

PODEMOS FALAR DE AMBIENTE E SAÚDE PROBLEMATIZANDO AS CONEXÕES ENTRE SAÚDE E DESENVOLVIMENTO?¹

*Can we talk about environment and health problematized the
connections between health and development?*

Marco AKERMAN²

RESUMO

Este texto trata o tema das relações entre saúde e desenvolvimento, aproximando a discussão para o campo das relações entre ambiente e saúde. Na evolução dos estudos e pesquisas no campo da epidemiologia observa-se que a importância dos fatores socioeconômicos foi relativamente deixada de lado. Todavia, os efeitos do desenvolvimento sobre a saúde das populações não impediram que, nos últimos 20 anos, o tema voltasse com vitalidade nos debates do campo da saúde e das políticas públicas em geral. Questionamentos sobre modelos de desenvolvimento e suas lógicas de produção e expropriação têm sido verificados em quase todo o planeta, interrogando-se e exigindo-se a tomada de medidas sobre os custos ambientais, sociais e econômicos dos mesmos. As perspectivas do desenvolvimento, inclusive a idéia de sustentabilidade, são enfocadas a partir dos processos de saúde-doença da população bem como das políticas públicas ligadas a essa temática.

Palavras-chave: Desenvolvimento; saúde; políticas públicas.

ABSTRACT

This paper addresses the issue of relations between health and development, bringing the discussion to the field of relations between environment and health. In the evolution of studies and researches in the field of epidemiology we notice that the importance of socio-economic factors was relatively left aside. However, the effects of development on people's health did not prevent that in the past 20 years, the issue again in discussions with vitality of the field of health and public policy in general. Claims on models of development and its logic of production and expropriation have been recorded in almost the entire planet, asking themselves and demanding to take action on environmental costs, social and economic them. The prospects of development, including the idea of sustainability, are focused from the processes of health-disease of the population and public policy related to this issue.

Key words: Development; health; public policies.

1 Esse texto tem como base, o capítulo "Saúde e Desenvolvimento: que conexões?" de autoria de Marco Akerman, Liane Beatriz Righi, Dário Frederico Pasche, Damila Trufelli, Paula Ribeiro Lopes que foi publicado no Tratado de Saúde Coletiva organizado por Campos e colaboradores, Editora Hucitec, São Paulo, 2006.

2 Médico, Doutor em Epidemiologia e Saúde Pública. Vinculado à Opas – Organização PanAmericana de Saúde / Buenos Aires – Argentina.

INTRODUÇÃO

Este texto trata o tema das relações entre saúde e desenvolvimento como uma *proxy* para as relações entre ambiente e saúde. E talvez, mais que uma *proxy*, uma tomada de posição de que as relações entre ambiente e saúde precisam ser consideradas em um contexto mais amplo, determinadas pelos modos e concepções de desenvolvimento que se quer adotar.

Os estudos a respeito das relações entre esses dois temas se, por um lado, não são propriamente uma novidade, de outro, ainda são escassas as pesquisas e a produção científica a respeito das conexões entre saúde e desenvolvimento.

Sem dúvida o tema já é tratado há muito tempo. Basta lembrarmos do importante estudo de Friedrich Engels (1986) sobre a condição da classe operária na Inglaterra no início dos anos 1800. Engels traça um paralelo entre as condições de vida da classe trabalhadora e a ocorrência de doenças, mortes e agravos, concluindo que as condições de vida interferem diretamente na produção da saúde, associando pobreza e injustiça com doença, morte e degradação da dignidade humana. Os estudos de Vilerme (GOLDBERG, 1994), pai da epidemiologia sócio-econômica, e Chadwick (AIRES, 1995), entre outros, formam um bom acervo sobre as implicações do desenvolvimento e a saúde das pessoas e das populações.

Em mais de um século muitos estudos têm tratado das conexões entre desenvolvimento econômico e social e a produção da saúde, muito embora, como nos alertou Marcel Goldberg (1994) já no início dos anos 90 do século passado, a importância dos fatores sócio-econômicos foi relativamente deixada de lado nos estudos e pesquisas epidemiológicos. Ou seja, a análise desses fatores (determinantes da saúde) sobre a produção de saúde é na atualidade um fato secundário nas pesquisas. Nesse sentido, é possível afirmarmos que a influência dos fatores sociais e econômicos teve importância relativa maior em séculos passados que na atualidade.

A secundarização nos estudos dos efeitos do desenvolvimento sobre a saúde das populações, por outro lado, não impediu que nos últimos 20 anos o tema voltasse com força nos debates do campo da saúde e das políticas públicas em geral. Questionamentos sobre modelos de desenvolvimento e suas lógicas de produção e expropriação têm sido verificados em quase todo o planeta, interrogando-se e exigindo-se a tomada de medidas sobre os custos ambientais (degradação, poluição, uso irracional de recursos, etc), sociais e econômicos (exclusão, iniquidades, não redução dos níveis de pobreza, injustiças, etc).

Além disso, tem sido colocado em questão as finalidades do desenvolvimento, abrindo-se importantes questionamentos sobre a sustentabilidade e a capacidade dos modelos de desenvolvimento em promover a vida, a justiça e a solidariedade humana.

I. QUE ASSOCIAÇÕES TÊM SIDO PROPOSTAS ENTRE SAÚDE E DESENVOLVIMENTO?

Nesse contexto e envolvimento por essas questões se quer compreender as interconexões entre desenvolvimento e saúde, propondo um marco metodológico para se verificar, a partir de experiências concretas, associações entre esses dois campos.

Por se tratar de um “velho tema novo”, muitas produções são, ainda, provisórias. Além disso, a aproximação entre saúde e desenvolvimento tem sido feita pelo conectivo “e”, o que alertamos: todo conectivo agrega separando (distingue para conectar, produzindo aproximação tensa). Talvez esse limite conectivo deva ser removido. Como então conectar saúde-desenvolvimento?

