

# Capítulo IV

## Evolução das políticas públicas de saúde no Brasil

*Carlos Roberto Silveira Correa*  
*Professor Doutor do Departamento de Medicina Preventiva e Social da*  
*Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp*

*Humberto de Araújo Rangel*  
*Presidente do Instituto de Pesquisas Especiais para a Sociedade, IPES*

*Ana Maria Girotti Sperandio*  
*Coordenadora no Brasil da Iniciativa Regional da Construção da Rede de*  
*Municípios Potencialmente Saudáveis - OPAS*  
*Pós-doutoranda do Departamento de Medicina Preventiva, Unicamp*

Neste capítulo procuraremos mostrar, em grandes traços, como evoluiu o conceito de saúde e como os governantes atuavam nessa área. Pretende-se, deste modo, fornecer elementos para que se possa avaliar a importância do modelo atual e da proposta que está sendo feita.

A doença e a morte sempre foram assuntos fortemente ligados às idéias e práticas religiosas. Vista como uma punição imposta aos homens pela divindade, a doença sempre foi considerada como um assunto estritamente privado, tratado diretamente, entre o doente – pecador – e o seu deus, mediante a prática de exorcismos para aplacar a ira divina. Aos sacerdotes, tidos como conhecedores dos desígnios divinos, foi atribuída a tarefa de facilitar as relações entre o doente e a divindade, através do ensinamento de práticas que, na experiência acumulada pelo sacerdote, tinham se mostrado eficiente em situações anteriores.

A saúde era um assunto privado. As pessoas adoeciam e morriam em suas casas, em instituições filantrópicas ou simplesmente ao léu, como morrem os animais. Eram atendidos nesses momentos pelos seus familiares ou pelos raros médicos existentes. Os governos não tinham uma política de saúde e os casos de saúde e assistência pública como as epidemias eram assumidos pelas entidades religiosas.

A Medicina evoluiu lentamente a partir dessas práticas religiosas. Por muitos séculos, a doença continuou sendo um assunto estritamente privado, sem que os governos tivessem meios de interferir. Nas grandes epidemias, as ações governamentais, limitavam-se a tentar impedir a disseminação da doença através de exorcismos e de medidas para restringir a livre circulação dos doentes, considerados como impuros - que eram então confinados em determinadas regiões afastadas, geralmente fora dos muros das cidades. Os doentes, quando desprovidos de posses para se manter, eram deixados à sua sorte, vagando pelas ruas como pedintes, até que alguma alma caridosa os hospedasse (vem daí o termo hospital) em um abrigo para ser alimentado e assistido por religiosos.



*Santa Casa de Misericórdia da Bahia*

A piedade religiosa teve, portanto, um importante papel nas primeiras políticas públicas de saúde. De fato, em Portugal, a rainha Leonor de Lencastre, esposa de D. João I, instituiu o que parece ter sido as primeiras organizações não governamentais da história: as Santas Casas de Misericórdia. Essas instituições, mantidas por doações

de particulares, eram geridas por irmandades religiosas e funcionavam como uma espécie de Secretaria de Bem Estar Social. Seguiam as recomendações do Compromisso de Lisboa de 1516, que recomendava as sete obras espirituais e sete materiais e tinham por função, “curar os doentes, remir os presos e vestir os nus”.

No Brasil, a política pública de saúde passou pelos vários períodos que consideraremos a seguir.

## Período colonial

Ao colonizar o Brasil, os portugueses trouxeram o modelo das Santas Casas que iniciaram a sua atuação ainda no período das capitanias hereditárias. A primeira Santa Casa de Misericórdia no Brasil foi implantada na capitania de S. Vicente, em 1543, por Braz Cubas<sup>1</sup>. Seis anos depois, com a mudança do sistema de capitanias para o de governo geral, Tomé de Souza, ao fundar a Cidade de Salvador como capital do país, fundou também a Santa Casa de Misericórdia da Bahia<sup>2</sup>. As santas casas funcionavam, a mais das vezes, como depósitos de doentes que eram retirados das ruas para serem cuidados pelas irmãs de caridade ou por leigos com pendores para o apostolado religioso. O recolhimento dos doentes, muitas vezes, era ditado mais pela proteção dos sadios do que pela piedade com os doentes. Dom Rodrigo de Menezes, por exemplo, considerando o grande número de leprosos na cidade de Salvador, mandou recolhê-los compulsoriamente no quartel do Barbalho, distante do centro da cidade, e posteriormente os transferiu para mais longe ainda, a quinta dos padres, que havia sido confiscada aos jesuítas e que, por isto, passou a ser conhecida como quinta dos lázaros.

