilidade, o Relatório apontou a necessidade de um National Health Service como suporte para o sistema social que a Inglaterra vislumbrava, antes mesmo do final da Guerra (BEVAN, 1948).

Identificando a miséria, a ignorância, a necessidade, o ócio e a doença como os principais males a serem enfrentados pela sociedade britânica, o Relatório recomendou a criação de um serviço de saúde universal e um modelo de proteção social (Idem, 1948): a) de caráter igualitário, mediante a desvinculação de contribuições e salários; b) com financiamento garantido por contribuições de empregados e empregadores e subsídios diretos do Estado; c) com papel central do Estado na decisão de políticas públicas e na prestação de serviços; d) com fundo único e gestão centralizada (Idem, 1994). No âmbito da atenção médica, o Relatório recomendava que todos os médicos assumissem a condição de médicos de Estado (Idem, 1948).

Três anos após a criação do Relatório Beveridge, o Partido Trabalhista Britânico, que havia conquistado o poder em 1945, nomeou Aneurin Bevan para o cargo de Ministro da Saúde. Esse Ministro avançou na construção da política social Welfare State. O Plano Bevan pretendeu um Serviço Nacional de Saúde totalmente regionalizado e nacionalizado. Propôs um sistema tripartite de administração pública, a ser operado pelo Ministério da Saúde, hospitais municipais nacionalizados e autoridades locais de saúde pública (Local Health Authorities). O mercado da prática médica seria proibido e os serviços prestados pelos médicos de família seriam exercidos em tempo integral e pagos em forma de salário (Idem, 1948).

Em 1946, a Inglaterra promulgou a sua Lei de Seguro Nacional. Em 1948, foi vez da Lei do Serviço Nacional de Saúde: nasceu um sistema destinado à garantia do direito universal à saúde – “um sistema nacional, universal e gratuito de assistência médica”, financiado pelos impostos e no contexto de políticas econômicas fundamentadas na doutrina keynesiana (FIORI, 1997, p. 133). O sistema havia sido proposto “para ‘generalizar’ ou ‘universalizar’ os melhores padrões de tratamento e cuidado” (WEBSTER, 2002, p. 24). Tratou-se, portanto, de um projeto mais ambicioso, mas com objetivo similar àquele proposto pela OMS: o de elevar os padrões de saúde dos povos.

No entanto, a comunidade médica, na representação da Associação Médica Britânica (BMA), realizou um encontro com porta-vozes de distintas partes do mundo, no qual declarou que o Serviço Nacional de Saúde inglês deveria ser rejeitado pelos profissionais porque ele havia sido apresentado de forma grosseira e havia negado os princípios essenciais da profissão médica. No evento, a BMA expressou que no mês seguinte seria realizado um plebiscito para que os profissionais opinassem sobre a proposta estatal (BEVAN, 1948).

De acordo com Bevan, tratou-se de uma campanha de persuasão destinada a rejeitar o novo sistema de saúde. Conduzida por Dr. Hill, secretário da BMA, o cinema, a imprensa e a publicidade deram visibilidade ao argumento da categoria:

A questão não é se você deseja um melhor serviço de saúde (o que todos desejam), mas se você deseja seu médico para ser seu médico ou para ser médico do Estado [...] ao trazer essa lógica, fazendo o médico não mais seu médico, não mais seu amigo, seu advogado, mas médico do Estado, você terá acarretado muitas perdas irreparáveis para a medicina. Médicos acreditam na liberdade deles como profissionais e como indivíduos, e é por ela que estão lutando (Idem, 1948, p. 172).

De acordo com Bevan, tais discursos estavam isentos de comentários, pois Dr. Hill sabia que a relação profissional, a liberdade de escolha e a liberdade para mudanças estavam preservadas na Lei do Serviço Nacional de Saúde. A argumentação de Hill poderia estar vinculada ao seu interesse no parlamento: ele era o candidato conservador para o governo de Luton. Dizia Bevan que, na condição de opositor ao novo Sistema, era provável que Hill entrasse para o parlamento como um conservador que interrompeu uma importante medida governamental em defesa dos cidadãos britânicos (Idem, 1948).

Ao final, o Serviço Nacional de Saúde foi regulamentado a partir de um aparente consenso favorável da classe médica. No entanto, para a sua operacionalização, o governo foi forçado a estabelecer alguns critérios para operacionalizá-lo. Ao final de dez anos, novas bases foram criadas (Idem, 1948).

A construção do Serviço Nacional de Saúde inglês, ocorrida no mesmo tempo histórico da criação da OMS, representou um marco na história da saúde pública ocidental e na consolidação do Estado de Bem-Estar Social. Focando no fato de que toda a classe médica inglesa seria pública e que os médicos acabaram acatando o novo modelo, uma questão por nós levantada foi sobre a possibilidade de esse Serviço ter correspondido à superação da estrutura liberal, caracterizando-se por uma proposta fundada em princípios socialistas, em solo de formação econômico-social capitalista. Levantamos essa indagação, pois, embora o sistema dominante de uma formação econômico-social defina o tipo de sua sociedade, é possível existir no interior da formação “elementos de contraste”. Deste modo, dentro de certos limites seria possível que naquele sistema social capitalista emergisse um setor sanitário fundado em bases socialistas (SEPPILLI, 2012a; WEBSTER, 2002). Limites aqui compreendidos como as fronteiras impostas pelo individualismo na estrutura liberal da formação econômico-social capitalista, na construção de sistemas sociais.

De qualquer modo, o Serviço Nacional de Saúde inglês representaria uma ampla transformação cultural na classe médica e da saúde pública inglesa. Sabemos que cada cultura tem seu ethos e que a cultura “é um grande simplificador social porque nos permite saber, prever o que o outro fará, visto que as convenções são comuns, os papéis são recíprocos.” Sabemos também que o que é óbvio em uma cultura pode parecer não óbvio em outra (Idem, 2012a). Então, perguntamo-nos se o Serviço Nacional de Saúde inglês, como uma ampla reforma social, havia ultrapassado a estrutura liberal da formação

econômico-social capitalista da Inglaterra e se colocado como um modelo socialista de organização das relações sociais. De acordo com Fleury (1994, p.78), a resposta seria não, pois as reformas econômicas e sociais inglesas não superaram a estrutura liberal, mas “acomodaram-se” a elas. Estava, nessa perspectiva, preservada a hegemonia capitalista na materialização daquele sistema universal e integral de saúde.

A hegemonia socialista, por sua vez, não operava com o conceito de assistência médica, mas com o de saúde social, lançado em 1917, na Revolução Socialista. Na ocasião, Nikolai Semashko, no cargo de Comissário do Povo para a Saúde Pública, definiu saúde social como a saúde da população, condicionada pela influência integral dos fatores sociais e biológicos do meio ambiente, determinada pelo regime sociopolítico e pelas condições de vida coletiva que dependem de condições ambientais de vida, trabalho, alimentação, lazer, escolaridade, nível de cultura e proteção da saúde pública (SERENKO; ERMAKOV, 1984).

Semashko enfatizava que o fator etiológico da produção de doenças chamava-se sociedade (FIELD, 2002). Sendo assim, os fatores naturais e biológicos interferiam – sim – na vida humana, nos processos de saúde e doença, “porém de modo indireto, somente através das condições sociais” (Idem, 1984, p. 15). Nessa ótica, o modo de produzir a vida material e historicamente é que caracterizava um padrão social de saúde digno ou não digno. Ao conceber doença com caráter histórico e social, o modelo soviético de atenção à saúde social via no socialismo a possibilidade de redução ou eliminação da pobreza e da exploração da classe trabalhadora, a partir de compromisso com a saúde pública e com a construção de habitações dignas (Idem, 2002).

O modelo soviético de atenção à saúde social foi colocado integralmente em prática no período 1918-1928. Fundamentado na teoria marxista e influenciado pelos estudos de Virchow, amigo de Semashko (LOVELLE, 2003), esse modelo foi base do primeiro sistema nacional de saúde mundial, em formato distrital: *the Soviet Health Care System*. Esse fato coloca não a Inglaterra, mas a URSS no posto de primeira nação do mundo a fazer uma promessa constitucional de universalidade em saúde, pautada na garantia do direito de todas as pessoas aos cuidados em saúde e cunhada no princípio doutrinário de o Estado ser responsável por essa garantia (FIELD, 2002).

Para alguns analistas, o Sistema Soviético de Atenção à Saúde (social) justificou a sociedade totalitária. Hoge (1999) comenta que Melita Norwood, mulher inglesa que no início do século XXI revelou ter sido espiã para a URSS durante quarenta anos, atribuiu a esse

Sistema o fato de ela se manter sob a proteção do regime soviético (FIELD, 2002).

O Sistema Soviético de Atenção à Saúde acabou sendo divulgado em solo de hegemonia capitalista. Ele foi propagado nos Estados Unidos por Henry Sigerist, médico e historiador suíço, humanista apaixonado pelo enfoque sociológico da medicina. O processo de divulgação iniciou-se em um encontro ocorrido entre Sigerist e Welch, diretor da John Hopkins University, em 1927, no qual Sigerist argumentou a importância da abordagem sociológica para a medicina orientada pelo sistema. A partir de então, Welch permitiu, sob a sua direção, que Sigerist organizasse o Instituto de História da Medicina, da John Hopkins. Oportuno ressaltar que, naquela época, os EUA estavam interessados em resolver problemas sociais urgentes da medicina (CHAPLE, 2002).

Em 1932, Sigerist assumiu a direção do Instituto e decidiu conhecer o Sistema Soviético de Atenção à Saúde. Visitando a URSS, Sigerist expressou de modo lapidar que não havia visto, até então, tamanha disposição com honestidade, de toda uma nação, para com os cuidados em saúde prestados a toda população (SIGERIST, 1937 *apud* CHAPLE, 2002). Essa percepção resultou na divulgação do Sistema Soviético para a classe médica americana. Ele criou a American Soviet Medical Society e, juntamente com adeptos, lançou a revista *The American Review of Soviet Medicine*. Ainda que não fosse um marxista militante, ele havia apreendido o socialismo como “uma forma superior de vida para o homem” (Idem, 2002, p. 66).

No entanto, após cinco anos, ambas as revistas deixaram de existir. Em meados dos anos de 1940, início da Guerra Fria, Sigerist começou a ser atacado e rotulado comunista. Estudantes reacionários da John Hopkins e a Associação Médica Americana forçaram a sua saída; concomitante, ele foi impedido de ocupar cargos públicos, o que o fez retornar à Europa (CHAPLE, 2002).

Finalizando essa breve descrição do modelo de proteção social de formação econômico-social socialista, cabe assinalar que, embora Semashko tenha sido dispensado no stalinismo, o legado estava vivo como um produto histórico. A dimensão sociopolítica da medicina soviética tinha sido reduzida no afã de encampar o modelo da biomedicina da cultura capitalista, mas os países socialistas, Membros da OMS, carregavam um legado em saúde pública, historicamente produzido com base em um modelo de atenção à saúde social.

Nesse sentido, recomendar “o aumento de padrão de saúde o mais alto possível para todos” para ser materializado em contextos concretos

socialistas e capitalistas implicava reconhecer-se na utopia. A disposição do Estado socialista e do Estado capitalista para tal feito é culturalmente determinada em consonância com o modelo socialista de organização das relações sociais e com o modelo capitalista, respectivamente. Isso nos clarifica uma reflexão apresentada no capítulo anterior desta tese: a de que os presidentes dispõem longo tempo em seus discursos para buscar estratégias de convencimento para serem aplicadas em seus governos, visando à materialização da nova abordagem de saúde. Não seria mesmo tarefa fácil instituir um componente estratégico comum sem uma definição do ponto de partida do discurso científico que previsse a sua real aceitação e materialização.

Na relação com as duas experiências históricas relatadas acima, observamos elementos que convergem para a nossa indagação: ao visitar a URSS, Sigerist encantou-se com a disposição de todos para garantir a saúde social da população. No entanto, a classe médica britânica desencantou-se com a proposta do Sistema Nacional de Saúde inglês, pois viu sua liberdade ameaçada (BEVAN, 1948). Perceberam-se em risco de perder seus monopólios privados, em face da repartição equitativa do “bem saúde” proposto pelo Sistema inglês.

Abstraindo as duas experiências históricas e transportando-as para o contexto da América Latina daquela década desenvolvimentista, percebemos o quão distante esse continente se encontrava de ambas as propostas. Países periféricos da América Latina viviam o desenvolvimentismo e alguns deles eram membros da OMS. Participavam, portanto, da invenção do componente estratégico a ser criado com base no conceito de saúde positiva, em um contexto de outro movimento social hegemônico, protagonizado diretamente pelos Estados subdesenvolvidos: o desenvolvimentismo. Nesse movimento, não havia lugar para Welfare State. A questão central colocada era a necessidade de os Estados encararem os desafios que estavam postos para a concretização de sistemas nacionais industriais peritos (CEPÊDA, 2012).

Com base nessa problematização, acabamos coadunando com uma inferência de Seppilli (2012a), apreendida na entrevista realizada: provavelmente, as Assembleias Mundiais de Saúde poderiam organizar uma totalidade de respostas dos países socialistas e capitalistas para as epidemias, isto é, no âmbito das doenças comunicáveis haveria um mínimo de possibilidades técnicas. No entanto, na nossa perspectiva, a crença racional da Organização em produzir uma abordagem positiva comum de saúde para fundamentar um componente estratégico que respondesse pelo direito de povos socialistas e capitalistas gozarem a

vida “de modo incomensurável” (WHO, 1948a, p.3), convergiria para um futuro necessariamente incerto: para um futuro de risco. Mais que isso. Considerando que “em certa medida, toda desigualdade social modifica o nível dos direitos” (SEPPILLI, 2012b), a criação de um componente estratégico comum para os Países-Membros, pobres e ricos, desiguais em condições para garantir padrões sociais dignos às suas sociedades, recairia num paradoxo. No entanto, para uma análise prudente era necessário avançar na análise de discursos de presidentes das Assembleias das duas décadas subsequentes.

Outras contribuições foram observadas no desenvolvimento do campo explicativo referente à abordagem de saúde orientada pelo sistema, para fins do componente estratégico. Nas assembleias realizadas entre 1948 e 1960, presidentes discorrem sobre a importância de: a) elevar os padrões de vida nos centros rurais; b) fomentar a educação profissional e técnica em saúde voltada para as necessidades locais, formando sujeitos competentes; c) atentar para a integração entre os serviços de saúde e o desenvolvimento econômico e social da comunidade; d) promover a educação sanitária; e) reconhecer o crescimento demográfico em países com diferentes estágios de desenvolvimento econômico como fator social de risco; f) reconhecer os fatores biossociais de risco para a saúde materno-infantil; g) refletir sobre a importância de mudança de hábitos para o desenvolvimento da comunidade.

O bem-estar social rural foi objeto da 8ª AMS, realizada no México, em 1955. A saúde rural já tinha sido explorada pelo presidente da 1ª AMS, Stampar, um estudioso do tema. No entanto, é na Assembleia de 1955 que o bem-estar rural ganha expressão. O presidente da Assembleia, representante do México, mostrou-se entusiasmado com o fato de a Organização estar confiante para conduzir projetos voltados para o bem-estar social rural. Ele explanou, em seu discurso de abertura, a sua satisfação com o Programa de Bem-Estar rural do México:

[...] o México [...] tem tentado reabilitar grandes áreas insalubres, de modo a torná-las adequadamente habitáveis, para garantir que os frutos do solo estejam disponíveis para o bem-estar geral da comunidade [...] com a aprovação da população, o nosso programa de bem-estar rural [...] pretende elevar o padrão de vida nos centros rurais [...] é o melhor método para alcançar a melhoria econômica e social da população, o objetivo da higiene moderna (WHO, 1955, p. 53).

A educação médica e técnica em saúde também aparecem como um elemento importante para a construção do componente estratégico, em vários discursos. “Essa questão assume grande importância, em virtude da escassez mundial de pessoal médico, especialmente aqueles com formação e experiência em saúde pública” (WHO, 1951, p. 80). No entanto, os representantes se viam protegidos nesse âmbito pela cooperação com a UNESCO, no ensino técnico e profissional, “em programas de educação em saúde realizados como parte da educação básica, inspirados pelo grande princípio: ‘Aprender é viver’” (WHO, 1956, p. 66). E, ainda:

Estou certo de que todos nós queremos profissionais treinados em nossos serviços de saúde nacionais e local. No entanto, todos nós queremos saber exatamente o que esta formação deve contemplar. Cada um de nós tem as suas próprias idéias e estamos aqui vivendo uma oportunidade para compartilhá-las e testá-las (WHO, 1951, p. 81).

Uma questão ponderada em discursos sobre a educação técnica e profissional diz respeito ao seu objeto. Segundo presidentes, o processo de formação em saúde, tanto de profissionais médicos como de técnicos em saúde, deveria estar “adaptado às necessidades locais”, ou seja, os programas deveriam atentar para a necessidade de priorizar a comunidade. Formar profissionais para atuarem na comunidade, visando à saúde da comunidade. Além disso, a Organização deveria estar preparada para ajudar a formar trabalhadores auxiliares em países periféricos (Idem, 1955, p. 201).

No âmbito da relação entre saúde e desenvolvimento da comunidade, discursos revelaram que “o progresso em matéria de saúde depende em grande parte da mudança de hábitos e da perspectiva das pessoas” (WHO, 1950, p. 99). O argumento era que a mudança de hábitos seria condição necessária para a promoção do desenvolvimento da vida comunitária. No entanto, havia um desafio: “a comunidade não apenas está despreparada para aceitar os programas, mas poderia realmente ser indiferentes a eles” (WHO, 1952, p. 70). Em função disto:

[...] torna-se uma excelente oportunidade, para os governos, compartilhar as responsabilidades do trabalho em saúde com as próprias pessoas para, em primeiro lugar, educá-las, e em segundo, dar-lhes uma participação ativa no trabalho. Os retornos que advirão dessas ações, em termos de saúde positiva, poderão muito bem não só levá-las a aceitar os

programas, mas dar-lhes pleno e ativo apoio (Idem, 1952, p. 71).

Relacionando o objetivo aqui exposto com o instrumento e com o produto, percebemos que se revelava a possibilidade de a Organização fomentar uma cultura, uma Ordem Educacional para os povos, a partir de um sistema de categorias bancárias. Primeiro, educaremos as pessoas. Depois, daremos a elas a concessão para participarem ativamente do trabalho. Como produto, teremos a saúde positiva, orientada pelo sistema. Nessa lógica, os projetos da OMS (e prováveis resoluções) educariam e os povos seriam educados; disciplinariam, e os povos seriam disciplinados; prescreveriam, e os povos acatariam as prescrições; escolheriam o conteúdo programático, e os povos se acomodariam a eles (FREIRE, 1992). Prosseguindo na relação com os dados, encontramos indícios dessa racionalidade, na qual a categoria “compreensão”²⁹ está desconectada de seu sentido – “compreensão enquanto consciência que conhece a realidade das coisas; científica, mas um saber as coisas na realidade” (SEPPILLI, 2012b) – e conectada a um processo humano de adaptação:

[...] devemos desenvolver a compreensão das pessoas para que tenhamos a participação ativa delas nos esforços feitos em seus nomes. A OMS hoje desenvolve um programa bem regulamentado de educação em saúde [...]. O objetivo é instruir, formar as mentes dos homens, para que cada indivíduo possa gradualmente, com a sua contribuição para fins de um esforço comum, inventar a sua própria proteção, o seu próprio bem-estar (WHO, 1957, p. 58).

Caso essa Ordem Educacional se confirmasse, ela demandaria reflexão crítica: é fato que o conhecimento científico nos confere autoridade para construirmos enunciados performativos em um determinando campo. A Organização não estaria à margem dessa prerrogativa. No entanto, faz-se necessário distinguir essa autoridade do autoritarismo que exercemos sobre os outros quando usamos o conhecimento para impor as nossas convicções, o conhecimento científico e os nossos valores (BORDIEU, 1996). O que parecia iluminado no devir era isso: o fomento hegemônico a uma Ordem Educacional bancária (FREIRE, 1992), colocada a serviço de um componente estratégico para induzir o aumento dos padrões de saúde

²⁹ Grifo Nosso.

dos povos. Outro discurso tratou a questão de modo menos incisivo, ainda que tenha preservado a lógica bancária:

Várias experiências evidenciaram que a boa saúde não pode ser forçada sobre as pessoas, mas se elas forem educadas para valorizar uma boa saúde, elas trabalharão para garantir os benefícios, tanto para si quanto para as famílias e comunidades. Nenhum indivíduo ou nação criou um único problema de saúde. Nenhum indivíduo ou nação tem todas as habilidades e conhecimentos necessários para fornecer a solução para qualquer um desses problemas. No entanto, em conjunto, através da OMS, os Países estarão mais propensos a encontrar a solução (WHO, 1959, p. 61).

5.2.3. O MAPS NA PRIMEIRA DÉCADA DO DESENVOLVIMENTO 1960-1969

A década de 1960 foi nomeada pela Organização das Nações Unidas como a “Primeira Década de Desenvolvimento” (WHO, 1970, p. 39). A 13ª AMS abriu suas atividades inaugurando aquela década com um discurso de abertura enfático sobre a entrada em uma nova era em que a Organização deveria conviver com dois grupos principais de problemas: o primeiro, composto por “problemas ambientais, nutricionais e epidemiológicos, podendo ser nomeados problemas adolescentes do campo da saúde; o segundo, os problemas persistentes das grandes comunidades”. Tais problemas não se encontravam equitativamente distribuídos por todos os países e populações, mas eram comuns a toda a humanidade e seriam solucionados pela pesquisa, educação e cooperação (WHO, 1960, p. 24).

Havia a ciência, como nos primeiros doze anos das atividades das assembleias, que nas discussões sobre programas de ação integrada os representantes dos Estados-Membros experimentavam “frustrações inerentes aos controles nacionais de finanças, onde interesses concorrentes colocavam em risco o progresso de saúde nacional”. No entanto, havia confiança na capacidade da Organização em planejar, treinar e construir tais programas para a melhoria dos padrões de saúde mundial, uma vez que “o país ajudado responde mais, participa mais do que quando previamente pensado pelo seu governo”. O Movimento se consolidava na percepção de que havia crescido e florescido “uma consciência de equipe internacional”, e as novas nações que se juntavam

àquelas existentes se tornavam parte de uma “cooperação construtiva” (WHO, 1960, p. 32).

A autoimagem era a de uma Organização que defendia a “igualdade para todos em saúde” e se reconhecia com “conhecimento e habilidade educacional em saúde”. No entanto, para que ela pudesse resolver problemas macros, tais como o da ignorância e da desnutrição, era necessário “aguardar o desenvolvimento econômico e social, que traria melhorias alimentares e de saneamento” (WHO, 1961, p. 24-25).

Com o processo de descolonização de colônias africanas e a entrada progressiva desses países na ONU, a configuração da OMS ganhou novos contornos. Em 1961, seu contingente totalizava cento e dois Países-Membros. O financiamento do programa de erradicação da malária ainda era objeto expressivo dos discursos de presidentes. No entanto, ganhava relevo a necessidade de atenção para as regiões onde existiam “‘pegadas de doença’ devido à deficiência sanitária e nutricional e, portanto, relacionadas ao padrão de vida, para ajudar os governos [...] na expansão dos serviços rurais e na formação de pessoal técnico” (Idem, 1961, p. 24).

Nas Assembleias realizadas na década de 1960, o processo de construção do componente estratégico se deu no interior da questão do descolonialismo, que ganhava assento prioritário. Passou-se a discutir que a “eliminação do colonialismo e suas consequências tinham uma relação estreita com os serviços de saúde e medicina”, pois nas ex-colônias, as doenças infecciosas continuavam a ser um “fenômeno de massa” e a ausência de estabelecimentos de saúde e de profissionais era um problema real. Na mesma medida, era importante atentar para o fato de que as consequências do colonialismo “refletiam no desenvolvimento inadequado da economia, da cultura, da ciência e dos serviços de saúde [...] e a superação do atraso econômico e social seria o melhor caminho para melhorar os padrões de saúde” (WHO, 1962, p. 34).

O papel do Estado, na garantia da saúde para o desenvolvimento nacional, começava a ganhar visibilidade, no sentido que cuidados em saúde não deveria ser competência da “empresa privada de indivíduos, mas tarefa e função do Estado” (WHO, 1962, p. 34-35). Para a construção de sistemas orientados pela abordagem positiva de saúde, os Estados industriais, desenvolvidos economicamente, poderiam contribuir bastante:

Um simples sentimento de justiça exige que os poderosos, que por muitos anos exploraram os recursos nacionais dos países coloniais subdesenvolvidos, reembolsem pelo menos parte de seus lucros, prestando assistência técnica e

econômica desinteressada para esses países, incluindo a assistência a serviços de saúde. No entanto, a prestação de assistência para o desenvolvimento econômico e para a saúde pública para os países economicamente menos desenvolvidos é uma tarefa nobre para outros Estados também, que nunca tiveram ou não possuem quaisquer territórios coloniais. Assim, o meu país está dando assistência econômica favorável a certo número de países, direcionando-a principalmente para o desenvolvimento da economia - da criação da moderna indústria e da agricultura. Nós também estamos dando ajuda direta, através do envio de especialistas, equipamentos para hospitais, medicamentos e outros materiais necessários, além da colaboração na construção de estabelecimentos de saúde e na formação de pessoal nacional para a saúde (Idem, 1962, p. 34).

Desse modo, o descolonialismo acabou enfatizando a importância do papel do Estado na garantia de saúde e a necessidade de cooperação internacional. Em ambas as questões, a intenção desse reforço pode assumir várias interpretações, visto que o MAPS acontecia em um contexto de disputa ideológica entre as duas grandes potências mundiais.

Voltando-se para os novos atores que adentravam o cenário internacional com necessidade de desenvolvimento, as duas superpotências que disputavam a hegemonia “reagiram com tentativas de sedução” e assumiram publicamente o compromisso de ajudá-los financeiramente e, em alguns casos, com apoio militar. Ainda que a maior parte dos Estados africanos tenha escolhido o status de “não-alinhados”, eles mantiveram relações privilegiadas com os Estados Unidos ou com a URSS naquele período (OLIVEIRA, 2009).

Na disputa pela hegemonia em nível internacional, os Estados Unidos e a URSS atuaram na promoção e no financiamento de ex-colônias: as “guerras por procuração” são fato. No entanto, a Guerra Fria acabou estruturando as primeiras décadas de descolonialismo em África e representando “uma dimensão da vida política internacional”. As duas potências alargaram os horizontes de patrocínio internacional aos Estados ex-colônias através de incentivos econômicos, apoio político e ajuda militar (OLIVEIRA, 2009).

O alargamento de horizontes daria ancoragem ao desenvolvimento daqueles povos que, com suas liberdades recém-conquistadas, buscavam caminhos para progredir econômica e culturalmente. Ao se somarem aos países desenvolvidos, com anseios

similares, as suas realidades geraram a divisão dos problemas de saúde em dois estágios internacionais – os problemas de países desenvolvidos e os problemas de países emergentes:

[...] para os países economicamente desenvolvidos, onde a epidemia de doenças infecciosas agudas já foi eliminada, em grande parte, o principal problema é o controle de doenças como câncer, cardiovasculares, da velhice, virais, doenças venéreas, alcoolismo, nervosas e mentais [...]. nos países em desenvolvimento e emergentes, o problema básico ainda é o controle de doenças infecciosas e parasitárias (WHO, 1963, p. 24).

Na perspectiva de um presidente de Assembleia, o desafio deveria ser encarado com “espírito de fraternidade e sacrifício [...], pois a interdependência de todas as partes do globo se tornava uma realidade tão incotestável que, no campo da saúde, seria verdade dizer: ou o mundo inteiro nada junto, ou afunda junto”. Pois, “não há mais qualquer dúvida de que a melhoria dos padrões e serviços de saúde e o fortalecimento da saúde pública dependeriam de mudanças sociais e econômicas”. Diante disso, apontava-se que a Organização não poderia ficar de fora das “lutas da humanidade”, dentre as quais está o aumento dos padrões de saúde dos povos (Idem, 1963, p. 24).

O tema das Discussões Técnicas, ocorridas na 16ª AMS, em 1963, “Educação e formação de médicos voltados para os aspectos preventivos e sociais da prática clínica”, mostrou-se oportuno. No entanto, um presidente colocou em pauta que a transformação de tais Discussões em ação estaria representando “mais a exceção do que a regra”, caso a teoria não se transformasse em ação. Não bastava, portanto, elencar temas para compor as Discussões Técnicas se eles não se transformassem, no mínimo, em imagem-objetivo para a ação. Reorganizar os serviços, a partir da integração entre abordagem médica preventiva e curativa, dentro da prática clínica, rompendo com a dicotomia entre as duas dimensões, seria o caminho econômico razoável para viabilizar serviços de saúde voltados para o aumento dos padrões de saúde, de acordo com as necessidades locais (WHO, 1963, p. 34).

Uma característica comum a países desenvolvidos e em via de desenvolvimento mantinha-se presente: “muito esforço médico era dispensado ao tratamento de condições que poderiam ser evitadas, com relativa pouca atenção direta à prevenção de tais condições” (WHO, 1964, p. 27):

Não é somente nos países em via de desenvolvimento que existe um percentual alto de doenças evitáveis e morte. Um fato significativo é que, da mesma forma que um não intelectual de um país em via de desenvolvimento tem dificuldade para ver a associação entre baixa higiene ambiental e alto índice de morbidade e mortalidade, um intelectual encontra a mesma dificuldade para ver a associação entre tabagismo e câncer de pulmão; entre acidentes estradais e controle inadequado da circulação em estradas [...] entre acidentes estradais e educação específica (Idem, 1964, p. 27).

Segundo discurso do presidente da 18ª AMS, o “Planejamento em Saúde” havia sido o tema elencado para as Discussões Técnicas daquela Assembleia (WHO, 1965). Essas Discussões se encontram compiladas em um Documento vivo, produzido com base em Relatórios gerados por governos de vários países desenvolvidos e em via de desenvolvimento.

Observando a construção social produzida naquela cultura, vimos que havia um consenso sobre cuidados em saúde comunitária: os governos participantes “reconheciam a saúde comunitária como um fator de bem-estar nacional e de criação de riqueza” (CHARLES, 1965, p. 24).

Para tanto, havia necessidade de a população e profissionais manifestarem interesse pelo plano nacional de saúde pública e darem suporte para a sua execução, o que poderia ser feito através de comitês. Argumentou-se, ainda, de modo consensual, que para a construção de planos nacionais, os governos deveriam conhecer as “necessidades sentidas” de suas populações, mediante, por exemplo, inquéritos diretos. Pudemos também constatar que “mais da metade dos governos havia demonstrado o desejo de ajudar as comunidades rurais” (Idem, 1965, p. 18-24) e que “certamente os padrões de saúde comunitária poderiam ser melhorados:

[...] a partir de projetos simples, preventivos e curativos, que instituísem um plano ou um serviço de saúde abrangente para melhorar a saúde, não somente em um aspecto, mas em todos. Nos locais onde esta proposição for aceita, a sua associação com o planejamento econômico e social será inevitável (CHARLES, 1965, p. 30).

Além disso, o Documento assinalava a necessidade de auxiliares, em uma escala cada vez maior, como o único meio prático de prestação de serviços em saúde, para os países em desenvolvimento. Esses países apresentavam uma escassez importante de profissionais. Para implantarem seus serviços

de modo mais econômico possível, especialmente em áreas rurais, seria necessário considerar que, além dos auxiliares categorizados como outros profissionais de saúde que não médicos, fazia-se necessário agregar auxiliares que exigissem um treinamento mais simples [...] visando à destreza de uma única habilidade ou de um conjunto de habilidades adequadamente selecionadas; no último caso, o (a) auxiliar tornar-se-ia membro de uma classe importante – de auxiliares polivalentes –, cujo trabalho, com supervisão profissional em um centro de saúde ou em uma unidade de saúde, faria dele um valioso educador em saúde (Idem, 1965, p. 21).

Na Assembleia ocorrida em 1964, um presidente enfatizou que algumas tendências eram perceptíveis e que provavelmente influenciariam o planejamento da Organização, em prol do aumento dos padrões de saúde dos povos. “Em um grande número de países, a redução de doenças transmissíveis seria compensada por um aumento correspondente de demanda de doenças cardiovasculares, câncer e geriatria [...]” (WHO, 1964, p. 42).

A educação em saúde também foi enfatizada no discurso. Convencido de que “todo progresso nos assuntos da humanidade é mais seguro e duradouro quando está nas mãos de povos plenamente instruídos” e que a impulsão para o progresso está na formação de jovens, “entusiastas [...] firmemente convencidos do alto propósito das tarefas que assumiram, quando treinados para um determinado trabalho”, o presidente da 17ª AMS reconheceu a necessidade de a educação em saúde e a atenção em saúde liderarem o desenvolvimento econômico e social. Ele pontuou que essa compreensão não havia sido gerada da sua condição de médico, mas da constatação, no processo da construção social da OMS, “da impossibilidade de construção de uma economia sólida em corpos ou mentes doentes” (Idem, 1964, p. 43).

Ao mesmo tempo em que os presidentes das Assembleias demarcavam os esforços da Organização na criação de programas integrados de saúde, a serem sugeridos aos Países-Membros, eles reconheciam a dificuldade em traduzir “em termos fiscais concretos seus efeitos benéficos para o crescimento econômico”. O argumento era que eles não tinham ainda encontrado “um sistema universalmente aceito de coleta de dados e elaboração das estatísticas necessárias” (WHO, 1965, p. 27).

Os efeitos acumulados do processo de colonização, juntamente com as necessidades geradas após a independência, impunham aos

Estados ex-colônias a difícil missão de se livrarem de doenças transmissíveis e, ao mesmo tempo, construírem suas estruturas sanitárias de base. Essa tensão foi muito explorada em discursos de presidentes, nas Assembleias referentes à década de 1960. Naqueles fóruns mundiais, começou-se a sentir necessidade de “estudos mais ampliados e críticos, além daqueles que nós temos realizado até agora”. Um presidente relatou a inviabilidade econômica da proposta, lançada anteriormente aos países em via de desenvolvimento, de lançar uma “campanha de massa” contemporaneamente à “organização da saúde básica”. Temos que “inventar uma forma de compromisso que combine as principais características das duas propostas e que satisfaça as necessidades deles” (Idem, 1965, p. 27):

[...] isso abriria caminho para uma diferença de opinião sobre como criar uma ordem adequada de prioridades na execução do programa. Poderíamos, por exemplo, iniciar as nossas atividades com o desenvolvimento da estrutura básica, e sobre ela uma campanha de massa. Alternativamente, poderíamos iniciar com uma campanha de massa e gradualmente expandir para centros periféricos que, no curso do tempo, seriam convertidos em centros rurais de estrutura básica de saúde (Idem, 1965, p. 27).

No cenário das Assembleias daquela década, a relação entre saúde e desenvolvimento prosseguia manifesta. Um presidente responsabilizou a sua latência histórica à “deficiência de vários setores”. Colocou-se em evidência que mudar condições de vida, buscar um padrão de saúde o mais alto possível para todos requeria “mudanças estruturais, mudanças de valores e ideias”. Argumentou-se que “desenvolvimento harmonioso pressupunha: a) contínuo investimento humano – investimento altamente produtivo na saúde (para a prevenção e tratamento de doenças; para alcançar o mais alto nível de saúde; para uma maior capacidade de produzir, investir e produzir para a longevidade humana); b) investimentos econômicos; c) investimentos em educação; d) investimentos técnicos e inclusão de medidas necessárias para programas e planos gerais” (WHO, 1965, p. 44).

Esse discurso, em prol de um desenvolvimento harmonioso, parecia confluir para um projeto de sociedade, mas ele não explicitava se saúde seria, enfim, um fim em si mesmo ou um objeto do desenvolvimento. Não encontramos, no discurso, reflexões sobre a necessidade de interconexão entre esses vários domínios e sobre a necessidade de exploração de caminhos que dessem condições para a

concretização do desenvolvimento harmonioso, a partir de uma abordagem positiva de saúde, na qual saúde fosse um fim em si mesmo.

A experiência acumulada de dezoito anos mostrava, aos presidentes das Assembleias, que a conquista de tal desenvolvimento não seria tarefa fácil. O mundo estava assolado por problemas persistentes, por exemplo, pobreza e ignorância, e pelo constante risco de fome, doenças e mortes prematuras, especialmente nos países em via de desenvolvimento. Concomitante, a população mundial aumentava expressivamente. “Paradoxalmente, o aumento da qualidade de vida em países desenvolvidos tem aumentado a lacuna entre os padrões de saúde dos povos que viviam em diferentes partes do mundo.” Aumentavam-se, portanto, os problemas. No entanto, a autoconfiança da Organização se mantinha presente: “havia uma vontade comum” em prol da solução dos novos problemas; “incessantes esforços dirigiam-se para o aperfeiçoamento de novos sistemas e métodos” (WHO, 1966, p. 27).