A inter-relação entre saúde e desenvolvimento é reafirmada no documento elaborado pela recém instalada “Comissão para os determinantes sociais e ambientais da saúde”, da Organização Mundial da Saúde - OMS (WHO, 2004). Nesse documento, critica-se um informe prévio da OMS elaborado pela Comissão de Macroeconomia e Saúde que explorou apenas aspectos econômicos da relação saúde e desenvolvimento, e de forma utilitarista, pois “saúde é vista apenas como um recurso para o desenvolvimento econômico” e não analisa que as condições sócio-econômicas, também, podem determinar os resultados de saúde de uma população.

Há estudos importantes que trabalham as interfaces do desenvolvimento e da saúde. Amartya Sen (2000) em “Desenvolvimento como liberdade” estabelece a complexidade conceitual e empírica do tema e estabelece algumas ligações entre saúde e desenvolvimento. Marmot e Wilkinson (2005) estabelecem “fatos sólidos” na determinação social da saúde (WHO, 2003).

Brundtland, 2002a; 2002b; von Schirnding, 2002a; John e Abel, 2002; WHO, 2002 debatem a conexão entre saúde e desenvolvimento sustentável sob a égide da Segunda Cúpula Mundial de Desenvolvimento Sustentável, organizada pela ONU (UNCED), realizada em 2002, em Joanesburgo, na África do Sul e indicam algumas possibilidades de interconexões: no planejamento intersetorial; na prevenção de doenças

transmissíveis; no enfrentamento da emergência da agenda contemporânea da saúde (doenças crônicas, tabagismo, alimentação e nutrição, poluição do ar, do solo, da água e dos alimentos e no fortalecimento da efetividade dos sistemas de saúde).

Crescente (2005); Righi (2006), enfatizam a importância de se considerar a agenda do setor da saúde em conexão ao debate do desenvolvimento. Essas pesquisas evidenciam componentes de artificialidade nas propostas que excluem as organizações de saúde do debate sobre o desenvolvimento, e sugerem a valorização do desenho institucional do SUS. Criar condições para que os serviços de saúde contribuam para o desenvolvimento local, territorial, incluyente, sustentado e sustentável implica a criação de novas organizações de saúde e profundas mudanças na gestão dos serviços que compõem a rede e na gestão da rede local e regional de serviços de saúde. O desenvolvimento local exige organizações com capacidade de inovar, pois as inovações em saúde integram um projeto de desenvolvimento do território.

Os conhecimentos apontados pelo campo da “saúde urbana”, também, estabelecem conexões entre saúde e desenvolvimento (FLEURY, 2004; BARONDESS, 2001; HARPMAN; BLUE, 1997) ao abordar como os processos de urbanização influenciam a saúde das populações, bem como o campo da saúde ambiental que, conecta a influência dos processos produtivos sobre o ambiente e sobre a saúde das pessoas (NAVARRO et al, 2002; FRANCO, 2002; RIGOTTO, 2002).

A literatura de desigualdades sociais em saúde e inclusão social (por exemplo, LABONT, 2004); agendas urbanas intersectoriais (por exemplo, MENDES et al, 2004; SCRIVEN; YOUNG, 1998; DUHL, 1993); material de análise crítica da promoção da saúde (por exemplo, BARTEN; GUDEN, 2002; WALLERSTEIN, 2002); e desenvolvimento local integrado e sustentável (por exemplo, AKERMAN, 2005; DOWBOR, 2002), também, contêm elementos úteis para subsidiar o estudo das conexões entre saúde e desenvolvimento.

Akerman (2005) sugere que esse conjunto de agendas intelectuais e políticas, acima indicadas (desenvolvimento como liberdade, determinação social do processo saúde-doença, desenvolvimento sustentável, saúde coletiva, saúde urbana, saúde e ambiente, promoção da saúde, desenvolvimento local) se aproxima da lógica da produção social em saúde e que poderiam

se desdobrar em seis categorias conceituais e operacionais: determinantes sociais, equidade, inclusão social, capital social, empoderamento, e capacidade de governo.

Embora haja alguns indícios da inter-relação entre saúde e desenvolvimento, condicionantes e determinantes precisam ser aprofundados conceitualmente e contextualizados para que sejam estabelecidas relações empíricas mais consistentes que apoiem a formulação de políticas, projetos e ações.

Para tanto, inicialmente “desconstruímos” o binômio “saúde-desenvolvimento”, analisando separadamente “SAÚDE” e “DESENVOLVIMENTO” sob a ótica de sua produção social. Em seguida, trataremos que novas conexões precisam ser re-estabelecidas.

II. O QUE É SAÚDE?

A INFLUÊNCIA HUMANA EM SUA PRODUÇÃO

O conceito de saúde, ao longo do tempo, vem sendo modificado, adquirindo novos contornos e conexões com outros campos de ação da vida humana.

Já não nos contentamos mais com a sua simplificação, e dizer que “saúde é um estado caracterizado pela ausência de doenças” é reduzi-lo a um patamar muito pobre em que saúde e doença se configuram apenas em opostos destituídos de qualquer ação humana. Mesmo a tentativa da Organização Mundial de Saúde, de conceber um conceito mais ampliado de saúde, na década de 40 do século passado, como “completo estado de bem-estar bio-psico-social”, parece ter esbarado numa certa totalidade idealizada, em que de novo, não aparece quem seriam aqueles, responsáveis pela produção do “completo estado de bem-estar”, caso ele fosse possível.

Saúde é uma qualidade inata do homem e segundo a tradição aristotélica³ é um dos bens que cooperam para a produção da felicidade, objetivo maior da vida. A essa concepção a tradição cristã agregou a idéia de que a saúde resulta também de virtudes espirituais, uma disposição infundida diretamente por Deus, gerada ou re-estabelecida por uma graça divina⁴ (NOGUEIRA, 2003, p. 100). Saúde é um dom inato, em outras pala-

3 Aristóteles, filósofo grego nasceu em 384 a.C. e morreu em 322 a.C. Seus pensamentos filosóficos e idéias sobre a humanidade exercem grande influência no pensamento ocidental contemporâneo. Aristóteles é considerado o criador do pensamento lógico.