---

<sup>1</sup> Henrique Seiji Ivamoto, Editor (\*) Santa Casa da Misericórdia de Santos: sinopse histórica Acta Medica Misericordiae Centro de Estudos, Santa Casa da Misericórdia de Santos. Acta Medica Misericordiae 1 (1):7-10, Out 1998.

<sup>2</sup> RUSSEL-WOOD, A.J.R., *Fidalgos and Philanthropists. The Santa Casa da Misericordia of Bahia, 1550-1750*, Berkeley: University of California Press, 1969 (trad. port. Fidalgos e Filantropistas. A Santa Casa da Misericórdia da Bahia, 1550-1750, Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 1981).

## 1808 inicia o Período da Fundação das Escolas de Medicina

A revolução francesa, abalando seriamente o absolutismo dos reis e favorecendo a construção de um novo mapa político da Europa, através das guerras napoleônicas, abriu espaço a uma maior democratização da administração pública no Brasil.

Médicos eram raros e provinham do reino ou de outros países, como a França. A criação de cursos superiores era considerada uma ameaça ao poder da metrópole. Com a transferência da família Real para o Brasil, em razão da invasão de Portugal por Napoleão Bonaparte, se inicia a formação de médicos no Brasil. Em 18 de fevereiro de 1808, D. João VI autoriza a criação da **Escola de Cirurgia da Bahia** que foi instalada no Hospital Real Militar da Cidade do Salvador, no antigo prédio do colégio dos jesuítas, no terreiro de Jesus.



*Prédio da antiga Faculdade de Medicina da Bahia*

Em 5 de novembro desse mesmo ano, D. João assina a carta régia criando a Escola de Anatomia, Medicina e Cirurgia, instalada no Hospital Militar no morro do Castelo, no Rio de Janeiro.

Essas escolas se transformaram em Academias Médico-Cirúrgicas em 1813 e o novo regulamento garante aos profissionais aqui formados o direito de exercer a medicina que até então era monopólio dos médicos formados em Portugal. Contudo a concessão de diplomas continuou sendo feita pela Universidade de Coimbra.

Com a independência política de Portugal, essas Academias ganham o direito de expedir diplomas (1826)<sup>3</sup> e se transformam em Faculdades de Medicina (1832)<sup>4</sup>, seguindo o modelo das instituições francesas. O curso de medicina, de 4 anos, tem a sua duração ampliada para seis anos e se inicia a formação de farmacêuticos e parteiras.

A preocupação em elevar o nível da formação acadêmica faz com que passe a ser obrigatória a defesa de tese para a obtenção do título de "doutor em medicina", exigência que seria abolida em 1911.

Essas escolas tiveram um papel relevante na formação de pessoal, não apenas na transmissão do conhecimento para formação de clínicos, mas também como núcleo primordial para a formação de pesquisadores. A escola da Bahia, que por um tempo, publicou um periódico especializado<sup>5</sup> abrigou nomes famosos<sup>6</sup> nacional e internacionalmente

Os hospitais mantidos pelas Santas Casas passaram a ser utilizados para o ensino da prática médica. Os médicos formados, oriundos da elite dominante sustentada por uma estrutura econômica escravagista, baseada na produção agrícola, não dependiam dos proventos da prática médica para o seu sustento. O exercício da medicina tinha uma aura de apostolado e os médicos, em geral, dedicavam pelo menos uma parte do seu tempo à prática da assistência gratuita seja nos hospitais, seja em consultórios simples, a maioria das vezes próximo ou anexo a uma farmácia.

---

<sup>3</sup> por Decreto-Lei de Dom Pedro I, 29 de setembro de 1826.