Nessa “vontade comum” estava expresso o “fortalecimento dos serviços de saúde, a organização da educação profissional e técnica e a ciência da importância da relação entre atividades de saúde e atividades econômicas e sociais”, dentre outros. Relatava-se, ali, a importância de “uma política nacional para a educação como uma função social”, que agregasse “disciplinas sociais e econômicas”, cuja contribuição poderia ancorar o “exercício de direitos e deveres civis e políticos e o desenvolvimento e exercício dos direitos humanos [...] tão caros ao desenvolvimento econômico e social” (Idem, 1966, p. 28).

No discurso de abertura da 21ª AMS, um dos vice-presidentes eleitos na Assembleia anterior trouxe uma reflexão sobre os “novos riscos para a saúde”, produzidos na ousadia das civilizações desenvolvidas, em paralelo à luta dos povos em via de desenvolvimento, para vencer a fome, a falta de água potável e de moradias saudáveis. Num cenário macro de aumento populacional, países ricos produziam “novos riscos” e países pobres resistiam aos seus desoladores processos históricos. Ganhava visibilidade, nos países ricos, os riscos produzidos “pela superalimentação, pela falta de exercícios físicos, pelas contínuas tensões mentais e incômodos ruídos e vibrações, pela poluição do ar e água, pelo extraordinário congestionamento do tráfego” (WHO, 1968, p. 25-26).

Ano seguinte, a Assembleia da OMS retoma seu tema recorrente “progresso econômico-social e saúde”. O Discurso do presidente reforçava o que já havia sido descrito na 24ª AMS: “que não se constrói uma economia sólida em corpos e mentes doentes” (WHO, 1964, p. 43). O discurso assinalou: “É axiomático que a saúde da comunidade e o

funcionamento efetivo dos serviços de saúde sejam indispensáveis para o tipo de sociedade que nós buscamos, pois não há progresso econômico-social na ausência de pessoas saudáveis” (WHO, 1969, p. 23).

De modo geral, o movimento vivo, expresso por presidentes das Assembleias na década de 1960, reafirmava a nossa inferência sobre a ousadia da Organização em ambicionar um amplo projeto voltado para a criação de um componente estratégico único para os povos, com base em saúde como direito fundamental, sem explicitar em tais projetos os limites concretos da garantia desse direito em formações econômico-sociais capitalistas.

A peculiaridade da nossa indagação sobre as fronteiras impostas à ambição da OMS, a de construir um componente estratégico comum para países capitalistas e socialistas, fundamentando-se em saúde como direito fundamental e na responsabilização de indivíduos, famílias e comunidades na garantia desse direito, encontrou ressonância na (breve) revisão teórica que fizemos sobre o núcleo central de formações econômico-sociais capitalistas monopolistas, cuja “fase tardia” coincide com o recorte deste trabalho (BEHRING & BOSCHETTI, 2006, p.47)

O cenário da década de 1960 era de aumento expressivo das desigualdades sociais, aumento do fosso entre países desenvolvidos e em desenvolvimento e de crescimento econômico incipiente na África, na América Latina e na Ásia (CASTLES, 2002, p. 127).

Nos Estados desenvolvidos, as sociedades burguesas, com suas ideias, concepções políticas, teoria e instituições, compunham um ethos de formação econômico-social monopolista. É fato que, nessa fase do capitalismo, os Estados passaram a se responsabilizar pelas questões de cunho social, terreno fértil, portanto, para o aumento da confiança da OMS em criar o componente estratégico. Na esteira da lógica dessa fase do capitalismo, legitimou-se a representação social de que os Estados interfeririam nas sequelas das questões sociais, a partir do esvaziamento do “substrato individualista da tradição liberal”, garantido historicamente no capitalismo concorrencial, fase anterior ao capitalismo monopolista. No entanto, as formas de enfrentamento às questões de cunho social, na ordem monopolista, não romperam com o ethos individualista, mas promoveram um corte na sua estrutura, para depois recuperá-lo e redimensioná-lo à especificidade da fase do capitalismo monopolista (PAULO NETTO, 1996, p. 31).

Com o capitalismo monopolista, em sua “fase tardia” (BEHRING & BOSCHETTI, 2006, p.47), o Estado assumiu a função primordial de preservar e controlar continuamente “a força de trabalho, ocupada e

excedente”, enquanto se colocou em setores não rentáveis, passando a ajudar empresas e a entregar complexos gerados com recursos públicos aos monopólios etc. (BONFIM, 2010). Na esteira dessa dinâmica, “as funções ‘políticas’ do Estado imbricaram-se organicamente com suas funções ‘econômicas’” (Idem, 1996, p. 21, grifos do autor). Nesse (suposto) equilíbrio de ajuste, onde as sequelas da ordem burguesa pareciam ganhar assento importante, inserem-se as políticas sociais.

Os instrumentos utilizados para a inclusão de tais políticas são: um “corte” no ideário liberal, embrião do “capitalismo coletivo” da fase capitalista concorrencial, e a sua imediata realocação na esfera privada, conferindo ao domínio privado a “continuidade” da responsabilidade do débito gerado pelas sequelas da ordem burguesa. A partir de então, ao mesmo tempo em que as sociedades começaram a se sentir seguras pela inserção de políticas sociais, elas passaram a ser responsáveis pelos problemas que as acometiam, oriundos da ordem social burguesa (Idem, 1996, p. 31-38). Tratou-se, portanto, de um fenômeno pedagógico coercitivo, impetrado por Estados de formação econômico-social monopolista. Formação esta que, para alguns analistas, gerou a formação econômico-social capitalista global (FONTANA, 2003), e para outros, está viva no capitalismo contemporâneo, embora com novos, para citar Bonfim (2010, p. 272), “ajustes”.

E, aqui, algumas indagações: a) Seria o componente estratégico uma invenção de “relacionamento ‘personalizado’ [...] entre a imputação ao indivíduo da responsabilidade do seu destino social e instituições próprias da ordem monopólica e estatal”? b) A APS seria inserida como uma política social, que legitimaria a recuperação do “substrato individualista da tradição liberal” para realocá-lo na esfera privada? c) Seria a APS uma política social de cunho privado, criada para fins de orientação de sistemas públicos de saúde?

Vejam, a seguir, o desenvolvimento do componente estratégico, na construção social da OMS, nos anos de 1970.

5.2.4. O MAPS NA SEGUNDA DÉCADA DO DESENVOLVIMENTO 1970-1978

Intitulada pelas Nações Unidas como a Segunda Década de Desenvolvimento (WHO, 1971, p. 30), a década de 1970 foi chave para a consolidação do componente estratégico APS. A Assembleia Geral das Nações Unidas havia assumido o compromisso de empenhar-se em prol de “uma política destinada a estabelecer uma ordem social e econômica mais justa e humana para o mundo”. Essa missão exigiu das

Assembleias da OMS um reforço, ainda maior, no empenho dirigido para a importância da cooperação internacional, em prol do componente estratégico (WHO, 1971, p. 30).

Os discursos da 23ª AMS colocaram em evidência a necessidade de a Organização buscar caminhos para colocar em prática todo o conhecimento produzido ao longo dos anos. Um discurso de abertura inaugurou a década de 1970, sinalizando que não bastava se movimentar para desenvolver novos recursos para aumentar os padrões de saúde dos povos. Na visão desse presidente, saber “controlar a poluição do ar” e “saber projetar cidades saudáveis” compunham um saber “ingênuo”, se tal conhecimento não fosse acompanhado de caminhos concretos para fazer de tal controle e projeto “a regra, mais que a exceção”. Ele via a ampliação dos horizontes da saúde pública, para além da competência técnica que os profissionais da saúde pública são treinados, como uma necessidade, pois os “desafios postos para a saúde pública, que temos aqui discutido, não pertencem somente ao campo da saúde” (WHO, 1970b, p. 28).

Um dos desafios estaria na aplicação do reconhecimento de que “cada cultura tem suas doenças com características próprias, mas, naturalmente, os problemas mais difíceis surgem em regiões onde as fragilidades socioeconômicas são mais expressivas” (Idem, 1970b, p. 28). Nesse sentido, a missão de aumentar o padrão de saúde o mais alto possível para todos dependia do reconhecimento de padrões culturais e de “outros padrões, produzidos a partir da estreita colaboração com outras disciplinas”. Além disso, fazia-se necessário a ciência de que sem a contribuição de “outras agências e forças da sociedade”, as produções técnicas e o compromisso nelas assumidos com base na definição de saúde da OMS cairiam no vazio (Idem, 1970b, p. 29).

Era necessário também dirigir o foco para o que estava posto, naquele momento em que a Assembleia se reunia para a sua 23ª Sessão: “o problema do desenvolvimento econômico e social tornou-se a principal preocupação de todos os países e condiciona as atividades de nossas sociedades”. O cenário já era bem conhecido, mas parecia necessário reafirmá-lo: “os países em desenvolvimento se esforçam para elevar seu padrão de vida a níveis apreciados [...] pelo mundo industrializado, enquanto os países desenvolvidos estão conquistando cada vez mais riqueza e prosperidade” (WHO, 1970a, p. 39).

Havia consciência de que a aspiração de crescimento econômico de 5% para os países em desenvolvimento, divulgada pelas Nações Unidas na década de 1960, não havia sido totalmente cumprida. Havia o entendimento da necessidade de organizações internacionais atuarem na

assistência aos países em desenvolvimento, pois “o mundo desenvolvido não pode atingir o nível de crescimento econômico autossustentado, sem assistência técnica e financeira mais massiva do exterior”. O papel das organizações internacionais apresentava-se crucial para “a promoção da compreensão mútua e desenvolvimento da cooperação entre ricos e pobres de todas as nações”. Elas eram “os instrumentos mais adequados” (WHO, 1970a, p. 39).

No 23º Fórum Mundial da OMS, foi apresentado um caminho que poderia ser percorrido para o desenvolvimento dos países pobres. Mencionando que naquele tempo histórico “a humanidade precisa de uma análise mais intensa e uma melhor compreensão dos problemas dos países pobres”, o presidente eleito apontou que tais países poderiam alcançar o desenvolvimento e, em consequência, lidar com seus problemas sociais se obtivessem “tecnologias mais adaptadas para atender às suas condições específicas e investimento educacional para transmitir conhecimento e técnicas de qualidade” (Idem, 1970a, p. 40).

Cabia aos representantes das inúmeras sociedades mundiais a recuperação de “lições do passado”, enfatizando não “o desempenho econômico para medir o desenvolvimento”, mas a necessidade de “melhoria das condições sociais e ecológicas”; afinal, “nós aprendemos que o desenvolvimento social não decorre automaticamente do crescimento econômico”. Em outras palavras, “a negligência dos problemas humanos, bem como a subestimação da saúde física e mental do homem pode gerar uma desarmonia desastrosa para a vida nacional e internacional” (Idem, 1970a, p. 40). O discurso havia mudado: de “não podemos falhar” (WHO, 1962, p. 32) para extrair “lições do passado” (Idem, 1970a, p. 40).

Não bastava conceituar saúde como bem-estar físico, mental e social se o conceito não fosse colocado “na perspectiva correta”. Isso era de extrema importância naquele momento “em que todo o sistema das Nações Unidas e do mundo planejava sua estratégia [socioeconômica] para a nova década”. Na esteira desse planejamento de desenvolvimento para os povos, “somos confrontados com graves riscos”, resultantes da dialética entre produtor e produto: o homem tem se esforçado para produzir o desenvolvimento tecnológico e o crescimento econômico e tais produtos estão “alienando-o de sua essência [...]”: “nessa relação há uma desatenção à saúde”. Desde os seus primórdios, o homem enfrenta doenças e “quase 2/3 da humanidade ainda convivem com tais doenças”. A garantia de serviços públicos de saúde requer recursos. Isso é fato. Mas algo precisa ser feito para que os países em desenvolvimento possam oferecer essa garantia às suas

sociedades; caso contrário, as potencialidades humanas desses países recairão no vazio e a eles restará “aceitar as perdas econômicas” (WHO, 1970a, p. 40).

O momento histórico exigia “uma estratégia de desenvolvimento que atendesse à situação individual de cada país”, cujo dever seria “identificar, analisar e resolver os problemas básicos, em uma ordem de prioridade”. Para tanto, novamente, a cooperação internacional era mais que desejável, mas ela deveria se sustentar não em “uma base moral, legal, ou realista”, mas na “cooperação sincera: um benefício tanto para quem dá como para quem recebe” (Idem, 1970, p. 40).

Reconhecia-se, no discurso de abertura da 24ª AMS, que os métodos utilizados pelos representantes dos Países-Membros não estavam conseguindo “progresso satisfatório [...] para as diferentes condições encontradas nas várias partes do mundo”. A ciência médica moderna e as técnicas de gestão haviam produzido avanços, mas “ainda há muito a ser feito para adaptar a ciência médica e as técnicas de gestão às complexas realidades humanas e socioeconômicas, dos países em via de desenvolvimento”. Ainda havia muito a ser feito para “encontrarmos recursos para trazermos para a realidade a nossa forte esperança de boa saúde universal” (WHO, 1971, p. 29-34).

Focando na necessidade de potencializar a cooperação internacional exigida pela política que seria instituída pelas Nações Unidas para uma “ordem social e econômica mais justa e humana no mundo”, a Nova Ordem Econômica Internacional (NOEI), um discurso da 24ª AMS reafirmou novamente aquilo que vem permeando, com maior ênfase, as atividades dos fóruns da OMS, após a descolonização de nações africanas: a necessidade de redução “do *gap* entre países desenvolvidos e em via de desenvolvimento”, que poderia ser alcançado a partir de uma “estrada racional para a saúde e o desenvolvimento” (WHO, 1971, p. 34).

A questão do valor real da tecnologia médica para as comunidades foi apontada como um desafio. Uma linha de argumentação descreveu a necessidade de recursos para a criação de “novos meios práticos”, capazes de dar condições para a tecnologia médica “beneficiar as comunidades de maneira econômica e eficiente”. Tais recursos “só poderão vir da comunidade e isso acontecerá apenas quando as pessoas estiverem convencidas de que tais recursos são necessários e resolverem fornecê-los”. Outra necessidade, requerida para a criação de “novos meios práticos”, seria “compreender as contradições que afligem o progresso [...] é necessário investir esforços

especiais no campo da comunicação e da educação em saúde” (Idem, 1971, p. 34).

Ainda nessa linha de raciocínio, muitos projetos de saúde dependiam, em última instância, “do consentimento e cooperação de indivíduos e comunidades”. Era importante compreender que “em toda sociedade humana há uma tendência em se apegar às velhas formas, aos velhos caminhos”. Assim, nos projetos criados para a saúde dos povos, “devemos reconhecer esse conservadorismo, essa resistência humana, como uma disciplina importante para a construção do nosso pensamento”. Portanto, esse reconhecimento deveria ser feito nos projetos “antes que eles fossem socializados para aceitação”. Com isso, queria-se dizer que somente reconhecendo esse “fator de resistência à mudança” e buscando “as suas razões”, os projetos seriam passíveis de materialização, cujo cerne estaria no aval e cooperação de indivíduos e comunidades, com base em um processo educacional que removesse “a falta de compreensão, o medo e a apatia de nossos esforços” (Idem, 1971, p. 35).

As Discussões Técnicas apresentadas para a 24^a AMS trataram da temática “Educação para os Profissionais de Saúde – aspectos regionais de um problema universal”. Segundo Dr. Wahi, Diretor Geral do Conselho Indiano de Pesquisas Médicas, um dos editores dessas discussões, uma comissão de especialistas da OMS havia publicado um trabalho sobre o tema, onde duas questões importantes foram levantadas. A primeira se referia à crescente tendência à especialização e tecnificação da educação médica, resultante do impacto dos crescentes avanços da ciência e tecnologia. A segunda assinalava que a aplicação do conhecimento deveria considerar as especificidades das comunidades, pois o benefício social dependeria das características específicas de cada comunidade e de sua estrutura econômica (WAHI, 1970).

Havia, portanto, a necessidade de considerar que “as ciências médicas eram influenciadas pela natureza do desenvolvimento socioeconômico que, por sua vez, influenciava o treinamento de profissionais de saúde”. Dr. Wahi lembrou um exemplo clássico da década passada, no âmbito das sociedades em desenvolvimento: “o planejamento familiar”. Ele comentou que muitos esforços se voltaram para a introdução dessa temática em cursos de pós-graduação, para fins de “tornar os estudantes mais conscientes sobre assuntos ausentes da formação médica, importantes ao planejamento familiar, tais como demografia e humanidades” (Idem, 1970).

Outro elemento levantado foi referente à demanda por cuidados de saúde de acordo com a imagem da mudança do padrão de saúde da comunidade. Sobre isso, ele refere:

O primeiro passo está relacionado com a consciência da magnitude de um problema e das medidas que estão sendo tomadas pela comunidade, como um todo, para resolvê-las. Mas, devido à falta de coordenação, geralmente a ação tem sido tímida e exercida por serviços voluntários. Os serviços de saúde em nível central, estadual e local têm que estimular e fomentar o conceito de saúde da comunidade, na qual os recursos públicos e privados contribuem para todos os segmentos da população, serviços de saúde integrados – prevenção, tratamento, e reabilitação, de maneira mais eficiente e eficaz, de acordo com a capacidade financeira do país e com a plena utilização de mão de obra e de avanços científicos relevantes (Idem, 1970).

Nesse sentido, “é impraticável depender somente de médicos bem treinados” para garantir o melhor serviço de saúde possível para todos os segmentos da população, independentemente do grau de prosperidade. Um padrão de saúde mais adequado às necessidades locais seria possível se a saúde fosse garantida por equipes. Uma vez submetidos a uma avaliação de suas funções, “médicos bem treinados e disponíveis atuariam como líderes de equipes de saúde, mas o cuidado em saúde estaria a cargo também de outros profissionais de saúde e auxiliares” (WHO, 1971, p. 35).

Na perspectiva de um presidente, os programas que relacionam saúde e progresso econômico social se desenvolviam a passos largos, mas requeriam outras competências, tais como: educadores, economistas, engenheiros e administradores. Uma dimensão sinalizada como importante foi a “abordagem multidisciplinar”, cujo conceito abrangente implicaria a necessidade de “comunicação entre os membros da equipe e entre a equipe e a comunidade com a qual se está trabalhando”. Para tanto, poderíamos pensar em treinamentos voltados para o “desenvolvimento de linguagens comuns” (WHO, 1971, p. 35).

Outra dimensão importante apreendida foi a cultural, ligada “aos problemas de saúde decorrentes do comportamento humano”. Para lidar com essa dimensão, o discurso de um presidente apontou a história como recurso: ele pontuou que da mesma maneira que “a aceitação dos conceitos de higiene pessoal e pública havia sido um fator de destaque na nossa habilidade para controlar doenças transmissíveis”, apesar de ainda presentes em vários países, eles deveriam criar caminhos para

gerar “atitudes positivas da opinião pública sobre os perigos de certos comportamentos para a saúde”. Naquela perspectiva, a inserção do conceito de higiene pessoal e pública para doenças transmissíveis requeria tempo para sua maturação e aceitação, “uma vez que envolvia hábitos humanos e sociais, bem como ajustes econômicos” (Idem, 1971, p. 35). Esse discurso poderia estar apresentando a gestão social do risco.

Para enfrentar as fontes de risco ambiental, observadas naquele momento histórico, era necessário alcançar “o equilíbrio entre a conveniência individual e a responsabilidade da comunidade”. As medidas tradicionais de saúde pública, utilizadas pela ação unilateral de administradoras e/ou administradores de saúde não seriam suficientes para atingir esse equilíbrio. “Administradoras e administradores, com seus interesses no ambiente, buscarão proteger as pessoas dos fatores que podem causar dano biológico ou ameaça psicológica”. Eles têm que “perseguir seus objetivos desempenhando um papel de liderança em atividades coordenadas que envolva muitas autoridades civis”; já estava claro que os problemas ambientais e de poluição representavam “situações agudas de saúde”. Já os representantes dos Estados-Membros deveriam se esforçar “para equilibrar a conveniência individual e a responsabilidade da comunidade” (Idem, 1971, p. 36).

A questão dos riscos ambientais aparecia, naquele discurso, como produto dos processos de urbanização que se difundiam em todo o mundo. Tais processos eram “influenciados por padrões migratórios associados e agravavam os problemas de abastecimento de água, eliminação de resíduos e índices de acidentes” (Idem, 1971, p. 36).

A reflexão sobre caminhos de enfrentamento para as fontes de risco prosseguiu na assembleia seguinte, onde colocou-se em pauta se os desenvolvimentos industriais daquele tempo presente estavam em harmonia como os valores da saúde pública para o futuro. Entendia-se que “mesmo onde os riscos foram parcialmente criação da industrialização, do crescimento das grandes cidades, a ciência e a tecnologia tinham as ferramentas para remediar os efeitos gerados por eles”. A construção e operacionalização de fábricas e ferrovias, bem como o fornecimento de água de abastecimento e o sistema de esgotos estavam sendo tratados com eficiência. No entanto, sentia-se que “as exigências da saúde pública, ao lidar com problemas gerados pelo excesso, estão cada vez mais entrando em conflito com valores da era industrial”. Cita-se, como problemas gerados pelo excesso: a poluição industrial e as desordens de stress” (WHO, 1972a, p. 31-32).

Para esse complexo enfrentamento, foi sugerido na 25ª AMS que se atentasse para o entendimento de saúde não como “uma disciplina

que se pode olhar para frente imaginando que as áreas de desafio diminuirão com o tempo”, mas como um campo que “sempre enfrentará uma perspectiva contínua de novas tarefas a ser adicionadas à sua carga de trabalho” (Idem, 1972a, p. 25).

E, aqui, nos perguntamos se essa “perspectiva contínua” (Idem, 1972a, p. 25) seria, um dia, superada. Talvez, em um tempo do pulsar da história, se deixarem de existir as diferenças na produtividade, no custo de energia, matérias primas e trabalho; se os níveis salariais, de proteção, de custo de mão de obra não forem mais utilizados pelo capitalismo; se o mercado se globalizar totalmente, provavelmente a saúde tome o assento devido nas políticas públicas: se, um dia, enfim, explodirem as contradições do capitalismo (SEPPILLI, 2012a).

Reflexões sobre o entendimento de saúde são recorrentes ao longo das Assembleias. Na Discussão Técnica organizada para ancorar a 25ª AMS, cuja temática era “Planejamento em Saúde”, a saúde era compreendida como “um objetivo que por si só representa uma das manifestações mais importantes do progresso social”. Assinala-se ali que, por uma questão de princípio básico, o Programa para a saúde não deveria ser visto apenas “com base em seus retornos econômicos, mas como um meio para a realização de saúde, o fator mais importante na melhoria da qualidade da vida humana” (WHO, 1972b, p. 1).

A Conferência das Nações Unidas sobre o ambiente humano, realizada em Estocolmo, em junho de 1972, foi abordada em um discurso de abertura da 26ª AMS, por ter despertado a consciência do mundo sobre a interação entre vários fatores no meio ambiente e a saúde física e mental. O impacto dessa interação merecia a atenção do mundo, pois “a tecnologia moderna para a produção de bens materiais pode se tornar uma força de destruição se não for usada na direção certa” (WHO, 1973, p. 32).

Em seguida, abordou-se o tema saúde da família. De acordo com o discurso de um presidente, a OMS deveria estar atenta a novas dimensões atribuídas à Organização, diante dos “problemas complexos e às vezes controversos sobre o controle populacional; sobre as responsabilidades futuras da Organização, no âmbito de saúde da família”. Isso foi sinalizado como uma preocupação, diante da crescente demanda por parte de Estados-Membros, na Assembleia anterior, sobre planejamento familiar (Idem, 1973, p. 32).

As Discussões Técnicas que ancoraram a Assembleia anterior, conforme já mencionado, trataram da questão do “Planejamento em Saúde”. No Documento construído pelo Grupo IV, observamos na abordagem que o planejamento familiar seria “parte integral do

desenvolvimento socioeconômico e tinha benefícios econômicos, na minimização da variação populacional”. Vimos também que “o planejamento familiar não auxiliaria somente o planejamento da saúde, mas o da educação e da economia, além de conferir oportunidades de empregos e ocupação com produtividade” (WHO, 1972c, p. 2).

Na introdução do Relatório das atividades da Organização, de 1973, o Diretor Geral havia mostrado que “a maior falha da OMS e dos Estados-Membros havia sido indubitavelmente a inabilidade deles na promoção do desenvolvimento dos serviços básicos de saúde”. A disparidade entre os níveis de desenvolvimento dos serviços de saúde dos Países-Membros, em diferentes estágios do desenvolvimento socioeconômico, situação apresentada pelo Diretor Geral, acabou levando os representantes dos Estados-Membros à conscientização da necessidade de maior vigilância para as deliberações deles e decisões sobre o futuro (WHO, 1974a, p. 38).

Na visão do presidente eleito para a 27ª AMS, era necessário acatar a inaceitabilidade da distribuição de cuidados em saúde naquele tempo histórico, e que tanto a OMS quando os governos deveriam “promover, sem atrasos, medidas que fossem racionalmente concebidas e prontamente aplicáveis (e calculadas para ganhar o suporte do público) para garantir que toda a população beneficie-se de serviços básicos de saúde”. Disse o presidente: “a complexidade dos problemas não deve nos desviar dessa tarefa histórica” (Idem, 1974a, p. 38-39).

A Organização deveria “aplicar técnicas e métodos de distribuição” de serviços básicos suficientemente capazes de adaptação aos distintos contextos político, cultural e socioeconômico dos países. O presidente discorria que a complexidade dos problemas era fato, mas a questão saúde era tão antiga quanto o desenvolvimento; a diferença estava no fato de que hoje “doenças resultantes de inovações técnicas, as doenças afluentes, somaram-se às doenças antigas que têm as suas raízes na pobreza” (WHO, 1974a, p. 39).

Nesse cenário, em que a maioria das populações de países em desenvolvimento estavam ainda expostas a uma série de riscos em saúde (WHO, 1975a, p. 75), o mundo assistia à expansiva deterioração ambiental que afetava o bem-estar de ricos e pobres (Idem, 1974a, p. 39). O padrão característico da doença em países em desenvolvimento era formado “pelo abastecimento de água inadequado, instalações sanitárias medíocres e condições habitacionais superlotadas” (Idem, 1975a, p. 45).

A Organização deveria também dedicar atenção para um fato que vinha se delineando em países em via de desenvolvimento: a escolha

destes por importação de “técnicas e metodologias” de países estrangeiros. Essa tendência deveria ser combatida, “não por meras razões emocionais, mas racionalmente”. Incrementar pesquisas para os países em via de desenvolvimento era vital. A expressão-chave para galgar os serviços básicos de saúde era: “tentativas de inovação”. Nos países em via de desenvolvimento, “as tentativas de inovação devem visar, acima de tudo, à garantia a toda população de um mínimo de proteção à saúde com baixo custo, fazendo o melhor uso de seus recursos humanos e materiais” (Idem, 1974a, p. 39).

Para enfrentar a situação mundial, estabeleceu-se um consenso pela “busca de novas abordagens”:

Alguns países estão delineando serviços integrados de saúde, centrado em redes de serviços de saúde, compostas por hospitais distritais e dispensários rurais, empenhados em fornecer pessoal adequadamente treinado, enfermeiros, auxiliares e outros profissionais de saúde, capazes de aplicar técnicas simples e de baixo custo, com foco na prevenção. A experiência deles, no entanto, sugere que a imobilidade institucional no campo da saúde, que resulta em parte da forma e composição das estruturas existentes e da atitude dos trabalhadores em serviço, é mais profundamente enraizada do que pensávamos [...] (Idem, 1975a, p. 45).

Essa discussão, que se havia mostrado enfática nos discursos da 27ª AMS e 28ª AMS, sobre “tentativas de inovação”, “novas abordagens” e “serviços integrados de saúde”, reforçou a nossa atenção, afastando-nos um pouco dos discursos de presidentes e transportando-nos para as Resoluções aprovadas em ambas as Assembleias. Afinal, se os discursos haviam se deslocado para essas expressões-chave, provavelmente alguma (s) Resolução (s) pertinente havia sido aprovada em Assembleia.

Visitando as Resoluções aprovadas na 27ª AMS, constatamos uma específica aos temas. Trata-se da Resolução WHA 27,44, intitulada “Promoção de serviços nacionais de saúde”, que considerava a necessidade urgente de programas voltados para serviços nacionais de saúde, suficientemente capazes de se desenvolverem rapidamente e de modo eficaz, considerando o contexto econômico e social de cada país. Nessa Resolução, o Diretor Geral da OMS foi requisitado para informar que medidas poderiam ser tomadas pela OMS para promover a implementação de tais serviços. Os Países-Membros solicitaram ao Diretor Geral a produção de um Relatório, a ser encaminhado para a 55ª

Sessão da Comissão Executiva e para a 28ª AMS, sobre possíveis caminhos para a implementação da Resolução (WHO, 1974b, p. 21).

Diante dessa observação, decidimos garimpar o Relatório do Diretor Geral, específico para aquela Assembleia. Cabe mencionar aqui que, em toda Assembleia Mundial de Saúde, o Diretor Geral em exercício apresenta o Relatório Geral de Trabalho, referente aos trabalhos da Organização realizados no ano anterior. Os Relatórios são produzidos pelo Diretor Geral, com o suporte do Secretariado da OMS (WHO, 1946).

Observamos naquele produto que o Diretor Geral havia preparado um Relatório sobre “Promoção dos Serviços Nacionais de Saúde” e o encaminhado à 55ª Sessão do Conselho de Administração da Comissão Executiva da OMS. Nessa Comissão, aconteceu um amplo debate sobre o conteúdo, que resultou na adoção da Resolução EB55.R16, por meio da qual a Comissão Executiva solicitou ao Diretor Geral a elaboração de um novo Relatório sobre o tema, a ser apresentado na 28ª AMS. O novo Relatório constituiu-se de: a) detalhadas considerações do Diretor Geral sobre o componente estratégico para serviços nacionais de saúde e discussões correlatas, realizadas pelo Conselho Executivo; b) as consultas realizadas a Estados-Membros (os Escritórios Regionais haviam sido visitados em março de 1975 para apresentarem a situação de cada país); c) as conclusões de uma reunião da Comissão Executiva, realizada em Genebra, em 1975 (WHO, 1975b, p. 112-13).

Na relação com esse Relatório, observamos que ele descrevia o que viria a ser, não pactuado, mas formalizado quatro anos depois, na Conferência de Alma-Ata: o componente estratégico APS. Uma descrição breve do item específico da proposta será descrito a seguir:

O Diretor Geral iniciou o texto discorrendo sobre a latente precariedade das condições de saúde da maioria das pessoas que viviam em áreas desfavorecidas, na maior parte dos países do mundo. A baixa condição de saúde das pessoas não só se manifestava em termos de morbidade e mortalidade, mas afetava o desenvolvimento e a capacidade de os indivíduos desenvolverem suas potencialidades e terem uma vida produtiva. Dizia o Diretor Geral: “Os serviços de saúde não estão melhorando as condições de vida das pessoas [...] onde eles existem, eles têm operado muitas vezes de forma isolada, negligenciando outros setores [...]” correlatos. Havia setores e aspectos importantes negligenciados por esses serviços, tais como: educação, comunicação, agricultura, organização social, área motivacional e comunitária (WHO, 1975b, p. 113).

No âmbito da promoção dos cuidados médicos, o Diretor Geral discorre sobre a incongruência da questão: a promoção de tais cuidados vinha acontecendo a partir de abordagens altamente sofisticadas e com localização central. Raramente as medidas promotoras se relacionavam com as realidades locais. Com efeito, as consequências geradas nas populações que possuíam esses serviços eram muito negativos, devido aos seguintes fatores: a) incapacidade de garantir a promoção de cuidados médicos em áreas muito pobres, nas quais as pessoas estavam geográfica e socialmente distanciadas do direito ao acesso; b) ausência de funcionamento sistêmico; c) fragmentação do cuidado, em virtude da ênfase na medicina curativa; d) falta de conhecimento dos profissionais de saúde sobre os contextos de atuação; e) incapacidade de identificação de profissionais com a sociedade; f) negligência aos inúmeros sistemas médicos culturalmente produzidos; g) distanciamento dos recursos vivos das comunidades; h) baixo desempenho da comunidade no papel ativo de tomadas de decisão (Idem, 1975b, p. 113).

Os serviços de saúde vigentes naquele tempo histórico, apresentados ao Diretor Geral pelos Escritórios Regionais, revelavam insatisfação em pessoas usuárias, como reflexo de: a) subutilização dos serviços de saúde locais, sob a alçada normalmente de curandeiros tradicionais, profissionais privados e médicos sofisticados; b) alienações e sentimentos de impotência por parte das pessoas nas realidades locais (Idem, 1975b, p. 114).

O Diretor Geral assinalava que “as autoridades sanitárias não se preocupavam com o estabelecimento de serviços de saúde em determinadas áreas geográficas”. As autoridades locais pareciam não questionar a relevância de contextos, onde o real objetivo dos serviços se concretiza. Observamos, na reflexão, apontamentos realísticos, por exemplo, uma crítica à falta de “associações entre métodos agrícolas pobres e a baixa qualidade de rendimentos e distúrbios nutricionais”. Outros fatores apresentados pelo Diretor Geral, para a baixa condição de saúde das pessoas que usufruíam de sistemas de saúde vigentes, foram: a) falta de comunicação; b) falta de saneamento ambiental; c) condições inadequadas de moradia; d) falta de água. Havia uma espécie de “aquiescência passiva nas situações inaceitáveis” que existiam (WHO, 1975b, p. 114). Para a OMS, esse cenário se traduzia numa grave crise, comentava o Diretor, pois, “se as tendências atuais se mantiverem, as lacunas existentes serão ainda mais ampliadas”. O Diretor citou como exemplo as diferenças entre os serviços de saúde urbana e rural:

[...] quando os serviços de saúde se desenvolvem a partir de cuidados médicos caros e especializados, exigindo continuamente maior orçamento para saúde, eles se tornam ainda menos acessíveis e incapazes de atender às demandas da maioria da população [...] se a prestação desses serviços continuar de forma fragmentada e isolada [...], alguns problemas de desenvolvimento humano poderão ser agravados e novos problemas serão criados (Idem, 1975b, p. 114).

Ele citou um exemplo que nos remeteu a uma questão latente em nosso pensamento, no desenvolvimento deste estudo: a questão dos determinantes sociais nos processos de saúde e doença. O Diretor-Geral comentou que algumas atividades de saúde poderiam estar conseguindo sucesso ao reduzir as taxas de morbidade e mortalidade em comunidades de nível de subsistência, mas, “se a produção de alimentos não aumentar, um problema teria sido resolvido (a redução da taxa de mortalidade neonatal e infantil), mas outro problema teria sido criado (a nutrição piorou devido à escassez de alimentos)”. Isto é, se a pobreza e o baixo nível de subsistência não sofressem intervenção, se não fossem abordados em conjunto, os desequilíbrios seriam inevitáveis (Idem, 1975b, p. 114).

Ainda pensando os determinantes sociais, observamos que o Diretor Geral argumentava:

a melhoria das condições socioeconômicas, mesmo sem ações no setor de saúde, podem melhorar o estado geral da saúde das pessoas, até certo nível. A intervenção da saúde, por sua vez, por si só, tem sido capaz de melhorar a saúde das pessoas, o que pode ser traduzido pela redução da morbidade e mortalidade infantil. Tanto a melhoria das condições socioeconômicas quanto a intervenção da saúde têm sido capazes de melhorar a saúde, em algumas localidades, de forma independente, mas até certo ponto. Somente com um esforço contínuo de desenvolvimento socioeconômico, que inclua a saúde e a participação das pessoas como partes, as condições de saúde poderão, de fato, melhorar (WHO, 1975b, p. 11).