4 A palavra saúde deriva da *salus*, salvação. Para a tradição cristã, a contemplação de Deus é um remédio que promove a salvação. O salvador é o curador, Cristo, médico das almas (Nogueira, 2003, p.103).

bras. Ainda segundo esse autor, a esse estado natural se agrega que os homens, detentores de livre-arbítrio, são capazes pelos bons e maus hábitos, de interferir sobre esse dom.

A saúde, enquanto um fato moral, derivado de virtudes e do ato disciplinar de vontades, aparece, nessa medida, muito mais derivada de comportamentos individuais do que resultante do modo de vida. Ou seja, essa explicação e entendimento, embora, muito interessante, não permite compreender a saúde em sua dimensão coletiva e produção histórica.

Tão pouco resultaria útil simplificar a discussão e dizer, em contraposição, que a saúde é um fato social e histórico, remetendo-a exclusivamente ao plano da produção coletiva. Nessa medida, pode-se anunciar de imediato que a saúde é um fato complexo, porque lida com a produção da própria vida, estando também ligada ao plano dos valores e das interrogações e compreensões filosóficas e teológicas. À complexidade associa-se uma outra característica: a polissemia, ou seja, os conceitos de saúde têm múltiplos significados.

Tais características do entendimento de saúde determinam que quando nos colocamos a questão “o que é saúde?” ficamos tentados a recorrer a muitos argumentos, que tendem a buscar socorro na filosofia, na sociologia, na antropologia, na história, enfim nas ciências humanas e sociais, bem como aqueles territórios disciplinares atinentes às próprias ciências da saúde, sobretudo do campo da biologia.

Como, então, tomar um conceito de saúde que permita apreendê-la e a suas várias significações e realizar a discussão sobre suas conexões com o desenvolvimento? Trata-se, assim, de uma discussão complexa que não se pretende esgotar neste texto⁵.

Aqui a ênfase será dada ao seu caráter de bem público, produzida socialmente na interação entre sujeitos que disputam para introduzir seus interesses e necessidades na agenda pública, o que decorre da correlação de forças, jogo que se estabelece em arenas decisórias, mediadas por contextos sócio-políticos e condições materiais específicas.

Dessa forma, a produção de saúde decorre de determinadas condições sócio-históricas, do jogo de interesses entre sujeitos que disputam por recursos, cuja apropriação pode favorecer ou não a distribuição equitativa, da qual resulta graus de acesso da população a bens e a consumo para a reprodução da vida. De outra parte, os serviços de saúde e modos de organização

da atenção derivam também desse intrincado jogo. Serviços de saúde são respostas da sociedade frente às necessidades de saúde combinando e também, interesses de um conjunto de atores, entre os quais, produtores de serviços, o Estado, trabalhadores e população de determinadas concepções de saúde. Combinação esta circunscrita na disputa por determinadas concepções de saúde. Assim, composição de sistemas e formas de organização dos serviços de saúde e a própria concepção de saúde hegemônicas em determinado contexto, são determinadas pelo jogo de interesses no interior de uma dada sociedade, apresentando-se como espaços de disputa e síntese histórica da correlação de forças.

A análise da saúde nos últimos dois séculos permite-nos dizer que a sua dimensão de produção social, ou seja, a saúde compreendida como resultante de condições concretas de vida (renda, alimentação, condições de trabalho e moradia, etc), decorre, de um lado, de movimentos políticos e sociais, sobretudo aqueles que reclamam por reformas estruturais como o processo revolucionário europeu de 1948 (NUNES, 1989); e de outro por necessidades de ampliação das taxas de lucratividade do capital; e por razões estratégicas do Estado (FOUCAULT, 1989).

A incorporação da dimensão social na explicação dos fenômenos da saúde determinou várias conquistas, decorrentes da ação política no campo social e econômico, tais como: saneamento ambiental dos ambientes de trabalhos, ampliação das políticas de proteção social e, mais tarde, reorganização de sistemas e serviços de saúde para acolher o conjunto de necessidades de saúde das pessoas. A experiência inglesa, advinda do Relatório Dawson, no início do século XX é exemplo disso (MARSHALL, 1995).

Sabemos, contudo, que os determinantes da saúde não foram os únicos elementos que alicerçaram as políticas públicas, tão pouco foram os responsáveis pela organização de sistemas e serviços de saúde. O padrão de desenvolvimento científico, tecnológico e a organização da atenção à saúde, sob o comando da biomedicina e do modelo flexneriano, hegemônicos desde o início do século XX, impuseram formas de produção e consumo de serviços e práticas de saúde que combinaram uma série de efeitos como a elevação de custos (sugerindo-se a idéia da inflação médica); o baixo impacto na saúde da população; o especialismo (elegendo-se o raro como prioritário e secundarizando o predominante); e a ampliação das barreiras de acesso,

5 O livro de Roberto Nogueira “Saúde pelo avesso”, enfrenta essa complexidade da concepção de saúde e de sua historicidade (NOGUEIRA, 2003). Além disso, nessa mesma coletânea os capítulos X e Y tratam centralmente dessa discussão, os quais indicamos a leitura.

devido à inserção das necessidades de saúde na esfera do consumo privado, entre outros.

Isso determinou uma série de movimentos de contestação e crítica, que permitiu em todo século XX a produção de novos paradigmas na área da saúde, entre os quais a Medicina Preventiva (AROUCA, 2003), a Saúde Comunitária (DONNANGELO; PEREIRA, 1979), a Saúde Coletiva (PASCHE, 2006), O Movimento pela Promoção da Saúde⁶, entre outros.

Promover a saúde e recuperá-la como valor de uso; resgatá-la como instrumento de preservação e de desenvolvimento da vida; interferir nos estilos e modos de vida e na produção de políticas públicas que tomem em primeira mão o desenvolvimento do humano; desenvolvimento para a saúde, entendida, então, como sinônimo de vida, passam a partir de então a se constituir em objetivos dos diversos movimentos e propostas em oposição a biomedicina durante boa parte do século XX, o que resultou no experimento de novas formas de conceber a saúde e de organizar sistemas e serviços de saúde.