<sup>4</sup> Lei sancionada durante a Regência Trina, em 3 de outubro de 1832

<sup>5</sup> Gazeta Médica da Bahia

<sup>6</sup> Manuel Vitorino, Afrânio Peixoto, Nina Rodrigues, Oscar Freire, Alfredo Brito, Juliano Moreira, Martagão Gesteira, Prado Valadares, Pirajá da Silva e Gonçalo Muniz

## Período da criação dos institutos de pesquisa bio-médica

A revolução industrial e científica, iniciada no final do século XVIII propiciou, um grande avanço dos conhecimentos médico-biológicos, durante o século XIX. As inúmeras descobertas nesta área, sobretudo as de Pasteur e de Claude Bernard no campo da microbiologia e da fisiologia, trouxeram a crença de que a ciência seria capaz de afastar o sofrimento das doenças e o limite da morte.

A demonstração da origem microbiana das doenças infecciosas e a possibilidade de imunização preventiva contra várias dessas infecções, como a varíola, difteria, o tétano, a raiva, levou os governos a assumirem uma posição ativa no setor de saúde pública. Instituições dedicadas à pesquisa médica, sobretudo em relação às doenças infecciosas e controle das epidemias foram criadas. (*Vide* Tabela I).

**Tabela I. Criação dos principais institutos de pesquisa biomédica**

Tabela I. Criação dos principais Institutos de pesquisa Biomédica	
1885	Hygiene-Institute Humboldt Universitat, em Berlim, dirigido por Robert Koch, desde a sua fundação até 1891. Posteriormente denominado de Instituto de Microbiologia e Hygiene
1887	Criado por decreto de 4 de junho de 1887 o Institut Pasteur, inaugurado em 14 de novembro de 1888 graças ao sucesso de uma subscrição internacional
1891	British Institute of Preventive Medicine Lister Institute,
1892	Formação da rede estadual de saúde com a criação do Instituto Bacteriológico e do laboratório de Análises Químicas e Bromatológicas e a incorporação do Instituto Vacinogénico, do Laboratório Farmacêutico e dos Hospitais Públicos então existentes.
1900	Instituto Soroterápico Federal 25 de maio de 1900. Oswaldo Cruz assumiu a direção em 1902 e no ano seguinte assumiu o cargo de Diretor Geral de Saúde Pública
1901	Instituto Serumtherápico, (Atual Instituto Butantan)

No Brasil, a criação desses institutos permitiu a implantação de uma política sanitária que levou a cabo, através de memoráveis campanhas contra a peste bubônica, a varíola e a febre amarela, o ofidismo, a remodelação de cidades como o Rio de Janeiro e a adoção de medidas preventivas que representaram um enorme progresso na qualidade de vida das populações.

Essas instituições foram criadas sob a égide da colaboração internacional e o reconhecimento, pelos governos nacionais, da inexistência de fronteiras para as doenças levou-os a estabelecer acordos de cooperação internacional para fazer face aos problemas da saúde. A Fundação do Escritório Sanitário Pan-Americano, o predecessor da OPAS, em 2 de dezembro de 1902, representa um marco dessa visão. Onze países americanos se reuniram, em Washington, para controlar uma epidemia de febre amarela iniciada no Brasil e Paraguai e que atingira Uruguai, Argentina (15.000 mortos) e Estados Unidos (20.000 mortos).

As epidemias tinham a atenção governamental, sobretudo em razão dos prejuízos causados à política econômica, uma vez que os navios estrangeiros evitavam os nossos portos com medo do contágio.

O ensino da Medicina e a formação de pessoal da saúde foram fortemente influenciados durante esse período pelo relatório Flexner que ressaltava a necessidade de aprofundar o conhecimento científico sobre as doenças, visando a curá-las e se possível preveni-las. Contudo a prática médica continuou sendo um assunto privado.

## **Previdência Social e Saúde Pública**

Surge uma nova necessidade de ação para o Estado no início do século XIX. A vinda para o Brasil de muitos migrantes de diferentes países, a nova organização social que estava surgindo com a vinda para a cidade de inúmeras pessoas que moravam no campo, entre outros fatos, fazem com que o governo comece a se preocupar em organizar o atendimento médico.