A descrição do componente estratégico para fins de solução aos problemas anteriormente citados compõe o núcleo do Relatório. Aspectos estruturais, organizacionais, logísticos e operacionais foram relatados. A construção dessa habilidade, que garimpávamos na cultura da OMS, a partir de sua criação, em 1948, descortinava-se ali, em um Relatório produzido pelo Diretor Geral quatro anos antes da Conferência

de Alma-Ata. Em sequência, relataremos sumariamente seus principais elementos:

Segundo o Diretor Geral, a nova abordagem integrava todos os elementos necessários para impactar “a situação das pessoas, em particular, os grupos carentes”:

Os cuidados primários de saúde consistem em medidas simples e eficazes, em termos de custo, técnica e organização, que são facilmente acessíveis para o alívio da dor e do sofrimento do povo, e que melhoram as condições de vida dos indivíduos, famílias e comunidades. Essas medidas visam oferecer respostas às necessidades humanas fundamentais (saúde), assim expressas: (a) Onde posso ir e o que posso fazer para o alívio da dor e do sofrimento? (b) O que posso fazer para viver uma vida saudável? Essas medidas incluem atividades de prevenção, promoção, curativas, de reabilitação e de desenvolvimento comunitário. A ênfase dada a qualquer um desses componentes poderá variar em diferentes países e se modificar ao longo do tempo. A atenção primária à saúde deve basear-se em conhecimentos viáveis, modernos e científicos, gerados pela tecnologia de saúde, bem como em práticas tradicionais e eficazes de cura. As duas dimensões [científica e tradicional] devem gerar métodos e técnicas que sejam adequadas, de baixo custo, aceitáveis e facilmente manipuladas pelos profissionais de saúde que trabalham em nível de comunidade. Doenças que exigem medidas preventivas e curativas (em nível local) incluem a maior parte das doenças existentes e infecções endêmicas como diarreia, doenças respiratórias e emergenciais, que podem ser tratadas por um profissional treinado, na maioria dos casos. Muitas dessas doenças simples podem ser evitadas ou tratadas, em nível de comunidade, a um padrão aceito por meio da tecnologia já testada. No entanto, deve-se considerar a necessidade de interconexão da APS com outros níveis de serviços, para lidar com os demais problemas de saúde (WHO, 1975b, p. 114).

Atenção Primária à Saúde (APS) “deverá ser o ponto de partida dos serviços nacionais de saúde”. Do ponto de vista logístico, esse componente requererá apoio técnico, supervisão e treinamentos. Do ponto de vista organizacional, APS implicará a relação com outros setores de desenvolvimento governamental. A participação comunitária deverá ser considerada, pois dela “dependerá a aceitação da comunidade e o desempenho eficaz de profissionais”. Os programas de treinamento baseados na comunidade deverão ser simples e deverão visar ao desenvolvimento das competências necessárias, exigidas para que os

profissionais de saúde atendam às demandas e necessidades da comunidade (Idem, 1975b, p. 114).

O treinamento recebido deverá permitir aos trabalhadores a execução de determinadas tarefas e funções, bem como deverá equipá-los com o conhecimento necessário para compreender e reorganizar as necessidades locais referentes à saúde, bem como problemas fora de sua competência. As necessidades não contempladas em suas competências deverão ser encaminhadas para outros níveis apropriados de ação. Devido à variedade e natureza dos problemas, é provável que seja necessário a presença de diferentes tipos de profissionais, com formações, habilidades e responsabilidades diferentes, dentro da mesma área. A natureza complementar das habilidades em diferentes níveis e as relações entre esses níveis exigirão trabalho em equipe; caso contrário, o funcionamento não será eficaz (Idem, 1975b, p. 115).

As “necessidades sentidas pelas comunidades deverão organizar as atividades de APS”, uma vez que elas refletem as preocupações prioritárias das pessoas e os reais problemas locais. Os recursos locais disponíveis, gerados na comunidade, serão utilizados, incluindo recursos humanos e materiais; também serão utilizados os recursos provenientes do governo, aqueles estritamente necessários. As pessoas terão que desempenhar um papel ativo na divisão de responsabilidades nas atividades diárias, reconhecendo o sentimento de pertença. Esse reconhecimento “dará aos governos o apoio necessário ao mecanismo” (Idem, 1975b, p. 115).

APS deverá ser solidária com o desenvolvimento da comunidade, e deverá se relacionar com qualquer atividade social significativa para a comunidade. Na maioria das situações, a satisfação das pessoas, ao serem acolhidas em suas dores quando buscam o alívio imediato delas, poderá ser usado como um ponto de entrada para a introdução de outras dimensões da APS, tais como imunizações, saneamento ambiental, etc. É provável que alguns países necessitem de assistência externa, técnica e financeira. No entanto, “essa assistência deverá ser limitada ao capital imediato; os custos do processo deverão ser autossustentáveis no próprio país” (WHO, 1975b, p. 115).

Os princípios gerais dessa abordagem serão (Idem, 1975b, p. 116):

- a) Moldar-se em torno dos padrões de vida da população e atender às necessidades da comunidade;
- b) Ser parte integrante do sistema nacional de saúde e de outros “escalões de serviços, em apoio às necessidades em nível periférico”;

- c) Ser totalmente integrada com as atividades dos demais setores envolvidos no desenvolvimento da comunidade (agricultura, educação, obras públicas, habitação, comunicações);
- d) Respeitar a participação das populações locais nas tomadas de decisão, que deverão ocorrer em diálogo permanente entre as pessoas e os serviços;
- e) Depositar confiança máxima sobre os recursos disponíveis na comunidade, “especialmente aqueles que até agora permaneceram inexplorados e que devem permanecer dentro de limites rigorosos de custos, presentes em cada país”;
- f) Usar uma abordagem integrada de prevenção, promoção e reabilitação para indivíduos, família e comunidade;
- g) Intervir em saúde no nível mais periférico possível dos serviços de saúde, com trabalhadores adequados para essas atividades.

Na perspectiva apresentada pelo Diretor Geral, as especificidades, isto é, as diferenças socioculturais, a estrutura política e as realidades econômicas deveriam ser respeitadas. No entanto, a sugestão era que, ressalvadas as diferenças, os países seguissem “as grandes linhas de ação”, descritas a seguir (Idem, 1975b, p. 116):

- 1) Desenvolvimento seletivo de um novo nível de APS a grupos carentes;
- 2) Rápida expansão dos serviços existentes, com prioridade para APS;
- 3) Reorientação dos serviços de saúde existentes, de modo a estabelecer uma abordagem unificada para APS, como parte do sistema;
- 4) O máximo aproveitamento das atividades comunitárias, visando à promoção da APS.

Mahler assinalava que nenhuma dessas linhas de ação era mutuamente excludente, tampouco nova. O novo estaria no modo de o país olhar para o método de abordagem. Ele sugeria que os países promovessem debates nacionais sobre os objetivos, princípios, linhas de ação e sobre a necessidade de esforços nacionais para processar a nova abordagem. Ele salientava sobre a importância de os países perceberem que o componente estratégico carregava características comuns,

independentemente das especificidades, destacando-se (WHO, 1975b, p. 117):

- a) O uso de profissionais de saúde residentes na comunidade, com responsabilidade sobre a saúde em nível local; selecionados pela comunidade, treinados localmente de forma contínua, supervisionados por um profissional dos serviços “acessível e aceitável pela comunidade”;
- b) Introdução ou expansão de meios organizados de comunicação para garantir acesso à assistência especializada;
- c) Ligação estreita e íntima entre os profissionais de saúde e o desenvolvimento comunitário, de modo geral;
- d) Introdução de estratégias visando à mudança de atitude dos profissionais de saúde, para fins de que todos os trabalhadores do sistema de saúde se envolvam no desenvolvimento da APS;
- e) Introdução de estratégias visando à mudança no tipo de treinamento para os trabalhadores dos serviços e à mudança de perspectiva nos serviços existentes e instituições de saúde. Uma possibilidade seria produzir “trabalhadores polivalentes”, capazes de executar as ações em diferentes níveis.

Com esse Relatório, o Diretor Geral apresentou o componente estratégico aos países interessados:

Muitos países já têm demonstrado que, com vontade e imaginação, a ação é possível. Os serviços de base comunitária existentes estão sendo desenvolvidos, mediante a mão de obra disponível localmente, incluindo os profissionais de saúde tradicionais. Os consumidores com poucos recursos, sob seu comando, estão contribuindo financeiramente e em espécie, para o desenvolvimento de serviços que os servem. Formas estão sendo encontradas por meio de ações de outros setores para evitar muitos dos problemas de saúde que poderiam inutilmente drenar os recursos do sistema de serviços de saúde. Nesse contexto, deve-se notar que os avanços, aqui apresentados, fazem sentido econômico. Em vez de promover estruturas de saúde que exigem um elevado e contínuo nível de investimentos, eles fazem uso do máximo dos recursos já disponíveis para a sociedade. Apesar das realizações existentes, a necessidade de novas medidas em mais países é grande. Esses exemplos servem como um ponto de partida, pois eles são encorajadores, mas longe de ser suficientes (WHO, 1975b, p. 117).

Àquela altura, não sabíamos se interrompíamos aqui o percurso metodológico, já que o componente estratégico nos havia sido apresentado, em 1975. No entanto, decidimos pelo prosseguimento da relação com os dados e os discursos de presidentes nas Assembleias para observarmos se e como os representantes de Países-Membros reagiram a essa proposta. Além disso, sabíamos que a 31ª AMS, a de 1978, havia sido lócus do consenso sobre a realização da Conferência de Alma-Ata, apresentada ao mundo como o grande Fórum Mundial da APS.

Retomando os discursos de presidentes, vimos que na 28ª AMS a temática destacada era referente aos efeitos gerados pela recente crise econômica e monetária. A promoção da saúde e a assistência internacional para países em via de desenvolvimento haviam sido abaladas pela crise econômica e monetária, que colocou “obstáculos inesperados às demandas urgentes e inteiramente justificadas” (WHO, 1975a, p. 38).

O presidente comenta que, para os países desenvolvidos, a crise representou “apenas uma momentânea, embora dolorosa, interrupção em sua sempre crescente prosperidade do pós-guerra”. No entanto, havia o risco de a crise fraturar a esperança dos países em via de desenvolvimento de romperem com o atraso econômico. Na sua lógica, “seria desastroso para o mundo inteiro se os ajustes econômicos, que se tornaram necessários, servissem de pretexto para reduzir os esforços dirigidos para promover a saúde pública e a cooperação internacional”. Os países pobres deveriam continuar recebendo a assistência da OMS, pois “as dificuldades econômicas da maioria dos países em desenvolvimento estão ameaçando anular seus esforços e interromper completamente o funcionamento de suas infraestruturas de saúde, já insuficiente” (Idem, 1975a, p. 38).

Era importante assinalar que, no contexto de aumento de população mundial, a desnutrição, as más condições de moradia, as calamidades naturais, bem como as más condições em fábricas, requeriam “o desafio de introduzir serviços de atenção primária à saúde nas comunidades mais necessitadas e menos acessíveis [...], de acordo com as necessidades das pessoas e possibilidade delas”. Enfatizava-se, no discurso, que: a) as prioridades em saúde dependiam das necessidades locais; b) cada comunidade tem suas necessidades específicas; c) as necessidades em regiões rurais subdesenvolvidas eram diferentes entre si. Para tanto, era necessário “se afastar dos conceitos clássicos, como a relação ótima entre médico e população e aceitar que

o conceito de atenção primária será materializado por profissionais de saúde treinados da zona rural” (WHO, 1975a, p. 45).

Na esteira do desenvolvimento, o stress começava a se colocar como uma questão de saúde pública. Um presidente comentou que alguns problemas importantes contemporâneos requeriam solução em nível nacional, indicando que as elites nacionais deveriam ajudar suas populações antes de jogá-las *into the salting pot* das organizações internacionais. O stress era um desses problemas (WHO, 1976, p. 40).

No cenário mundial de injustiças e desigualdade social, ganhava corpo também uma “causa maior de contradesevolvimento”: as doenças da abundância. De modo paradoxal, enquanto os países em via de desenvolvimento conviviam com a falta de recursos para a saúde e com a dependência de ajuda para o desenvolvimento deles, os países desenvolvidos criavam novas doenças. O cenário “exige uma grande explosão de cooperação internacional, com a participação ativa de todos os nossos governos: exige uma consciência social coletiva, a partir do envolvimento de cada um de nós” (Idem, 1975a, p. 46):

Vindo de um país chamado "industrializado", eu gostaria de ressaltar a tendência que tem sido cada vez mais, para todos nós, motivo de satisfação: refiro-me ao aumento da autoconfiança que os países em desenvolvimento estão mostrando e que tem gerado um sentido de autorrespeito, sem o qual nada de valor pode ser realizado. Eu gostaria, como Presidente desta Assembleia, de humildemente estimular os países em desenvolvimento a não subestimarem-se, não menosprezarem o papel que eles podem desempenhar no mundo, nem viverem no temor de que o desenvolvimento completo é impossível (WHO, 1975a, p. 46).

A relação entre promoção da saúde e recursos prosseguia recorrente nos discursos das assembleias. Na 29ª AMS, essa relação aparece associada à solidariedade, como um elemento importante da cooperação internacional, em prol da promoção da saúde, tanto em países industrializados quanto em via de desenvolvimento. Nessa perspectiva, a solidariedade entre os povos dependia de vontade política, mas “cada pessoa, cada membro da população pode ajudar a aumentar os padrões de saúde de seus conhecidos e familiares” (Idem, 1976, p. 40).

O presidente eleito para a 29ª AMS comentou que a luta contra as doenças transmissíveis acontecia com renovada vitalidade, mas

doenças da abundância começavam a alcançar os países em via de desenvolvimento, adicionando um débito pesado ao já existente, naqueles contextos. Ele reforçava, em seu discurso, a necessidade de desenvolvimento de “uma nova consciência internacional entre todos os povos, ‘ricos’ e ‘pobres’, em prol da igualdade de oportunidades para todos”. Dizia, ainda, o presidente: “Não devemos permitir que, a pretexto de dificuldade econômica, retirem-se os recursos a serem destinados à saúde, enquanto fundos são gastos com armamentos sofisticados e destrutivos [...] e guerras políticas estão acontecendo (WHO, 1976, p. 95).

Frentes sociais e econômicas vinham sendo combatidas, mas cabia a todos perceber que a liberdade política era uma aspiração dos países do “Terceiro Mundo”, que sonhavam em ocupar seu lugar de direito entre as nações do mundo. Esses países, que “despertavam de seu longo sono de trevas, pobreza, exploração e dominação, estavam depositando a sua fé na Nova Ordem Econômica”, anunciada pela AGNU, em 1975:

Essa nova Ordem pode ser um sonho. Mas, [...] esse sonho pode se tornar realidade, se todos os países do mundo, ricos e pobres, assim quiserem. O clima de confronto entre países ricos e pobres está dando lugar à cooperação internacional. Uma redistribuição automática da riqueza vem substituir a relação doador/receptor que é, na melhor das hipóteses, desumanizador e, na pior, degradante. O status de saúde de milhões de africanos não pode ser criado sem correspondente progresso no desenvolvimento social e econômico. É igualmente impossível adotar uma abordagem nacional independente para esses problemas, pois a correspondência só poderá ser alcançada através da compreensão e da cooperação entre todos os países do mundo, ricos e pobres. Interdependência, ao contrário de dependência e independência, é o chamado do dia (Idem, 1976, p. 95).

Naquele contexto, em que se evidenciava a necessidade de reforçar a cooperação internacional e a sincronia entre o crescimento do setor saúde e o crescimento econômico geral, havia uma satisfação no fato de que outros organismos, como o Banco Mundial e o Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas, “estavam conscientes de tais necessidades” (WHO, 1977, p. 42). A OMS percebia-se avançando na abertura de caminho para novos conceitos de desenvolvimento em saúde, pois ela se via inserida cada vez mais em áreas sociais e

econômicas multissetoriais que, no passado, não compunham as suas atividades. Essa inovação parecia fruto da percepção de que “desenvolvimento econômico significa desenvolvimento socioeconômico e saúde não pode ser dissociada de problemas socioeconômicos”. A transformação dessa percepção em ação requeria “uma completa reavaliação e ousada redistribuição de recursos, não só em todo o mundo, mas no interior de cada um dos países ali representados” (WHO, 1977, p. 94).

Um discurso na 30ª AMS pontuou que a luta contra as doenças transmissíveis prosseguia incessantemente, mas haviam diminuído os esforços contra doenças do hiperdesenvolvimento, doenças que são fruto de riquezas. Tais doenças, “doenças autoimpostas”, demandavam novas abordagens de “responsabilidade pessoal” do indivíduo para mobilizar sua ação na promoção de sua saúde e na de seu vizinho, em direção a um estilo de vida mais saudável de toda a comunidade (Idem, 1977, p. 94).

Continuava latente a percepção de que os países ricos estavam a criar novas doenças, embora o avanço na prevenção e controle fosse fato, enquanto os mais pobres ficavam cada vez mais atrás na garantia de requisitos básicos em cuidados em saúde. Como aumentavam os problemas econômicos mundiais enfrentados pelo mundo, os problemas dos países pobres também aumentavam. “Muitos países estão imersos na instabilidade política, na incerteza, na insegurança social e econômica”. Muitos países estavam imersos no risco social de não desenvolverem-se economicamente. Essa realidade deveria ser enfrentada em nível nacional e internacional, a partir de “cortes e ajustes”, mas tais “cortes e ajustes não deveriam enfraquecer a nossa causa nem a nossa resolução para a ação”. Dizia esse presidente: “estamos no meio de uma nova ordem econômica, mas estou ansioso para o futuro, quando será estabelecida uma nova ordem para a saúde” (Idem, 1977, p. 94):

Cada país, de acordo com as suas reais necessidades, de acordo com as suas possibilidades e não pelo conservadorismo, adoção cega ou vão prestígio, deve planejar e estruturar seu sistema de saúde sobre uma base sólida de atenção primária à saúde para todos os seus cidadãos. Isso significa que na região de onde eu venho, de fato sobre a maior superfície do globo, temos que, para começar, desenvolver os nossos serviços sociais e de saúde rural (Idem, 1977, p. 93).

Com base em seu objetivo original, a OMS intencionou orientar seus esforços e recursos para “proporcionar saúde para todos até o ano 2000”. Ciente de que esse desafio só poderia ser cumprido através de esforços globais coordenados por ela, a Organização atestava na 31ª AMS que “apesar de todo o progresso possível conseguido pelo avanço da ciência e tecnologia, ainda é uma tragédia humana o fato de que as necessidades de saúde de um bilhão de homens, mulheres e crianças continuam insatisfeitas”. Diante dos efeitos produzidos pela crise monetária internacional, “era necessário também que as outras agências das Nações Unidas e todas as organizações do campo da promoção social, moral, econômica, educacional e da igualdade humana se voltassem para a área da saúde” (WHO, 1978d, p. 9). Com base nesse discurso, observamos que o risco latente de não garantia de “um nível desejado de cuidados em saúde para todos os cidadãos no futuro previsível” inscrevia todas as organizações na luta do movimento hegemônico da OMS (WHO, 1978c, p. 6). Descortinava-se, naquela instituição, a ilusão de que o desenvolvimento econômico se daria pela ferramenta da industrialização, que poderia resolver o problema da pobreza e, assim, gerar o caminho para um rápido progresso econômico-social. “Essa expectativa não tem se realizado, em muitos países: o *gap* entre países ricos e pobres não tem sido reduzido como o esperado”. Mesmo naqueles países com alguma margem de sucesso, “os ganhos não vêm sendo distribuídos equitativamente entre os setores da comunidade: as disparidades de renda, as condições sociais entre áreas urbanas e rurais, e o alto índice de desemprego não desapareceram” (Idem, 1978c, p. 6).

Na Sessão da 31ª AMS, o presidente eleito comentou que o Relatório produzido para o biênio 1978-1979 apontava a APS como “uma das mais importantes áreas para reorientação e desenvolvimento, de acordo com o novo programa orçamentário político estratégico”. Ele disse que “a promoção desse tipo de cuidado” aconteceria na Conferência Internacional, a ser realizada em setembro daquele ano, na URSS. No entanto, a Conferência seria também o espaço para gerar a “compreensão internacional” necessária para que o componente estratégico APS fosse aplicado nos países interessados na nova proposta (Idem, 1978d, p. 7).

No primeiro encontro plenário da Sessão da 31ª AMS, o Diretor Geral apresentou o Relatório bienal do Programa Político Orçamentário Estratégico da OMS, produzido para o biênio anterior, 1976 e 1977. Esse Relatório correspondeu a uma versão atualizada do Relatório produzido pelo mesmo Diretor Geral, em 1974, sobre o componente

estratégico, a partir da solicitação requerida na Resolução WHA 27,44. Nesse novo Documento, o Diretor Geral destacou o princípio da indivisibilidade da saúde e discorreu sobre o estado geral da saúde mundial (WHO, 1978e). Visitamos o Relatório, em busca de aproximações e novos entendimentos.

Segundo o Diretor Geral, Hafdan Mahler, o ano de 1978 deveria ser vislumbrado como uma oportunidade para a Organização olhar para o futuro:

O próximo século está batendo à nossa porta. Temos que intervir agora para certificar-nos de que aqueles que nos seguem no globo alcançarão a meta social que vocês escolheram um ano atrás - até o ano 2000 todos os cidadãos do mundo alcançarão um nível de saúde tal que lhes permitirá uma vida social e economicamente produtiva (WHO, 1978e, p. 14).

Na perspectiva apresentada, era necessário observar o passado, “não para nos prendermos à história, tampouco para nos culparmos ou culparmos os nossos antecessores, mas para extrairmos lições, como um trampolim para o futuro” (Idem, 1978f, p. 1).

Mahler colocava em pauta o fato de a OMS ter sido criada “em um mundo que buscava união e dignidade, diante das ruínas da guerra”. A unidade, almejada pela Organização, seria “uma afronta aos excluídos” e a dignidade só não seria ilusão se todas as pessoas a usufruíssem:

Hoje, nosso quadro de Países-Membros é quase universal, mas o mundo ainda está longe de ser unido. O mundo se tornou menor, ainda que maior: menor, porque a melhoria das comunicações trouxe a história viva para dentro das casas e abriu os olhos de todos para os privilégios de poucos; maior, porque as perspectivas ampliaram e o internacionalismo tem se tornado parte de nosso estilo de vida (Idem, 1978f, p. 1).

Naquela visão, a luta dos países em desenvolvimento por uma Nova Ordem Econômica Internacional havia reunido o Terceiro Mundo em uma coesão sem precedentes, apesar das diferenças políticas nacionais. Nesse contexto, as políticas de saúde teriam que ser forjadas:

Saúde e desenvolvimento são inseparáveis, o desenvolvimento é dependente de políticas e o desenvolvimento da saúde deve andar de mãos dadas com a ação política. Isso não significa que a liberdade nacional

signifique necessariamente liberdade da escravidão da saúde. Mas, a liberdade da saúde poderia ser alcançada universalmente se aplicássemos de forma inteligente justamente os meios que temos à nossa disposição (Idem, 1978f, p. 1).

Após discorrer sobre as esperanças projetadas na Nova Ordem Econômica Internacional e sobre a relação entre saúde, desenvolvimento e ação política, o Diretor Geral traçou uma retrospectiva sobre o lugar ocupado pela tecnologia da saúde na vida das pessoas. Ele comentou que trinta anos atrás, exatamente quando a OMS nascia, a tecnologia da saúde despertava para o mundo, cheia de promessas. Desde então, “esse fato tem superado todos os sonhos, para se tornar um pesadelo”. A tecnologia da saúde se sofisticou para, em seguida, “ditar as políticas de saúde de modo imprudente” aos países. Seus interesses estavam depositados na enorme indústria médica, que crescia a passos largos e, com ela, a impotência de especialistas da saúde pública para controlá-la. Passados trinta anos de seu despertar, era necessário produzir estratégias para reaprender a controlar socialmente esse domínio; sobretudo, os países em via de desenvolvimento (WHO, 1978f, p. 1). A OMS, por sua vez, em sua construção social, referia que se espelhava nos desenvolvimentos históricos mundiais. No entanto, com a filiação dos países que conquistaram independência, o esforço da Organização para a unidade e universalidade passava a servir apenas para descobrir que às vezes ambos os princípios não estão facilmente reconciliados (Idem, 1978f).

Para lidar com distintas realidades de necessidades, a Organização havia optado pelos “acordos regionais”, que foram reforçados. Estados-Membros entendiam que essa escolha havia gerado condições para o desenvolvimento da solidariedade regional, embora cada região carregasse dentro de si “as sementes da fragilidade global”. De modo geral, começava-se a vislumbrar contradições entre a orientação global e a execução nacional: “políticas globais distantes da realidade nacional; ação global muitas vezes inadequada para as necessidades nacionais [...]; pesquisa separada dos serviços [...]; regiões excluídas”. Nesse mar de contradições, uma observação emergia: “em muitos momentos, a atenção dada ao desenvolvimento havia sido excessiva” (Idem, 1978f, p. 1).

Tais constatações levaram ao despertar dos Estados-Membros da ilusão de necessidade constante de mais pesquisas; da frustração gerada pela quantidade crescente de informações técnicas, as quais não poderiam usar; da consternação com programas que, nas realidades,

eram apreendidos como projetos desconexos e ineficazes de assistência técnica. Estados-Membros reagiram democraticamente, mas com firmeza, exigindo da OMS programas coerentes que os ajudassem a desenvolver programas nacionais coesos. Eles insistiram em uma distribuição mais equitativa de recursos de saúde em todo o mundo, começando com recursos da OMS (Idem, 1978f, p. 2).

A resposta da OMS se deu na proposta de uma nova política orçamentária e estratégia, enfatizando: a) a necessidade de autossuficiência em questões de saúde; b) a substituição da assistência técnica supranacional por cooperação técnica internacional; c) a relevância social de todos os programas da OMS; d) a ação de apoio mútuo da OMS aos papéis de coordenação e de cooperação técnica (Idem, 1978f, p. 2)

O Diretor relatou que havia visitado os Comitês Regionais no ano anterior e indicado um programa de saúde para todos. O programa enfatizava a importância primordial da APS, isto é, de atenção essencial à saúde, colocada ao alcance universal de indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles, através da plena participação e a um custo que a comunidade e o país pudessem se permitir (WHO, 1978f, p. 2):

Repito minha convicção de que se atenção primária à saúde puder ser garantida a todos, mais da metade da batalha para assegurar níveis universais aceitáveis de saúde serão vencidas. Evidentemente, a atenção primária à saúde não será eficaz por si só; ela tem que ser parte de um sistema de saúde mais amplo, no qual os outros componentes do sistema organizem-se para apoiar a atenção primária, não prejudicando, como tem acontecido hoje (Idem, 1978f, p. 2).

O Programa destacou a integração de uma variedade de programas, dentro do sistema de saúde geral e dentro da APS, em particular. Ele daria prioridade à alimentação adequada, à segurança de beber água potável e a um ambiente saudável. Também daria prioridade às doenças transmissíveis que, na visão do Diretor Geral, continuarão infelizmente a ser um flagelo durante muitos anos. Essa variedade de programas dentro do Programa mostrava a necessidade de uma combinação adequada de medidas econômicas, sociais e técnicas, apropriadas para a situação epidemiológica de cada país e para as circunstâncias sociais e econômicas (Idem, 1978f, p. 2).

O Programa mencionava dois tipos de pesquisa – uma destinada à geração de novos conhecimentos e outra destinada à aplicação do

conhecimento existente. A segunda era tão importante quanto a primeira, e ainda mais urgente. Dizia o Diretor: “Tanto poderia ser alcançado se aplicássemos o que sabemos agora, mas isso frequentemente depende de fatores sociais e políticos, não menos do que de fatores técnicos”. A realidade requeria não tecnologias sofisticadas, mas adequadas. Essas incluíam, por exemplo, medicamentos, pois “nós devemos aprender a viver com menos medicamentos”; e um recente comitê de especialistas da OMS havia mostrado que isso é possível (Idem, 1978f, p. 3)

Para a operacionalização era importante “garantir o número correto e o tipo correto de profissionais da saúde”. Eles seriam cruciais para a garantia da saúde para todos e por todos e eles deveriam estar socialmente em sintonia, bem como tecnicamente treinados para responder às reais necessidades de saúde das pessoas (Idem, 1978f, p. 3). A convicção social do Diretor Geral era manifesta. Reafirmando saúde como direito humano fundamental de todos, ele assinalava que “a realização de saúde é uma meta social essencial” e que a sua justa distribuição era tão importante quanto a sua quantidade e qualidade. Para alcançar uma distribuição mais justa, era importante “prestar muito mais atenção aos menos favorecidos, à periferia social e à maioria de doenças ignoradas”. A linha-guia deveria ser: “o maior benefício à saúde, para o maior número de pessoas e com baixo custo” (WHO, 1978f, p. 3).

Saúde como direito era entendida, naquele Relatório, como parte do desenvolvimento global. Desenvolvimento implicava progresso social, não menos que progresso econômico, uma vez que o objetivo principal é melhorar a qualidade de vida: “mesmo que saúde não seja tudo, sem ela o resto é nada”. Saúde, economia e desenvolvimento social eram categorias interligadas. Na verdade, “o desenvolvimento de saúde, aquela universalmente aceitável por todas as pessoas sem se importar com outras convicções políticas, pode ser usado como uma poderosa alavanca para o desenvolvimento social e econômico” (Idem, 1978f, p. 3).

O novo Programa deveria se atentar para os fatores econômicos e os fatores sociais, “responsáveis pela saúde desfavorável, e aqui incluindo a influência do ambiente e dos estilos de vida individual e comunitário”. A política técnica deveria responder à política social ao invés de buscar a perfeição técnica. Era necessário, também, levar em conta as consequências sociais e econômicas de sua aplicação, caso as tecnologias da saúde fossem aplicadas sem a interconexão com as tecnologias de outros setores econômicos e sociais, como a agricultura,

a indústria, a educação e o meio ambiente. No entanto, a própria tecnologia da saúde precisaria de uma revisão crítica, pois “todas as técnicas médicas, a infinidade de equipamentos e medicamentos, as instalações complicadas, o labirinto de apoio logístico e o pessoal de apoio se justificariam se fossem eficazes, mas a eficácia da maior parte deles permanece sem comprovação” (WHO, 1978f, p. 3):

Não estou duvidando da sinceridade daqueles que aplicam as inúmeras tecnologias de saúde a custos cada vez mais altos para a sociedade, mas estou desafiando-os a reavaliar a utilidade desses métodos e a refletir sobre o seu custo e sobre a capacidade de a sociedade poder pagar por eles. Para os países em desenvolvimento é mais importante gerar e aplicar tecnologias de saúde adequadas às realidades do que eles receberem dos países ricos soluções prontas, cujo valor em muitos casos, não está comprovado. Só assim é que os países em desenvolvimento serão capazes de acumular os recursos para investimento e reinvestimento, os quais irão permitir o desenvolvimento autossuficiente da saúde (WHO, 1978f, p. 3).

O que se observava, nesse âmbito, era que as tecnologias de saúde, por mais apropriadas que fossem, deveriam ser devidamente aplicadas onde elas eram requeridas como parte dos programas de saúde, e deveriam ser integradas aos sistemas de saúde. Para tanto, a competência gerencial era um requisito vital e o Programa deveria ser entendido, em cada especificidade, como um processo nacional que, para ser produtivo, deveria estimular a ação comunitária e dar condições para que as necessidades sociais de saúde se tornem conhecidas e gerem respostas apropriadas, sociais, técnicas e políticas (Idem, 1978f, p. 4).

Para assegurar a competência gerencial, havia a necessidade urgente de rever o treinamento que estava sendo dado na gestão de saúde em todo o mundo. Mahler assinalou que “poucos, talvez nenhum programa de treinamento está preparando hoje os gestores da saúde adequadamente para as tarefas essenciais, fundamentais para o mundo”. E, ainda, “se quisermos alcançar a meta principal de saúde que vocês decidiram”:

A necessidade não é menos urgente quando nos voltamos para os treinamentos dos profissionais de saúde em geral e de profissionais em particular. Faço um apelo a esses profissionais para aceitar os novos papéis que lhes estão sendo oferecidos, além do exercício de suas habilidades clínicas – aquelas de líderes da saúde, educadores, guias e geradores de tecnologias mais simples e socialmente aceitáveis. Para cumprir essas funções, eles terão que

combinar conhecimentos científicos e técnicos; eles terão que exercitar a compreensão social, a sagacidade psicológica, a perspicácia gerencial e, acima de tudo, a capacidade de persuasão política. Quanto tempo eles vão continuar a fugir deste desafio emocionante e permanecer enclausurados em seus mosteiros clínicos? (Idem, 1978f, p. 4).

O conservadorismo colocava-se como uma fronteira, mas os profissionais de saúde não eram os únicos conservadores. Para o Diretor, a economia clássica também estava em perigo ao se afastar dos objetivos da sociedade, ao confundir crescimento econômico com desenvolvimento e por constantemente exigir prova econômica dos benefícios sociais. “O maior potencial energético do mundo é a energia humana e a saúde é o combustível que pode gerá-la [...]” (Idem, 1978f, p. 4). O Relatório nos mostra que havia a esperança de que a imaginação se manifestaria na criação e realização de uma Nova Ordem Econômica Internacional:

O que aconteceu com ela? Mesmo um economista amador, como eu, não pôde deixar de perceber que, se os países ricos querem permanecer ricos, terão que fazer com que os países pobres se tornem menos pobres em um espírito de igualdade de oportunidades (WHO, 1978f, p. 4).

Uma questão sinalizada pelo Diretor Geral como alarmante dizia respeito à construção social de imitação de modelos econômicos estrangeiros para o financiamento do desenvolvimento da saúde, bem como da imitação de sistemas de saúde estrangeiros. Ele pontuava que um nível notável de bem estar social e econômico, incluindo a saúde, foi alcançado em alguns países em desenvolvimento, por meio da disponibilidade social de menos de 200 dólares por pessoa, por ano. No entanto, na sua visão, todos esses recursos poderiam ser gerados pelos próprios países em desenvolvimento se “o princípio fundamental de igualdade de oportunidade não fosse ofuscado pelos países ricos em uma cortina de fumaça autodefensiva de fazer o bem” quando, na verdade, esse princípio é “agressivamente aplicado com esclarecido autointeresse”. As indagações apontadas por ele foram: “É inércia ou incredulidade, apatia ou falta de imaginação ou obsessão com modelos econômicos ultrapassados?” Ou é “uma terrível falta de liderança nacional e disponibilidade para assumir riscos?” (Idem, 1978f, p. 5).

O caminho sugerido para os representantes dos Países-Membros alargarem a visão das pessoas para o caos da saúde no mundo sobre a

questão “saúde como direito”³⁰, era fazer uso dos seus poderes de “persuasão sobre os políticos do mundo que moldam nossos destinos [...], convencê-los de que as expectativas sociais mundiais subiram a alturas vertiginosas, e se sofrerem uma queda rápida se tornarão um desastre”. Para tanto, os especializados em saúde pública, representantes das nações que compunham a OMS, poderiam usar os meios que eles tinham à disposição ou gerar novos meios. “O que é necessário, mais uma vez, é a vontade política em prol da finalidade social [...] influenciar seus países para que as políticas de saúde progressistas se tornem parte integrante da tomada de decisão das políticas nacionais” (WHO, 1978f, p. 5).

O Diretor Geral assinalou que havia feito o “esboço do Programa”, conforme solicitação dos Países-Membros, a partir do qual os representantes dos Países-Membros definiram “a meta de saúde dos governos e da OMS para as próximas décadas”. Era, então, necessário agir para colocá-lo em ação. “O Conselho Executivo se comprometeu a formular uma estratégia para alcançar saúde para todos até o ano de 2000”, baseada em estratégias nacionais e em sintonia com a “ampla perspectiva mundial do Programa Geral de Trabalho da Organização, da política orçamentária e estratégia; com as doutrinas de saúde e ideologias que vocês têm construído, e que se acumularam ao longo dos anos” (WHO, 1978f, p. 5).

A definição das políticas nacionais de saúde e respectivos programas orçamentários deveriam ser estabelecidos pelos Estados-Membros. A partir de então, a OMS faria uma síntese, compilando-as em “políticas apropriadas para a saúde internacional” de médio prazo, e dando seu apoio. Os Estados-Membros deveriam quantificar suas necessidades para atingir seus objetivos e estimar os custos. Assim, a OMS teria condições de “estimar os custos globais, para alertar o mundo da magnitude do problema, para encontrar formas de resolvê-lo e para ajudar a canalizar o apoio multilateral e bilateral, nos esforços de parceria para a sua solução”. O requisito básico seria “coragem política [...], de modo a tornar o trabalho da saúde muito mais eficaz do que acontece hoje na maioria dos países desenvolvidos e em desenvolvimento” (Idem, 1978f, p. 5).

O sucesso para uma ação de saúde mundial seria alcançado se o programa se sustentasse “em uma unidade de fins”, fazendo uso dos mais variados meios. Os distintos fatores envolvidos na empreitada deveriam estar interligados, numa espécie de comunhão, para que os

³⁰ Grifo nosso.

propósitos fossem alcançados. Setores de cada governo e setores da sociedade deveriam estar interconectados com as políticas de saúde, e os fatores socioeconômicos, técnicos e políticos deveriam ser ponderados (Idem, 1978f, p. 5).