A experiência brasileira, sobretudo através do SUS, é exemplo disso. A reforma sanitária em nosso país nasce de um contexto de disputa política, em que estavam em jogo as próprias regras da democracia formal brasileira, cujo feito é a nova Constituição Federal de 1988. Isso possibilitou, entre outros, a incorporação à sua base doutrinária de um ideário de política pública, embasado na universalidade do acesso a serviços integrais.

O SUS compreende a saúde, como determinada por dupla combinação: 1) como resultante da ação de fatores sociais e econômicos, entendimento, esse, registrado na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990); e, 2) como decorrência da própria capacidade de ação e resolução dos serviços de saúde. A saúde, no sistema público brasileiro resulta, então, da combinação e interação de vários planos de intervenção, tanto da sociedade como um todo, como dos serviços, e práticas da saúde em particular.

Ampliar o acesso, entendido como a capacidade dos serviços de saúde de acolher as necessidades de saúde e, ao mesmo tempo, promover a reorganização das práticas, tornando-as resolutivas e integrais, coloca-se desde então como desafio importante para a agenda sanitária brasileira.

A partir disso, o que entendemos por saúde? Saúde resulta das condições concretas de vida da população, que por sua vez resulta da ação política dos sujeitos sociais, que disputam recursos de várias ordens (financeiros, políticos, institucionais, etc). Os serviços de saúde, de sua parte, resultam de concepções de saúde e, também, de interesses de atores que jogam o jogo da saúde. Dessa forma, nenhum sistema ou serviço é reflexo imediato de necessidades incorporadas em distintos graus. Saúde e organização de serviços são, nessa medida, espaço de disputa, de afirmação ou de negação de direitos e de necessidades.

III. O QUE É DESENVOLVIMENTO?

O QUE VEM SE FALANDO SOBRE “DESENVOLVIMENTO”, POR AÍ?

Guimarães Rosa nos oferta uma frase bem sugestiva para o tema, no seu livro, *Primeiras Histórias*, no conto “Sôroco, sua mãe, sua filha”: “a gente cresce sempre mesmo sem saber para onde!” ao falar que, o crescimento pessoal nem sempre tem a direção desejada pelo sujeito.

Os principais dicionários brasileiros (FERREIRA, 1975 e HOUAISS, 2002) associam ao vocábulo “desenvolvimento” essa mesma noção impressa na frase de Guimarães Rosa, com os significados “crescimento e expansão”, mas qualifica-os, também, ao indicar “aprimoramento, progresso” como outros sinônimos para desenvolvimento, indicando algum grau de direção para o crescimento ou para a expansão.

Entretanto, se dos sinônimos de “desenvolvimento” é possível inferir graus de direção ou intenção, não é possível perceber, entretanto, a que tipo de aprimoramento ou progresso está se referindo ou “quem” auferir os benefícios desse aprimoramento ou progresso.

Em outras palavras, num marco de análise de lógicas de desenvolvimento, há que se identificar sua direção, intenção, foco e atores beneficiados.

O quadro, a seguir especifica alguns substantivos e qualificativos de desenvolvimento baseados nos “descritores em ciências da saúde” da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) (www.bireme.br).

6 A Promoção da Saúde, no Brasil, foi incorporada à institucionalidade do SUS pela aprovação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em março de 2006, da Política Nacional de Promoção da Saúde.

QUADRO 1 – PRINCIPAIS SUBSTANTIVOS E QUALIFICATIVOS SOBRE DESENVOLVIMENTO, SEUS SINÔNIMOS E DEFINIÇÕES BASEADOS NOS DESCRITORES DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA BVS

SUBSTANTIVOS E QUALIFICATIVOS DE DESENVOLVIMENTO	SINÔNIMOS	DEFINIÇÃO
Desenvolvimento Ecológico	Desenvolvimento Ambiental / Desenvolvimento e Meio Ambiente	Modalidade do desenvolvimento econômico que postula a utilização racional dos recursos naturais, para satisfazer as necessidades atuais e futuras, empregando uma tecnologia apropriada que não prejudique a natureza nem produza contaminação, e recicle ou reutilize materiais e recursos naturais.
Desenvolvimento da Comunidade	Promoção Comunitária	Correspondente a organização da vida comunitária em todos seus aspectos, em particular aos projetos de inovações e/ou aperfeiçoamento das instalações existentes em uma comunidade.
Desenvolvimento Econômico		⁷ Difere de crescimento econômico, que possui uma ótica mais expansionista e quantitativa; desenvolvimento econômico, de caráter mais evolucionista e qualitativo, estaria mais voltado para o aprimoramento das relações econômicas e da satisfação das necessidades e aspirações humanas e menos dirigidas para os fins econômicos, em si ¹¹ .
Desenvolvimento Humano		Mudanças sequenciais contínuas que ocorrem nas funções fisiológicas e psicológicas durante a vida do indivíduo (NLM). O processo de ampliação das opções das pessoas. As mais fundamentais consistem em viver uma vida longa e saudável, ter educação e desfrutar de um nível de vida decente, liberdade, dignidade e respeito por si mesmo e pelos demais (Informe sobre desenvolvimento humano, PNUD, 1997).
Desenvolvimento Regional		Orientação das políticas do Estado, no sentido de propiciar que as orientações do desenvolvimento nacional sejam decididas e executadas no âmbito regional, considerando elementos da atividade produtiva, padrões culturais e contemplando a participação dos atores, segundo um conceito de descentralização dos recursos e das decisões.
Desenvolvimento Social		⁹ Promover o desenvolvimento social é refutar a idéia de que somente o crescimento econômico possa gerar melhorias nas condições de vida através da teoria do “gotejamento”, ou que “só com o crescimento do bolo” é que se pode levar benefícios aos mais pobres. Com isso, entende-se o desenvolvimento não só como melhoria do capital econômico (fundamentos da economia, infraestrutura, capital comercial, capital financeiro, etc) mas também como melhoria do capital humano (capacitação e qualificação das pessoas) e do capital social (valores partilhados, cultura, capacidades para agir sinergicamente e produzir redes e acordos voltados para o interior da sociedade) ¹³ .
Desenvolvimento Sustentável	Crescimento Econômico Sustentado Economia Sustentável	Estratégia para o desenvolvimento econômico e social que implica a satisfação das necessidades básicas das gerações atuais sem entorpecer a capacidade das gerações futuras para satisfazer as suas
Desenvolvimento Urbano	Reforma urbana	A melhoria planejada de uma área urbana deteriorada e que envolve reconstrução, renovação ou restauração. Frequentemente se refere a programas de demolição principal e reconstrução de áreas arruinadas

Fonte: adaptado pelos autores da BVS da BIREME (acesso em março de 2005)

⁷ Definição incluída pelos autores do capítulo. A definição disponibilizada pela BVS/BIREBE foi de que desenvolvimento econômico “envolve mudanças estruturais na economia”.