Durante o Império, existia uma forma de previdência social que eram os Montepios. Os Montepios eram instituições onde as pessoas poderiam adquirir, por meio da aquisição de cotas, o direito de deixar uma pensão pagável a alguém indicado por ela. O primeiro Montepio surgiu em 1835, o Montepio Geral dos Servidores do Estado (o

Mongeral), que fazia a cobertura para outros infortúnios além da morte. No fim do Império foi criada uma “Caixa de Socorro” para os trabalhadores das estradas de ferro estatais e depois para os funcionários dos Correios e para os da Imprensa Régia.

Progressivamente se pode perceber que o Estado começa a incorporar como uma de suas funções o atendimento à saúde do trabalhador. Assim, em 1919, se reconhece a responsabilidade do empregador pelas conseqüências dos acidentes do trabalho e em 1923 surge a lei Eloy Chaves, por meio de um Decreto Legislativo e que, na verdade, marcava o início da Previdência Social no Brasil. Esse Decreto criava as “caixas de aposentadorias e pensões” para os empregados das empresas ferroviárias com as quais esses funcionários poderiam ter direito à aposentadoria por invalidez ou por tempo de contribuição, bem como, à pensão por morte e a assistência médica.

É importante dizer que havia uma caixa de aposentadoria para cada empresa ferroviária. A partir de então surgem inúmeras outras caixas de aposentadorias e pensões, mas cada “caixa” pertencia a uma empresa.

A partir da lei Eloy Chaves, as “caixas” se estendem para os empregados de outras empresas, como os portuários, os empregados dos serviços telegráficos, das empresas de água, energia, gás, mineração e muitas outras. Chegou-se a ter 183 “caixas” no Brasil, que posteriormente foram incorporadas à Caixa de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários e Empregados em Serviços Públicos.

A partir da década de 30, essas caixas passam a ter uma outra característica. Elas deixaram de ser entidades ligadas a uma empresa e passaram a ser organizadas por categorias profissionais, o que lhes dava, portanto, uma abrangência nacional, de acordo com a tônica do governo Getúlio Vargas que desejava colocar uma nova política social no país. Essa nova postura começa a tomar forma logo no primeiro mês do governo Vargas com a criação do Ministério do Trabalho que, imediatamente após a posse do seu primeiro Ministro começa a alterar as políticas trabalhista, previdenciária e sindical no Brasil.

No momento em que Vargas assumiu o governo, o Brasil, como a quase totalidade dos países capitalistas, vivia uma crise econômica causada pela queda da Bolsa de Valores de Nova York que acontecera em 1929. Até então, o país experimentara uma fase de crescimento importante da sua indústria, que vinha ocorrendo desde o fim da I<sup>a</sup>



Grande Guerra Mundial. Ao mesmo tempo em que ocorria essa expansão da indústria, o conflito entre o capital e o trabalho se acentuava, com a eclosão de inúmeras greves. Até 1920 a questão social, no entanto, era considerada “questão de polícia”. Só a partir de meados de 1920 começou-se a debater medidas para o enfrentamento dessas questões. Deve-se dizer, no entanto, que nessa época, as questões sociais eram entendidas como sendo de ordem moral e de higiene, e não como questão econômica ou social.

O Governo Getúlio Vargas, como se disse acima, muda esse cenário ao propor um conjunto de medidas que tinham como objetivo mudar a relação entre capital e trabalho no país. Na área da saúde isso se caracteriza pela mudança do atendimento prestado pelas “caixas” que deixaram de ser voltadas para os funcionários de uma empresa e passaram a atuar para uma categoria profissional, o que dava uma dimensão nacional a essas instituições.