Com isso, o Diretor Geral queria dizer que os mais variados aspectos e outros níveis do sistema de saúde, bem como outros sistemas sociais e econômicos, deveriam se integrar para, juntos, gerarem o componente estratégico para o sistema. Era importante não se descolar do fato de que medidas preventivas dariam “credibilidade social” e medidas curativas dariam “confiança pessoal” ao sistema. Profissionais de saúde teriam que estar empenhados para as funções que o novo sistema exigiria e a pesquisa de saúde deveria estar a serviço das necessidades de saúde das populações. Dizia o Diretor: “É óbvio, então, que a saúde é indivisível”. Com isso, ele parecia dizer que o princípio da indivisibilidade da saúde deveria ser o farol supremo na materialização do Programa em cada país. Para tanto, todos deveriam se comprometer socialmente: políticos, indivíduos, famílias, comunidades e profissionais da saúde de todos os tipos (WHO, 1978f, p. 6):

Sei que muitos de vocês têm dúvidas sobre a viabilidade de uma Nova Ordem Internacional. Eu não compartilho esse pensamento. Sei que muitos de vocês terão dúvidas igualmente sobre o alcance da saúde para todos até o ano de 2000; mais uma vez, não compartilho esse pensamento. Também sei que entre vocês haverá medo de que a minha proposta seja uma cortina de fumaça para ocultar a falta de vontade do mundo e trazer a Nova Ordem Econômica Mundial. Não o é, e não vejo razão para medo. Se vocês estão vigilantes e nós estamos firmes, nos complementaremos (Idem, 1978f, p. 6).

5.3 ARTIGOS

Conforme relatado no final da introdução, a segunda parte dos resultados estará representada por três manuscritos. O primeiro correspondeu à revisão teórica; o segundo descreveu e analisou alguns elementos perenes em dois recortes temporais, a partir de discursos de presidentes, na perspectiva antropológica de Tullio Seppilli; e o terceiro dialogou uma subcategoria com a grande categoria do estudo, na perspectiva gramsciana.

Artigo 1 - Sociedade do Risco, Saúde e a Ideia de Risco: considerações para atenção primária à saúde.

Artigo 2 - Das Areias do Tempo ao Tempo de Todos pela Equidade: reflexões sobre Assembleias Mundiais de Saúde.

Artigo 3 - Movimento Atenção Primária à Saúde: um produto da hegemonia da Organização Mundial da Saúde.

5.3.1. ARTIGO

SOCIEDADE DO RISCO, SAÚDE E IDEIA DE RISCO: CONSIDERAÇÕES NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE³¹

Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima³²
Marta Verdi³³

RESUMO: A inclinação social que condiciona a existência do hoje às incertezas do amanhã tem gerado uma lógica de subordinação do sofrimento humano da concretude da vida à ordem moderna contemporânea de materialização da noção de risco. O presente ensaio tem por objetivo colocar em pauta a política de invisibilidade da saúde, que vem sendo criada pela ideia de risco no âmbito da atenção primária à saúde. Trata-se de uma análise bibliográfica constituída na relação dialógica texto-contexto. O desafio estaria na descolonização da autonomia simbólica da ideia de risco a partir da produção de novos sujeitos, éticos e políticos, para fins de sociabilidades de tolerância ao risco. Para tanto, apresenta-se como uma janela oportuna a reabertura da discussão sobre a transformação socialista da sociedade.

PALAVRAS-CHAVE: sociedade do risco; saúde; ideia de risco; atenção primária à saúde.

³¹ Bolsista da Capes. Processo 6086-11-0

³² Mestre em Saúde Pública pelo Programa de Pós-Graduação de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Doutoranda em Saúde Coletiva do Programa de Pós-graduação de Saúde Coletiva da UFSC, Florianópolis, Brasil.

³³ Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina/Università degli Studi di Roma La Sapienza, professora adjunta do Departamento de Saúde Pública e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFSC, Florianópolis, Brasil.

RISK SOCIETY, HEALTH AND RISK IDEA: CONSIDERATIONS IN THE SCOPE OF PRIMARY HEALTH CARE

ABSTRACT: The social inclination that conditions today's existence to tomorrow's uncertainties has generated a subordination logic of the concreteness of life human suffering to the contemporaneous modern order of the materialization of notion of risk. This essay aims to put on the agenda the politics of health invisibility that has been created from the risk idea in the scope of primary health care. It is a bibliographic analysis constituted in the dialogic relation text-context. The challenge would be in the decolonization of symbolic autonomy of the risk idea, from the production of new subjects, ethic and politician ones, for purposes of risk tolerance sociabilities. For this, we present the reopening of the discussion about socialist transformation of the society.

KEYWORDS: risk society; health; risk idea; primary health care.

INTRODUÇÃO

No âmbito das ações de Atenção Primária à Saúde (APS), conhecida como a porta de entrada do sofrimento inespecífico e específico em vários sistemas de saúde de sociedades capitalistas contemporâneas, a inclinação social que condiciona a existência do hoje às incertezas do amanhã tem gerado uma lógica de subordinação do sofrimento humano da concretude da vida à ordem moderna contemporânea de materialização da noção de risco. Tal assertiva é fruto de nossas experiências, vivenciadas na rede pública de atenção à saúde ao longo de mais de duas décadas, e nas atividades acadêmicas desenvolvidas no processo de formação de pós-graduação.

Os espaços potenciais de ações intrassetoriais primárias de saúde para fins de uma produção individual e coletiva de saúde que pondere a relevância do abraço ao sofrimento do outro, em relação com seu *self*, com suas condições e/ou (in) condições objetivas de vida e com a sociedade, têm sido preenchidos por relações sociais reducionistas, geradoras de submissão dos determinantes e/ou condicionantes socioculturais implicados no modo de as pessoas se perceberem com saúde, indispostas ou doentes, no tempo presente. Tais determinantes e/ou condicionantes encontram-se submetidos à noção colonizadora probabilística de eventos outros.

Como uma consequência fundamental dessa consideração, está a compreensão de que a garantia da narrativa das experiências das pessoas com seus processos de saúde e doença, uma histórica aspiração sólida e um direito humano contemplado constitucionalmente na conquista de saúde como direito de todos em sistemas públicos e universais, tem-se derretido cotidianamente para dar lugar a um novo sólido que vem liderando a ordem social da garantia de saúde: a predição do futuro (BAUMAN, 2001). A percepção gerada nos processos de trabalho é que a narrativa das experiências das pessoas que procuram os serviços é interpretada por aqueles que os garantem como falsas crenças.

A “estratégia APS” derivou de uma construção social coletiva protagonizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), direcionada para o fomento de sistemas de saúde baseados na participação de indivíduos, família e comunidade, cujo comando seria outorgado a uma abordagem horizontal sistêmica de saúde (WHO, 2008). Seu delineamento inicial fundamentou-se na dialética entre a necessidade de fortalecer a cooperação internacional para que o conjunto estratégico de ações, objetivos e metas “aliviassem ou minimizassem o perigo comum colocado pela acentuada disparidade do desenvolvimento da promoção da saúde e controle de doenças” entre os Países-Membros e a compreensão de que “cada país tem seus próprios interesses no âmbito da sua saúde pública” (WHO, 1953, p. 50).

Como uma estratégia de desenvolvimento, ela ganhou expressão nos anos de 1960, a partir de uma reivindicação de Estados-Membros da OMS, nas Assembleias Mundiais de Saúde (AMS). Alguns Estados alegaram que a Organização havia assumido um expressivo compromisso com projetos voltados para o enfrentamento de doenças da época, em detrimento do suporte aos seus serviços de saúde. Em um contexto de atenção mundial voltada para as desigualdades em saúde, deflagrou-se a necessidade de distribuição equitativa de um nível aceitável de saúde para todos. Para tanto, o caminho seria conduzido pela nova estratégia (WHO, 2008).

Naquele tempo histórico, a necessidade de transformação dos serviços básicos de saúde em prol do bem-estar físico, mental e social das pessoas alcançou expressiva visibilidade, já que o processo de descolonização de nações africanas, em curso, descortinava “a esperança de que os países em desenvolvimento poderiam progredir o mais rápido possível através da criação de condições de vida que, por sua vez, permitiriam a garantia da economia deles, para manter os padrões de vida requeridos pelas suas populações” (WHO, 1970, p. 40).

Concomitante, havia a ciência de que era prudente “evitarmos o pecado da arrogância, lembrando que muitas vezes é melhor não tentar muito; vamos nos contentar com modestas realizações que, no mínimo, fornecerão *simple care*” (WHO, 1975, p. 45). Entre consensos e dissensos, em setembro de 1978 a estratégia APS foi formalizada na I Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde, em Alma-Ata, Cazaquistão, com a participação de cento e trinta e quatro países e sessenta e sete organizações das Nações Unidas, agências especializadas e organizações não governamentais vinculadas à OMS e com a participação do UNICEF (WHO, 1978).

Na esteira dessa invenção mundialmente acordada para o desenvolvimento dos povos, o Brasil criou um programa, na década de 1990, com base em um documento produzido pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) – “Saúde dentro de casa: Programa Saúde da Família”. Precursor da estratégia APS nacional, o programa priorizava as ações de promoção e proteção da saúde e focava a atenção prioritária nas pessoas com maior risco de adoecer e morrer e pessoas sem acesso algum aos serviços de saúde (BRASIL, 1994). A proposta nos remete ao discurso de um delegado da 3ª Assembleia Mundial de Saúde da OMS, ocorrida em 1950, sugerindo que os fundos do UNICEF fossem destinados “para oferecer serviços básicos de saúde para as crianças e mães [...] e, acima de tudo, instalação para educação em saúde nas casas das pessoas”, sob a orientação técnica da OMS (WHO, 1950, p. 100).

Em 2006, a estratégia APS brasileira foi implementada “como política de Estado e definida em formato abrangente, compreendendo promoção e proteção, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação da saúde”, em busca de uma atenção integral e na contracorrente de estratégias seletivas recomendadas por agências multilaterais (TEMPORÃO, 2008).

Essa política representou um avanço para a saúde pública brasileira, mas fundamentou-se na dialética entre seus valores éticos e sociais, expressos ao considerar as pessoas em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural (BRASIL, 2006), e a sua “relevante especificidade de prevenir o adocimento e a morte por motivos evitáveis [...]” (Idem, 2008, p. 1322). Vale aqui uma indagação: qual o sentido de base ética em uma política de Estado para cuidados primários se a sua relevante especificidade é a ontologização da doença em um ser? O efeito dessa dialética tem sido a produção cotidiana de invisibilidade da saúde e de maestria da ideia de risco nos espaços de produção da APS.

Nesse sentido, este ensaio busca colocar em pauta a política de invisibilidade da saúde que vem sendo criada pela noção de risco, no âmbito de cuidados primários ditos à saúde. Focando o conceito de saúde da OMS, como “[...] um completo estado de bem-estar físico, mental ou social [...]” (WHO, 1946), ou ancorados em nosso conceito de saúde como um fim em si mesmo, uma aspiração e um direito de todos que se materializa nas relações de sujeitos, em uma dada formação econômico-social, percebemos que a primazia autoritária da ideia de risco sobre a saúde integral e abrangente tem esvaziado a possibilidade de garantia da continência ao sofrimento do tempo presente. Tem esvaziado, portanto, a autoridade do conceito democrático de saúde, facilitando a construção de uma rede centrípeta nos sistemas de saúde, direcionada para a ideia de risco, em prol da, nas palavras de Beck (2011), colonização do futuro.

O ensaio derivou da pesquisa de doutorado realizada na OMS, em 2012. Tratou-se de uma reconstrução etnográfica de abordagem ética realizada na perspectiva demartiniana (DE MARTINO, 2009; SEPPILLI, 2012), cujo objetivo foi analisar a influência da ideia de risco no desenvolvimento do Movimento Atenção Primária à Saúde (MAPS), protagonizado pela OMS e encadeado em sua construção social, entre 1948 e 1978. O MAPS integrou um amplo e dinâmico conjunto de fatos históricos, sociais, econômicos e políticos e, ao conferir aos serviços básicos de saúde a condição de força motriz para o desenvolvimento socioeconômico (WHO, 1978a), alimentou o processo de construção da identidade da rede de vários sistemas de saúde, por exemplo, do Sistema Único de Saúde brasileiro. As fontes primárias da pesquisa foram os discursos dos presidentes, alguns discursos de um Diretor Geral e algumas Discussões Técnicas, pertinentes ao recorte 1948-1978.

A tese que se defendeu é que a ideia de risco está presente como um dispositivo simbólico para atuar no controle da cultura social coletiva produzida nas relações hegemônicas da OMS, nomeada Atenção Primária à Saúde. Essa cultura passou a circular entre 1948 e 1978 a partir da invenção da transformação dos serviços básicos de saúde e se impôs como um componente estratégico para operar a hegemonia no cultivo de saúde como objeto de intervenção para o desenvolvimento econômico e social de sociedades com formação econômico-social capitalista.

A pesquisa voltou-se para fins nacionais visando, portanto, à sociedade brasileira e à análise sobre o que está posto por/para ela, no contexto da Atenção Primária à Saúde. Essa sociedade conquistou, na

Constituição de 1988, o reconhecimento da luta por uma nação democrática que comportasse em sua estrutura a redemocratização da saúde e, com efeito, o fundamento do direito à saúde como direito humano fundamental, avançando no âmbito de conquistas sociais (LIMA, 2013). Dentre tais conquistas sociais, está a do Sistema Único de Saúde (SUS) que, por sua vez, vem se alicerçando sobre a APS.

Vinte anos após a conquista do SUS, em 2008, a Comissão sobre Determinantes Sociais de Saúde (CDS) da OMS reafirmou a meta Atenção Primária à Saúde, mais necessária que nunca (WHO, 2008), pactuada na Conferência de Alma-Ata. A partir de então, houve um chamado mundial da comunidade científica para a consolidação da APS, a partir de investimento em comunidades autônomas, governos responsáveis e apoio externo (WALLEY *et al.*, 2008). No Brasil, construtores e colaboradores das políticas públicas brasileiras fortaleceram o argumento inserindo-o na agenda da saúde pública brasileira (TEMPORÃO, 2008; SANTOS & GIOVANELLA, 2009).

Com efeito, o fortalecimento do argumento se expressou na Portaria n. 2.488/GM/2011, que revisou as normas atuais da Portaria n.º 648/GM/2006, adequando-as ao contexto contemporâneo do desenvolvimento da APS no Brasil. A nova portaria resolveu que os serviços básicos devem “acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva” às necessidades de saúde das pessoas e observar “critérios de risco”; a rede coordenada pela atenção primária deve “identificar riscos”; o processo de trabalho deve “desenvolver ações que priorizem os grupos de risco e os fatores de risco clínico-comportamentais, alimentares e/ou ambientais” com fins de prevenir eventos evitáveis (BRASIL, 2011, p. 19-41).

Ainda nessa perspectiva, a estratégia de classificação de risco para o acolhimento na APS, fomentada por países ditos com democracia avançada, visando, entre outros, ao impacto “sobre a eficácia do processo de alocação de recursos” (TASCA, 2009, p. 12), vem conquistando espaço em oficinas de planificação, desenvolvidas pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Ministério da Saúde, desde 2009. Na perspectiva dos arquitetos, a organização da atenção e a construção de vínculo entre sociedade usuária e trabalhadores da saúde, no âmbito da APS, requer compreensão e discussão sobre “a articulação do conceito de território e risco em saúde” (BRASIL, 2009, p. 31).

É essa dialética, entre a saúde do tempo presente e a imprevisibilidade do futuro nos espaços de produção da estratégia APS, que refletimos nesse ensaio.

SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA, SAÚDE E RISCO:

Há uma tendência no processo de viver contemporâneo que condiciona a existência do hoje às incertezas do amanhã. Vivemos tempos contingentes, tempos de riscos, reais e imaginários, codificados e não codificados. Vivemos tempos de incertezas, alimentados por muitos meios para se realizar qualquer coisa que seja. Vivemos tempos sem tempo para fins concretos.

A dialética de Bauman (2000) assinala que o cenário dessas sociedades tem correspondido a um filme que se revela, ao mesmo tempo, no protagonismo do cultivo das liberdades individuais e na banalização da utopia de enfrentamento de questões relativas a todos. Para o autor, ambas as convicções, aparentemente paradoxais, convivem entre si sem, contudo, estabelecer combinações.

Em tais cenários, o que parece comum é a disposição soberana para a inclusão do consumo e para um contínuo movimento de aceleração individual, e entre pares, instaurado no cotidiano para dominar o tempo e alimentar suas demandas correlatas, impostas pelo modo de produção capitalista. Em consequência, parece que os efeitos gerados nos processos individuais e sociais não têm sido poucos, pois irritação, angústia, desencanto, relações estereis e produção de falsos self (saudáveis?) têm emoldurado o cotidiano do viver (LIMA & VERDI, 2011), aprisionando em seu interior as necessidades humanas conclamadas pelo mercado consumidor (BAUMAN, 2000) e por políticas públicas geradas no cerne de questões levantadas por sociedades, governos (LABRA, 2010) e organismos internacionais.

A perspectiva que tal cenário parece colocar é a de que não há mais espaço para a reflexão de processos totais, de modo universal, no tempo presente: onde a vida concreta acontece com suas (in) condições objetivas, seus matizes e particularidades. Parece que essas questões estão fora de moda. O que se procura universalizar no formato societário contemporâneo não são condições concretas para uma vida digna para todos, mas a vida digna do eu, a temporalidade acelerada, a predição do futuro, o processo de individualização, a aceleração do tempo presente, novas formas de sociabilidade.

No campo intelectual, o esforço argumentativo de interpretação absoluta da realidade parece ter declinado do da constatação de que o mundo mudou e, por consequência, o espaço para a reflexão (pensamento) – o espaço dos “grandes relatos” – (DUPAS, 2005, p. 34) foi substituído pelo espaço da interpretação da manifestação (Idem,

2011; LIMA & VERDI, 2010). E aqui, levantamos uma indagação: de que sociedades nós estamos falando?

Sociólogos têm indicado disposição para decompor analiticamente elementos constitutivos de tais sociedades, voltando-se para as sociedades capitalistas para abordar condições sociológicas e aspectos teórico-metodológicos. O objetivo tem sido promover o entendimento estrutural e/ou a emergência de projetos societários pautados na transformação social. Estudos apontam que os percursos hermenêuticos desenvolvidos reforçam a pluralidade de sentidos, ideias e orientações que perpassam a crítica social no cenário dos últimos quarenta anos das sociedades capitalistas mundiais.

Estudos sociológicos assinalam também que o mundo mudou e que, no processo, velhos sólidos foram derretidos para dar espaço à nova produção de sólidos (BAUMAN, 2001). No entanto, embora com novas faces, há mecanismos que se mantêm sólidos (porque estáveis) na instabilidade do derretimento que caracteriza o novo mundo, por exemplo, a relação entre consumidor e mercadoria. Vinculada à sua gênese histórica, essa relação social impõe o individualismo corporal e hedonista nas sociedades globalizadas, que pode ser caracterizado como o produto da necessidade de reprodução de uma estrutura que se baseia nessa relação: a estrutura global (MARTÍNEZ-HERNÁEZ, 2009). Nesse sentido, é provável que o espaço para reflexão (pensamento) tenha sido ocupado pelo espaço para manifestação do consumo, expresso pela nova subjetividade requerida pela dita globalização.

A relação entre consumidor e mercadoria nada mais é do que um interesse-chave do capital na dimensão econômica de sociedades capitalistas. Esses interesses, irmanados com a economia política, haviam se utilizado da redução da gestão familiar (economia familiar) para construir os Estados capitalistas na transição do feudalismo para o capitalismo da Europa industrial. Os produtores de riqueza (a classe trabalhadora) foram disciplinados e, em seguida, considerados objetos estratégicos populacionais de controle político (FOUCAULT, 2007).

Na contemporaneidade, a estratégia foi inovada. Ela está voltada à gestão social dos riscos, pois no novo mundo os interesses não são o aumento populacional para a geração de riqueza nacional e para a expansão mercantilista, mas, para citar alguns, os interesses do novo mundo são o desenvolvimento global, o fomento à corresponsabilidade individual sobre a própria saúde e sobre as escolhas individuais e a expansão do novo mercado: o consumidor.

A gestação do novo mundo – “um mundo saudável” (porque desenvolvido) – é um processo que se apresenta como instrumento de

validação de sua própria potência ao carregar uma representação imaginária de soberania. Essa autoimagem busca concretude de várias formas, destacando-se no escopo desta análise, a decisão tomada pela Assembleia Geral das Nações Unidas na segunda metade do século XX: a instituição da Nova Ordem Econômica Internacional, com base no argumento de que as nações menos desenvolvidas também deveriam alcançar o direito de se desenvolverem. Isto é, a partir da nova ordem econômica, os novos tempos pareciam querer dizer que assumiam a universalidade do direito ao sol (leia-se: “de um mundo saudável universal porque desenvolvido”) (UNITED NATIONS, 1974). Em paralelo (e interconectadas entre si), estabelecia-se uma nova ordem social, inovada no seu entendimento sobre consciência (BECK, 2011).

Essa ordem social, constitutiva e constituinte de processos de individualização e de novas sociabilidades, tem recomendado aos seres humanos, viventes no e produtores do mundo inovado, um novo formato de consciência que Beck (1997) qualifica como a de autoconfrontação com os efeitos da sociedade de risco.

Ulrich Beck aponta que, em suas imprecisões, as sociedades capitalistas têm potencializado esse formato de consciência no processo em curso de modernização reflexiva: no processo de transição gerado silenciosa e compulsivamente entre a sociedade industrial e a nova fase autônoma das sociedades capitalistas contemporâneas, denominada “sociedade de risco”. Nessa linha, a reflexividade corresponde à qualidade inerente da transição produzida na (auto) destruição do que estava posto (Beck, 1997, p. 14).

A sociedade de risco é uma “latente sociedade política”, cujo *background* pode ser considerado alemão, mas os pilares estão assentados nas mais diversas sociedades [capitalistas] contemporâneas globais. Essa ampla distribuição de sua base lhe confere o caráter plural; isto é, o que existe são latentes sociedades de risco. Seus contornos iniciais estão atrelados aos anos 1970 (Beck, 2011, p. 335) e o solo epistemológico está situado na cegueira e na surdez dos efeitos e perigos (Idem, 1997) ignorados na construção e consolidação do projeto de modernidade (BAUMAN, 1998). Com isso, quer-se dizer que os efeitos e ameaças ignorados pela modernização ocidental acabaram desintegrando as bases e os padrões do progresso industrial, deflagrando a consciência reflexiva e uma sociedade que não se escolhe e não se recusa, mas se produz; e por ela se é autonomamente produzido: a sociedade de risco (BECK, 2011; BECK, 1997).

A passagem da sociedade moderna industrial para a transição moderna reflexiva correspondeu à passagem de uma sociedade de

classes que distribuía “bens” para uma sociedade de risco que distribui “males e danos”, em virtude da contradição do capitalismo (Idem, 1997, p. 17). Esse argumento, de mudança de objeto da distribuição, chama a atenção, pois sugere o fortalecimento do conflito ético de irresponsabilidade distributiva na medida em que os excluídos são mais vulneráveis aos males e danos, bem como à falta de acesso à atenção aos seus males e danos. Ocorre, ainda, que a luta por condições objetivas de existência vivenciada no cotidiano dos excluídos lhes rouba o brilho de sonhar a liberdade (saúde) livre de riscos, apregoada pelo capital e assumida como diretriz de diversos sistemas de saúde. Aos excluídos, resta correr atrás da subsistência do hoje e adaptar-se ao sonho dos incluídos.

Posto isso, cabem alguns questionamentos: 1- Considerando que a sociedade de classes é base da sociedade industrial e que esta, na perspectiva de Beck (1997), desintegrou-se para dar lugar à modernidade reflexiva, quais formas de resistência poderiam se traduzir em lutas, visando ao enfrentamento ativo da ausência de usufruto do direito à saúde como valor democrático? 2- Que estratégias de confronto poderiam ser criadas pela sociedade de risco para enfrentar o problema que tal sociedade gerou para si mesma?

Afinal, a pobreza em massa, constitutiva das sociedades capitalistas contemporâneas, não é uma abstração. Nesse sentido, torna-se necessário refletir que a sociedade de risco vem produzindo a superação de uma dinâmica de oposição de classes, mediante a aceitação passiva de uma nova estrutura de castas (os incluídos e os excluídos), ou seja, ela vem produzindo o fortalecimento da sociedade de classe. Nas palavras de Cohn (2011, p. 246), aos “velhos” excluídos somam-se os “novos”, gerados pela sociedade de risco.

Dito de outro modo, a sociedade de risco, assentada na contradição sucesso/fracasso da sociedade industrial nos processos de individualização alheios à inclusão social de toda coletividade e na apropriação do prefixo “auto” em suas ações, vem produzindo um conformismo social que alavanca a aceitação passiva de que o “eu” está dentro e de que “vários outros” estão fora da dinâmica social. O que parece delineado é que a consciência reflexiva está plasmada sobre a consciência fortalecida de classes.

Além disso, a nova paisagem arquitetada pelas liberdades individuais não tem configurado uma sociedade mais feliz, mas a sociedade fluída do medo, a partir da contínua produção de incertezas e indeterminações: da ausência de fins concretos e de contornos precisos. Ela vem se consolidando na contramão de verdadeiros processos de

individualização (falsos selfs?), produtores de falsa autonomia, uma vez que submetidos à ordem social do consumo. Tais processos só poderiam ser reais se produzidos de maneira coletiva, mas o que vem sendo posto por esse modelo societário é que a escolha deve ser a de privatizar os prováveis meios que possam preservar a garantia, a segurança e a certeza da liberdade individual (BAUMAN, 2000). Trata-se, portanto, de tempos de privatização da utopia e de ilusão de autonomia.

SAÚDE, RISCO, SUJEITOS ÉTICOS E POLÍTICOS

Não é tarefa fácil provocar tensão entre saúde e a ideia de risco para fins de materialidade na vida concreta, no tempo e espaço presentes. Ambos os domínios são produtos históricos da existência humana. O esforço em provocar a tensão está vinculado à constatação do provável risco da perda do homem no confronto com o desenvolvimento das ações de APS, que vem outorgando à ideia de risco o comando da vida das pessoas.

Por exemplo, questionar os efeitos gerados pela subjetividade contemporânea na autonomia é condição necessária para a reflexão sobre saúde. Referimo-nos a esse tipo de subjetividade, que se produz e que se mantém estável na instabilidade do novo mundo, que se mantém permanentemente impermanente, definidamente indefinida e completamente incompleta e que nada mais é do que uma exigência da sociedade de consumo. Tal produção subjetiva tem reduzido sujeitos reais, potencialmente autônomos, em simulacros que reagem cotidianamente para se adaptarem e, assim, afastar o risco de exclusão. (MARTÍNEZ-HERNÁEZ, 2009). Aqui, uma problematização se impõe: como garantir visibilidade e materialidade ao valor democrático da saúde na ausência de sujeitos autônomos?

Na perspectiva de Ayres (2007), a saúde é produzida no reencontro com o sentido das experiências mundanas, aquelas que a vida impõe em seus movimentos cotidianos. Aproximando essa compreensão da dialética de Bauman (2000) para apreender as experiências mundanas como lócus positivos de saúde, é importante situar contextualmente o social desta produção. É provável que, no contexto da boa sociedade, analisada por Bauman (2001), aquela que corresponderia a uma sociedade formada por pessoas livres, no sentido positivo de tal atributo, nas quais seus membros não sofressem nenhum tipo de coerção concreta e/ou simbólica, houvesse solo para que as pessoas produzissem saúde na sua dimensão positiva, no reencontro com o sentido das experiências mundanas (entendendo-as concretas).

No entanto, considerando as sociedades capitalistas contemporâneas “latentes sociedades políticas” (de risco) (BECK, 2011, p. 335), na sua dinâmica de banalizar tentativas de superação da oposição de classes, há necessidade de inquirirmos sobre a existência de base concreta para que seus seres vivos possam minimamente acordar do pesadelo da adaptação e sonhar com o direito de se sentirem saudáveis, na concretude da vida. Pois, subordinar-se à ideia de risco, conferindo-lhe materialidade e sobre ela sendo produzido, pode significar a negação do valor democrático da saúde: o de se perceber em nível de *self* e de se fazer, em nível de reprodução social e de relações sociais de produção, com potência em ato para ser saudável no tempo presente.

No fluxo da sociedade de risco, a garantia de saúde como bem indivisível, direito humano, valor democrático e os efeitos gerados no histórico cenário de desigualdades sociais parecem clamar, na voz dos excluídos, pela gestação de novos modelos epistemológicos, em cuja essência o respeito pela dimensão histórica, social e ética componha uma nova ordem. Enquanto essa gestação não chega, as discussões sobre a relação entre a saúde e a ideia de risco tomam assento em diversas esferas e parecem naturalmente dispostas para compor uma agradável harmonia, sob o comando da autoridade conferida à ideia de risco.

Na contemporaneidade, os termos saúde e risco são debatidos nos mais variados espaços sociais, a partir de distintas abordagens. São temas centrais dos movimentos sociais, dos veículos midiáticos, da academia, da sociedade política, das agências internacionais, dos organismos internacionais de ancoragem de capital financeiro, do terceiro setor, do mercado consumidor, entre outros. Do diálogo no supermercado à elaboração da política econômica, a relação entre a saúde e o risco está em pauta.

Falar dessa relação é uma exigência contemporânea. Mas, de que se está falando? Ou melhor, o que se está calando quando se relaciona saúde e risco? Quando se concebe saúde mediante a autoridade da ideia de risco? Alguém poderia responder que se está calando a necessidade de identificar o que está anterior à ideia de risco e o seu uso na construção de uma sociedade saudável. Outro poderia argumentar que se está falando da necessidade de se educar as pessoas para que elas façam escolhas saudáveis e, assim, evitem riscos, rumo ao desenvolvimento de uma vida longa (e produtiva!). Um terceiro, ainda, poderia referir que o que se está socializando é que para manter a saúde econômica do país é necessário investimento contra riscos.

A distinção entre os diferentes conceitos que a ideia de risco vem assumindo em vários âmbitos de práticas está vinculada aos tipos de riscos para os quais as racionalidades estão voltadas. Como um tipo de racionalidade (CARVALHO, 2007), a ideia de risco ocupa um espaço central na racionalidade instrumental da cultura moderna, e tal centralidade é consequência da exigência de controlar racionalmente o que pode vir a acontecer (CZERESNIA, 2004).

Esse desejo de regular o futuro é fruto do projeto moderno. Ele pode estar relacionado ao mecanismo humano fundado na motivação de imaginar a eternidade para enfrentar a consciência da inevitabilidade da morte (BAUMAN, 2000). Pode, também, representar, citando Freud, uma compensação humana, frente à submissão, do princípio do prazer ao princípio da realidade, em cuja escolha o homem aprisionou possibilidades para conseguir segurança (BAUMAN, 1998).

Aproximando a relação entre saúde e a ideia de risco da abordagem sociológica de Alberto Melucci (2001), para quem as sociedades capitalistas contemporâneas são complexas e fundadas na informação e na contradição, o risco pode ser visto como a segurança demandada pelo agente regulador dessas sociedades. Nessa perspectiva, a frenética produção de informações e de recursos simbólicos gerados em tais sociedades deságua na construção de terminais de redes informativas, formadas por indivíduos individualizados, nos quais se possa confiar (LIMA & VERDI, 2011).

Esses terminais, ao mesmo tempo em que iludem os indivíduos sobre a garantia da individualização “em relação”, exigem deles a submissão a um controle simbólico que regula o espaço onde se modela o sentir e a motivação para agir. Desse modo, as sociedades complexas se produzem e intervêm sobre si mesmas, a partir da individualização e da regulação (Idem, 2011). Em consonância com o objeto dessa reflexão, está a autorreflexividade de Beck (1997). Poder-se-ia pensar também, nessa lógica, que os processos de individualização vêm privatizando vertiginosamente o bem público chamado saúde (BAUMAN, 2000) e que o controle simbólico regulador vem sendo exercido pela ideia de risco.

No entanto, não estamos querendo negar o lugar ocupado pela ideia de risco na produção de saúde, nos espaços da APS, já que dessa ideia deriva um dos instrumentos organizacionais das ações coletivas dessa produção: o conceito de risco epidemiológico.

Mas, sobretudo, não negamos esse lugar porque a ideia de risco compõe o corpo das ações humanas – a ele é inerente e dele decorre – como uma construção social. Riscos são aspectos que estão atrelados

aos objetivos humanos: pequenos ou grandes, individuais e/ou coletivos, eles não são passíveis de eliminação. Vale comentar que da expressão *Risikogesellschaft* (empreendimento de risco), cunhada por Beck, Bauman depreende que “a condição humana é a de uma vida de risco” (*Risikoleben*). Ou seja, toda e qualquer ação e produção humana não estão isentas da incerteza, já que o “risco é o nosso destino comum” (Idem, 2000, p. 151).

Por essa razão, desejar uma “liberdade livre de riscos” no agir humano é uma ambição humana não passível de materialização (BAUMAN, 1998, p. 239). Assim, a indagação não emergiu da negação da ideia de risco, mas da confrontação entre o direito conquistado de saúde e a ideia de risco, para pensar contradições e efeitos sociais, no âmbito da APS, tais como: o vertiginoso aumento de demandas a partir da progressiva medicalização da vida, bem como a ocupação do lugar da narrativa da dor pela solicitação indiscriminada de exames e análises.

Os aportes trazidos sinalizaram que em virtude da coesão social da sociedade do risco imputada pela contradição moderna do capitalismo, os sujeitos-corpos da sociedade do risco vêm sendo determinados e dominados por uma sociedade autônoma que institui para si a consciência de autoconfrontação com os efeitos de sua própria produção. No entanto, a coesão de uma sociedade pode ser quebrada; é possível “forçar sua fratura”, visando à transformação social (WANDERLEY, 2008, p. 60). Para tanto, entendemos que o desafio está posto na ruptura dessa homogeneidade cultural, com o objetivo de subverter a subordinação da saúde ao poder de dominação da ideia de risco.

A “constituição de novos sujeitos” (FLEURY TEIXEIRA, 2010), a partir da transformação da sociabilidade individualizada, impetrada pela sociedade de risco em uma sociabilidade tolerante ao risco, pode ser uma possibilidade de resistência ao poder de dominação dos diversos usos da ideia de risco em saúde. No entanto, torna-se necessário ponderar que o solo epistemológico dessa produção é a “transformação socialista da sociedade” (REIS, 2000, p. 68).

Da mesma forma que a reflexão dos processos totais, a reflexão do socialismo também parece estar fora de moda. Na visão de Reis (2000, p. 68), o debate sobre a transformação socialista da sociedade está, para muitos, pulverizado, fluidificado no ar desde a década de 1980: tempos de fortalecimento da sociedade de risco. Para outros, entretanto, o socialismo é mais necessário que nunca (BENJAMIN, 2010) e a transição requer a “radicalização da democracia” como condição necessária (FLEURY TEIXEIRA, 2010, p. 45). Caso

contrário, populações saudáveis continuarão a representar a base estratégica da economia.

Em que pese o fato de a radicalização da democracia não ser causa suficiente para a transição, posto que sem a superação axiomática das relações econômicas e sociais – a ordem de acumulação capitalista – não há transição (Idem, 2010), vale assinalar que o projeto de mudança socialista da sociedade não é objeto desta reflexão, mas o solo epistemológico da discussão que visa à problematização do resgate da dimensão democrática da saúde da vida pulsante. Concordando com Meiksins-Wood (2007), a essencialidade da democracia, nos tempos atuais, não encontra ancoragem no modo de produção capitalista. Com efeito, a dimensão democrática da saúde da vida pulsante está invisível nos tempos atuais.

Para Fleury Teixeira (2010, p. 27), a radicalização da democracia exige a “constituição de novos sujeitos políticos”, gerada na fratura da condição de subordinação outorgada pelo modo de produção capitalista, a partir do resgate daquilo que Castoriadis chamou “a arte de questionar” (BAUMAN, 2000, p. 14) as relações de sujeição, transformando-as em antagonismos que mobilizem o agir político (Idem, 2010; MELUCCI, 2001).

Sem o propósito de discutir aqui se tais antagonismos seriam produzidos dentro ou fora do espaço institucional dos Estados capitalistas, torna-se relevante considerar que a produção de “novos excluídos” pela sociedade de risco e o fortalecimento do conflito de (i) responsabilidade distributiva de “males e danos” (BECK, 1997, p. 17) como efeito dessa produção resultam na privatização iníqua da utopia de liberdade (saúde) livre de risco. Assim, a sociedade de risco vem fraturando o valor democrático da saúde ao outorgar à ideia de risco a condição de maestro, na perspectiva de todas as sociedades de classes. Ocorre, ainda, que somente aqueles incluídos na prerrogativa de acesso à inclusão social (que não a inclusão de consumo), mediante políticas públicas de saúde efetivamente longitudinais, têm condições de manter acesa a chama da privatização da utopia da liberdade (saúde) livre de risco. Cabe relevar que a utopia dessa forma de liberdade é, como elemento socialmente construído da gestão da existência, um determinante geral de saúde.