⁸ Baseado em Milanez, Francisco (2003) “Desenvolvimento Sustentável” do livro **A Outra Economia**, organizado por Antônio David Catani.

⁹ Esta definição foi incluída pelos autores deste capítulo pois não havia definição disponível no site da BVS/BVS para desenvolvimento social.

¹⁰ Inspirado por Bernardo Kliksberg em seu texto “Repensando o estado para o desenvolvimento social: superando dogmas e convencionalismos”.

O conceito de desenvolvimento, como percebido pelo quadro, acima, tem caráter polissêmico, uma condição que é produzida pelos vários adjetivos e substantivos agregados a ele. Entre os principais adjetivos, portanto, que qualificam o desenvolvimento, aparecem as idéias de sustentado, inclusivo, não-excludente. Os substantivos mais encontrados são ecológico, humano, ambiental, social, urbano, entre outros. Essa condição torna ainda mais complexa a conexão com a saúde, cuja condição polissêmica já foi referida na discussão sobre concepção de saúde.

IV. FALTOU MAIS ALGUM OUTRO TIPO DE DESENVOLVIMENTO?

Caberia, ainda, agregar a esta lista de “desenvolvimentos” proposta pela Biblioteca Regional de Medicina (Bireme) o debate sobre o “local” no desenvolvimento.

O desenvolvimento não ocorre abstratamente, ele se manifesta (ou não se manifesta) em um espaço geográfico bem definido. É possível localizar esse processo em níveis geográficos em escalas distintas: mundial; continental (nas Américas, por exemplo); nacional; estadual/provincial; regional (conjunto de países como no caso do Mercosul, estaduais como os da região Sul do Brasil, por exemplo ou de municípios em consórcios municipais); municipal e local.

O “local” poderia ser compreendido enquanto pertencente ou relativo a um território¹¹, comarca ou comunidade, geralmente um pouco menor do que a menor, ou inclusive a menor, instância de divisão político-administrativa de um país¹². Em outras palavras, o local poderia ser um município ou ainda uma parte desse município, situado em área urbana ou rural. Todavia, o local não pode ser considerado como uma ilha sem qualquer relação ou influência de outros locais, inclusive, do regional, do nacional ou do global. Um processo de transformação social em um determinado lugar pode, inclusive, alterar os limites originais dessa localidade, influenciando, também, outras localidades.

O local é visto então como um espaço efetivo de atuação de atores sociais (FRANÇA et al, 2002). Como

assinala Amartya Sen (2000), o lugar faz a diferença, pois o homem vê o universo a partir de um lugar. Tal lugar forma a base das relações entre as pessoas, espaço vivo e dinâmico da vida e da cidadania, onde se “concretizam as relações de cooperação e de poder” (SANTOS, 1997)¹³.

O local tem sido apontado por muitos autores e organismos internacionais (por exemplo, FRANÇA et. al, 2004; UNDP, 2002; OPS, 2003; JESUS, 2003; DOWBOR, 2002) como um campo de ação privilegiado para ativar marcos de referência que atuem no sentido de melhorar a qualidade de vida, minimizar riscos para a saúde e promover espaços saudáveis. A ampliação das possibilidades e dos recursos sociais e econômicos do local representa um dos eixos para a superação das desigualdades e da pobreza (DOWBOR, 2002) e, portanto, é uma condição fundamental para a realização de marcos de referência desta natureza.

De acordo com essa análise, acima empreendida, poder-se-ia dizer que “desenvolvimento local” é um processo que move energias, recursos e talentos de pessoas e organizações para favorecer a cidadania e melhorar as condições de vida da população de um determinado espaço geográfico socialmente definido (CALAME, 2004; JESUS, 2003).

Outra contribuição advém de autores que problematizam o conceito de desenvolvimento territorial. Para eles, esse “outro” desenvolvimento é compreendido como um estágio do processo de mudança estrutural empreendido por uma sociedade organizada territorialmente, sustentado na potencialização dos capitais e recursos (materiais e imateriais) existentes no local, com vistas à melhoria da qualidade de vida de sua população. (DALLABRIDA, 2006). Essa perspectiva tem como principais referências Bosier (2004), Caravaca (1998, 2005) e Mendez (2002).

Os territórios, assim entendidos, não se constituem em espaços mágicos para o desenvolvimento incluído em oposição ao desenvolvimento imposto pela dimensão global; eles podem assumir opções de desenvolvimento que os favoreça, mas suas opções de desenvolvimento também podem reforçar a submissão. É a partir da identificação desta dinâmica que Caravaca (1998) refere-se a territórios ganhadores e a territórios perdedores.

11 Nos dicionários, a definição do termo **território** significa extensão de terra, mas na moderna geografia humana representa ‘o solo onde se concretizam as relações sociais, as relações entre vizinhança e solidariedade e as relações de poder. O território é a “manifestação ativa da vida” (KOGA, 2003).

12 Contribuição pessoal de Antonio Gonzáles, Ministério da Saúde de Cuba, fevereiro de 2004.

13 Milton Santos foi professor da UFBA, da USP e de várias universidades estrangeiras. Faleceu em 2001. É um dos principais representantes da “geografia crítica” em que o estudo do espaço procura a explicação nas relações entre a sociedade, o trabalho e a natureza na produção e apropriação dos lugares e territórios. Milton Santos indicava com isso que não é mais suficiente explicar o mundo, é preciso também transformá-lo.