### **Do SUS à Promoção da Saúde: *um desafio***

O final da ditadura militar no Brasil (1964-1986) propiciou a eclosão de um movimento democratizante em várias áreas, inclusive na da saúde, buscando dar atendimento não só aos que podiam pagar,

Em 1986, realizou-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde em que foram sugeridas modificações importantes na forma de produção de saúde e havia uma consciência natural entre os participantes, representantes dos diferentes segmentos da sociedade, que se fazia necessário promover a sua transformação. Foram relatadas em um documento, as inadequações do sistema de saúde que vigorava na época, enfatizando vários pontos problemáticos como, por exemplo, (MS, 1990):

- Irrracionalidade e desintegração das unidades de saúde;
- O sistema de saúde não conseguia dar conta do perfil de doenças relacionando com as condições sócias e econômicas;

- A centralização das decisões;
- Baixos recursos financeiros e desperdício dos alocados para a saúde;
- Exclusão de segmentos populacionais no atendimento principalmente os mais pobres;
- Baixa qualidade dos serviços oferecidos;
- Falta de mecanismo de acompanhamento, controle e avaliação dos serviços;
- Insatisfação dos profissionais da saúde e da população com atendimento à saúde.

Para tal percurso contamos com a participação dos profissionais da saúde, na época, no chamado movimento para a reforma sanitária.

Este movimento foi-se ampliando e trazendo para o seu interior lideranças políticas sindicais e populares que promoviam debates e divulgação do documento da VIII Conferência com o objetivo maior de defender um projeto de transformação do sistema de saúde na época vigente.

Criaram-se, assim, grupos técnicos que participaram da elaboração do documento acima citado e que serviu de instrumento de apoio técnico e esclarecimento para 2 processos que se iniciaram em 1987: a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e a elaboração da nova Constituição (MENDES, 1999).

É importante (re) lembrar que anterior a VIII Conferência Nacional de Saúde e mais tarde a Constituição de 1988, a saúde não era um direito de todos, mas, sim a assistência médica era prometida àqueles que tinham carteira assinada e pagavam a previdência social. A assistência à saúde era médico-assistencial privatista, as pessoas que não pertenciam a este quadro eram consideradas carentes, teriam que esperar sobrar dinheiro no Ministério da Saúde, nos hospitais universitários, estaduais e municipais fizessem algum atendimento (NETO, *In*: MS, 1998).

Com o movimento da reforma sanitária, abriu-se um espaço para a construção de um novo pensamento e derrubada daquele que comercializava saúde e não se preocupavam com as necessidades básicas da população, centrado apenas no conceito de saúde como ausência de doenças em que a única ação resolutive era a prática médica. O mais importante era manter a saúde do trabalhador, ou seja, da capacidade produtiva (MENDES, 1999), de forma que o operário não faltasse o seu trabalho por motivos de saúde.

A reforma sanitária desencadeou um processo de construção de um novo paradigma (modelo, padrão) na direção da *produção social* da saúde, ou seja, analisando saúde como um processo que pode melhorar ou deteriorar conforme a ação da sociedade sobre os fatores que lhe são determinantes (ZANCAN, 2002; MENDES, 1999), exemplo disso são as mortes de crianças menores de um ano por causa da falta de abastecimento de água potável, em decorrência da falta de uma decisão e ação política.

O documento da VIII Conferência de Saúde serviu de base para a formulação, em 1988, do artigo 196 da Constituição Federal que estabeleceu *que a saúde deve ser garantida a todos os cidadãos pelo Estado mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos* (BRASIL, 1988). Incorporou-se o conceito mais abrangente de saúde, em que os fatores condicionantes e determinantes eram o meio físico, sócio-econômico e cultural e a oportunidade a acesso aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde (MS, 1990). Desta maneira, foi garantido na Constituição, o princípio básico do SUS.

## O que é SUS?

Sistema – conjunto de várias instituições do governo (Federal, Estadual e Municipal) que interagem para um fim comum.

Único – tem a mesma doutrina, filosofia, de atuação em todo o território nacional.

Saúde – é o produto final, mas no sentido mais amplo.

Portanto, o SUS é uma política de saúde que, dentre outras realizações, deve organizar e reorientar dos serviços e ações de saúde.

A doutrina do SUS é:

- **Universalidade** – é a garantia de atenção à saúde por parte do sistema a todo e qualquer cidadão (MS, 1990);
- **Eqüidade** – é assegurar ações e serviços de todos os níveis de complexidade a todo o cidadão;
- **Integralidade** – o sistema deve ver a pessoa como um todo e não como partes separadas, e o indivíduo faz parte de uma sociedade, portanto, as ações de saúde devem ao mesmo tempo estar voltadas para o individual e para a comunidade.