Posto isso, o que os novos tempos – tempos de riscos – parecem requerer é a autoprodução de sujeitos, não somente políticos, mas éticos e políticos, reconhecidos na pluralidade e diversidade: 1- sujeitos articulados e comprometidos com o modo de se constituírem e serem constituídos nas relações sociais, bem como com o modo de realizarem

suas ações e com os prováveis efeitos gerados por elas; 2- sujeitos capazes de radicalizar a democracia e, com efeito, resgatar a visibilidade do valor democrático da saúde.

Com isto, não se quer dizer que sociedades de risco são universalmente constituídas por individualidades à margem do bem comum. Longe disso, pois inúmeras experiências éticas de emancipação, no âmbito da saúde pública, estão acontecendo em micros espaços de sociedades capitalistas contemporâneas. No entanto, como o bem comum mantém-se como um problema latente, o desafio ético está na necessidade de toda individualidade reconhecer o direito de ser parte de uma totalidade universal que tolere o risco e devolva à saúde a visibilidade de seu valor democrático. Isto significa dizer que as individualidades seriam parte de uma totalidade fundada em uma nova sociabilidade: a de tolerância ao risco.

CONSIDERAÇÕES

A colonização do devir nos espaços de produção da APS tem produzido uma implicação ética importante de submissão da narrativa das experiências das pessoas com seus sistemas de vida ao considerar como dado irrelevante a expressão da valorização dada pelas pessoas aos determinantes e/ou condicionantes de seus processos de saúde e doença.

A dinâmica de privatização da utopia da liberdade livre de risco, processada na sociedade de risco que está plasmada na sociedade de classes, vem configurando uma modalidade de privatização interna na saúde que exige novas bandeiras de lutas, voltadas para a recuperação da saúde como valor democrático, isto é, para a recuperação da capacidade argumentativa da saúde que se encontra subordinada à ideia de risco.

A produção de novos sujeitos éticos e políticos e a reabertura da discussão sobre a transformação socialista da sociedade apresentam-se como possibilidade para alavancar a ruptura dessa subordinação. O desafio inicial estaria na descolonização da autonomia simbólica da ideia de risco e, posteriormente, na aplicação, para citar Fleury Teixeira (2010, p. 28), de uma “ética de reconhecimento”, no espaço público da APS, aplicada por novos sujeitos éticos e políticos que se sentissem parte de uma totalidade universal reconhecedora do valor democrático da saúde. Em consequência, esses novos sujeitos poderiam desenvolver uma sociabilidade de tolerância à ideia de risco. Ideia que, na verdade, trata-se de um fenômeno arcaico que ganhou autonomia simbólica no

capitalismo tardio e que se tem constituído numa ordem social latente que insiste em classificar o sofrimento humano, nas ações de APS: que insiste em medicalizar a vida.

REFERÊNCIAS

AYRES, J. R. C. M. Um conceito hermenêutico de saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 43-62, 2007.

BAUMAN, Z. *Modernidade líquida*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

_____. *Em busca da política*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

_____. *O mal-estar da pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

BECK, U. *La società del rischio*. Verso una seconda modernità. Roma: Carocci, 2011.

_____. Reinvenção da política: rumo à teoria da modernização reflexiva. In: GIDDENS A; BECK, U.; LASH, S. (ed.). *Modernização Reflexiva*. São Paulo: Universidade Estadual Paulista, 1997.

BENJAMIN, C. Democracia, economia e capitalismo. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. de V. C. *Participação, Democracia e Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 14-23.

BRASIL, 2011. *Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011*. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>>. Acessado em 16 de agosto de 2013.

BRASIL, 2009. *Oficina de planificação da atenção primária à saúde nos Estados*. Caderno de Apresentação. CONASS e Ministério da Saúde. Disponível em: <http://bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/services/e-books/seminarioaps_26maio09_caderno_miolo.pdf>. Acessado em 16 de agosto de 2013.

BRASIL, 2006. *Portaria nº 648/GM/2006*. Disponível em: <<http://www.saude.al.gov.br/portariams6482006-21-10-2009>>. Acessado em 16 de agosto de 2013.

BRASIL, 1994. Programa de saúde da família: saúde dentro de casa. Brasília: *Fundação Nacional de Saúde* (Brasil); 1994. 20 p. ilustr.

CARVALHO, M. Riscos, *dispositivos de informação* e a questão do governo em relação com a saúde nas sociedades contemporâneas. *Estudos em Comunicação* n. 2, p. 147-170, 2007. Disponível em: <<http://www.ec.ubi.pt/ec/02/pdf/Carvalho-risco-dispositivos-de-informacao.pdf>>. Acessado em 16 de agosto de 2013.

COHN, A. Questionando conceitos: o público e o privado na saúde no século 21. In: SANTOS, N. R. dos; AMARANTE, P. D. de C. *Gestão pública e relação público privado na saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2011, p. 244-251.

CZERESNIA, D. Ciência, técnica e cultura: relações entre risco e práticas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 2, p. 447-455, 2004.

DUPAS, G. Tensões contemporâneas entre o público e o privado. *Cadernos de Pesquisa*, v. 35, n. 124, p. 33-42, jan./abr. 2005.

FLEURY TEIXEIRA, S. Socialismo e democracia: o lugar do sujeito. In: FLEURY TEIXEIRA, S.; LOBATO, L. de V.C. *Participação, Democracia e Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010, p. 24-46.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. São Paulo: Graal, 2007.

LABRA, M. E. Política Nacional de Participação na Saúde: entre a utopia democrática do controle social e a práxis predatória do clientelismo empresarial. In: FLEURY, S. T.; LOBATO, L. de V. C. *Participação, Democracia e Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010, p. 176-203.

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

MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ, A. Cuerpos fantasmales en la urbe global. *Fractal : Revista de Psicología*, v. 21, n. 2, 2009.

MEIKSINS-WOOD, E. Capitalismo e democracia. In: BORON, A. A.; AMADEO, J.G.; GONZALEZ, S. *A teoria marxista hoje*. Problemas e perspectivas. 2007. Disponível em: <<http://biblioteca.clacso.edu.ar/subida/uploads/FTPtest/clacso/formacionvirtual/20100715084411/cap18.pdf>>. Acessado em 16 de agosto de 2013.

MELUCCI, A. *A invenção do presente*. Petrópolis: Vozes, 2001.

REIS, R. H. dos. *A constituição do sujeito político, epistemológico e amoroso na alfabetização de jovens e adultos*. 2000. 267 p. Tese (Doutorado em Educação). Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

SANTOS, A. M.; GIOVANELLA L. La atención primaria de salud: más necesaria que nunca. Informe sobre la salud en el mundo. *Cadernos de Saúde Pública*, v.25, n.11. p.2532-2534. Nov- 2009.

TASCA, R. Entrevista com Renato Tasca, coordenador da Unidade Técnica de Serviços de Saúde da OPAS no Brasil. *Revista Brasileira Saúde da Família*. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/revistas/revista_saude_familia23.pdf>. Acessado em 16 de agosto de 2013.

TEMPORÃO, J. G.. Saúde da Família, agora mais do que nunca! *Ciênc. saúde coletiva*, [online]. 2009, vol.14, suppl.1, p. 1322-1323.

UNITED NATIONS.1974. *Declaration for the establishment of a new international economic order*: United Nations General Assembly document A/RES/S-6/3201. Disponível em:< <http://www.un-documents.net/s6r3201.htm>>. Acessado em 16 de agosto de 2013.

WALLEY, John, et al. (2008). Primary health care: making Alma-Ata a reality. *The Lancet* 372(9642): 1001-7.

WANDERLEY, L. E. W. A questão social no contexto da globalização: o caso latino-americano e caribenho In: CASTEL, R., L. E.;

WANDERLEY, L. E. W.; BELFIORE-WANDERLEY, M.. *Desigualdade e a Questão Social*. São Paulo: Educ, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, Primary health care comes full circle. An interview with Dr Halfdan Mahler, 2008. *Bulletin of the World Health Organization*. Disponível em: <<http://www.who.int/bulletin/volumes/86/10/08-041008/en/index.html>>. Acessado em 16 de agosto de 2013.

_____, 1978b. *Primary Health Care. Alma-Ata, 1978*. Disponível em: <<http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800011.pdf>>. Acessado em 16 de agosto de 2013.

_____, 1975. Official Records of the World Health Organization N. 227. Part II. Twenty-Eighth World Health Assembly. In: *Off. Rec. World Hlth Org.223-226.1975*.

_____, 1970. Official Records of the World Health Organization N. 185. Part II. Twenty-Third World Health Assembly. In: *Off. Rec. World Hlth Org.183-186.1970*.

_____, 1953. Official Records of the World Health Organization N. 48. Fifth World Health Assembly. In: *Off. Rec. World Hlth Org.46-49.1953*.

_____, 1950. Official Records of the World Health Organization N. 28. Third World Health Assembly. In: *Off. Rec. World Hlth Org.28.1950*.

_____, 1946. Constitution of the World Health Organization. New York, 1946.

5.3.2. ARTIGO

DAS AREIAS DO TEMPO AO TEMPO DE TODOS PELA EQUIDADE: REFLEXÕES SOBRE ASSEMBLEIAS MUNDIAIS DE SAÚDE DA OMS³⁴

Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima³⁵
Marta Verdi³⁶

RESUMO: Descreveu e analisou elementos perenes em fragmentos discursivos de algumas experiências decisórias ocorridas em Assembleias da OMS, no período 1948-1952 e na realizada em 2012. O argumento é que há elementos de continuidade em tais discursos sobre o direito à saúde, determinantes sociais de saúde e equidade, traduzidos em uma perspectiva retórica latente que requer uma análise sistêmica. A análise foi conduzida com base na abordagem antropológica cultural de saúde de Tullio Seppilli. Concluiu-se que a OMS, qualificada por uma aliança que confere iguais condições aos Países-Membros para lutar pelo direito à saúde em realidades “caracterizadas por uma objetiva e significativa desigualdade de bens e direitos” (SEPPILLI, 2007, p. 42), inscrita internamente às nações, requer determinação ética e política para sustentar em seus projetos o compromisso com a justiça social com equidade.

PALAVRAS-CHAVE: Assembleia Mundial de Saúde; Organização Mundial de Saúde; equidade; direito à saúde.

FROM THE SANDS OF TIME TO THE TIME OF ALL FOR EQUITY: OBSERVATIONS ABOUT THE WHO WORLD HEALTH ORGANIZATION ASSEMBLY

ABSTRACT: We describe and analyze perennial elements from discursive fragments of some decision experiences occurred in WHO Assemblies, specially the five first ones, between 1948 and 1952, and the one in 2012. We argue that there are elements of continuity in the

³⁴ Bolsista da Capes. Processo 6086-11-0.

³⁵ Mestre em Saúde Pública pelo Programa de Pós-Graduação de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Doutoranda em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação de Saúde Coletiva da UFSC, Florianópolis, Brasil.

³⁶ Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina/Università degli Studi di Roma La Sapienza, professora adjunta do Departamento de Saúde Pública e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFSC, Florianópolis, Brasil.

discourses surrounding the right to health, social determinants of health and equity, translated in a latent rhetoric perspective that requires a systemic analysis. The analysis was conducted based on Tullio Seppilli's cultural anthropological approach of health. We conclude that WHO, qualified by an alliance that gives the same conditions to Member States seeking for the right to health in realities "characterized for an objective and significant inequality of assets and rights" (SEPPILLI, 2007, p. 42), inscribed internally by the nations, requires sensibility, ethical and political determination to sustain in its projects the commitment to social justice and equity.

KEYWORDS: World Health Assembly; World Health Organization; equity, right to health.

Um agricultor se desloca para uma área sabidamente de pouca incidência de chuvas. Porém, a terra é barata e ele tende a minimizar esse fato. Tempos depois, seu empreendimento torna-se insustentável. A escolha, todavia, baseou-se na expectativa, procedente, de que o governo proveria água para irrigação a partir da construção de um açude nessa região. Como o governo não faz o citado investimento, o fato de o agricultor ter, enfim, "quebrado", pode agora ser interpretado de modo diverso [...]

Monteiro, J. V. *Um padrão de política pública na crise econômica mundial*, 1994.

Vários questionamentos poderiam instigar o pesquisador em saúde pública, no exemplo supracitado. Para citar alguns: a) O fato sugeriria algum contexto específico? b) Seria do âmbito da liberdade individual e da capacidade preditiva do sujeito? c) Seria um efeito da falta de reconhecimento do Estado da relação entre processos produtivos e saúde? d) O agricultor teria uma nacionalidade específica?

Agregando um elemento fictício ao enredo – tal situação ocorreu e foi analisada em uma década dos últimos sessenta anos, quando aconteciam debates mundiais sobre a expansão desenvolvimentista e sobre a importância de os governos atuarem sobre a relação entre saúde e os determinantes sociais dos processos de saúde e doença – facilitaria os caminhos da imaginação?

Ainda assim, a pluralidade de perspectivas se faria valer, provavelmente. Afinal, temáticas como "desenvolvimento e determinantes sociais dos processos de saúde e de doença"

protagonizaram vários momentos nacionais e mundiais, ao longo dos últimos sessenta anos. Pensar um debate caloroso sobre a relação entre saúde dos povos e desenvolvimento para expansão econômica poderia, por exemplo, remeter-nos aos trabalhos iniciais das Assembleias Mundiais de Saúde³⁷ da Organização Mundial de Saúde³⁸, no contexto da Guerra Fria (WHO, 1949). Com maior timidez (ABRAMOVAY, 2012), poderíamos pensar nos debates gerados na Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável, a Rio + 20, ocorrida no Brasil em junho de 2012. Ou a tantos outros.

Na verdade, trata-se de um exemplo situado nos anos 1990, citado em uma Serie do Programa Nacional de Pesquisas Econômicas (PNPE), do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada do Brasil (IPEA), cuja análise mencionou o papel da consistência e da previsibilidade da política pública na vida cotidiana de um agricultor (MONTEIRO, 1994). É uma fotografia, portanto, de um micro contexto da sociedade brasileira que, após anos de ditadura, retomava a vida constitucional e nela conquistava o reconhecimento de saúde como direito de todos e dever de Estado, ao mesmo tempo em que convivia com, na perspectiva de Rizotto (2000), o redirecionamento do Estado da posição de promotor e produtor do crescimento para uma posição de regulador e facilitador do desenvolvimento econômico e social.

Ainda vivo na memória social, o contexto democrático-político da conquista do Sistema Único de Saúde (SUS) dividia o espaço com a arquitetura proposta pela Reforma Estatal, com base nas recomendações do Banco Mundial sobre como o Estado poderia se tornar mais ágil e eficiente para tomar assento na economia globalizada (Idem, 2000). Eram tempos de “ventos” de financeirização, em que o Brasil priorizava a sua política macroeconômica de contenção, voltada para a construção do superávit primário em prol da redução do déficit público, argumentando que tal medida era uma necessidade, diante dos efeitos do aumento da taxa de juros americanos que havia sido determinado dez anos antes (MENDES & MARQUES, 2009, p. 845).

Naquela década, o Brasil sediou a Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (UNITED NATIONS, 1992), conhecida também como Rio/92, que acabou gerando, vinte anos

³⁷ Na referência, estará representada pela sigla WHA, representante da expressão em língua inglesa, pois os documentos utilizados são em língua inglesa.

³⁸ Na referência, estará representada pela sigla WHO, representante da expressão em língua inglesa, pois os documentos utilizados são em língua inglesa.

depois, a Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável, a Rio + 20, ocorrida em junho de 2012.

A presente discussão é fruto de pesquisa de doutorado realizada na Organização Mundial da Saúde em 2012. Situa-se no campo da pesquisa social, a partir das interlocuções estabelecidas entre o movimento vivo presente em Verbatim Records³⁹ das Assembleias Mundiais de Saúde da OMS e a experiência de participação da pesquisadora como observadora na 65ª Assembleia Mundial de Saúde, ocorrida em maio de 2012, em Genebra. A proposta consiste em descrever e analisar elementos perenes em fragmentos discursivos de algumas experiências decisórias ocorridas em Assembleias da OMS, especificamente das cinco primeiras experiências, período 1948-1952, e da realizada em 2012. A intenção em abri-lo com uma situação vivenciada por um cidadão comum do mundo deve-se à proposta do próprio texto: conduzir a reflexão em modo conectado com um exemplo atemporal de copresença de experiências cotidianas que se confrontam com aquelas em que presidentes e *decision makers*⁴⁰ de assembleias da OMS estão discursando sobre a importância de convencer *policy makers*⁴¹ dos Estados a pactuarem, em projetos desenvolvimentistas, a garantia universal do direito à saúde e o compromisso com determinantes sociais dos processos de saúde e de doença. O argumento é que há elementos de continuidade em tais discursos, traduzidos em uma perspectiva retórica latente que requer uma análise sistêmica.

Tais elementos são: a) a retórica do papel da ciência (como bem comum e contemplando não somente os aspectos bio, mas os mecanismos históricos e sociais) na relação entre saúde e determinantes sociais dos processos de saúde e de doença; b) o compromisso com esforços para proteger e defender o direito universal à saúde, ainda que com distintos matizes e com diferentes ventos capitalistas (monopolista/de financeirização); c) o reconhecimento de os Estados investirem nos determinantes sociais dos processos de saúde e de doença; d) o tão caro intercâmbio entre pensamentos e experiências, como produto histórico; e) a luta por um mundo (o mais possível) equânime/justo (saudável!), idealizado sobre um nós social produzido sobre relações de hegemonia. Para tanto, a análise será conduzida com base na abordagem antropológica cultural da saúde de Tullio Seppilli, presidente da *Fondazione Angelo Celli*, Perugia, Italia.

³⁹ Registros Textuais das Assembleias Mundiais de Saúde.

⁴⁰ Tomadores de decisão.

⁴¹ Decisores políticos, no sentido de representantes da sociedade política.

MÉTODOS

A pesquisa foi do tipo reconstrução etnográfica de abordagem ética, na perspectiva demartiniana (DE MARTINO, 2009), considerando que “o pesquisador não estava fora, mas dentro do momento histórico”. Foi produzida na OMS em 2012, com o objetivo de analisar a influência da ideia de risco no Movimento Atenção Primária à Saúde (MAPS), protagonizado pela OMS e encadeado em sua construção social, entre 1948 e 1978. Os dados primários foram os discursos de presidentes das Assembleias, de um dos Diretores Gerais, e algumas discussões técnicas, extraídos de registros oficiais textuais da Organização.

A reconstrução etnográfica ancorou-se no horizonte científico do pesquisador (SEPPILLI, 2012) e definiu-se no encontro entre a cultura científica deste e a cultura observada, exposta em documentos oficiais. A análise foi êmica, entendida como a relação entre as duas culturas da civilização ocidental (SEPPILLI, 2012): entre a cultura do pesquisador e a dos “homens encontrados” em documentos oficiais da Organização (DE MARTINO, 2009).

O trabalho de campo do estudo (DE MARTINO, 2009) foi desenvolvido em fevereiro e março de 2012. Conforme orientação do Secretariado, o acesso foi solicitado por meio eletrônico, através do preenchimento e encaminhamento da Requisição para Pesquisa nos arquivos da OMS (WHO, 2012a). Na relação com os arquivos da OMS, a pesquisa começou a “construir seu próprio arquivo” (COMAROFF & COMAROFF, 2010, p.42).

A pesquisa foi apresentada à rede ePORTUGUESe, uma plataforma de apoio ao desenvolvimento profissional em saúde aos países de língua portuguesa, desenvolvida pelo Departamento de Gestão e Intercâmbio do Conhecimento da OMS (WHO, 2012b). Essa rede ofereceu suporte técnico e o grato convite para participar do encontro com os Ministros da Saúde dos oito países de língua portuguesa, que aconteceria na ocasião da 65ª AMS, nas Nações Unidas. Tal convite abriu caminhos para a pesquisadora retornar dois meses depois e observar a 65ª WHA, agregando uma nova base empírica à pesquisa.

O primeiro momento do trabalho de campo correspondeu à aproximação ao objeto, isto é, consistiu da aproximação à cultura que seria observada, a partir de extratos da vida social das assembleias ocorridas entre 1948 e 1978. Uma vez aproximadas, a cultura científica do observante e a cultura a ser observada, a relação começou a se impor, em busca de um projeto comum: uma reconstrução etnográfica

produzida a partir de documentos que eram movimentos vivos de uma sociedade definida, em contínuo processo de construção e com distintas posições políticas, artísticas e filosóficas, em um tempo histórico delimitado entre 1948 e 1978 (Idem, 2009). Por se tratar de um recorte histórico de trinta anos, a relação entre as culturas foi desenvolvida em seis etapas, cada uma composta por cinco experiências de Assembleias.

Para a delimitação deste texto, foram considerados fragmentos discursivos da primeira etapa do percurso de campo, na qual a relação se estabeleceu com experiências das cinco primeiras Assembleias, período 1948-1952, e sobre fragmentos discursivos da 65ª AMS, aquela agregada à pesquisa (WHO, 2012c, WHO, 1952; WHO, 1951; WHO, 1950; WHO, 1949; WHO, 1948a).

Os dados coletados foram organizados no software Atlas-Ti. Para codificá-los, foram realizadas leituras exaustivas para extrair os núcleos do sentido discursivos que sinalizassem, em alguma medida, elementos sobre o investimento na garantia de saúde como direito e no enfrentamento aos determinantes sociais dos processos de saúde e de doença. Tais núcleos foram recortados em temas que se constituíram em unidades de registro, posteriormente codificadas e classificadas pelas unidades de contexto (ZOBOLI, 2003). Os temas agrupados geraram a categoria Das Areias do Tempo ao Tempo de Todos pela Equidade. As falas dos sujeitos de pesquisa do período 1948-1952 foram representadas pelas letras AT (“Areias do Tempo”), seguidas de números ordenados, e as dos sujeitos da 65ª AMS pelas letras TTE (“Tempo de Todos pela Equidade”), também seguidos de números ordenados.

DAS AREIAS DO TEMPO AO TEMPO DE TODOS PELA EQUIDADE

Examinando fragmentos recuperados das primeiras cinco assembleias e documentos da etapa de observação da 65ª MAS, foi possível estabelecer um diálogo entre as duas temporalidades, marcado pela presença de elementos perenes nos discursos de *decision makers* sobre o papel da ciência na relação entre saúde e determinantes sociais dos processos de saúde e de doença:

A ciência nos tem ensinado como garantir a saúde para todos, mas os resultados de pesquisa científica não poderão tornar-se realidade e se materializar antes de melhorarem as relações econômicas e sociais e outras (AT1, 1948).

[...] nós estamos vendo uma nova onda de inovação que, eu acredito, os comissários sobre Determinantes Sociais de Saúde veem como bem-vinda. Esta onda não contempla somente as causas de mortes evitáveis, mas os verdadeiros motivos por trás dessas causas (TTE1, 2012).

O fragmento acima, extraído da 1ª AMS, aponta a ciência como um bem comum imaterial, na medida em que demarca seu papel educativo na proteção à saúde de todos. Ao mesmo tempo assinala que, sem a melhoria das relações socioeconômicas entre as pessoas, a ciência focada para a proteção universal da saúde não resultaria em ciência aplicada. Cabe aqui ponderar de que ciência se está falando, pois, citando Seppilli (2012; 2008; 2007), as ciências produzidas como um bem comum, a serviço da proteção universal da saúde, têm imagens-objetivos, metodologias, modelos interpretativos e uso social dos resultados bem particulares, voltados para a compreensão da realidade da condição humana a partir de seus dois estágios constitutivos essenciais, coexistentes na organização do homem: o biológico e o histórico-social. Com isto, quer-se dizer que para interpretar cientificamente a realidade da proteção universal da saúde é necessário compreender os mecanismos históricos sociais, já que as humanidades não estão fora, mas dentro do regime das sociedades.

Outra questão importante implicada no entendimento de ciência como bem comum e no papel das relações econômicas e sociais na proteção à saúde das pessoas é que, na ocasião da 1ª AMS, a OMS abriu as portas de sua construção social com *decision makers* de Estados-Membros capitalistas e socialistas. Ainda que a Organização não se considerasse um organismo político, essa condição impôs a presença de dois modelos teóricos de formação econômico-social na 1ª AMS – capitalista e socialista – e, portanto, a presença de dois modos distintos de se perceber o que viria a ser ciência como “bem comum” e “melhoria” das relações socioeconômicas.

Já o fragmento supracitado da 65ª AMS aponta para uma nova onda de inovação, fruto da disposição da ciência em buscar as causas, postas como pano de fundo, de doenças evitáveis. É esperançoso pensar que o caráter de inovação mencionado esteja vinculado ao investimento que vem sendo conferido pelas ciências sociais e pela epidemiologia na relação causal entre ausência de condições materiais de vida e desenvolvimento de doenças evitáveis e aos avanços alavancados pelas ciências sociais sobre o papel da rede de relações sociais, do processo de viver no contexto histórico-social e do psiquismo no desenvolvimento

de processos patológicos. Dito de outro modo: é esperançoso pensar que tal onda inovadora vem sendo gerada pela “reinvenção” do peso da relação entre os processos de saúde/doença e experiências de vida, tão cara à medicina ocidental do século XVI e adormecida pelos efeitos de descobertas das ciências naturais, a partir da segunda metade do século XVIII, que representaram, por um lado, uma conquista, mas, por outro, um limite, ao laicizar a ciência (SEPPILLI, 2008; SEPPILLI, 2007).

A própria Constituição da OMS reconheceu o direito à saúde como um direito fundamental e lançou sementes para a sua construção social, com base em processos de hegemonia:

[...] a nossa Constituição exprime, especialmente em seu preâmbulo, a quintessência da área da saúde [...]. Todos os indivíduos têm o direito fundamental à saúde [...] a realização de qualquer Estado na promoção e proteção da saúde é um valor de todos (AT1, 1948)

É inegável que o preâmbulo da Constituição da OMS, de 1946, ao reconhecer saúde como direito fundamental de todos, iluminou o momento histórico. No entanto, tal reconhecimento acabou gerando um ambicioso e utópico compromisso para a OMS, pois expressava paradoxalmente no seu ideal as condições de impossibilidade. De acordo com Seppilli (2012), o compromisso com o direito universal à saúde coloca, já de início, a questão de formação econômico-social: a exigência de uma formação econômico-social cuja lógica dominante considera, de fato, esse direito como um bem comum. Assim, para que a sociedade OMS materializasse seus esforços, isto é, para que ela estimulasse a garantia de ação política universal em prol da garantia universal do direito à saúde por parte de seus Estados-Membros, no sentido de não inscrevê-lo como um direito teórico, seria necessário que todas as formas de consciência, determinadas por todos os processos econômicos que perpassavam sua construção social, confluíssem em um projeto específico de garantia do direito universal à saúde que estivesse estruturado dentro de um amplo projeto geral de mundo. Uma utopia, portanto.

Tal horizonte utópico alargou suas fronteiras quando um dos princípios da sua Constituição estabeleceu como valor comum o investimento de proteção da saúde, realizado por qualquer um dos Estados. Considerando a OMS uma sociedade que inevitavelmente se constituía de modo estratificado, composta por segmentos sociais (Estados-Membros) com distintas condições objetivas para garantir bens e direitos sociais aos seus cidadãos, tais segmentos sociais acabariam

expressando diferentes possibilidades operativas e diferentes capacidades para construir autonomamente um projeto de proteção à saúde. Ponderar como valor comum para países com menos lugar ao sol o projeto de proteção à saúde que um país desenvolvido edificava poderia estar sinalizando as regras de uma hegemonia que ali se estabelecia. Portanto, poderia estar sinalizando que naquele princípio constitucional se estabelecia a ideia de condicionamentos de segmentos menos iluminados por aqueles historicamente produzidos com excedentes de luzes. Em síntese, o princípio constitucional poderia ser interpretado como uma regra de controle social (SEPPILLI, 2008; SEPPILLI, 2007). A dialética avançava na medida em que *decision makers* socializaram que [...] “nossa Constituição deve ser seguida por ações geradas na troca de pensamentos e experiências entre as nações” (AT1, 1948).

Faz-se necessário reafirmar o questionamento de que há uma distância considerável entre iluminar o momento histórico, reconhecendo saúde como direito na Constituição da OMS, e lançar-se numa construção coletiva que convencesse os Estados-Membros a garantirem esse direito e a lutarem radicalmente no enfrentamento às iniquidades, direcionando os recursos necessários para tal garantia universal. A questão posta é: considerando que duas formações econômico-sociais dominavam as formas de consciência da OMS em 1948, como era possível uma organização, que se nomeou mundial a partir de um acordo internacional, pensar que pudesse equalizar uma vontade coletiva e a partir dela tecer recomendações e resoluções sobre saúde como direito e sobre determinantes sociais de saúde e doença na vida dos povos?

Tratava-se de uma sociedade estratificada, com distintas possibilidades e horizontes, cujos patrimônios culturais eram heterogêneos e não circulavam ao redor de uma mesma formação econômico-social (SEPPILLI, 2008; SEPPILLI, 2007). Isto não significa que a presença de distintos modelos teóricos de formações econômico-sociais que perpassavam aquele contexto impedisse ações positivas, pois, por exemplo, frente a uma epidemia, fenômeno que demandava enfrentamento imediato, era possível para a OMS pensar a produção de uma totalidade de respostas dos países socialistas e capitalistas. Isto é, na perspectiva de ações possíveis a serem materializadas pela Organização havia um nível mínimo de (inúmeras) possibilidades que poderíamos chamar possibilidades técnicas que estavam fora dos problemas da formação econômico-social (SEPPILLI, 2012) e que, portanto, a Organização teria condições na época de

transformar texto constitucional em ação (RICOEUR, 2004). Por exemplo: a implantação de medidas de quarentena.

Em “Tempos de Todos pela Equidade”, na 65ª WHA, a preservação dos esforços da OMS em proteger e defender o direito à saúde aparece com outro matiz:

[...] para mim, a OMS tem o papel de ser um guardião da saúde global, um protetor e defensor da saúde, incluindo o direito à saúde (TTE1, 2012)

De acordo com o depoimento, o direito à saúde está “incluído” na proteção da saúde global, o que não significa entender que ele é o núcleo de sentido da organização. Essa observação se revela importante, na medida em que coincide com um tempo histórico de hegemonia da formação econômico-social capitalista, filha da de outrora, de 1948: de hegemonia de um modo de produção das relações socioeconômicas dos Estados-Membros caracterizado pela chegada dos tempos de financeirização, no qual os processos econômicos são muito mais fortes e onde “heterogeneidades culturais internas” prosseguem gerando “estados de efetiva incoerência cultural” (SEPPILLI, 2007, p. 43). Nesse sentido, parece ser razoável salvaguardar a ambição de centralizar esforços na garantia universal do direito à saúde, incluindo-o num processo “guardião” maior. Paradoxalmente, esse tempo histórico vem sendo chamado [...] “idade de ouro para o desenvolvimento da saúde, na qual os governos, em ambos os países, doadores e receptores, fez da agenda saúde uma prioridade” (TTE1, 2012)

Ainda em “Tempos de Todos pela Equidade”, na 65ª AMS, o tão caro intercâmbio entre pensamentos e experiências entre delegações, proposto desde a primeira Assembleia, era pulsante, destacando-se algumas subcategorias extraídas da discussão geral intitulada “Cobertura Universal”. Vale mencionar que não foi possível reconhecer a dimensão política do tema proposto pela discussão geral, isto é, as questões “Cobertura universal de quê? De acesso? Do cuidado integral?” não foram respondidas. Alguns discursos focaram na cobertura universal dos sistemas de saúde, outros na cobertura universal de saúde. “Consenso de metas e indicadores” (TTE2, 2012), “A temática da saúde no desenvolvimento econômico, social e ambiental” (TTE3, 2012); “Relação entre distribuição geográfica e sistemas de saúde” (TTE4, 2012); “Saúde como pilar da vida” (TTE5, 2012); “Mobilidade urbana *versus* contração rural” (TTE6, 2012); “Planificação territorial equânime” (TTE7, 2012); “Enfoque transdisciplinar” (TTE8, 2012);

“Relação entre melhor situação socioeconômica e saúde” (TTE9, 2012); “Acesso primário” (TTE10, 2012); até “Modificar o futuro” (TTE10, 2012) foi objeto de discursos no Plenário da 65ª AMS.

Retomando os primeiros movimentos em prol da política da OMS, na 2ª AMS argumentava-se a exigência de desenvolvimento, já que “[...] as condições sociais e econômicas do mundo do pós-guerra se desenrolavam gradualmente aos nossos olhos como uma mistura de recursos encorajadores e desencorajadores” (AT2, 1949). A discussão parecia confluir para uma discussão-chave: diante do valor econômico impetrado na meta de desenvolvimento, que se desenhava como caminho de reconstrução de países assolados pela guerra e de construção daqueles historicamente com menos lugar ao sol, nos quais repercutiam os efeitos da guerra, como sustentar com responsabilidade que “[...] existe um fator fundamental na sociedade, um valor fundamental que, ao final, tem que se constituir como a única base da sociedade. Esse fator é o ser humano – o ser humano trabalhando, criando, esperando e lutando” (AT2, 1949).

Ainda na mesma AMS, *decision makers* debatiam que ainda não se havia desenvolvido “[...] o século do professor, do cientista, do diplomata ou, até mesmo, o do político. Até agora temos vivido somente no século do economista” (AT2, 1949), para o qual categorias econômicas (exportação, importação, moedas fortes e fracas, equilíbrio entre preços, inflação e deflação) comandavam a vida dos países. O debate apontava o economista como o profissional que determinava o não investimento em instituições improdutivas, entre elas as sociais e sanitárias, pois era necessário esperar até que a vida econômica estivesse controlada, “[...] até que nós tivéssemos um super plus, quando será o momento de desenvolver o social [...]” (AT2, 1949).

A reflexão naquele momento histórico prosseguia: ainda que demarcada a importância e utilidade do trabalho do economista, *decision makers* assinalavam a necessidade de delimitar o ponto de vista econômico e completá-lo, explicitando que a responsabilidade da Casa/OMS deveria se sustentar no slogan “Não deixemos o economista nos fazer esquecer o ser humano” (AT, 1949).

O que se observa é que a crítica era dirigida não para os processos econômicos que determinam as formas de consciência, a cultura de uma organização, mas para o profissional de economia, para aquele que simplesmente dá como óbvio o quadro econômico do tempo presente. Conforme já mencionado, a OMS não se considera um organismo político, mas a sua construção social exige a determinação de uma política e, segundo sua Constituição, as AMSs têm o papel de

determiná-la. Nesse sentido, se na política da OMS a garantia universal do direito à saúde e os determinantes sociais dos processos de saúde e de doença são objetos, é crucial que a atenção em seus projetos (capilarizados internacionalmente) seja dirigida ao problema de fundo – aos poderes econômicos: às estruturas econômicas das sociedades, considerando suas contradições e forças ativas (SEPPILLI, 2012).

Aproximando depoimentos da 3ª AMS e da 4ª MAS, observou-se um discurso dialético recorrente sobre a importância de os Estados investirem nos determinantes sociais dos processos de saúde e de doença:

Meu coração feminino tem se entristecido com toda a miséria causada a milhões de pessoas pela fome, exposição, superlotação, falta de leite, de fonte de água pura, condições sanitárias inadequadas e todas as causas de propagação de doenças. (AT3, 1950); [...] o peso cruel da fome e de doenças são criadouros de agitação social (AT4, 1951).

Elencando um dos fatores sociais mencionados como construtores da miséria no primeiro depoimento acima, o fornecimento de água potável, vale resgatar uma discussão gerada no Congresso Mundial de Educação Sanitária, realizado em Buenos Aires, em 1972, que colocou em pauta o uso político da educação sanitária, desenvolvida a partir das décadas anteriores. A questão levantada foi: a falta de água potável deveria ser enfrentada com a construção de aquedutos ou com o uso da educação sanitária, instruindo as pessoas a ferverem água antes de beber? O desfecho resultou em uma observação relevante por parte de um grupo de pesquisadores: a ausência de investimento em aquedutos, provavelmente pelo desinteresse de grupos dominantes, e a implantação da educação sanitária, realidade contextual, compunham uma política reacionária de governos conservadores: compunham um ethos político e, portanto, deveria ser objeto de uma ética política (SEPPILLI, 2012).