Para a discussão proposta neste texto, os conceitos que agregamos vão nos permitindo anunciar a hipótese de que o local é um espaço estratégico para as inovações que se articulam a propostas de desenvolvimento territorial e que a organização da saúde (os serviços, a gestão setorial e as relações com outros setores) resultam de propostas de desenvolvimento e podem se constituir em incubadoras de uma nova institucionalidade que reforce outras alternativas de desenvolvimento territorial.

V. COMO OLHAR, ENTÃO, PARA TANTOS “DESENVOLVIMENTOS”?

Esse conjunto de “desenvolvimentos” nos lembra então, que introduzir a temática do desenvolvimento e de suas conexões com o campo da saúde, é sempre nos perguntar “que desenvolvimento” se propõe.

Pode-se oferecer uma dessas visões ao se trazer o economista indiano Amartya Sen, laureado com o prêmio Nobel em 1998, que defende a perspectiva do desenvolvimento como expansão das liberdades substantivas e dirige a atenção para os fins que o tornam importante (SEN, 2000).

Dessa forma, não basta restringir a atenção a alguns meios, pois

o desenvolvimento requer que se removam as principais fontes de privação de liberdade: pobreza e tirania, carência e oportunidades econômicas e destituição social sistemática, negligência dos serviços públicos e intolerância ou interferência excessiva de Estados repressivos (SEN, 2000, p. 18).

Nos parece então, que enfrentar “a privação da liberdade” não passa apenas pelo incremento do comércio entre os países como um remédio milagroso para a redução da pobreza e a promoção do desenvolvimento. A redução de tarifas comerciais e o aumento da exportação podem contribuir para o crescimento do PIB de alguns países, mas isso não se reflete necessariamente no desenvolvimento integral das populações mais pobres.

Ante a questão, é preciso adotar concepções de desenvolvimento, que não estejam apenas restritas à noção de crescimento. Talvez valha a pena formular a pergunta: “desenvolver para que e com quem?”.

Essa pergunta é quase uma tomada de posição, na medida que expressa não haver “desenvolvimento” destituído de um propósito. Esse desejo humano e social, portanto, não se configura como um fim em si mesmo, mas como uma travessia, como um porvir.

Assim, ao se explicitar alguns desdobramentos da pergunta anterior, vão se revelando alguns de nossos propósitos:

- Como enfrentar o quadro atual de “contextos de degradação contínua” (CAMPOS, 2004) nas periferias das grandes cidades latino-americanas ou a “crescente degradação do gueto?” (CASTEL, 1997a e 1997b – citado por FLEURY, 2004).
- Como reduzir a pobreza existente nas inúmeras áreas urbanas e rurais na maioria dos países do mundo?
- Como influir na formulação de políticas públicas que tenham um forte substrato baseado na equidade e na inclusão social?

Sendo assim, a questão – “desenvolver *para quem* e *com quem*?” – poderia ser respondida do seguinte modo: a equidade e a inclusão social deveriam ser os **princípios** que norteiam um processo de desenvolvimento, o qual se configuraria como um **meio**, como um conjunto de ferramentas; o **fim** desse processo – ou o seu **começo!** – seria o fortalecimento da cidadania, da democracia e da promoção dos direitos em uma esfera pública reflexiva, dinâmica e criativa.

VI. SAÚDE-DESENVOLVIMENTO: QUE CONEXÕES PRECISAM SER CONSTRUÍDAS?

Esse não é um exercício meramente semântico de simples inter-relação entre duas palavras ou uma análise de duas áreas de conhecimentos distintos, em que se busca graus de convergências ou divergências conceituais, mas uma aventura problematizadora entre campos de ação humana que interagem e se influenciam mutuamente mediados por contextos sociais, econômicos, políticos e culturais.

De acordo com Kliksberg (1998), o senso comum que influenciou propostas de desenvolvimento – e que mostra, atualmente, equívocos e sinais de esgotamento – preconiza que o crescimento produz desigualdade e a desigualdade é necessária ao crescimento. Nessa perspectiva, as políticas sociais têm a função de recolher os mortos e feridos que a política econômica tem deixado. Sob essa concepção, houve um processo de diminuição do tamanho do Estado e de fragilização de suas funções de produzir política pública e de regular a atividade privada.

Propostas que não reduzem o desenvolvimento ao crescimento econômico referem-se a formação de capital social e necessitam de revisão da importância e papel do Estado e das Políticas Públicas.

- Formar capital social implica investir, sistematicamente e continuamente em áreas como educação, saúde e nutrição, entre outras;
- O gasto público com saúde, ponto essencial no desenvolvimento do capital humano, evidencia-se, na prática, como de altíssima rentabilidade;
- Os serviços públicos conferem às pessoas mais capacidades para ajudarem a si mesmas e as outras;

Um Estado inteligente na área social não é um Estado mínimo, nem ausente, nem de ações pontuais de base assistencial, mas um Estado com uma “política de Estado”, não de partidos, e sim de educação, saúde, nutrição, cultura, orientado para superar as graves iniquidades, capaz de impulsionar a harmonia entre econômico e o social[...] (KLIKSBERG, 1998, p. 88)

Portanto, o tema que se estabelece para discussão neste capítulo é de que a relação entre saúde e desenvolvimento é multidimensional e multidirecional. Nesse sentido, é preciso perguntar:

- 1) Como contribuir para que não hajam condições precárias de saúde que solapem “o desenvolvimento” e como influenciar para que “o desenvolvimento” não mine os benefícios obtidos na saúde?
- 2) Como contribuir para o fortalecimento de capacidades e potencialidades e para que os benefícios advindos do processo de desenvolvimento sejam distribuídos de forma equânime?
- 3) Como contribuir para que a gestão da saúde e o desenho da rede de atenção contemplem mudanças nos processos de cuidado, potencializem a produção da saúde e ampliem a sua contribuição para o desenvolvimento?

Em outras palavras, se a saúde das pessoas tem consequências no desenvolvimento social e econômico, as condições econômicas e sociais também influenciam a saúde das pessoas.