Existem os princípios de organização do SUS (MS, 1999; MENDES, 1999; MS, 1998) que são :

*Regionalização e Hierarquização* – os serviços de saúde devem ser organizados em uma área geográfica delimitada de forma que sejam oferecidas ações de saúde a todos os cidadãos moradores deste território, de acordo com as suas necessidades. E, os serviços devem ser distribuídos nesta área em níveis de complexidade tecnológica crescente, hierárquico, possibilitando assim uma maior resolução organizada dos problemas de saúde. A rede de serviços construída assim permitirá o conhecimento dos agravos da saúde da população residente nesta área delimitada.

*Resolutividade* – é a capacidade do serviço de saúde enfrentar e resolver o problema que está causando determinados impactos na comunidade, ele deve ser eficaz e eficiente produzindo resultados positivos.

*Descentralização* – é a redistribuição de responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre o nível municipal, estadual e federal; reforçando que quanto mais perto se está do problema mais se torna maior a possibilidade de acertar a solução. Sendo assim, a responsabilidade do município há de ser do governo municipal, a de um estado, do governo estadual e o que for de abrangência nacional a responsabilidade é do governo federal.

*Participação Social/Democrático* - é garantida constitucionalmente a participação da população, nos processos de tomada de decisão, principalmente na formulação das políticas de saúde e no controle da sua execução em todos os níveis. A estratégia dos Conselhos de Saúde visa exercer o controle social sobre o SUS. A composição deste conselho deve ser igual entre os usuários do serviço de saúde e os demais e ter poder de decisão, não apenas consultivo.

O SUS visto como a construção do processo social implica em reconhecer a complexidade que existe em um ambiente com diferentes interesses e diferentes hierarquias nos campos sociais (MENDES, 1999). O SUS ainda está em construção. Faz-se necessário à participação de os atores sociais para melhorá-lo, porque ele é uma conquista de todos nós.

Não devemos achar que o SUS deve ser apenas para “*pobre*”, sendo que nós, o pessoal da saúde, produz saúde dentro do sistema, mas, não acreditamos nele, então não acreditamos na nossa própria atuação profissional...

Faz-se emergente sensibilizarmos cada vez mais pessoas para dar continuidade ao processo iniciado na década passada que busca na sua essência o resgate da qualidade de vida. São os atores sociais de maior importância que podem contribuir para a sustentabilidade do processo.

É evidente que alterar a racionalização dos serviços de saúde melhora a oferta desses, mas não necessariamente a forma de gerenciar os serviços de saúde.

Ao ler a seguinte frase: *“A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômica que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”*(BRASIL, 1988), tem o implícito que saúde não limita-se a não ter doença e, está na dependência de outros fatores não biológicos para sua construção. E ainda, que deve-se considerar a positividade da saúde no sentido de produzir resultados por meio do processo de produção social em que as pessoas construam a qualidade de vida dentro de uma perspectiva de viver de uma forma prazerosa, tendo acesso inclusive aos diferentes serviços econômicos e sociais (MS, 1998; MENDES, 1999).

O que se coloca aqui, é que a produção social de saúde dá conta de um estado de saúde em constante transformação em que é

resultado de fatores econômicos, políticos, ideológicos e cognitivos (Buss 2000 *In*: ZANCAN, 2002) e pode definir a construção da qualidade de vida por meio da inter-relação das diferentes disciplinas e com os diferentes setores.

No Art. 196 da Constituição Brasileira encontra-se a citação de promoção da saúde enquanto um fim a ser conquistado.

A expressão promoção da saúde surgiu na década de 40 com Sigerist em que definiu as tarefas da medicina: promoção da saúde, prevenção de doença, recuperação e reabilitação.

Com o Relatório de Lalonde, em 1974, em que relata que a redução dos indicadores de mortalidade infantil e o aumento da esperança de vida dependem da inserção social dos indivíduos, mais do que do acesso universal aos serviços de saúde ou da organização dos cuidados médicos e mostra alguns caminhos, ainda preventivista, para melhorar o estilo de vida (CERQUEIRA, 1997).