O fragmento supracitado, extraído da 4ª AMS, reflete uma contradição interna do seio de uma Organização que propunha estimular os Estados-Membros a abraçarem a garantia do direito à saúde para todos, na medida em que expressa a fome não como um fator social da miserabilidade humana, que demandava enfrentamento pelo simples fato que tal condição obstrui o estar no mundo de modo digno, mas como causa de inquietação social, provavelmente como fator social de

risco à apregoada meta de paz econômica. Em contrapartida, naquele ano, uma importante pesquisa intitulada “O Valor Econômico da Medicina Preventiva” foi realizada pela OMS e acabou abrindo as Discussões Técnicas, na Assembleia seguinte, em 1952, gerando a Resolução WHA 5.742. Tal pesquisa, realizada por Winslow (1952), referia:

São os homens e mulheres que são fundamentalmente importantes, e não os dólares. Para mim, não é um poder em nós mesmos, bem como fora de nós mesmos, um poder do universo, que contribui para a justiça, mas o poder que nós invocamos é este poder que alimenta a nossa esperança de construir um mundo melhor para toda humanidade (WHO, 1951b).

E aqui vale confrontar o entendimento de Seppilli (2012) sobre o sentido de “nós”, em uma dialética do modelo mental em relação às experiências. Na sua perspectiva, as condições de vida não são passíveis de mudanças de modo isolado, mas mediante um movimento (leia-se mediante o poder de movimentar-se) que “dentro de cada um de nós salva a todos”. No entanto, esse “nós” não é um “nós” isolado que dialoga com o ambiente, mas é sempre um “nós” dentro de um contexto histórico social, isto é, um “nós” que já na sua constituição “é um nós social”. Nesse sentido, do ponto de vista da constituição humana, a nossa consciência por um mundo mais justo é uma consciência cultural, historicamente determinada, já que não há um “nós” fora da história, mas sempre um “nós” socialmente produzido (SEPPILLI, 2012). Assim, a luta por um mundo mais justo (saudável!) materializa-se quando historicamente produzida por um “nós” social.

Em discursos da 65ª AMS também foi possível observar um elo de continuidade sobre a importância de os Estados investirem nos determinantes sociais dos processos de saúde e de doença;

Deixe-me agradecer o resultado da reunião do ano passado, realizada no Rio de Janeiro, Brasil, sobre os determinantes sociais [...] A OMS é um guardião de conhecimentos técnicos, mas também de valores, como a justiça social e a equidade [...] (TTE1, 2012).

A Declaração Política do Rio sobre DSS, visando à promoção de equidade em saúde, enfatizou a necessidade de: a) melhor governança

⁴² Resolução WHA 5.7: “O Valor Econômico da Medicina Preventiva” (WHA, 1952).

para saúde e desenvolvimento; b) participação nas tomadas de decisão e implementação; c) reorientação do campo da saúde, introduzindo-o em todas as políticas; d) reforço da global e de colaboração; e) produção de sujeitos competentes; f) recursos para tanto (WHO, 2012a).

E aqui, já finalizando, os questionamentos se ampliam: a) Qual é a estrada para uma melhor governança visando à equidade em saúde, no modelo de organização social capitalista? b) Em que medida a participação social pode ser democraticamente instituída no modelo de organização social capitalista, visando à equidade em saúde? c) Como reorientar a saúde nessa proposta elencada na ausência de um amplo projeto de construção mundial, visando à equidade em saúde? d) O que é colaborar no mundo global, visando à equidade em saúde? e) Que subjetividade cultural, extrato para a construção de sujeitos competentes, visando à equidade em saúde, poderia ser produzida nas (in) condições objetivas ofertadas pelo modelo de organização social capitalista? f) Quanto os países iluminados estão culturalmente dispostos a investir em equidade (mundial) em saúde?

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As Areias do Tempo (1948-1952) e o Tempo de Todos pela Equidade (2012), categorias analisadas a partir de discursos de presidentes das Assembleias Mundiais de Saúde da OMS, apresentam elementos de continuidade sobre o direito à saúde e a sua base estruturante, a equidade, traduzidos em uma perspectiva retórica latente. Os determinantes sociais de saúde são apreendidos por *decision makers* como um objeto a ser perseguido para a garantia do direito à saúde, nos projetos da OMS.

No exercício de responsabilidade individual e coletiva, o modo como esse objeto vem perseguido nas discussões analisadas colocou-se como um problema político, ético e científico aos Países-Membros, em ambas as temporalidades (BERLINGUER, 2011).

A OMS, qualificada por uma aliança que confere aos Países-Membros assentos com iguais condições para galgar o direito à saúde em realidades “caracterizadas por uma objetiva e significativa desigualdade de bens e direitos” (SEPPILLI, 2007, p. 42) entre e internamente às nações – algumas concentradoras de riqueza e historicamente iluminadas, outras concentradoras de ausências e historicamente subsumidas e demandantes de luz –, requer sensibilidade

e determinação ética e política como caminho para sustentar em seus projetos o compromisso com a justiça social, com equidade.

REFERÊNCIAS

ABRAMOVAY, R. Desigualdades e limites deveriam estar no centro da Rio + 20. *Estud. av.*, São Paulo, v. 26, n. 74, 2012, p. 21-33.

BERLINGUER, G. *La storia della salute*. Milano: Editora Giunti, 2011.

COMAROFF J.; COMAROFF, J. R. *Ethnography and the historical imagination*. Boulder-San Francisco-Oxford: Westview Press, 1992, 337p.

DARNTON, R. *The great cat massacre and other episodes in french cultural history*. London: Penguin Books, 1988, 300p.

MONTEIRO, J. V. Um padrão de política pública na crise econômica mundial. *Rev. Adm. Pública*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 6, 2008, p. 1237-1248.

RICOEUR, P. *Dal Testo All'Azione*. Saggi di Ermeneutica. Milano: Jaca Book, 2004, p. 155-174.

RIZZOTTO, M. L. F. *O Banco mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS*, 2000. 267 p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

SEPPILLI, T. 2012. Entrevista realizada na *Fondazione Angelo Celli, Perugia, Italia*, em 04 de dezembro de 2012 (material não publicado).

SEPPILLI, T. 2008. *Scritti di antropologia culturale*, a cura di Massimiliano MINELLI e Cristina PAPA, Leo S. Olschki Editore, Firenze, 2008, tomo I, pp. 127-150.

SEPPILLI, T. 2007. *L'antropologia tra individuo e contesto: una interpretazione sistemica della condizione umana*, pp. 39-71, in Alfonso MELE *et al.* (curatori), *Salute e complessità. Viaggio nei campi del*

sapere, Il Mulino, Bologna, 2007, 150 pp. (Management, economia e politica sanitaria. Collana della Fondazione Smith Kline).

UNITED NATIONS, 1992. *Rio Declaration on Environment and Development*. Disponível em:

<<http://www.unep.org/Documents.Multilingual/Default.asp?DocumentID=78&ArticleID=1163>>. Acessado em 10 de agosto de 2012.

WHO, 2012a. *Request of Research at the World Health Organization Archives*. Disponível em:

<<http://www.who.int/archives/info/requestresearch.pdf>>. Acessado em 02 de novembro de 2013.

_____, 2012b. *eportuguese Network Technical Officer. Knowledge Management and Sharing Department*, Geneva. Disponível em: <<http://www.bvs.eportuguese.org/php/index.php>>. Acessado em 02 de novembro de 2013.

_____, 2012c. *Sixty-fifth World Health Assembly*. Documents. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/e/e_wha65.html>. Acessado em 02 de novembro de 2013.

_____, 2012d. *Sixty-fifth World Health Assembly. List of Delegates and Other Participants*. Disponível em:

<http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_DIV1Rev1.pdf>. Acessado em 02 de novembro de 2013.

_____, 2012e. *Social determinants of health: outcome of the World Conference on Social Determinants of Health* (Rio de Janeiro, Brazil, October 2011). Disponível em:

<http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_15-en.pdf>. Acessado em 02 de novembro de 2013.

_____, 2012f. *Executive Board 130th session*. Programme of Work No. 2. Programme of Work No. 5. Disponível em:

<http://apps.who.int/gb/e/e_eb130.html>. Acessado em 02 de novembro de 2013.

_____, 2009. Rules of Procedure of the World Health Assembly. In: *Basic Documents*. Forty-seventh Edition, 2009, p. 129-130. Disponível

em: <<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/basic-documents-47-en.pdf>>. Acessado em 02 de novembro de 2013.

_____, 1978a. *Primary Health Care*. Alma-Ata. Disponível em: <<http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800011.pdf>>. Acessado em 21 de setembro de 2013.

_____, 1970. Official Records of the World Health Organization N. 185. Twenty-Third World Health Organization. In: *Off. Rec. World Hlth Org.*, 1970, 183-186.

_____, 1952. Official Records of the World Health Organization N. 42. Fifth World Health Organization. In: *Off. Rec. World Hlth Org.*, 1952, 41-43.

_____, 1951. Official Records of the World Health Organization N. 35. Fourth World Health Organization. In: *Off. Rec. World Hlth Org.*, 1951, 32-36.

_____, 1950. Official Records of the World Health Organization N. 28. Thirth World Health Organization. In: *Off. Rec. World Hlth Org.*, 1950, 28.

_____, 1949. Official Records of the World Health Organization N. 21. Second World Health Organization. In: *Off. Rec. World Hlth Org.*, 1949, 15-22.

_____, 1948a. Official Records of the World Health Organization N.13. First World Health Assembly. In: *Off. Rec. World Hlth Org.* 1948, 11-14.

_____, 1948b. Official Records of the World Health Organization N. 9. *Report of the Interim Commission to the First World Health Assembly: Part I: Activies*. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/9e.pdf>. Acessado em 02 de novembro de 2013.

_____, 1946. *Constitution of the World Health Organization*. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/constitution.pdf> . Acessado em 05 de agosto de 2012.

5.3.3 ARTIGO 3

MOVIMENTO ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM PRODUTO DA HEGEMONIA DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE⁴³

Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima⁴⁴
Marta Verdi⁴⁵

RESUMO: Apresenta um panorama crítico dos esforços dispensados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) no Movimento Atenção Primária à Saúde (MAPS), entre 1948 e 1975, visando à análise do potencial da Organização, na perspectiva gramsciana, para produzir o componente estratégico “Atenção Primária à Saúde” (APS). A partir de uma reconstrução etnográfica de abordagem ética, realizada na OMS, em 2012, buscamos evidenciar que a crença da Organização em produzir um componente estratégico comum, APS, visando à trans/form/ação da realidade do padrão de saúde de povos socialistas e capitalistas como direito fundamental convergiria para um futuro de risco. Resulta que o MAPS tornou-se um produto da hegemonia e correspondeu a uma reforma do pensamento em saúde, cujos fins estão expressos em resistir e conservar para desenvolver.

PALAVRAS-CHAVE: Organização Mundial de Saúde; Movimento Atenção Primária à Saúde; direito à saúde; hegemonia.

PRIMARY HEALTH CARE MOVEMENT: A PRODUCT FROM HEGEMONY OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION

ABSTRACT: We present a critic prospect of the dispensed effort from the World Health Organization (WHO) in the Primary Health Care Movement (PHCM), between 1948 and 1975, aiming the analysis of the Organization potential, in gramscian perspective, to produce the strategic component “Primary Health Care” (PHC). From an ethnographic reconstruction with an ethical approach, conducted at

⁴³ Bolsista da Capes. Processo 6086-11-0.

⁴⁴ Mestre em Saúde Pública pelo Programa de Pós-Graduação de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Doutoranda em Saúde Coletiva do Programa de Pós-graduação de Saúde Coletiva da UFSC, Florianópolis, Brasil.

⁴⁵ Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina/Università degli Studi di Roma La Sapienza, professora adjunta do Departamento de Saúde Pública e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFSC, Florianópolis, Brasil.

WHO, in 2012, we seek to point that the rational belief of the Organization in producing a common strategic component, PHC, addressing the trans/form/action of the health pattern reality of socialist and capitalist people as a fundamental right, could converge to a future risk. It turns out that PHCM became a hegemonic product and corresponded to a health thinking renovation, whose purposes are expressed in resisting and conserving with the objective of development. **KEYWORDS:** World Health Organization; Primary Health Care Movement; right to health; hegemony.

INTRODUÇÃO

Vamos evitar o pecado da arrogância, lembrando-nos que muitas vezes é melhor não tentar muito; onde nada existe, vamos nos contentar com modestas realizações que, no mínimo, fornecerão *simple care* (WHO, 1975a, p. 45).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) abriu suas portas, em 1948, com o compromisso de “intercambiar pensamentos e experiências entre as nações” (WHO⁴⁶, 1948a, p. 30) para buscar formas de “ajudar os países a ajudarem a si mesmos na construção de ações firmes e duradouras em saúde” (WHO, 1951, p. 80). As ações estariam orientadas por princípios constitucionais, firmados por sessenta e um Estados-Membros, em 1946, tais como: “saúde como completo estado de bem-estar físico, mental e social [...]” e “o gozo de um padrão de saúde o mais alto possível como um dos direitos fundamentais humanos [...]” (WHO, 1946, p. 1).

Ancorada em sua “consciência social” (WHO, 1977, p. 42) para exercer a função constitucional de “atuar como autoridade diretiva e coordenadora no trabalho de saúde internacional” (Idem, 1946, p. 42), e idealizando se constituir em uma estrutura internacional de poder com liderança hegemônica na questão da saúde dos povos, a Organização reconhecia-se, no recorte analisado neste texto, 1948-1975, “a autoridade suprema em saúde” (WHO, 1960, p. 33). Na perspectiva gramsciana, essa liderança hegemônica se expressava no desempenho diretivo que ela impunha sobre grupos aliados e associados, antigas

⁴⁶ Organização Mundial de Saúde (OMS). Na redação deste artigo, a instituição será citada em português, por extenso e/ou pela sigla OMS. Na referência, estará representada pela sigla WHO, representante da expressão em língua inglesa, pois os documentos utilizados são em língua inglesa.

organizações de saúde intergovernamentais, internacionais e regionais (WHO, 1948b) e no exercício do domínio sobre os grupos “adversários que naturalmente se apresentassem” ao consenso, com o propósito de alcançar uma ampla base de sustentação aos seus projetos (WHO, 1972, p. 36).

A idealização em se constituir uma estrutura internacional de poder foi concretizada ao longo da atividade cultural de suas Assembleias Mundiais de Saúde⁴⁷ (AMS), Comissão Executiva e Secretariado, na qual a dominação cultural operava hegemonicamente na concepção e conceito de saúde, bem como no modo de inseri-la em projetos destinados a aumentar o seu padrão para a melhoria da vida dos povos, o mais alto possível. Entre 1948 e 1975, presidentes das Assembleias da OMS inseriam saúde em projetos comuns para fins de “trazer para a realidade a nossa forte esperança de boa saúde universal” (WHO, 1971, p. 34).

O processo de construção social da OMS deu-se na “coexistência e justaposição de diversas civilizações e culturas”. Personificando-se como um intelectual orgânico na questão saúde dos povos, recrutado organicamente pelos Estados-Membros para organizar a hegemonia (GRAMSCI, 2007a, p. 1.223), a OMS assumiu em seu desenvolvimento o objetivo de “estimular o progresso social dos povos” (WHO, 1961, p. 24). Em resposta a essa assunção, a Organização experimentou um Movimento em sua construção social, ao longo de trinta anos, que confluía para a produção de um componente estratégico, respectivamente: Movimento Atenção Primária à Saúde (MAPS) e Atenção Primária à Saúde (APS).

Socializando-se como “uma revolução do pensamento em saúde”, o Movimento surgiu como uma alternativa para a organização dos sistemas sanitários dos Países-Membros da OMS. Ele foi mediado pela transformação dos serviços básicos de saúde e orientado por um sistema de valores que reconhecia como universal o direito de as pessoas realizarem um padrão o mais alto possível de saúde (WHO, 2008b, p. 3). Embora ele tenha se expressado em outros espaços sociais, por

⁴⁷ As Assembleias Mundiais de Saúde (AMS) determinam a política da OMS. Elas detêm autoridade para adotar regulações em saúde sobre vários âmbitos, convenções e acordos, e fazer recomendações aos Estados-Membros sobre questões de competência da organização. As AMS são compostas por delegados, não mais que três por Estado-Membro, escolhidos entre as pessoas mais qualificadas do ponto de vista técnico e de preferência representantes da saúde pública dos Estados (WHO, 1946). Tais Fóruns Mundiais acontecem anualmente, desde a criação da OMS, em 1948. A abertura de cada Sessão é realizada pelo presidente da assembleia anterior e, em seguida, os Estados-Membros elegem o presidente. Na redação deste manuscrito, as Assembleias serão citadas por extenso e/ou pela sigla AMS.

exemplo, acadêmicos, o protagonismo de sua manifestação é conferido à OMS, em virtude do papel organizativo desta em uma questão decisiva para a atividade econômica dos Países-Membro: a impossibilidade de construção de “economias sólidas em corpos e/ou mentes doentes” (WHO, 1964, p. 43) em um mundo que era “meio-rico e meio-pobre” (WINSLOW, 1952, p. 2).

A APS, como componente estratégico do Movimento, por sua vez, surgiu da necessidade de uma nova habilidade para a saúde, suficientemente capaz de alavancar o desenvolvimento social e econômico tão caro ao mundo, em virtude dos efeitos gerados pelo pós-Segunda Guerra (WHO, 1950) e dos efeitos acarretados pelo colonialismo, enfrentados no processo de descolonização africana, na década de 1960 (WHA, 1961). Ela foi produzida na relação de hegemonia da OMS e na crença produzida historicamente no MAPS: uma abordagem positiva de saúde teria potencial para a consolidação de um padrão de saúde, o mais alto possível, para os povos, considerando saúde um dos direitos humanos fundamentais.

APS consistiria de “medidas simples e eficazes, em termos de custo, técnica e organização”, que visariam oferecer respostas às necessidades humanas, percebidas pelo Movimento como fundamentais: para onde as pessoas deveriam se dirigir para terem sua dor e sofrimento aliviados, como elas poderiam contribuir nessa continência e o que elas poderiam fazer para viver a vida com mais saúde. Tais medidas deveriam ser “o ponto de partida de serviços nacionais de saúde baseados em realidades locais” e deveriam ser de acesso universal para melhorar as condições de vida de indivíduos e famílias nas comunidades. Elas atenderiam às necessidades de promoção de saúde, prevenção de doenças, reabilitação e desenvolvimento comunitário. Sua base seria “as necessidades sentidas das pessoas nas comunidades” e uma de suas exigências a participação destas no processo (WHO, 1975b, p. 114-115).

O presente manuscrito apresenta um panorama crítico dos esforços dispensados pela OMS no desenvolvimento do MAPS, entre 1948 e 1975. Nesse sentido, discute dois argumentos: a) a Organização poderia organizar uma totalidade de respostas técnicas para países socialistas e capitalistas no âmbito das ditas doenças comunicáveis porque “possibilidades técnicas são passíveis de concretização, independentemente da formação econômico-social” (SEPPILLI, 2012); b) no entanto, a crença da Organização em produzir um componente estratégico comum, APS, visando à trans/formação da realidade do padrão de saúde de povos com formações econômico-sociais socialistas

e capitalistas como direito humano fundamental convergiria para um futuro necessariamente incerto: para um futuro de risco, no qual a categoria risco atuaria como um dispositivo simbólico de controle do componente APS.

METODOLOGIA

O estudo trata de uma reconstrução etnográfica de abordagem ética, ocorrida no encontro entre a cultura científica do observante e a cultura exposta nos documentos abordados, que representavam movimentos vivos de uma sociedade definida, em processo de construção, em um tempo histórico definido (DE MARTINO, 2009). Fundamentou-se em De Martino, para o qual “em nenhum tempo histórico existe homem fora da história, das relações sociais e da cultura”. Nessa perspectiva etnográfica, o objeto que fez a pesquisa foi parte da relação da pesquisa (SEPPILLI, 2012). A relação se definiu como de abordagem ética no momento em que o pesquisador dialogou consigo para assumir:

[...] o papel de ‘companheiro’, como uma pessoa que está em busca de homens e de uma história humana esquecida que, ao mesmo tempo, espia e controla a sua própria humanidade e que quer tornar-se participante, juntamente aos homens encontrados, para a fundação de um mundo melhor, no qual todos se tornarão melhores, aquele que procurava e aqueles que foram encontrados. (DE MARTINO, 1953, p. 318).

A coleta de dados foi realizada na OMS, entre fevereiro e março de 2012, a partir de documentos genuínos das Assembleias Mundiais de Saúde, pertinentes ao período entre 1948 e 1975: os Verbatim Records, algumas Discussões Técnicas e Relatórios gerados por Diretores Gerais sobre o trabalho da Organização. Como fonte complementar, para fins deste texto, elegeu-se uma entrevista realizada em 2008 com Hafdan Mahler, um dos Diretores Gerais lotados na OMS no período do recorte, cujo tema foi uma retrospectiva sobre a produção do componente estratégico APS.

Os dados foram organizados no software Atlas-ti. A codificação foi realizada a partir da apreensão dos núcleos de sentido, os quais foram agregados em quatro unidades temáticas, classificadas por unidades de contexto extraídas dos discursos: a) Domínio e Direção Moral e Intelectual; b) Dialética: produto histórico; c) Relações

pedagógicas; d) Risco social para o desenvolvimento. Do diálogo entre tais unidades temáticas resultou a grande categoria analítica do estudo: Atenção Primária à Saúde: uma cultura social coletiva operadora de hegemonia para fins de desenvolvimento econômico e social. Este artigo é fruto da relação entre a primeira unidade temática e a grande categoria.

UMA PERSPECTIVA DO PROCESSO DE CONSTRUÇÃO SOCIAL DA OMS ENTRE 1948 E 1978

Observando o processo de construção social da OMS a partir de discursos de presidentes das Assembleias Mundiais de Saúde, entre 1948 e 1975, e de Relatórios produzidos por um de seus Diretores Gerais, foi possível apreender um movimento constante da Organização em prol de uma convivência em rede de relações hegemônicas dotada de um consenso próprio. Como se tratava de uma Organização recém-criada, que havia absorvido antigas organizações tradicionais de saúde e que demandaria a conquista da garantia de poder decisório sobre a questão saúde dos Estados-Membros, a tessitura de sua rede de relações hegemônicas coincidiu com o início de seu processo de construção social. Na configuração da rede/OMS destacaram-se dois elementos: a) a convivência com o “risco [de o] consenso” (MELLUCCI, 2001, p. 129) caracterizá-la “um organismo político”, condição que, na sua perspectiva, ela “nunca deve ser” (WHO, 1949, p. 77); b) o esforço para socializar uma autoimagem defensiva.

Na perspectiva de um dos presidentes das Assembleias: “Nós não somos *policy makers* internacionais que tentam resolver e desembaraçar os problemas, que podem, e às vezes o faz, gerar conflitos [...] é no estágio de reparar corpos e mentes que estamos” (WHO, 1972, p. 36). O antagonismo expresso nessa convivência parecia estar correspondendo a um prudente mecanismo de defesa – a negação do caráter político da Organização –, a ser operado como frente aos prováveis percalços implicados “no acontecer” do objetivo constitucional da Organização: a realização de todos os povos de um padrão de saúde “o mais alto possível”⁴⁸ (WHO, 1946). Essa negação desvela uma contradição, pois a saúde deveria ser tratada em interconexão com o conteúdo realístico mundial de desigualdade social, onde problemas historicamente condicionados, muitas vezes no seio de conflitos, são políticos e

⁴⁸ Grifo Nosso.

poderiam estar diretamente implicados na ausência de padrões dignos de saúde para muitos povos.

No aparato teórico de Gramsci, observa-se que é no enfrentamento de um conflito (interno) que “as coisas deveriam mudar”, e o que merece valorização não “são as coisas ou o modo como elas estão postas” por qualquer uma das partes, mas a identificação “do fim que as partes em conflito se propõem com o próprio conflito”, em conformidade com os meios (GRAMSCI, 2007c, p.1710). Refletindo sobre a distinção entre ética e política, em Machiavelli, Gramsci refere a “moral política como política” e a “moral privada como ética” para demarcar que “somente numa associação que tivesse um fim em si, a ética e a política se confundiriam, isto é, o particular se elevaria a universal”. No entanto, “não pode existir associação permanente com capacidade de desenvolvimento que não seja sustentada em princípios éticos”. Assim, “uma associação ‘normal’⁴⁹, concebida como tendente a alargar-se para todo um agrupamento social, este também concebido como tendente a unificar toda a humanidade” deve ser analisada em sua dimensão não ética (privada), mas política (GRAMSCI, 2007a, p. 749-50). Nesse sentido, a isenção no enfrentamento do conflito, na questão supracitada, não corresponde a um argumento racional da Organização para se apresentar como um organismo não político; ao contrário, corresponde a um argumento solúvel que traduz uma implicação política, uma vez que nega a criação de meios (justos) para fins de resultados positivos (Idem, 2007c, p.1710).

Outro elemento importante observado na rede de relações hegemônicas da OMS se refere à autoimagem que ela buscou construir:

A Organização foi atravessada pelo autorreconhecimento de “espírito universal” (WHO, 1966, p. 28). Concomitante, reconhecia a necessidade de inscrever estratégias persuasivas para “capturar a compreensão e a imaginação dos governos” (WHO, 1949, p. 76) (WHO, 1955, p. 197) e coercitivas, “cabe a nós salvaguardar a identidade e independência da Organização e bloquear todas as tentativas de invasão de seu domínio” (WHO, 1964, p. 43).

O que parecia posto em seu processo de construção social era que a Organização se esforçava para socializar a autoimagem de sociedade civil, enquanto na realidade ela se constituía por um conjunto de sociedades políticas ligadas a uma perspectiva dialética com relação às

⁴⁹ Associação “normal” é, em Gramsci, aquela que concebe si mesma ligada a um dado agrupamento social que, para o seu trâmite, está ligada a toda a humanidade (GRAMSCI, 2007a, p. 750).

suas sociedades civis, onde o consenso, o momento de hegemonia (direção moral/intelectual e persuasão) e a coerção (traduzida na sua dominação cultural) conviviam na autoridade exercida pelos Estados, representados na Organização por autointitulados *decision makers*.

À luz gramsciana, vê-se que o consenso não é puramente característica da sociedade civil e a coerção não se faz puramente através dos aparelhos repressivos do Estado. Na mesma medida, a sociedade civil em Gramsci não é somente espaço de liberdade e a sociedade política não é somente espaço da força: “Estado é, além do aparato de governo, o aparato ‘privado’ de hegemonia ou sociedade civil” (GRAMSCI, 2007a, p. 801). Na perspectiva assumida neste estudo, não é o nível de permeabilidade ou de interpenetração entre ambas as sociedades que está em observação, mas a necessidade de a Organização se reconhecer (defensivamente) em somente uma das dimensões (sociedade civil), enquanto ela é também a outra (sociedade política) (GRAMSCI, 2007c): um prudente reconhecimento que lhe garantia a isenção de responsabilidade na (suposta) não materialização de seu objetivo constitucional, cuja defesa pode ser também vislumbrada na expressão “o mais alto possível”, quando a questão tratada era o padrão de saúde dos povos.

No curso de seu processo, enquanto de um lado a Organização se mostrava sensibilizada com a influência do contexto mundial de desigualdades sociais, “utopia tem-se tornado realidade [...] a adoção de um programa de ação mundial [...] promissor para o futuro” (WHO, 1956, p. 66), ela insistia em defender-se, no processo de concretização dos projetos: “talvez uma boa saúde para todos nunca seja totalmente atingível [...] o importante é considerarmos que a busca do homem deve superar a sua colheita” (WHO, 1958, p. 71).

Em paralelo a essa disposição, observada na relação com aquela cultura, uma questão se fazia insistente: se a OMS representava uma aliança “que concebia a si mesma como uma associação tendente a unificar toda a humanidade” no âmbito da saúde dos povos, ou se ela se construía na tendência de “um fim em si mesma” (GRAMSCI, 2007a, p. 750). Ao mesmo tempo em que ela se protegia de prováveis insucessos na materialização de seu objetivo constitucional, ela requeria na complexidade de seu objeto (saúde dos povos) o reconhecimento de pesos e medidas para além de demais agências das Nações Unidas: “com a colaboração das mais altas autoridades científicas e técnicas, a Organização [...] desenvolveu uma verdadeira filosofia, uma política e uma doutrina [...]”, mas “outras agências das Nações Unidas não têm essa grande responsabilidade que temos: determinar a saúde do tempo

presente e do futuro de todas as pessoas”. Refere-se, portanto, a uma Organização que vinha se personificando intelectual orgânico na questão saúde dos povos, que reconhecia a sua supremacia e exercia a dominação cultural, isentando-se de seu papel político, ao mesmo tempo em que se reconhecia, em 1965, como construtor de uma verdadeira filosofia e política (WHO, 1965, p. 44). No entanto, cabe ressaltar que se a OMS havia sido criada de fato para o fim proposto em sua Constituição, ela se havia tornado política, pois toda criação torna-se política quando ela é ‘útil’ “para os homens alargarem o conceito deles de vida, desenvolverem a própria vida” (GRAMSCI, 2007c, p. 1766).

Em seus primeiros doze anos de atividades, a Organização sentiu a influência de um efeito do contexto mundial de desigualdades sociais: a miséria como fator social de risco à saúde internacional e à propagação de doenças comunicáveis (WHO, 1951, p. 57; WHO, 1950, p. 97). Os autointitulados *decision makers* do “alívio do sofrimento humano” (WHO, 1952, p. 55-56), representantes dos Estados-Membros nas Assembleias, pontuavam a importância de eles mostrarem aos governantes a saúde como direito humano fundamental e, como tal, condição necessária para as pessoas superarem a miséria para gerarem a riqueza nacional. No entanto, enfatizavam também a importância de eles relevarem para si a convergência de uma condição comum: “ainda que vivamos em países diferentes e que falemos línguas diferentes, a nossa natureza humana é a mesma e o parentesco deve ser estabelecido entre nós para que assim superemos as barreiras que nos divide” (Idem, 1950, p. 98).

Remetendo ao arcabouço teórico gramsciano, identifica-se que natureza humana quer dizer “o conjunto das relações sociais”, incluído em tais relações a ideia de devir: “o homem devém, transforma-se continuamente com as transformações das relações sociais”. A natureza humana não pode ser encontrada em um homem propriamente dito, mas “em toda a história do gênero humano”, pois o que existe no homem particular é um conjunto de “categorias postas em relevo pela contradição com as de outros homens” (GRAMSCI, 1981, p. 43).

Nessa ótica, a interpretação sobre o progresso humano em uma Organização nomeada “Mundial” para a saúde deve ganhar contornos peculiares: considerando o devir uma concepção filosófica e o progresso “uma ideologia democrática”, na qual não necessariamente o devir está presente, a interpretação de “progresso” depende do modelo de interpretação de mundo do qual parte a análise. Portanto, se o progresso está articulado ao desenvolvimento de políticas progressistas ou reacionárias, mas, sobretudo, se ele é configurado de modo responsável

para com a distribuição injusta de saúde, entre o “mundo meio-rico e meio-pobre” (WINSLOW, 1952, p. 2). Tal interpretação depende também do tipo de mentalidade que está quantificando e qualificando o dito progresso, bem como do caráter dos elementos culturais historicamente determinados dessa mentalidade (Idem, 1981, p. 44): da formação econômico-social produtora dessa mentalidade.

Na segunda década de ações de cooperação internacional da OMS, “a década das contradições da acumulação de riqueza nos países desenvolvidos e do incessante progresso da pobreza na maioria dos países com menos sorte no mundo” (WHO, 1967, p. 56), a Organização começou a mostrar “a tendência de afastar-se de sua função de coordenadora internacional e transformar-se em um órgão de prestação de assistência técnica, operacional e material” (WHO, 1963, p. 25). Nessa tendência, a OMS parecia destinada a abrir mão “da unificação do pensamento e ação” que havia gerado uma identidade, em rede, coesa para si, difundida no campo internacional (GRAMSCI, 2007a, p. 399), para se reconhecer e ser reconhecida um prestador de assistência técnica.

Esse fato pode ter resultado da inviabilidade de se coordenar um projeto comum mundial sem focar em algo anterior e bem preciso: a análise dos processos econômicos na produção de saúde dos povos, condição necessária ao enfrentamento das históricas diferenças sociais injustas. Com base em discursos de presidentes, foi possível observar que a ausência de problematização sobre os limites da formação econômico-social capitalista na garantia de saúde como direito de todos poderia estar deslocando a Organização de seu papel de coordenadora para prestadora de assistência, uma vez que tal ausência, ao negar a importância do lugar que essa formação ocupa na totalidade do próprio real da produção de saúde dos povos, inviabilizaria um amplo projeto real “(co) ordenado” para a saúde.

Com o processo de descolonização de colônias africanas e a entrada progressiva desses países na ONU, o mundo “meio-pobre” passou a dividir mais expressivamente os assentos das AMSs com o “mundo meio-rico” (WINSLOW, 1952, p. 2) para debater os padrões de saúde de suas sociedades, aproximando ambos os mundos na ideia de risco, enquanto um perigo comum – o de não alcançarem crescimento econômico e desenvolvimento social e/ou não se recuperarem dos efeitos da Guerra e do colonialismo –, caso a promoção da saúde e o controle de doenças não fossem objetos de intervenção. Nesse sentido, a ideia de risco se colocava como um dispositivo de controle da intervenção em saúde e doença, que acabou resultando na produção de

um componente estratégico em meados daquela década, a de 1960, para ancorar o desenvolvimento econômico e social dos Estados-Membros: APS.

Os Fóruns Mundiais da OMS entraram na sua terceira década refletindo sobre a necessidade de reduzir o *gap* entre países desenvolvidos e em desenvolvimento (WHO, 1971, p. 34), considerando o cenário de crise monetária internacional (WHO, 1973, p. 32). A viabilidade da empreitada seria conferida pela integração entre saúde e desenvolvimento, mediante “um caminho racional”. Para tanto, a Organização deveria visar à saúde dos países em desenvolvimento, “ao mesmo tempo era também importante que os países desenvolvidos se beneficiassem dos trabalhos da Organização” (WHO, 1971, p. 34).

Para que os países em desenvolvimento fossem beneficiados, a Organização desempenharia um papel importante na mobilização de assistência e recursos bilaterais e internacionais e na busca de novas práticas de saúde, mais eficientes e eficazes, com base na aplicação de tecnologias de saúde disponíveis para a promoção da saúde do maior número de pessoas: “Todos os países devem acreditar nesse papel da OMS [...]”: “nós devemos requerer uma estratégia global [...] devemos fazer tudo que está ao nosso alcance para garantir que o acesso à atenção à saúde não seja privilégio de ricos, mas direito de todo homem” (WHO, 1974a, p. 34; 38). Naquele momento histórico, 1974, o reconhecimento de saúde como direito fundamental no objetivo de realização de um padrão de saúde “o mais alto possível” se confundia com “a promoção de saúde do maior número de pessoas”.

O COMPONENTE ESTRATÉGICO APS NO CONTEXTO DA CONSTRUÇÃO SOCIAL DA OMS, ENTRE 1948 E 1978

Na relação com a cultura observada, expressa nas falas de presidentes das Assembleias entre 1948 e 1975, apreendeu-se uma pretensa homogeneidade teórico-ideológica, quase dogmática, na condução da construção do componente estratégico do MAPS: a crença de que os Países-Membros da OMS poderiam construir uma nova abordagem de saúde comum, orientada pelo sistema – uma abordagem positiva –, que garantisse um padrão de saúde o mais alto possível para todos, suficientemente capaz de materializar saúde como direito fundamental. Para alcançar esse padrão, os Países-Membros deveriam respeitar a incondicional universalidade de seu caráter, isto é, independentemente de diferenças de raça, religião, crenças políticas e

condições econômicas e sociais todas as pessoas têm o direito de gozar a vida com saúde (WHO, 1946).

Aderindo consensualmente a esse valor, presidentes revelaram a concepção positiva de saúde como o primeiro elemento designado para articular o MAPS. Nos primeiros doze anos de desenvolvimento da OMS, a identidade do componente estratégico *Primary Health Care* não estava ainda expressa, mas se apresentava idealizada e identificada em um conjunto de elementos potencialmente aptos para deflagrarem a trans/form/ação da realidade dos serviços de saúde. O reconhecimento da potência desses elementos por parte de presidentes está expresso no Movimento apreendido nos discursos.

Parte dos representantes de Países-Membros reconheceu a necessidade de “melhoria das relações sociais, econômicas e outras entre as pessoas” como o primeiro instrumento potencialmente apto para transformar a realidade dos serviços sanitários, a partir de uma abordagem positiva de saúde. Esse seria o requisito estrutural para que os projetos-base alcançassem materialidade (WHO, 1948a, p. 30).