E como disse, a Ministra do Meio Ambiente, Marina Silva, no Programa Roda Viva, da TV Cultura, em 13 de março de 2006, “durante muito tempo os ambientalistas vem se preocupando sobre o que o desenvolvimento está fazendo com o meio ambiente, hoje já podemos, também, responder que o meio ambiente tem muito a fazer pelo desenvolvimento”.

Nos cabe então refletir, tanto com relação à saúde, quanto ao meio ambiente, sobre que tipo de desenvolvimento está se falando, e nada mais adequado para

iluminar esta reflexão do que as palavras de Boaventura Sousa Santos, cientista social português, sobre se o que buscamos é um “desenvolvimento alternativo” ou uma “alternativa ao desenvolvimento”. Que alternativa seria essa?

À GUIA DE CONCLUSÃO

O desenvolvimento liberta o homem da sua prisão à natureza, dominando-a e servindo-se dela.

Desenvolvimento implica a produção do próprio homem e nada é mais expressivo de nossa humanidade do que a capacidade de produzir meios e bens que fartem o homem de suas necessidades.

Dessa maneira, o desenvolvimento é condição de liberdade e, ao mesmo tempo, fator de humanização: construímo-nos humanos por nossas produções humanas, diria Foucault.

O desenvolvimento científico, tecnológico e ético no campo da saúde se constituiu em outro elemento de liberdade. Conhecer nexos causais, intervir sobre eles; prolongar a vida, lidando com as adversidades do meio ambiente e desenvolvendo sistemas de saúde que permitam atuar na prevenção e cura de doenças, liberta o homem, permitindo-lhe expandir a vida como potência.

A saúde é fator fundamental para o desenvolvimento, cujos efeitos corroboram para uma vida saudável.

Construção idealizada? A análise da história coloca facilmente essa construção como um delírio romântico. Criamos modos de desenvolvimento com um alto custo para a natureza e para a humanidade; prosperamos sobre a exploração do trabalho humano; a produção de bens e serviços coloca diametralmente em lados opostos, valor de uso (necessidades) e valor de troca (realização do lucro), ou seja, produz-se para trocar, sem enfatizar a satisfação de necessidades.

Desenvolvemos sistemas de saúde sob a lógica do acesso regulado não apenas por necessidades, incluindo também capacidades individuais que produzem novas lógicas de acessibilidade; o uso de tecnologias não é equânime e os interesses de produtores de novas tecnologias, sobretudo de diagnóstico, e de insumos, principalmente drogas, sobrepõem-se aos interesses de coletividades inteiras. Basta lembrarmos dos processos de quebra de patentes de medicamentos.

Dessa forma, a produção de novas lógicas de desenvolvimento e de saúde, para conectarem-se na produção de vida boa, impõem-se à ação política, mediada por princípios éticos e humanitários.

REFERÊNCIAS

- AIRES, Ricardo de C.M. *Epidemiologia e emancipação*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1995.
- AKERMAN, Marco. *Saúde e desenvolvimento local: princípios, conceitos, práticas e cooperação técnica*. São Paulo: Hucitec, 2005.
- AROUCA, Sergio. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. Rio de Janeiro/ São Paulo: Fiocruz/Editpura Unifesp, 2003.
- BARONDESSS, J. Urban Health. In: KOOP, CE; PEARSON, CE; SCHWARZ, M. R. (editors) *Critical issues in global health*. JOSSEY-BASS, São Francisco, 2001.
- BARTEN F.; GUIDEN J From sustained crisis toward sustainable development and improved health? In: BARTEN & GUDEN (org). *Health and sustainable development*. Nijmegen: Universidade de Nijmegen, Países Baixos, 2002.
- BRUNDTLAND, G.H. Health and the World Conference on Sustainable Development, *Bull world health organ.*, v. 80, n. 9, p. 689, 2002a.
- BRUNDTLAND, G.H. From the World Health Organization. *Health: a pathway to sustainable development*, JAMA, v. 288, n 2, p. 156, 2002b.
- BOISIER, Sergio. Desarrollo territorial y descentralización: El desarrollo en el lugar y en las manos de la gente. *EURE* (Santiago), v. 30, n.90, p. 27-40, sep. 2004.
- CALAME, P. *Repensar a gestão de nossas sociedades – 10 princípios para a governança, do local ao global*. São Paulo: Pólis – Instituto de Estudos, Formação e Assessoria em Políticas Sociais, 2004.
- CAMPOS, G.W. *URBIS*, comunicação pessoal, 2004
- CAMPOS: Gastão Wagner de Sousa. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Editora Hucitec, 1992.
- CAPRA, Fritjof. *O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente*. São Paulo: Cultrix, 1992.
- CARAVACA, Inmaculada; GONZALEZ, Gema; SILVA, Rocío. Innovación, redes, recursos patrimoniales y desarrollo territorial. *EURE* (Santiago), v. 31, n. 94, p.5-24, dic 2005.
- CARAVACA BARROSO, Inmaculada. Los nuevos espacios ganadores y emergentes. *EURE* (Santiago), v. 24, n. 73, p. 5-30, dic. 1998.
- CASTEL, R., As armadilhas da exclusão. In: BÓGUS, L.; YAZBER, M. C.; BELFIORE, Wanderley, (Org). *Desigualdade e a Questão Social*. São Paulo: Educ, 1997a, p. 14-48.
- CASTEL, R. A dinâmica dos processos de marginalização: Da vulnerabilidade à “desfiliação”. *Cadernos CRH*, v. 26/27, p. 19-40, 1997b.
- CRESCENTE, LO. *Inovações na saúde entrelaçadas com o desenvolvimento*: um estudo sobre a experiência de Catuípe e Coronel Barros no fortalecimento da gestão pública. Ijuí/RS: URNRS, 2005. Dissertação de Mestrado em Desenvolvimento, Inédito.
- DALLABRIDA, Valdir Roque. *Território & desenvolvimento: Abordagens do desenvolvimento a partir da perspectiva territorial*. Ijuí: Editora da UNIJUI, 2006 (no prelo).
- DONNANGELO, Maria Cecília F.; PEREIRA, Luiz. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1979.
- DOWBOR, L. A Comunidade Inteligente: visitando as experiências de gestão local In: Spink, P; Caccia Bava, S; Paulics, V. (coord.) *Novos contornos da gestão local: conceitos em construção*, São Paulo, Instituto Polis, 2002.
- DUHL, L. Conditions for healthy cities; diversity, game boards and social entrepreneurs. *Environment and urbanization*, v. 5, n. 2, p. 112-124, 1997.
- ENGELS, Friedrich. *A condição da classe operária na Inglaterra*. trad. Rosa Camargo Artigas, Reginaldo Forti. São Paulo: Global, 1986.
- FERREIRA, A.B.H. *Dicionário básico da língua portuguesa*, São Paulo: Nova Fronteira. 1995.
- FLEURY, S. *A cidade dos cidadãos: um marco para análise da saúde urbana*, mimeo, 2004.
- FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. 8 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.
- FRANÇA, C.L.; SILVA, I.P.; VAZ, J.C. *Aspectos econômicos de experiências de desenvolvimento local*. São Paulo: Instituto Polis, 2002.
- FRANÇA, C.L.; CALDAS, E.; VAZ, J.C. *Aspectos econômicos de experiências de desenvolvimento local: um olhar sobre a articulação de atores*: São Paulo, Instituto Polis, 2004.
- FRANCO, T. Padrões de produção e consumo nas sociedades urbano-industriais e suas relações com a degradação da saúde e do meio ambiente, In: MINAYO, M.C.S e MIRANDA, A.C. (orgs) *Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.
- GOLDBERG, Marcel. Este obscuro objeto da epidemiologia. In: COSTA, Dina Czeresnia (org.). *Epidemiologia: teoria e objeto*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1994.
- HARPHAM, T.; BLUE, I. *Linking Health Policy and Social Policy in Urban Settings: The New Development Agenda*. Transactions of the Riyal Society of Tropical Medicine and Hygiene, 1997, 91, p. 497-498.
- HOUAISS, A. *Dicionário da língua portuguesa*, Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.
- JESUS, P. Desenvolvimento Local. In CATANI, A.D (org.) *A outra economia*. Porto Alegre: Veraz Editora, 2003, p. 72-75.
- JONH, T.J.; ABEL R Sustainable development and health: an Indian Perspective. *Lancet*, v. 360, n.9333, p.638-639, 2002.