Paralelamente a estas discussões foi houve concordância concordando em relação à prevenção das doenças crônicas que aproximou, de certa forma, erradamente, a promoção da saúde a prevenção de doenças, mas de maneira positiva a educação da saúde, a educação enquanto um dos instrumentos que vêm sendo privilegiados para efetivação da promoção da saúde (SPERANDIO, 2001).

Referenciais teóricos em forma de textos foram aparecendo ao longo do percurso da construção da promoção da saúde, mas, a Carta de Ottawa, documento produzido na I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em 1986, foi e tem sido um marco para estudiosos da área. Ela amplia o conceito de promoção da saúde, adicionando a importância do impacto social, econômico, político e cultural, propondo estratégias intersetoriais, como: estabelecer políticas públicas saudáveis, criar meios favoráveis, reforçar a ação comunitária, desenvolver atitudes pessoais, reorientar os serviços de saúde (NUTBEAM 1998; SPERANDIO, 2001).

Cada vez mais era claro a incapacidade do modelo médico de impactar o estado de saúde, pois não atuava em determinantes de saúde (MENDES, 1999). Era necessário a participação não só do governo, mas, das organizações não governamentais, empresas e da população para a construção de políticas públicas sociais que permitissem o desenvolvimento da promoção da saúde.

Na IV Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em

1997, depois de acumulado diferentes conceitos referiu-se ao tema como *“...um investimento valioso, é um processo para permitir que as pessoas tenham maior controle sobre sua saúde e para melhorá-la; a promoção da saúde, mediante investimentos e ações, atua sobre os determinantes de saúde, para assegurar direitos humanos e para a formação de capital social. A sua meta primordial é aumentar as expectativas de saúde... A saúde é um direito fundamental e essencial para o desenvolvimento social e econômico”* (MS, 1997). Na quinta e última Conferência de Promoção da Saúde, no México, em 2000, reiterou-se em grande parte os compromissos assumidos nas conferências anteriores,

A Organização Panamericana de Saúde define a promoção da saúde como *“ o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma participação no controle deste processo.”* (WHO, 1986; MS, 2002; OPAS, 2002), permitindo contudo uma ampliação das estratégias que possam transformar o ambiente.

## **Considerações finais**

Se analisarmos os conceitos que foram surgindo ao longo dos anos sobre saúde, podemos verificar que houve uma mudança profunda. Partiu-se de uma visão religiosa, na qual a doença era um castigo dos deuses, minorado apenas pela piedade dos homens, para uma visão na qual a doença é um processo natural e o próprio homem busca e encontra os meios para interferir no processo. Pode-se debelar e prevenir a doença, e, mais ainda, pode-se manter e promover a saúde. E a Promoção de saúde *“é entendida como estratégia de desenvolvimento de ações políticas, econômicas, sociais e ambientais que visam, em última análise, à transformação social na direção de uma melhor condição e qualidade de vida de todos os cidadãos. Nestes termos, ela é vista como um instrumento de resgate da cidadania -transformação do indivíduo em sujeito de ação e de direito”* (SPERANDIO, 2001).

Mas, aqui, não se trata de definições, estas são importantes para nortear de alguma forma o processo, mas, refere-se ao entendimento do assunto e de situar qual o nosso papel diante de algo que está em movimento. Se voltarmos para a proposta do SUS, (na verdade, o conteúdo não foi desviado, apenas reforçado e complementado), pode-se perceber que existe um espaço de ação enorme para que se trabalhe na perspectiva da construção do novo, do ideal coletivo, não no sentido de acesso aos serviços de saúde apenas,

mas, a construção de espaços saudáveis que permitam o resgate da qualidade de vida em que o cidadão possa ser sujeito de ação.

Isto está garantido na Constituição Brasileira, contudo não devemos achar que é apenas uma função do Estado de prover saúde no sentido mais amplo, mas, também é um dever de todo cidadão de participar do processo enquanto atores sociais envolvidos de alguma forma nesta história. Participar, no sentido maior, de tomar para si e entrar no processo com seus conhecimentos, sentimentos e dúvidas, agindo na direção positiva para dar forma ao movimento.