Essa menção à necessidade de correlação entre a melhoria das relações sociais e econômicas e a transformação dos serviços básicos de saúde gerou indagações: a) qual o sentido de “melhoria” das relações sociais e econômicas, em um mundo composto por formações econômico-sociais distintas, que continuava apaticamente reconhecido como “meio-rico e meio-pobre”? (WINSLOW, 1952); b) qual o sentido de necessidade da correlação: “especulativo-abstrato” ou “histórico-concreto”? (GRAMSCI, 2007b, p. 1.479).

Na perspectiva da OMS, a abordagem de saúde seria orientada pelo sistema se os projetos destinados para a transformação da realidade contemplassem a dimensão socioeconômica da saúde, requerendo, para tanto, uma metodologia não somente técnica, mas também sociológica. Caso contrário, tais projetos poderiam incorrer no risco de reducionismo de a realidade ser abordada negativamente, a partir de “uma atitude defensiva contra certas doenças de importância internacional” (WHO, 1948a, p. 31): contra as ditas doenças comunicáveis.

De fato, essa atitude defensiva se confirmou na relação com os discursos de presidentes, pertinentes aos primeiros doze anos de atividades das assembleias da OMS, nos quais se observa a supremacia da regularidade de estudos técnicos e também sociais sobre doenças epidêmicas, focados para a reestruturação de princípios que ancoravam o controle sanitário delas (WHO, 1956; p. 66; WHO, 1952).

Provavelmente, a supremacia de estudos sobre doenças de importância internacional em detrimento de estudos que

correlacionassem saúde e relações socioeconômicas havia sido uma exigência do desenvolvimento histórico da hegemonia da OMS, uma exigência “dialética das forças históricas” (GRAMSCI, 2007a, p. 1.482). No entanto, no exercício da função ideológica de preservar a sua hegemonia, a OMS insistia em mostrar, na representação das falas de presidentes de suas Assembleias, que o direito fundamental à saúde conduziria o aumento dos padrões de saúde dos povos. Essa fotografia suscitou indagações: o que seria direito à saúde naquela aliança? Que papel concreto assumiria a cooperação internacional para fins de um processo justo de padrões dignos de saúde para todos? Como cada nação partiria de um “marco zero” específico de sua realidade social em saúde, a transformação dos serviços básicos de saúde teria condições para acontecer universalmente, deflagrando igualdade de condições para galgar resultados universais satisfatórios?

Inferimos, naquele momento, que provavelmente os Fóruns Mundiais da OMS poderiam organizar uma totalidade de respostas para países socialistas e capitalistas no âmbito das ditas doenças comunicáveis, isto é, nessa esfera haveria um mínimo de possibilidades técnicas. No entanto, na nossa perspectiva, a crença racional da Organização em produzir uma abordagem positiva comum de saúde para fundamentar um componente estratégico que respondesse pelo direito de povos “meio-rico e meio-pobre” (WINSLOW, 1952, p. 2), socialistas e capitalistas gozarem a vida “de modo incomensurável” (WHO, 1948b, p.3), convergiria para um futuro incerto: para um futuro de risco. Não só isso: considerando que “em certa medida, toda desigualdade social modifica o nível dos direitos” (SEPPILLI, 2012), o nível distributivo do direito à saúde dependeria da realidade social e política em questão e do tipo de Estado (GRAMSCI, 2007c, p.1570).

Nas Assembleias realizadas na década de 1960, o processo de desenvolvimento do MAPS se deu no interior da questão do descolonialismo, assumindo um colorido novo. O presidente da 15ª AMS, representante da URSS, assinalou que o reconhecimento da relação estreita entre serviços de saúde e medicina, bem como o reconhecimento, nas ex-colônias, do continuísmo das doenças comunicáveis, da ausência de estabelecimentos de saúde e de profissionais como “um fenômeno de massa” era uma oportunidade para a Organização atestar a importância de ela dar visibilidade para o papel do Estado na garantia de saúde no desenvolvimento nacional. Desse modo, *health care* não deveria ser competência da “empresa privada de indivíduos, mas tarefa e função do Estado”. Caberia aos Estados

industriais, desenvolvidos economicamente, a contribuição nas realidades menos favorecidas, caso desejassem (WHO, 1962, p. 34-35).

A 18ª AMS, ocorrida em 1965, foi subsidiada por Discussões Técnicas, organizadas em um Documento vivo intitulado “Planejamento em Saúde”. Produzido com base em Relatórios gerados por governos de vários Estados desenvolvidos, o Documento expressava um novo consenso sobre a abordagem positiva de saúde, visando a sistemas nacionais de saúde: a atenção em saúde comunitária, reconhecida como “um fator de bem-estar nacional e de criação de riqueza” (CHARLES, 1965).

O cenário da década de 1960 era de aumento expressivo das desigualdades sociais, aumento do fosso entre países desenvolvidos e em desenvolvimento e de crescimento econômico incipiente em África, na América Latina e na Ásia (CASTLES, 2002, p. 127). Nos Estados desenvolvidos, as sociedades burguesas, com suas ideias, concepções políticas, teoria e instituições compunham um ethos de formação econômico-social monopolista. É fato que nessa fase do capitalismo os Estados passaram a se responsabilizar pelas questões de cunho social, terreno fértil, portanto, para a criação do componente estratégico para a saúde dos povos, encadeado pela OMS. Na esteira da lógica dessa fase do capitalismo, legitimou-se a representação social de que os Estados interfeririam nas sequelas das questões sociais, a partir do esvaziamento do “substrato individualista da tradição liberal”, garantido historicamente no capitalismo concorrencial, fase anterior ao capitalismo monopolista (PAULO NETTO, 1996, p. 31).

No entanto, as formas de enfrentamento às questões de cunho social na ordem monopolista não romperam com o ethos individualista, mas promoveram um corte na sua estrutura para depois recuperá-lo e redimensioná-lo à especificidade da fase do capitalismo monopolista: transferir para o domínio privado a responsabilidade do débito gerado pelas sequelas da ordem burguesa. A partir de então, ao mesmo tempo em que as sociedades começaram a se sentir seguras pela inserção de políticas sociais, elas passaram a ser responsáveis pelos problemas que as acometiam, oriundos da ordem social burguesa. Esse fenômeno pode ser interpretado como pedagógico coercitivo, impetrado por Estados de formação econômico-social monopolista, no qual as funções política e econômica se imbricam organicamente, instaurando um (suposto) equilíbrio de ajuste, no qual se inseriram as políticas sociais (PAULO NETTO, 1996, p. 21-38).

Diante do exposto, algumas indagações: 1) Seria o componente estratégico APS uma invenção de “relacionamento ‘personalizado’ [...]”

entre a imputação ao indivíduo da responsabilidade do seu destino social e instituições próprias da ordem monopólica e estatal”? 2) A APS seria uma política social da esfera privada orientada para sistemas públicos de saúde?

A década de 1970 foi chave para a consolidação do componente estratégico APS, na qual a Assembleia Geral das Nações Unidas havia assumido o compromisso de se empenhar em prol de “uma política destinada a estabelecer uma ordem social e econômica mais justa e humana para o mundo”: a Nova Ordem Econômica Internacional. Essa missão exigiu das assembleias da OMS um reforço ainda maior no empenho dirigido para a importância da cooperação internacional (WHO, 1971, p. 30) e, para tanto, de “uma consciência social coletiva, a partir do envolvimento de cada um de nós” (WHO, 1975a, p. 46).

Um dos desafios estaria na aplicação do reconhecimento de que “cada cultura tem padrões e características próprias, mas, naturalmente, os problemas de saúde mais difíceis surgem em regiões onde as fragilidades socioeconômicas são mais expressivas”. Além disso, fazia-se necessária a ciência de que sem a contribuição de “outras agências e forças da sociedade”, as produções técnicas e o compromisso nelas assumidos com o conceito de saúde da OMS resultariam no vazio (WHO, 1970, p. 28-29).

Não bastava mais conceituar saúde como bem-estar físico, mental e social se o conceito não fosse colocado “na perspectiva correta”. Uma linha de argumentação descreveu a necessidade de recursos para a criação de “novos meios práticos [...] econômicos e eficientes, que estariam na dependência do consentimento e cooperação de indivíduos e comunidades”. Na condução dos projetos, o momento hegemônico ganhava vulto, pois haveria a necessidade de se reconhecer “antes de eles serem socializados para aceitação, que toda sociedade humana tende a se apegar às velhas formas e resistir às mudanças” (WHO, 1971, p. 35).

Um discurso revelou que o Diretor Geral havia assinalado no Relatório Geral de Trabalho da Organização, de 1973, “que a maior falha da OMS e dos Estados-Membros havia sido indubitavelmente a inabilidade deles na promoção do desenvolvimento dos serviços básicos de saúde”. Em função disso, os governos deveriam promover, sem atrasos, medidas que fossem racionalmente concebidas, prontamente aplicáveis e calculadas para ganhar o suporte do público, suficientemente capazes de adaptação aos distintos contextos político, cultural e socioeconômico dos países, aplicadas mediante técnicas e

métodos de distribuição, visando à garantia de serviços básicos de saúde para toda a população (WHO, 1974a, p. 38-39).

Tais medidas foram requisitadas pelos Países-Membros ao Diretor-Geral Dr. Hafdan Mahler, na Resolução WHA 27,44, intitulada “Promoção de Serviços Nacionais de Saúde”. Mahler deveria produzir um Relatório, a ser encaminhado para a 55ª Sessão da Comissão Executiva e para a 28ª AMS, sobre possíveis caminhos para a implementação dos serviços básicos na nova abordagem (WHO, 1974b, p. 21).

Ele preparou e encaminhou o Relatório “Promoção de Serviços Nacionais de Saúde orientados pela Atenção Primária à Saúde” à 55ª Sessão do Conselho de Administração da Comissão Executiva da OMS. Um amplo debate sobre o conteúdo levou à adoção da Resolução EB55.R16, por meio da qual a Comissão Executiva havia solicitado ao Diretor Geral a elaboração de um novo Relatório sobre o tema. O segundo Relatório foi apresentado na 28ª AMS e se constituía de: a) detalhadas considerações do Diretor Geral sobre o componente estratégico APS para serviços nacionais de saúde e discussões correlatas, realizadas pelo Conselho Executivo; b) consultas realizadas a Estados-Membros (os Escritórios Regionais haviam sido visitados em março de 1975 para apresentarem a situação de cada país); c) conclusões de uma reunião da Comissão Executiva, realizada em Genebra, em 1975 (WHO, 1975b, p. 112-13).

No Relatório, que correspondeu ao Relatório Geral de Trabalho da OMS A/28/9, de 1975 (WHO, 1975b) descortinava-se o componente estratégico APS para serviços nacionais de saúde. Ela viria, sobretudo, para enfrentar o agravamento da oferta de serviços de saúde urbana e rural. A estratégia deveria permitir às pessoas da comunidade a oportunidade para desempenhar um papel ativo nas tomadas de decisão referentes aos serviços de saúde que elas necessitam, uma vez que “as pessoas estarão mais interessadas e sensíveis às atividades cotidianas se as suas necessidades prioritárias estiverem relacionadas”. Os recursos locais disponíveis, humanos e materiais, gerados nas comunidades, deveriam ser exaustivamente explorados e os governos dariam o apoio necessário, investindo os recursos estritamente necessários (WHO, 1975b, p. 113).

Segundo Hafdan Mahler, o Banco Internacional para a Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD) havia aprovado uma política para implementação de um programa de empréstimos na área da saúde, com ênfase na identificação de problemas de saúde em projetos financiados pelo Banco, bem como uma nova política para o

desenvolvimento rural. A Autoridade Sueca para o Desenvolvimento Internacional (ASDI), por sua vez, havia participado das discussões e provavelmente disponibilizaria recursos para apoiar as pesquisas, no âmbito da APS. Para a expansão, haveria a necessidade do investimento de outras agências internacionais e bilaterais (Idem, 1975b, p. 118). Para o controle, a ideia de risco assumiria o papel de um dispositivo simbólico, no sentido gramsciano: um dispositivo que revelaria o que está calando na organização de sociedades capitalistas: a hegemonia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A cultura observada nos discursos de presidentes das Assembleias Mundiais de Saúde e de um Diretor Geral da OMS, entre 1948 e 1975, revelou um esforço inicial da Organização para sustentar a conquista de um padrão de saúde o mais alto possível para os povos na melhoria de relações econômico-sociais. No entanto, a Organização “não perseguiu essa unidade durante a sua história sucessiva”, na qual ela experimentou o MAPS e produziu o componente estratégico APS. No âmbito de suas “escolhas culturais e morais”, a saúde não foi assumida como um valor superior, “um objetivo mundial” (BERLINGUER, 2011, p. 167-179), na mesma medida em que o direito à saúde subsumiu ao desenvolvimento econômico e social, prerrogativas de Estados com formação econômico-social capitalista.

A relação com os dados permitiu conhecer elementos do processo de construção social da Organização, implicados na produção do componente estratégico APS, tais como: a) a personificação da OMS como intelectual orgânico na questão saúde dos povos; b) a “coexistência e justaposição de diversas civilizações e culturas” (GRAMSCI, 2007b, p. 1.223), que conviviam em uma rede de relações hegemônicas dotada de um consenso próprio; c) a coabitação do “risco (de o) consenso” (MELLUCCI, 2001, p. 129) caracterizá-la “um organismo político” (WHO, 1949, p. 77); d) o esforço para socializar-se como sociedade civil enquanto na realidade a Organização se constituía de um conjunto de sociedades políticas ligadas a uma perspectiva dialética com relação às suas sociedades civis, onde o consenso, o momento de hegemonia (direção moral/intelectual e persuasão) e a coerção (traduzida na sua dominação cultural) conviviam na autoridade exercida pelos Estados, representados nas Assembleias por autointitulados *decision makers*.

Ainda que autopercebido como “uma revolução do pensamento em saúde” (WHO, 2008b, p. 3), o MAPS correspondeu a uma reforma setorial do pensamento em saúde, cujos fins estão expressos em verbos sem complemento: resistir e conservar para desenvolver. Remetendo a Gramsci: “sem a prospectiva de fins concretos, não pode existir movimento do todo” (GRAMSCI, 2007c, p. 1899).

REFERÊNCIAS

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

CASTLES, Stephen. Estudar as transformações sociais. *Sociologia, Problemas e Práticas, Oeiras*, n. 40, set. 2002. Disponível em <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0873-65292002000300008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 07 de setembro de 2013.

CHARLES, J. Background Document Based on Summary Reports Received From Countries and Other Material. *A18/Technical Discussions/1*. Geneva: WHO, 1965.

DE MARTINO, E. *La terra del rimorso. Contributo a una storia religiosa del Sud*. Milano: il Saggiatore, 2009.

_____. Etnologia e Cultura Nazionale. *Società*, ano IX, n. 3, p. 313-342, 1953.

GRAMSCI, A. *Quaderni del carcere*. 3. ed. A cura di Valentino Gerratana, v. 2. Torino: Einaudi, 2007a.

_____. *Quaderni del carcere*. 3. ed. A cura di Valentino Gerratana, v. 1. Torino: Einaudi, 2007b.

_____. *Quaderni del carcere*. 3. ed. A cura di Valentino Gerratana, v. 3. Torino: Einaudi, 2007c.

MELUCCI, A. *A invenção do presente*. Petrópolis: Vozes, 2001.

PAULO NETTO, J. *Capitalismo monopolista e Serviço Social*. São Paulo: Cortez, 1996.

SATTA, G. Le fonti etnografiche de il Mondo Magico. In: GALLINI, C. *Ernesto de Martino e La Formazione Del Suo Pensiero*. Napoli: Liguori, 2005, p 57-77.

SEPPILLI, T. 2012. *Entrevista realizada na Fondazione Angelo Celli*, Perugia, Italia, em 04 de dezembro de 2012 (material não publicado).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2008b. Primary health care comes full circle. An interview with Dr. Halfdan Mahler. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 86, n. 10, p. 737-816, 2008.

_____, 1977. Official Records of the World Health Organization N. 241. Part II. Thirtieth World Health Assembly. In: *Off. Rec. World Hlth Org.*239-241.1977.

_____, 1975a. Official Records of the World Health Organization N. 227. Part II. Twenty-Eighth World Health Assembly. In: *Off. Rec. World Hlth Org.*227-230.1975.

_____, 1975b. Official Records of the World Health Organization N. 226. Part I. Twenty-Eighth World Health Assembly. Annex 15. Promotion of National Health Services Relating to Primary Health Care. In: *Off. Rec. World Hlth Org.*223-226.1975.

_____, 1974a. Official Records of the World Health Organization N. 218. Part II. Twenty-Seventh World Health Assembly. In: *Off. Rec. World Hlth Org.*215-218.1974.

_____, 1974b. Official Records of the World Health Organization N. 217. Part I. Twenty-Seventh World Health Assembly. In: *Off. Rec. World Hlth Org.*215-218.1974.

_____, 1973. Official Records of the World Health Organization N. 210. Part II. Twenty-Sixth World Health Assembly. In: *Off. Rec. World Hlth Org.*207-210.1973.

_____, 1972. Official Records of the World Health Organization N. 202. Part II. Twenty-Fifth World Health Assembly. In: *Off. Rec. World Hlth Org.199-202.1972.*

_____, 1971. Official Records of the World Health Organization N. 194. Part II. Twenty-Fourth World Health Assembly. In: *Off. Rec. World Hlth Org.191-194.1971.*

_____, 1970. Official Records of the World Health Organization N. 185. Part II. Twenty-Third World Health Assembly. In: *Off. Rec. World Hlth Org.183-186.1970.*

_____, 1969. Official Records of the World Health Organization N. 177. Part II. Twenty-Second World Health Assembly. In: *Off. Rec. World Hlth Org.175-178.1969.*

_____, 1967. Official Records of the World Health Organization N. 161. Part II. Twentieth World Health Assembly. In: *Off. Rec. World Hlth Org.159-162.1967.*

_____, 1966. Official Records of the World Health Organization N. 152. Part II. Nineteenth World Health Assembly. In: *Off. Rec. World Hlth Org.151-164.1966.*

_____, 1965. Official Records of the World Health Organization N. 144. Part II. Eighteenth World Health Assembly. In: *Off. Rec. World Hlth Org.143-146.1965.*

_____, 1964. Official Records of the World Health Organization N. 136. Part II. Seventeenth World Health Assembly. In: *Off. Rec. World Hlth Org.135-138.1964.*

_____, 1962. Official Records of the World Health Organization N. 119. Part II. Fifteenth World Health Assembly. In: *Off. Rec. World Hlth Org.118-121.1962.*

_____, 1961. Official Records of the World Health Organization N. 111. Part II. Fourteenth World Health Assembly. In: *Off. Rec. World Hlth Org.110-113.1961.*

_____, 1960. Official Records of the World Health Organization N. 103. Part II. Thirteenth World Health Assembly. In: *Off. Rec. World Hlth Org.102-104*.1960.

_____, 1959. Official Records of the World Health Organization N. 95. Twelfth World Health Assembly. In: *Off. Rec. World Hlth Org.95-97*.1959.

_____, 1958. Official Records of the World Health Organization N. 87. Eleventh World Health Assembly. In: *Off. Rec. World Hlth Org.86-89*.1958.

_____, 1956. Official Records of the World Health Organization N. 71. Ninth World Health Assembly. In: *Off. Rec. World Hlth Org.71-74*.1956.

_____, 1955. *CHRONICLE OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION*. Vol. 9, N. 7, 1955, p. 204-6.

_____, 1952. Official Records of the World Health Organization N. 42. Fifth World Health Assembly. In: *Off. Rec. World Hlth Org.41-43*.1952.

_____, 1951. Official Records of the World Health Organization N. 35. Fourth World Health Assembly. In: *Off. Rec. World Hlth Org.32-36*.1951.

_____, 1950. Official Records of the World Health Organization N. 28. Third World Health Assembly. In: *Off. Rec. World Hlth Org.28*.1950.

_____, 1949. Official Records of the World Health Organization N. 21. Second World Health Assembly. In: *Off. Rec. World Hlth Org.15-22*.1949.

_____, 1948a. Official Records of the World Health Organization N.13. First World Health Assembly. In: *Off. Rec. World Hlth Org.11-14*.1948.

_____, 1948b. Official Records of the WHO N. 9. *Report of the interim commission to the first WHA - Part I. Activities. Historical Introduction.*

_____, 1946. *Constitution of the World Health Organization*. New York: OMS, 1946.

WINSLOW, C. E. A. The Economic Values of Preventive Medicine. Technical Discussions. In: *World Health Assembly, 5th*, Geneva, 1952.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABBAGNANO, N. *Dicionário de filosofia*. 5 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

ABRAMOVAY, R. Desigualdades e limites deveriam estar no centro da Rio + 20. *Estud. av.*, São Paulo, v. 26, n. 74, 2012, p. 21-33.

ALMEIDA, P. R. de. A economia internacional no século XX. *Rev. Bras. Polít. Int.*, v. 44, n. 1, p.112-136, 2001.

AYRES, J. R. de C. M. Um conceito hermenêutico de saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 43-62, 2007.

BARATTA, G. Antonio Gramsci entre a Itália e o Brasil. In: COUTINHO, C. N.; TEIXEIRA, A. P. (orgs.). *Ler Gramsci e Entender a Realidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003, p.13-25.

BAUMAN Z. *Modernidade líquida*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

_____. *Em busca da política*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

_____. *Modernidade e ambivalência*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

_____. *O mal-estar da pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

BAUMAN, Z.; MAY, T. *Aprendendo a pensar com a sociologia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

BECK, U. *La società del rischio*. Urbino: Carocci, 2011.

BECK U. A. Reinvenção da política: rumo à teoria da modernização reflexiva. In: GIDDENS A; BECK, U.; LASH, S. (ed.). *Modernização Reflexiva*. São Paulo: Universidade Estadual Paulista, 1997.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. *Política social: fundamentos e história*. São Paulo: Cortez, 2006 (Biblioteca básica de serviço social; v.2).

BELLUZZO, L. G. Época de ouro do capitalismo. *Carta Maior*, 2002.

Disponível em:

<http://www.cartamaior.com.br/templates/colunaMostrar.cfm?coluna_id=1267>. Acessado em 21 de setembro de 2013.

BENJAMIN, C. Democracia, economia e capitalismo. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. de V. C. *Participação, Democracia e Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 14-23.

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

BIANCHI, A.; ALIAGA, L. Pareto e Gramsci: itinerários de uma ciência política italiana. *Anál. Social*, Lisboa, n. 203, abr. 2012.

Disponível em:

<http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0003-25732012000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em 21 de setembro de 2013.

BEVAN, A. *National health service: attitude of the medical profession*. Memorando do Ministro da Saúde. Londres: Gabinete, 1948.

BONFIM, Paula. Entre o público e o privado: as estratégias atuais no enfrentamento à questão social. *Rev. Katálysis*, Florianópolis, v. 13, n. 2, 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802010000200014&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 07 de setembro de 2013.

BORDIEU, 1996. *A economia das trocas linguísticas*. São Paulo: Edusp, 1996.

BRASIL, 2011. *Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011*.

Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>>. Acessado em 16 de agosto de 2013.

BRASIL, 2012. Atlas-ti. Disponível em:

<<http://www.atlasti.com/index.html>>. Acessado em 10 de agosto de 2013.

BRASIL, 2009. *Oficina de Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados*. Caderno de Apresentação. CONASS e Ministério da Saúde. Disponível em: <http://bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/services/e-books/seminarioaps_26maio09_caderno_miolo.pdf>. Acessado em 16 de agosto de 2013.

BRASIL, 2006. *Portaria nº 648/GM/2006*. Disponível em: <<http://www.saude.al.gov.br/portariams6482006-21-10-2009>>. Acessado em 16 de agosto de 2013.

BRASIL, 1994. Programa de saúde da família: saúde dentro de casa. Brasília: *Fundação Nacional de Saúde* (Brasil); 1994. 20 p. ilus.

BRYANT, J.H. *Health and the Developing World*. Ithaca, NY: Cornell University Press, 1969, p. ix-x.

BROWN, T. M.; CUETO, M.; FEE, E. A transição de saúde pública 'internacional' para 'global' e a Organização Mundial da Saúde. *Hist. Cienc. Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 623-647, Set. 2006.

BUEY, F. F. Gramsci no mundo de hoje. In: COUTINHO, C. N.; TEIXEIRA, A. P. (org.). *Ler Gramsci e entender a realidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003, p. 27-38.

BUTTIGIEG, J. A. Educação e hegemonia. In: COUTINHO, C. N.; TEIXEIRA, A. P. (org.). *Ler Gramsci e Entender a Realidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003, p. 39-49.

BYRON J. GOOD. *Narrare la malattia*. Torino: Einaudi, 2006.

CAMARGO, E. P. A malária encenada no grande teatro social. In: *Estudos Avançados*, v. 9, n. 24, 1995. p. 211-228.

CAMPIONE, D.. Hegemonia e contra-hegemonia na América Latina. In: COUTINHO, C. N.; TEIXEIRA, A. P. (orgs.). *Ler Gramsci e Entender a Realidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003, p. 51-66.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Tradução de Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. São Paulo: Forense Universitária, 2006.

CARVALHO, M. Riscos *dispositivos de informação e a questão do governo em relação com a saúde nas sociedades contemporâneas*. *Estudos em Comunicação* n. 2, p. 147-170, 2007. Disponível em: <<http://www.ec.ubi.pt/ec/02/pdf/Carvalho-risco-dispositivos-de-informacao.pdf>>. Acessado em 21 de setembro de 2013.

CASTEL R. As armadilhas da exclusão. In: WANDERLEY, L. E. W. *et. al* (ed.). *Desigualdade e a Questão Social*. São Paulo: Educ, 2008.

_____. *Les métamorphoses de la question sociale - une chronique du salariat*. Paris: Fayard, 1995.

_____. *La gestion de los riesgos: de la anti-psiquiatria al post-analisis*. Barcelona: Alabama, 1984.

CASTIEL, L. D. *Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010.

CASTIEL L. D.; DIAZ C. A. D. *A saúde persecutória: os limites da responsabilidade*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

CASTLES, Stephen. Estudar as transformações sociais. *Sociologia, Problemas e Práticas, Oeiras*, n. 40, set. 2002. Disponível em <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0873-65292002000300008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 07 de setembro de 2013.

CASTORIADIS, C. *Diante da guerra - as realidades*. v. 1. São Paulo, Brasiliense, 1982.

CEPÊDA, V. A. Inclusão, democracia e novo-desenvolvimentismo: um balanço histórico. *Estud. av.*, São Paulo, v.26, n.75, p. 77-90, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142012000200006&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 21 de setembro de 2013.

CHAGAS, P. D. Desde 1970: contribuição alemã à historicização do presente. *Pandaemonium ger. (Online)*, São Paulo, n. 17, 2011.

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

CHARLES, J. Background Document Based on Summary Reports Received From Countries and Other Material. *A18/Technical Discussions/1*. Geneva: WHO, 1965.

CHARUTY, G. Il poeta e lo studioso. Una corrispondenza giovanile. In: GALLINI, C. *Ernesto de Martino e la Formazione del suo Pensiero*. Napoli: Liguori, 2005, p. 9-41.

COHN, A. Questionando conceitos: o público e o privado na saúde no século 21. In: SANTOS, N. R. dos; AMARANTE, P. D. de C. *Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2011, p. 244-251.

COLLICELLI, C. *La salute come processo sociale*. Sanità e ricerca sociologica. Milano: Franco Angeli, 2011.

COMAROFF J.; COMAROFF, J. R. *Ethnography and the historical imagination*. Boulder-San Francisco-Oxford: Westview Press, 1992.

COUTINHO, C. N. O Conceito de política nos cadernos do cárcere. In: COUTINHO, C. N.; TEIXEIRA, A. P. (orgs.). *Ler Gramsci e Entender a Realidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003, p. 67-82.

_____. A hegemonia da pequena política. In: OLIVEIRA, F. de; BRAGA, R.; RISEK C. (orgs.). *Hegemonia às Avessas*. São Paulo: Boitempo, 2010, p. 29-43.

CZERESNIA, D. Ciência, técnica e cultura: relações entre risco e práticas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 2, p. 447-455, 2004.

CUETO, M. The origins of primary health care and selectiva primary health care. *American Journal of Public Health*, v.94, n.11, p.1864-1874, 2004.

- DARNTON, R. *The great cat massacre and other episodes in french cultural history*. London: Penguin Books, 1988.
- DAVISON, A.; WEEKLEY, K. Gramsci e os direitos humanos. In: COUTINHO, C. N.; TEIXEIRA, A. P. (org.). *Ler Gramsci e Entender a Realidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003, p. 83-97.
- DE MARTINO, E. *La terra del rimorso. Contributo a una storia religiosa del Sud*. Milano: il Saggiatore, 2009.
- DE MARTINO, E. Etnologia e Cultura Nazionale. *Società*, ano IX, n. 3, p. 313-342, 1953.
- DJUKANOVIC V.; MACH E. P. (edit.). *Alternative Approaches to Meeting Basic Health Needs of Populations in Developing Countries: A Joint UNICEF/WHO Study*. Geneva: WHO, 1975.
- DOUGLAS, M.. *Pureza e perigo*. 2. ed. São Paulo: Perspectiva, 2010.
- _____. *Risk and blame: essays in cultural theory*. Londres: Routledge, 1992.
- DUPAS, G. Tensões contemporâneas entre o público e o privado. *Cadernos de Pesquisa*, v. 35, n. 124, p. 33-42, jan./abr. 2005.
- ENGELS, F. *Do socialismo utópico ao socialismo científico*. São Paulo: Moraes, s.d.
- EVANS-PRITCHARD, E. E. *Bruxaria, oráculos e magia entre os Azande*. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.
- FIORI, José Luis. Estado de Bem-Estar Social: Padrões e Crises. *PHYSIS: Rev. de Saúde Coletiva*, v. 7, n, 2, p. 129-147, 1997.
- FIELD, M. G. The Soviet legacy: the past as prologue. In: McKEE, M; HEALY, J; FALKINGHAM, J. *Health Care in Central Asia*. Buckingham: Open University Press, 2002, p. 67-75. Disponível em: <<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.116.9549&rep=rep1&type=pdf#page=84>>. Acessado em 02 de setembro de 2013.

- FLEURY, S. Modalidades de transição e padrões de incorporação de demandas sociais. In: FLEURY, S. *Estado sem Cidadãos: seguridade social na América Latina* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994, p. 59-100. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acessado em 02 de setembro de 2013.
- FLOR, A. Risco soberano do Brasil fica abaixo dos índices dos EUA. *Folha de São Paulo*, São Paulo, Poder. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/poder/930303-risco-soberano-do-brasil-fica-abaixo-dos-indices-dos-eua.shtml>>. Acessado em 21 de setembro de 2013.
- FONTANA, B.. Hegemonia e nova ordem mundial. In: COUTINHO, C. N.; TEIXEIRA, A. P. (orgs.). *Ler Gramsci e Entender a Realidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003, p. 113-125.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. São Paulo: Graal, 2007.
- FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.
- GARCIA, A. S. Hegemonia e Imperialismo. Caracterizações da Ordem Mundial Capitalista após a Segunda Guerra Mundial. *Contexto Internacional*, v, 32, no. 1, 2010, p. 155-177.
- GARCÍA, J. C. *Pensamento social em saúde na América Latina*. Nunes, E. D. (org). São Paulo: Cortez, 1989.
- GEERTZ, C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC, 2008.
- GERMINO, D. Interpretando Gramsci. In: COUTINHO, C. N.; TEIXEIRA, A. P. (orgs.). *Ler Gramsci e Entender a Realidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003, p. 127-137.
- GERRATANA, V.. Prefazione. In: Gramsci, A. *Quaderni del Carcere*. 3. ed. A cura di Valentino Gerratana, V. 1. Torino: Einaudi, 2007a.
- GHERARD, S. Conoscere ed intervenire nella pubblica amministrazione secondo l'approccio simbolico. In: PIPAN, T. *Scienza dell'Amministrazione*. Milano: Franco Angeli, 1995, p. 211-239.
- GRAMSCI, A. *Come va il tuo cervellino?* Roma: L'orma, 2012.

_____. *Quaderni del carcere*. 3. ed. A cura di Valentino Gerratana, v. 1. Torino: Einaudi, 2007a.

_____. *Quaderni del carcere*. 3. ed. A cura di Valentino Gerratana, v. 2. Torino: Einaudi, 2007b.

_____. *Quaderni del carcere*. 3. ed. A cura di Valentino Gerratana, v. 3. Torino: Einaudi, 2007c.

_____. *Concepção dialética da história*, 4 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1981.

GROPPO, L. A. Das origens ao colapso do Estado de Bem-Estar: uma recapitulação desmistificadora. Campinas. *Revista HISTEDBR On-line*, Campinas, n.20, p. 68 - 75, dez. 2005. Disponível em: <http://www.histedbr.fae.unicamp.br/art07_20.pdf>. Acessado em 21 de setembro de 2011.

HOBSBAWM, E. *A era dos extremos - o breve século XX (1914-1991)*. 2. ed. São Paulo: Cia das Letras, 1995.

HOSKINS, L. A. The New International Economic Order: A Bibliographic Essay. *Third World Quarterly*, v.3, p. 506-527. 1981.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. *Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica*. 15 ed. São Paulo: Cortez; Lima, Peru: CELATS, 2003.

ILLICH, I. Limits to medicine – Medical Nemesis: the expropriation of health. Marion Boyars Publishers Ltd, London, 1976, trad.it. *Nemesis medica. L'espropriazione della salute*. Arnoldo Mondadori Editore, 1977.

ITALIA, 2013. *Fondazione Angelo Celli. Salute e Cultura*. Disponível em: <<http://www.antropologiamedica.it/>>. Acessado em 25 de setembro de 2013.

KOSIK, K. *Dialética do concreto*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

KOUZMINOV, I. O Capitalismo Monopolista de Estado. *Revista Mensal de Cultura Política*, 1. ed. n. 12, 1948. Trad.: Araújo, Fernando A. S., 2007. Disponível em:

<http://www.marxists.org/portugues/tematica/rev_prob/12/capitalismo.htm>. Acessado em 21 de setembro de 2013.

LABRA, M. E. Política Nacional de Participação na Saúde: entre a utopia democrática do controle social e a práxis predatória do clientelismo empresarial. In: FLEURY, S. T.; LOBATO, L. de V. C. *Participação, Democracia e Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010, p. 176-203.

LEHER, R. FSM: uma combinação de espaço de catálise de movimentos com uma consistente agenda anti-imperialista. Rio de Janeiro. *Revista em Pauta*, vol. 19, p. 39-56, 2007.

LEHER, R. *Da ideologia do desenvolvimento à ideologia da globalização: a educação como estratégia do Banco Mundial para alívio da pobreza*, 1998, 267 p. Tese (Doutorado em Educação, área de concentração Administração) – Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo.

LIMA, R. C. G. S. O direito à saúde e o fenômeno da judicialização: implicações éticas dos discursos de representantes dos poderes do estado e do controle social em Minas Gerais. In: CAPONI, S.; VERDI, M.; BRZOSOWSKI F. S.; HELLMANN, F. *Medicalização da Vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica*. Florianópolis: Prismas, 2013, p. 311- 324.

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

LIMA, R. C. G. S.; VERDI, M. I. M. A solidariedade na medicina de família no Brasil e na Itália: refletindo questões éticas e desafios contemporâneos. *Interface* (Botucatu), vol.13, n.29, 2009, pp. 271-283.

LITSIOS, S. The Christian Medical Commission and the Development of the World Health Organization's Primary Health Care Approach. *American Journal Public Health*, v.94, n.11, p.1884-1893, 2004.

LOVELLE, P. R. El poder, el estado y las políticas de salud. *Revista Eletrônica Psicologia Científica.com*, 2003, v. 1, p. 115-21.

LUPTON, D. *Risk*. London: Routledge, 1999.

MARTÍNÉZ-HERNÁNDEZ, A. *Antropología médica*. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad. Barcelona: Anthropos, 2011.

_____. Cuerpos fantasmales en la urbe global. *Fractal: Revista de Psicología*, v. 21, n° 2, p. 223-236. 2009

MATTOS, R. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de idéias. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.6, n.2, p.377-389, 2001.

MEDICI, R. O conceito gramsciano de “nação hegemônica”. In: COUTINHO, C. N.; TEIXEIRA, A. P. (orgs.). *Ler Gramsci e Entender a Realidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003, p. 201-213.

MEIKSINS-WOOD, E. Capitalismo e democracia. In: BORON, A. A.; AMADEO, J. G.; GONZALEZ, S. *A Teoria Marxista Hoje. Problemas e perspectivas*. 2007. Disponível em: <<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/campus/marxispt/cap.18.doc>>. Acessado em 21 de setembro de 2013.

MELUCCI, A. *A invenção do presente*. Petrópolis: Vozes, 2001.

_____. A experiência individual na sociedade planetária. Lua Nova: *Revista de Cultura e Política*. s.v., n.38, p.199-221, 1996.