- KLISKSBERG, Bernardo. *Repensando o estado para o desenvolvimento social*: superando dogmas e convencionalismos. Tradução de: Joaquim Ozório Pires da Silva. São Paulo: Cortez, 1998. (questões da nossa época, 64)
- KOGA, D. *Medidas de cidades*: entre territórios de vida e territórios vividos. São Paulo: Editora Cortez, 2003.
- LABONT, R. Social inclusion/exclusion: dancing the dialectic. *Health promot int.* v. 19, n. 1, p. 115-121, 2004.
- MARMOT, M; WILKINSON, R. *Social determinants of health*. London: Oxford University Press, 2005.
- MARSHALL, T.H. *Política social*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1995.
- MÉNDEZ, R. (2002) Innovación y desarrollo territorial: algunos debates teóricos recientes. *EURE* (Santiago) v. 28, n.84, p. 63-83, 2002. Disponível em <<http://www.scielo.cl>> Acesso em: outubro de 2005
- NAVARRO, M.B.M.A; FILGUEIRAS, ALL; COELHO, H; ASENSI, MD, et al. Doenças emergentes e re-emergentes, saúde e ambiente In: MINAYO, M.C.S e MIRANDA, A.C. (orgs) *Saúde e ambiente sustentável*: estreitando nós, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.
- NOGUEIRA, Roberto Passos. *A saúde pelo avesso*. Natal/RN: Seminare, 2003.
- NUNES, Everardo Duarte (org.). *Juan César García*: pensamento social em saúde na América Latina. São Paulo: Cortez, 1989. (Capítulo 7: 1848: nascimento da medicina social).
- OPS – Organización PanAmericana e Salud. *Exclusión en Salud*: en países de América Latina y el Caribe. Washington DC, PAHO, 2003
- PASCHE, Dário Frederico. A saúde coletiva: novo campo de reflexão crítica da saúde. In: PASCHE, Dário Frederico; CRUZ, Ivana Beatrice Mânica. *Saúde coletiva*: diálogos contemporâneos. Ijuí: Editora Unijuí, 2005
- PNUD – Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas. *Relatório Anual de Desenvolvimento Humano*, Brasília: PNUD, 1997.
- RIGHI, Liane Beatriz. Produção de redes de atenção à saúde: acordos, confrontos e reparos. In: PASCHE, Dário Frederico; CRUZ, Ivana Beatrice Mânica. *Saúde coletiva*: diálogos contemporâneos. Ijuí: Editora Unijuí, 2005.
- RIGOTO, R. *Produção e consumo, saúde e ambiente*: em busca de pontes e caminhos.
- SANTOS, Boaventura de Sousa. *Introdução a uma ciência pós-moderna*. Rio de Janeiro: Graal, 1989.
- SANTOS, M. *A natureza do espaço*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- SCRIVEN, A.; YOUNG, S. Health Promotion, Environmental Health and Agenda 21, *J. Roy. Soc. Health*, v. 118, n. 2, p. 85-90, 1998.
- SEN, A. *Desenvolvimento como liberdade*. Tradução de: Motta, L.T.; Revisão técnica: Mendes, R.D. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.
- UNDP. *How to make local development work*. Norva lorque: UNDP, 2002.
- VON SCHIRNIDING, Y.E. Health and sustainable development: can we rise to the challenge, *Lancet*, Suppl. 59, p. 72-77, 2002.
- WALTERSTEIN, N. Empowerment to reduce health disparities. *Scand J Public Health*, 2002, Suppl., 59: 72-77.
- WHO – World Health Organisation. *Health and sustainable development*: addressing the issues and challenges. Genebra: WHO, 2002.
- WHO– World Health Organisation. *Social determinants of health*: the solid facts. Copenhagen: WHO-Europa, 2003.
- WHO – World Health Organisation. *Commission on social and environmental determinants of health*: concept paper for discussion, mimeo, 14 de junho de 2004.