Os atores sociais devem ser os protagonistas, o que significa que o papel principal é deles. Junto com outros setores, deve-se abrir espaço para que o que existe continue a ser implantado e desenvolvido permitindo que novas necessidades de saúde apareçam e tornem-se objetivos a serem atingidos. O processo não tem fim, pois frequentemente estamos ampliando os nossos quereres, que são apontados de acordo com as necessidades. Sabe-se, que para várias comunidades, no primeiro momento, deve-se alcançar as necessidades básicas junto com e para elas e que, neste sentido, está se alcançando resultados de forma lenta.

Feito este breve relato de como estão sendo organizados os caminhos das políticas públicas de saúde, mostrando de uma forma simplória que evoluímos em termos de propostas e ação, resta aqui, fazer um convite ao leitor, para que não fique achando que não tem nada a ver com o processo e que a solução está em outra esfera, acima dele, isto não é possível, porque a construção de uma vida melhor depende da atuação dos atores sociais.

## **Referências bibliográficas**

BRASIL. Constituição da República do Brasil. Rio de Janeiro: Degrau Cultural; 1988. Artº 196, Artº 30 (al. VII).

CERQUEIRA MT. Promoción de la salud y educación para la salud: retos y perspectivas. In: Arroyo HV, Cerqueira MT, editores. La promoción de la salud y la educación para la salud en América Latina: un análisis sectorial. San Juan, Puerto Rico; Ed. Univ. de Puerto Rico/OPAS; 1997. p. 7-48.



MENDES EV. Uma agenda para saúde. São Paulo: Hucitec; 1999.  
Ministério da Saúde. ABC do SUS. Doutrinas e princípios. Brasília, DF; 1990 (Secretaria Nacional de Assistência à Saúde).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Incentivo à participação popular e controle social no SUS. Brasília, DF; 1998 (Setor de Informação, Educação e Comunicação).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. A declaração de Jacarta sobre a promoção da saúde no século XXI. Brasília, DF; 1997 (Setor de Informação, Educação e Comunicação).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. (documento para discussão). Brasília: Ed. MS 2002.

NUTBEAM D, Harris E. Theory in a Nutshell: a practitioner's guide to commonly used theories and models in health promotion. Sydney: Department of Public health and Community Medicine-University of Sydney; 1998.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Municipios y comunidades saludables. Guia de los Alcades para promover calidad de vida. División de Promoción y Protección de la Salud. Washington DC, OMS, 2002.

SPERANDIO A.M.G. Construção de um projeto de saúde ocular para crianças – Análise da participação, Morungaba, SP-2000. [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública – USP- 2001].

SPERANDIO A.M.G. O Processo de Construção da Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis. Campinas, SP. IPES Editorial, 2003 - Vol I

ZANCAN L *et al.* Promoção da saúde como caminho para o desenvolvimento local. A experiência de Manguinhos. Abrasco/Fiocruz 2002; 5: 20-35.

HENRIQUE SEIJI IVAMOTO, Editor(\*) Santa Casa da Misericórdia de Santos: sinopse histórica Acta Medica Misericordiæ Centro de Estudos, Santa Casa da Misericórdia de Santos. Acta Medica Misericordiae 1 (1):7-10, Out 1998

RUSSEL-WOOD, A.J.R., Fidalgos and Philanthropists. The Santa Casa da Misericórdia of Bahia, 1550-1750, Berkeley: University of California Press, 1969 (trad. port. Fidalgos e Filantropistas. A Santa Casa da Misericórdia da Bahia, 1550-1750, Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 1981).

CPDOC. Fundação Getúlio Vargas. Disponível em:  
[http://www.cpdoc.fgv.br/nav\\_historia/htm/anos30-37/ev\\_politica\\_social.htm](http://www.cpdoc.fgv.br/nav_historia/htm/anos30-37/ev_politica_social.htm). Acesso em 18 de maio de 2004.

Eduardo, Ítalo Romano - Origem e evolução legislativa da Previdência Social no Brasil. Disponível em:  
[http://www.vemconcursos.com.br/arquivos/aulas/Italo\\_Romano\\_Aula13.pdf](http://www.vemconcursos.com.br/arquivos/aulas/Italo_Romano_Aula13.pdf). Acesso em 18 de maio de 2004.