MEZZAROBA, O. Gramsci e Hegemonia. In: MEZZAROBA, Orides (org.). *Gramsci. Estado e Relações Internacionais*. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2010, p. 7-27.

MONTEIRO, J. V. Um padrão de política pública na crise econômica mundial. *Rev. Adm. Pública*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 6, 2008, p. 1237-1248.

MUNHOZ, C. P. B. Hegemonia e Reforma do Conselho de Segurança da ONU. In: MEZZAROBA, O. (Org.). *Gramsci. Estado e Relações Internacionais*. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2005, p. 79-120.

NAVARRO, V. Produção e estado de bem-estar: O contexto político das reformas. *Lua Nova*, São Paulo, n. 28-29, p. 157-200, 1993.

NIHADAN, W. N. Introdução. In: ZIZEK, S. *O Ano em que Sonhamos Perigosamente*. São Paulo: Boitempo Editorial, 2012, p. 9-12.

NEWELL, K.W. *Health by the People*. Geneva: World Health Organization [WHO], 1975, n. xi.

NOGUEIRA, M. A. As três ideias de sociedade civil, o Estado e a politização. In: COUTINHO, C. N.; TEIXEIRA, A. P. (orgs.). *Ler Gramsci e Entender a Realidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003, p. 215-233.

OLIVEIRA, Ricardo Soares de. A África desde o fim da Guerra Fria. *Relações Internacionais*, Lisboa, n. 24, dez. 2009. Disponível em <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-91992009000400011&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em 06 de setembro de 2013.

PAIM, J. S. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*, 2007. 300 p. Tese (Doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, Salvador.

PATERSON, G. The CMC Story, 1968–1998. *Contact* v.3, n.18, p.161-162. 1998.

PAULANI, L. M. Capitalismo financeiro, estado de emergência e econômico e hegemonia às avessas no Brasil. In: OLIVEIRA, F.; BRAGA, R.; RISEK, C. *Hegemonia às Avessas*. São Paulo: Boitempo, 2010, p. 109-134.

PAULO NETTO, J. *Capitalismo monopolista e Serviço Social*. São Paulo: Cortez, 1996.

PIANA, M. C. *A construção do perfil do assistente social no cenário educacional*. São Paulo: Editora UNESP, 2009.

REIS, R. H. dos. *A constituição do sujeito político, epistemológico e amoroso na alfabetização de jovens e adultos*. 2000. 267 p. Tese

(Doutorado em Educação). Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

RIBEIRO, M.. Trabalho e educação no movimento camponês: liberdade ou emancipação? *Rev. Bras. Educ.* vol.14, n.42, p. 423-439, 2009.

RICOEUR, P. *Dal testo all'azione*. Saggi di Ermeneutica. Milano: Jaca Book, 2004, p. 155-174.

RIZZOTTO, M. L. F. *O Banco mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS*, 2000. 267 p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

SANTOS, A. M.; GIOVANELLA L. La atención primaria de salud: más necesaria que nunca. Informe sobre la salud en el mundo. *Cadernos de Saúde Pública*, v.25, n.11. p. 2532-2534, 2009.

SATO, E. A agenda internacional depois da Guerra Fria: novos temas e novas percepções. *Rev. bras. polít. int.*, v.43, n.1, p.138-169, 2000.

SATTA, G. Le fonti etnografiche de il Mondo Magico. In: GALLINI, C. *Ernesto de Martino e la Formazione del suo Pensiero*. Napoli: Liguori, 2005a, p 57-77.

_____. Il documento etnografico. In: GALLINI, C. *Ernesto de Martino e la Formazione del suo Pensiero*. Napoli: Liguori, 2005b, p 155-161.

SEPPILLI, T. 2012a. Entrevista realizada na Fondazione Angelo Celli, Perugia, Italia, em 04 de dezembro de 2012 (material não publicado).

SEPPILLI, T. 2012b. Entrevista realizada na Fondazione Angelo Celli, Perugia, Italia, em 06 de outubro de 2012 (material não publicado).

SEPPILLI, T. 2008. *Scritti di antropologia culturale*, a cura di Massimiliano MINELLI e Cristina PAPA, Leo S. Olschki Editore, Firenze, 2008, tomo I, pp. 127-150.

SEPPILLI, T. 2007. *L'antropologia tra individuo e contesto: una interpretazione sistemica della condizione umana*, pp. 39-71, in Alfonso MELE *et al.* (curatori), Salute e complessità. Viaggio nei campi del

sapere, Il Mulino, Bologna, 2007, 150 pp. (Management, economia e politica sanitaria. Collana della Fondazione Smith Kline).

SERENKO, A. F.; ERMAKOV, V. V. *Higiene social y organización de la salud pública*. Moscú: Editorial Mir Moscú, 1986.

SIDEL, V. W. The Barefoot Doctors of the People's Republic of China. *New England Journal of Medicine*. vol. 286, n. 1972, p. 1292–1300, 1972.

SIGNORELLI, A.; PANZA, V. *Ernesto de Martino. Etnografia del tarantismo pugliese. I materiali della spedizioni nel Salento del 1959*. Lecce: Argo, 2011.

SIMIONATO, I. A cultura do capitalismo globalizado. Novos consensos e novas subalternidades. In: COUTINHO, C. N.; TEIXEIRA, A. P. (orgs.). *Ler Gramsci e Entender a Realidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003, p. 275-289.

STRATI, A. *L'analisi organizzativa. Paradigmi e metodi*. Roma: Carocci, 2008.

TASCA, R. Entrevista com Renato Tasca, coordenador da Unidade Técnica de Serviços de Saúde da OPAS no Brasil. *Revista Brasileira Saúde da Família*. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/revistas/revista_saude_familia23.pdf>. Acessado em 21 de setembro de 2013.

TAYLOR, C. E. (ed.). *Doctors for the villages: study of rural internships in seven indian medical colleges*. New York: Asia Publishing House, 1976.

TEMPORAO, J. G. Saúde da Família, agora mais do que nunca! *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800001&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em 21 de setembro de 2013.

TURATO, Egberto Ribeiro. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica discussão*

comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes, 2003.

UNITED NATIONS, 1992. *Rio declaration on environment and development*. Disponível em: <http://www.unep.org/Documents.Multilingual/Default.asp?DocumentID=78&ArticleID=1163>. Acessado em 04 de novembro de 2013.

UNITED NATIONS. 1974. Resolution adopted by the General Assembly. Declaration for the Establishment of a New International Economic Order. *A/RES/S-6/3201*. Disponível em: <<http://www.un-documents.net/s6r3201.htm>>. Acessado em 21 de setembro de 2013.

VITERITTI, A. Corpi sapienti in laboratorio. Apprendere la tecnoscienza in pratica tra disciplinamento e formatività. *Etnografia e Ricerca Qualitativa*, Pisa, n.1, p. 61-82, 2011.

ZOBOLI, E. L. C. P. *Bioética e atenção básica: um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família*. 2003. 233 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

WAHI, P. N. 1970. Education for the health professions. Regional aspects of a universal problem. A23/Technical Discussions/4. A23/Technical Discussions/5. In: *World Health Assembly, Twenty-third*, Geneva, 1970.

WALLEY, J. et al. Primary health care: making Alma-Ata a reality. *The Lancet*, v. 372, n. 9642, p. 1001-7, 2008.

WANDERLEY, L. E. W. A questão social no contexto da globalização: o caso latino-americano e caribenho In: CASTEL, R., L. E.; WANDERLEY, L. E. W.; BELFIORE-WANDERLEY, M. *Desigualdade e a Questão Social*. São Paulo: Educ, 2008.

WEBSTER, C. Creation and consolidation. In: WEBSTER, C. *The National Health Service. A political history*. Oxford: Oxford University Press, 2002, p. 21-107.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012a. *Request of Research at the World Health Organization Archives*. Disponível em: <<http://www.who.int/archives/info/requestresearch.pdf>>. Acessado em 02 de novembro de 2013.

_____, 2012b. *eportuguese network technical officer. Knowledge Management and Sharing Department*, Geneva. Disponível em: <<http://www.bvs.eportuguese.org/php/index.php>>. Acessado em 02 de novembro de 2013.

_____, 2012c. *Sixty-fifth World Health Assembly. Documents*. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/e/e_wha65.html>. Acessado em 02 de novembro de 2013.

_____, 2012d. *Sixty-fifth World Health Assembly. List of Delegates and Other Participants*. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_DIV1Rev1.pdf>. Acessado em 02 de novembro de 2013.

_____, 2012e. *Social determinants of health: outcome of the World Conference on Social Determinants of Health* (Rio de Janeiro, Brazil, October 2011). Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_15-en.pdf>. Acessado em 02 de novembro de 2013.

_____, 2012f. *Executive Board 130th session. Programme of Work n. 2. Programme of Work n. 5*. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/e/e_eb130.html>. Acessado em 02 de novembro de 2013.

_____, 2012g. *Sixty-fifth World Health Assembly. Journal Preliminary number*. Geneva. 3 May 2012. p. 1-11 (impresso).

_____, 2012h. *Governance. Documentation in all official languages of WHO for Executive Board sessions and Health Assemblies*. Disponível em: <<http://apps.who.int/gb/index.html>>. Acessado em 11 de agosto de 2013.

_____, 2012i. A65/40. ANNEX. *WHO Reform: Meeting of Member States on Programmes and Priority Setting*. Disponível em:

<http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_40-en.pdf>. Acessado em 23 de março de 2012.

_____, 2012j. *A65/2. Report of the Executive Board on its 129th, 130th and special sessions*. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_2-en.pdf>. Acessado em 02 de novembro de 2013.

_____, 2012k. *Countries*. Disponível em: <<http://www.who.int/countries/en/>> Acessado em 02 de novembro de 2013.

_____, 2012l. *Address by Dr Margaret Chan, Director-General, to the Sixty-fifth World Health Assembly*. A 65/3. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_3-en.pdf>. Acessado em 19 de setembro de 2013.

_____, 2012m. Discurso do Ministro do Estado da Saúde, Sr. Alexandre Padilha. *Comunicação pessoal*. WHO, 2012. Disponível em: <<http://www.slideshare.net/MinSaude/discurso-do-ministro-alexandre-padilha-na-65-assembleia-mundial-de-sade>>. Acessado em 19 de setembro de 2013.

_____, 2012n. Programme of meetings for Tuesday, 23 May 2012. *Jornal Sixty-fifth World Health Assembly*, Geneva, n. 3, 2012, p. 1-16.

_____, 2009. Rules of Procedure of the World Health Assembly. In: *Basic Documents*. Forty-seventh Edition, 2009, p. 129-130. Disponível em: <<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/basic-documents-47-en.pdf>>. Acessado em 02 de novembro de 2013.

_____, 2008a. *Informe sobre la salud en el mundo*. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Ginebra: WHO. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf>. Acessado em 21 de setembro de 2013.

_____, 2008b. Primary health care comes full circle. An interview with Dr. Halfdan Mahler. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 86, n. 10, p. 737-816, 2008.

_____, 2000. Health by the people: a colloquium to celebrate the life of Ken Newell. *Bulletin of the World Health Association*, 2000, v.78, n.1, p. 144-145.

_____, 1978a. *The Third Ten Years of the World Health Organization, 1968-1977*. Cap. 1, 5, 6. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563666_eng.pdf>. Acessado em 21 de setembro de 2013.

_____, 1978b. *Primary Health Care*. Alma-Ata. Disponível em: <<http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800011.pdf>>. Acessado em 21 de setembro de 2013.

_____, 1978c. World Health Assembly, 31st session, Geneva, Committee A. In: *Summary Records*. A31/VR/4. 1978.

_____, 1978d. World Health Assembly, 31st session, Geneva, Committee A. In: *Summary Records*. A31/VR/1. 1978.

_____, 1978e. World Health Assembly, 31st session, Geneva, Committee A. In: *Summary Records*. A31/VR/2. 1978.

_____, 1978f. World Health Assembly, 31st session, Geneva, Committee A. In: *Summary Records*. WHA/DG/78.1.1978.

_____, 1977. Official Records of the World Health Organization N. 241. Part II. Thirtieth World Health Assembly. In: *Off. Rec. World Hlth Org.*239-241.1977.

_____, 1976. Official Records of the World Health Organization N. 234. Part II. Twenty-Ninth World Health Assembly. In: *Off. Rec. World Hlth Org.*231-234.1976.

_____, 1975a. Official Records of the World Health Organization N. 227. Part II. Twenty-Eighth World Health Assembly. In: *Off. Rec. World Hlth Org.*227-230.1975.

_____, 1975b. Official Records of the World Health Organization N. 226. Part I. Twenty-Eighth World Health Assembly. Annex 15. Promotion of National Health Services Relating to Primary Health Care. In: *Off. Rec. World Hlth Org.*223-226.1975.

- _____, 1974a. Official Records of the World Health Organization N. 218. Part II. Twenty-Seventh World Health Assembly. In: *Off. Rec. World Hlth Org.* 215-218. 1974.
- _____, 1974b. Official Records of the World Health Organization N. 217. Part I. Twenty-Seventh World Health Assembly. In: *Off. Rec. World Hlth Org.* 215-218. 1974.
- _____, 1973. Official Records of the World Health Organization N. 210. Part II. Twenty-Sixth World Health Assembly. In: *Off. Rec. World Hlth Org.* 207-210. 1973.
- _____, 1972. Official Records of the World Health Organization N. 202. Part II. Twenty-Fifth World Health Assembly. In: *Off. Rec. World Hlth Org.* 199-202. 1972.
- _____, 1972b. *Technical Discussions*. Report of Group VII. WHA.25, 1972.
- _____, 1972c. *Technical Discussions*. Report of Group VI. WHA. 25, 1972.
- _____, 1971. Official Records of the World Health Organization N. 194. Part II. Twenty-Fourth World Health Assembly. In: *Off. Rec. World Hlth Org.* 191-194. 1971.
- _____, 1970a. Official Records of the World Health Organization N. 185. Part II. Twenty-Third World Health Assembly. In: *Off. Rec. World Hlth Org.* 183-186. 1970.
- _____, 1970b. Official Records of the World Health Organization N. 184. Part I. Twenty-Third World Health Assembly. In: *Off. Rec. World Hlth Org.* 183-186. 1970.
- _____, 1969. Official Records of the World Health Organization N. 177. Part II. Twenty-Second World Health Assembly. In: *Off. Rec. World Hlth Org.* 175-178. 1969.

_____, 1968. Official Records of the World Health Organization N. 169. Part II. Twenty-First World Health Assembly. In: *Off. Rec. World Hlth Org.167-170*.1968.

_____, 1967. Official Records of the World Health Organization N. 161. Part II. Twentieth World Health Assembly. In: *Off. Rec. World Hlth Org.159-162*.1967.

_____, 1966. Official Records of the World Health Organization N. 152. Part II. Nineteenth World Health Assembly. In: *Off. Rec. World Hlth Org.151-164*.1966.

_____, 1965. Official Records of the World Health Organization N. 144. Part II. Eighteenth World Health Assembly. In: *Off. Rec. World Hlth Org.143-146*.1965.

_____, 1964. Official Records of the World Health Organization N. 136. Part II. Seventeenth World Health Assembly. In: *Off. Rec. World Hlth Org.135-138*.1964.

_____, 1963. Official Records of the World Health Organization N. 128. Part II. Sixteenth World Health Assembly. In: *Off. Rec. World Hlth Org.127-130*.1963.

_____, 1962. Official Records of the World Health Organization N. 119. Part II. Fifteenth World Health Assembly. In: *Off. Rec. World Hlth Org.118-121*.1962.

_____, 1961. Official Records of the World Health Organization N. 111. Part II. Fourteenth World Health Assembly. In: *Off. Rec. World Hlth Org.110-113*.1961.

_____, 1960. Official Records of the World Health Organization N. 103. Part II. Thirteenth World Health Assembly. In: *Off. Rec. World Hlth Org.102-104*.1960.

_____, 1959. Official Records of the World Health Organization N. 95. Twelfth World Health Assembly. In: *Off. Rec. World Hlth Org.95-97*.1959.

_____, 1958a. Official Records of the World Health Organization N. 87. Eleventh World Health Assembly. In: *Off. Rec. World Hlth Org.*86-89.1958.

_____, 1958b. *The First Ten Years of The World Health Organization*. Geneva: World Health Organization. Disponível em: <<http://whqlibdoc.who.int/publications/a38153.pdf>>. Acessado em 21 de setembro de 2013.

_____, 1957. Official Records of the World Health Organization N. 79. Tenth World Health Assembly. In: *Off. Rec. World Hlth Org.*79-81.1957.

_____, 1956. Official Records of the World Health Organization N. 71. Ninth World Health Assembly. In: *Off. Rec. World Hlth Org.*71-74.1956.

_____, 1955. *Chronicle of the World Health Organization*. Vol. 9, N. 7, 1955, p. 204-6.

_____, 1954. Official Records of the World Health Organization N. 54. Seventh World Health Assembly. In: *Off. Rec. World Hlth Org.*54-57.1954.

_____, 1953. Official Records of the World Health Organization N. 48. Sixth World Health Assembly. In: *Off. Rec. World Hlth Org.*46-49.1953.

_____, 1952. Official Records of the World Health Organization N. 42. Fifth World Health Assembly. In: *Off. Rec. World Hlth Org.*41-43.1952.

_____, 1951. Official Records of the World Health Organization N. 35. Fourth World Health Assembly. In: *Off. Rec. World Hlth Org.*32-36.1951.

_____, 1950. Official Records of the World Health Organization N. 28. Third World Health Assembly. In: *Off. Rec. World Hlth Org.*28.1950.

_____, 1949. Official Records of the World Health Organization N. 21. Second World Health Assembly. In: *Off. Rec. World Hlth Org.*15-22.1949.

_____, 1948a. Official Records of the WHO N. 9. *Report of the interim commission to the first WHA - Part I. Activities. Historical Introduction.*

_____, 1948b. Official Records of the World Health Organization N.13. First World Health Assembly. In: *Off. Rec. World Hlth Org.11-14.*1948.

_____, 1948c. Official Records of the World Health Organization N° 10. *Report of the Interim Commission to the First World Health Assembly: Part II: Provisional Agenda.* Documents and Recommendations.

_____, 1948d. Assembly Journal. *Journal of the First World Health Assembly*, Geneva, n. 1, Part. 1, 1948, p. 1-45.

_____, 1946. *Constitution of the World Health Organization.* New York: OMS, 1946.

WINSLOW, C. E. A. The Economic Values of Preventive Medicine. Technical Discussions. In: *World Health Assembly, 5th*, Geneva, 1952.

APÊNDICES E ANEXOS

ANEXO I



20, AVENUE APPIA - CH-1211 GENEVA 27 - SWITZERLAND - TEL. CENTRAL +41 22 791 2111 - FAX CENTRAL +41 22 791 3111 - WWW.WHO.INT

Genebra, 18 de abril de 2012

Ilma. Prof. Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima
Universidade Federal de Santa Catarina
Brasil

Re: Convite para a reunião da rede ePORTUGUÊSe durante a Assembleia Mundial da Saúde 2012

Cara Prof. Rita de Cássia,

A Rede ePORTUGUÊSe do Departamento de Gestão e Intercâmbio do Conhecimento tem o prazer de convidá-la para a reunião com os Ministros da Saúde dos países de língua portuguesa e suas delegações onde será discutido temas relevantes para o crescimento da rede ePORTUGUÊSe e o Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da Comunidade dos países de língua portuguesa (PECS/CPLP).

Assim que tivermos a agenda aprovada pelo Sua Excelência o Sr. Ministro da Saúde de Angola, anfitrião da reunião, iremos compartilhá-la com todos. Reiteramos a importância desta reunião para a qual esperamos contar com sua presença.

Melhores Cumprimentos,

Regina Ungerer
ePORTUGUÊSe network Coordinator
Knowledge Management and Sharing Department
Innovation Information, Evidence and Research Cluster
World Health Organization

منظمة الصحة العالمية • 世界卫生组织

Organisation mondiale de la Santé • Всемирная организация здравоохранения • Organización Mundial de la Salud

ANEXO II



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA

Dr Margaret Chan
Director-General
World Health Organization
20, Avenue Appia - CH -1211
Geneva 27 – Switzerland

Florianópolis, 5 March 2012.

Dear Dr Chan,

The Postgraduate Program in Public Health at the Federal University of Santa Catarina, Brazil, hereby requests the participation of Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima, PhD Student, at the 65th World Health Assembly.

Ms de Cássia Gabrielli Souza Lima is undertaking a research project entitled "The Discourse of Risk in the Primary Health Care movement: an Analysis of the World Health Assemblies held from 1948 to 1978", based on information collected in the WHO Library from 22 February to 7 March 2012. In this context, it would be extremely useful if Ms de Cássia Gabrielli Souza Lima could participate as an observer in order to make a link between her research outline and the current World Health Assembly.

For your information, she is currently doing her one year Doctoral internship at the Faculty of Political Science of the La Sapienza – University of Rome, January to December 2012.

I look forward to hearing from you.

Yours Sincerely,

Dr. Karen Glazer Peres

Coordinator of the Postgraduate Program in Public Health
Federal University of Santa Catarina, Brazil

APÊNDICES I



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA – BRASIL

APÊNDICE A: ROTEIRO DE ENTREVISTA

1-Nome: **Seppilli Tullio**

2-Indirizzo: **Ex Monastero di Santa Caterina Vecchia strada Ponti d’Oddi 13 - 06125 Perugia**

Tel.: **075/41508**

e-mail: seppilli@antropologiamedica.it

Blocco I-

- 1- Do diálogo no supermercado à elaboração de políticas econômicas e de saúde; de movimentos sociais à academia; da sociedade política à mídia; do terceiro setor ao mercado; de agências internacionais aos organismos e fundos das Nações Unidas, a relação entre saúde e risco está em pauta. Na Sua perspectiva, de que se está falando? Ou o que se está calando?
- 2- Giovanni Berlinguer, nel suo libro “Storia della Salute” (2011, p. 39) expressa que “i miti e le ideologie (...) tendono a ingigantire o a sminuire i rischi, o semplicemente a farli presenti”. Nessa linha de racionalidade, poderíamos pensar que as ideologias que defendem intransigentemente o espírito do capitalismo têm interesses em produzir a discursividade contemporânea do risco?
- 3- O senhor concorda com o argumento de que quando se dá forma à experiência do sofrimento humano a partir de enfoques de risco se está negando a capacidade argumentativa da saúde do tempo presente?
- 4- Evans-Pritchard nos apresenta um modelo filosófico explicativo ao teorizar que a consulta ao oráculo revela a bruxaria como um modo de comportamento tanto quanto de pensamento, o qual para Angel parece criar “critérios de verdade, falsidade e de intervenção da bruxaria no

infortúnio humano”. Na perspectiva do senhor é possível estabelecer uma analogia entre o modelo de bruxaria e o modelo classificatório e probabilístico de enfoque de risco?

- 5- Byron-Good, nel suo libro “Narrare la malattia” ci dice: (...) “ho la sensazione che esista, piuttosto ironicamente, una sorta di affinità tra la scienza – medicina compresa – e il fondamentalismo religioso; un’affinità che poggia in parte sul concetto di credenza. I cristiani fondamentalisti interpretano spesso la salvezza come un effetto della credenza, e l’opera dei missionari é concepita come un tentativo per convincere i nativi ad abbandonare le loro falso credenze e a far proprie quelle che daranno luce a una nuova vita e alla salvezza finale. Paradossalmente, scienziati e politici, piuttosto areligiosi, immaginano che un analogo beneficio scaturisca da una corretta credenza: (...) educate la gente sui rischi dell’uso delle droghe (...), fate loro credere la cosa giusta e il problema si risolverá (...) educate il paziente ed eliminerete la mancanza di collaborazione che neutralizza il trattamento dei malati cronici (...) indagate le credenze della gente sui comportamenti a rischio della salute impiegando il modello di credenza sulla salute (...) educate gli individui affinché modifichino i comportamenti irrazionali – riducano cioè i fattori di rischio, (...) fate credere alle persone le cose giuste e i problemi della salute pubblica si risolveranno”. O que o senhor pensa sobre isso?
- 6- Na relação dialógica com as cinco primeiras assembleias, entre 1948 e 1952, o discurso de abertura da 2ª assembleia mundial de saúde, realizada em Roma em 1949, chamou-me a atenção. Na perspectiva do presidente eleito, a questão colocada era como sustentar, de modo responsável, sem contradizer a retórica do desenvolvimento sustentável, que (...) “existe um valor fundamental chamado ser humano, que deve ser construído como a única base da sociedade, frente ao valor econômico e meta de desenvolvimento que dominavam a vida cotidiana (...) devemos voltar a nossa atenção ao trabalho, criação, esperança e luta do ser humano”. O que o senhor pensa a respeito disso?
- 7- E, por fim, fechando esse primeiro bloco, uma pergunta gerada na leitura de “La terra del rimorso”, de Ernesto di Martino: não sei se a reflexão procede, mas na minha perspectiva o fenômeno *tarantismo* parece representar a gestão da existência de *tarantati*, no sentido de que a magia parece ser um recurso de enfrentamento à crise da presença de se manter no mundo, de se reproduzir. Meus questionamentos são: se nós podemos pensar que o fenômeno representa a gestão da existência, a própria reprodução, a crise de presença em se manter no mundo nós podemos pensar que tais representações são representações de risco? Di Martino estaria falando de uma sociedade de risco? De risco como experiência, como realidade social?

Bloco II-

- 1- Na elaboração do projeto o tipo de estudo foi definido como uma pesquisa documental de natureza qualitativa, a ser construída na integração dialógica de três vertentes: a epistemológica, a instrumental e a reflexiva (MINAYO, 2006). E aqui cabe compartilhar que temos limitações metodológicas, para validar e argumentar a etnografia, em se tratando de um doutorado em saúde pública, com área de concentração em ciências humanas. No nosso caso, um pouco mais difícil, pois a nossa linha de pesquisa é a bioética e nós ainda não temos um diálogo consistente sobre a relação entre ética e êtica.

Bem, mas Angel nos deu uma contribuição na qualificação, ao dizer:

Rita, você tem categorias éticas e êticas para descobrir. O pesquisador é o principal instrumento da pesquisa. Procure associar texto e contexto, procure fazer essa oscilação, uma tarefa hermenêutica, dialógica. Não se sinta amarrada em vertentes metodológicas, mantenha a relação dialógica com os textos e mostre a Rita.

E assim o fiz.

Ao me relacionar com as experiências das assembleias, entre fevereiro e outubro, percebi desde o início, desde a relação estabelecida com as cinco primeiras assembleias, que “os documentos eram pessoas vivas, de uma sociedade definida, em processo de construção, em um dado tempo”. Essa observação levantou uma nova possibilidade: poder considerar o estudo uma etnografia documental. Mas, me perguntava e pergunto a você, Tullio: seria possível pensar assim?

Retornando a Roma, caíram em minhas mãos de modo – digamos – mágico três livros: *The great cat massacre and other episodes in french cultural history*, de Robert Darnton, e *Ethnography and the Historical Imagination*, de Jean Comaroff e John Comaroff e *La terra del rimorso*, de Ernesto di Martino. Cada um, a seu modo, deu-me subsídios para pensar que eu poderia considerar o estudo uma etnografia documental. Enfim, gostaria de saber qual é o seu olhar sobre essa escolha metodológica.

APÊNDICES II



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA – BRASIL

APÊNDICE B: ROTEIRO DE ENTREVISTA

1-Nome: **Seppilli Tullio**

2-Indirizzo:

Ex Monastero di Santa Caterina Vecchia strada Ponti d'Oddi 13 - 06125 Perugia

Tel.: **075/41508**

e-mail: seppilli@antropologiamedica.it

Blocco I-

- 1- Dal dialogo in un supermercato all'elaborazione di politiche economiche e sulla sanità; dai movimenti sociali all'università; dalla società politica ai mass-media; dal terzo settore al mercato; da agenzie internazionali a organismi e fondi delle Nazioni Unite, è sempre in gioco la relazione tra salute e rischio. Dal Suo punto di vista, di che cosa si sta parlando? O che cosa si sta tacendo?
- 2- Giovanni Berlinguer, nel suo libro "Storia della Salute" (2011, p. 39) afferma che (apri virgolette) "i miti e le ideologie (...) tendono a ingigantire o a sminuire i rischi, o semplicemente a farli presenti" (chiudi virgolette). Seguendo questa linea, potremmo pensare che (apri virgolette) le ideologie che [difendevano] intransigentemente lo spirito del capitalismo dal 1948 al 1978 hanno avuto interesse di (ri) produrre la discorsività del rischio?
- 3- Lei concorda con la tesi secondo cui quando si dà forma all'esperienza della sofferenza umana a partire dall'idea di rischio si sta negando la capacità argomentativa della salute del tempo presente?
- 4- Evans-Pritchard ci presenta un modello filosofico esplicativo quando teorizza che il consultare l'oracolo rivela la stregoneria come un modo di comportamento tanto quanto di

pensamento, che per Angel sembra creare “criteri di verità, falsità e di intervento della stregoneria nell’infortunio umano”. Secondo il Suo punto di vista è possibile stabilire un’analogia tra il modello di stregoneria e il modello classificatorio e probabilistico del rischio?

- 5- Byron-Good, nel suo libro “Narrare la malattia” ci dice: (...) “ho la sensazione che esista, piuttosto ironicamente, una sorta di affinità tra la scienza – medicina compresa – e il fondamentalismo religioso; un’affinità che poggia in parte sul concetto di credenza. I cristiani fondamentalisti interpretano spesso la salvezza come un effetto della credenza, e l’opera dei missionari è concepita come un tentativo per convincere i nativi ad abbandonare le loro false credenze e a far proprie quelle che daranno luce a una nuova vita e alla salvezza finale. Paradossalmente, scienziati e politici, piuttosto areligiosi, immaginano che un analogo beneficio scaturisca da una corretta credenza: (...) educate la gente sui rischi dell’uso delle droghe (...), fate loro credere la cosa giusta e il problema si risolverà (...) educate il paziente ed eliminerete la mancanza di collaborazione che neutralizza il trattamento dei malati cronici (...) indagate le credenze della gente sui comportamenti a rischio della salute impiegando il modello di credenza sulla salute (...) educate gli individui affinché modifichino i comportamenti irrazionali – riducano cioè i fattori di rischio, (...) fate credere alle persone le cose giuste e i problemi della salute pubblica si risolveranno”. Cosa ne pensa?

- 6- Nella relazione dialogica con le prime cinque assemblee, tra il 1948 e il 1952, il discorso di apertura della 2ª assemblea mondiale della sanità, realizzata a Roma nel 1949, m’ha catturato l’attenzione. Dal punto di vista del presidente, in quell’evento la domanda che si poneva era come sostenere in modo responsabile, senza contraddire la retorica dello sviluppo sostenibile, che (...) “esiste un valore fondamentale chiamato essere umano, che dev’essere costruito come l’unica base della società, di fronte al valore economico e della meta di sviluppo che dominavano la vita quotidiana (...) dobbiamo rivolgere la nostra attenzione al lavoro, alla creazione, alla speranza e alla lotta dell’essere umano”. Cosa pensa rispetto a questo?

- 7- E per finire questa prima parte, una domanda che nasce in seguito alla lettura di “La terra del rimorso”, di Ernesto de Martino: non so se la riflessione è pertinente, ma dal mio punto di vista il fenomeno del *tarantismo* sembra rappresentare la gestione dell’esistenza dei *tarantati*, nel senso che la magia sembra essere un mezzo per confrontare la crisi della presenza di mantenersi nel mondo, di riprodursi. Le mie domande sono: se possiamo pensare che il fenomeno rappresenta la gestione dell’esistenza, la propria riproduzione, la crisi della presenza di mantenersi nel mondo, potremo pensare che tali rappresentazioni sono rappresentazioni di rischio? De Martino starebbe parlando di una società di rischio? Di rischio come esperienza, come realtà sociale?

Blocco II-

- 1- Durante l'elaborazione del progetto il tipo di studio è stato definito come una ricerca documentale di natura qualitativa, da dover costruirsi nell'integrazione dialogica di tre vertenti: l'epistemologica, la strumentale e la riflessiva (MINAYO, 2006). E ora vale menzionare che abbiamo limitazioni metodologiche, per validare e argomentare l'etnografia, trattandosi di un dottorato in sanità pubblica, un indirizzo dentro le Scienze Umane. Nel nostro caso, un po' più difficile, visto che la nostra linea di ricerca è la bioetica e ancora non disponiamo di un dialogo consistente sulla relazione tra etica e emica.

Beh, ma Angel mi ha dato un bello contributo durante la pré-discussione della tesi, quando ha detto: *Rita, devi scoprire categorie etiche e emiche. Il ricercatore è il principale strumento della ricerca. Cerca di associare testo e contesto, cerca di fare questa oscillazione, un compito ermeneutico, dialogico. Non sentirti vincolata a vertenti metodologiche, mantieni la relazione dialogica con i testi e mostra la Rita.*

E così ho fatto.

Nel relazionarmi con le esperienze delle assemblee, tra febbraio e ottobre, fin dall'inizio, dai confronti con le prime cinque assemblee, ho percepito che "i documenti erano persone vive, di una società definita, in processo di costruzione, in un preciso momento" (De Martino, 2009). Questa osservazione ha fatto nascere una nuova possibilità: poter considerare lo studio una etnografia. Ma, mi domando e adesso ti domando Tullio: è plausibile pensarlo così?

Ritornando a Roma, sono venuti in mio possesso tre libri – diciamo – in modo magico: *The great cat massacre and other episodes in french cultural history*, di Robert Darnton, e *Ethnography and the Historical Imagination*, di Jean Comaroff e John Comaroff e *La terra del rimorso*, di Ernesto de Martino. Ognuno, a suo modo, mi ha dato la possibilità di pensare che potevo considerare lo studio come un'etnografia. Insomma, mi piacerebbe sapere la tua opinione su questa scelta metodologica.

APÊNDICES III



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA – BRASIL

APÊNDICE C: ROTEIRO DE ENTREVISTA

1- Nome: **Seppilli Tullio**

2- Indirizzo: **Ex Monastero di Santa Caterina Vecchia strada Ponti d'Oddi 13 - 06125 Perugia**

Tel.: **075/41508**

e-mail: seppilli@antropologiamedica.it

1- Recomeço, Tullio, te perguntando a diferença entre *coscienza* e *consapevolezza*; *tra essere cosciènte ed essere consapevole*.

2- Em um momento da entrevista, você me disse que “não se muda condições de vida isoladamente, mas através de um movimento que dentro de cada um de nós salva a todos”. Em outro momento, você comentou sobre estudos italianos contemporâneos sobre sujeitos competentes e fez referência ao controle social. Essas duas falas me fizeram lembrar uma reflexão da Sonia Fleury, feita no Seminário Política e Saúde, realizado pelo Cebes, em Brasília, em julho de 2011. Naquele esperançoso seminário Sonia disse que a transição, visando ao socialismo, requer a “radicalização da democracia” e, para tanto, faz-se necessário a “constituição de novos sujeitos políticos”, ainda que com a ciência que tal radicalização não é causa suficiente, já que sem a superação da ordem de acumulação capitalista não há transição. Eu queria saber se para você a força para “a constituição de novos sujeitos políticos” está dentro de nós, na potência interna de questionar as relações de sujeição, transformando-as em antagonismos que mobilizem o agir político.

3- Noutro momento você me disse “a estratégia que nós escolhemos para lutar contra os fatores de risco depende obviamente da relação de força, caso contrário não se pode decidir quais são as estradas para superá-los”. Fala um pouquinho pra mim sobre esse conceito: “relação de força”.

4- No discurso de abertura da 1ª e da 2ª assembleia, nas de 48 e 49, os presidentes disseram que a OMS abria suas portas com o compromisso de intercambiar pensamentos e experiências de saúde, a partir de um acordo internacional (WHO, 1948a) firmado por sessenta e um Estados-Membros, em 1946 (WHO, 1946). Disseram ainda que a organização não nascia como um organismo político, tampouco como uma administradora da saúde do mundo, já que os Estados são soberanos para decidir seus horizontes em saúde, mas como uma agência de suporte aos Estados-Membros, inspirada na **vontade coletiva** de centrar os esforços na consolidação de saúde como direito (Idem, 1949). Foi interessante notar que na assembleia subsequente, na 3ª, a de 1950, a União Soviética e o Leste Europeu se haviam retirado da organização e começaram a retornar em 1957, mantendo-se presentes até 78, último ano do meu recorte (a exceção da Hungria que só retornou em 1963). A minha pergunta é: considerando que duas formações econômico-sociais dominavam as formas de consciência entre 1948 e 1978, como era possível uma organização que se nomeou mundial a partir de um acordo internacional pensar que pudesse equalizar uma **vontade coletiva** e a partir dela tecer recomendações e resoluções sobre saúde como direito e sobre determinantes sociais de saúde na vida dos povos?