



Luíza Ramalho Dos Santos Xavier

**Me cansei de lerô lerô, vamos falar de saúde para eu não sair do sério:** Uma análise da importância dos DSS para o campo da saúde a partir de um estudo de caso sobre a despoluição da Lagoa de Araruama

Orientadora: Carolina Salgado

Rio de Janeiro  
Junho de 2023



Luíza Ramalho Dos Santos Xavier

**Me cansei de lerô lerô, vamos falar de saúde para eu não sair do sério:** Uma análise da importância dos DSS para o campo da saúde a partir de um estudo de caso sobre a despoluição da Lagoa de Araruama.

Orientadora: Carolina Salgado

Monografia apresentada ao Instituto de Relações Internacionais da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio) como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Relações Internacionais

Rio de Janeiro  
Junho de 2023

Em memória às minhas avós, Admar Santos e Zilma Ramalho,  
amo vocês para sempre...  
E a todos aqueles que perderam seus entes  
queridos durante a pandemia.

## Agradecimentos

Em primeiro lugar, tenho muito a agradecer a toda a minha família, em especial aos meus pais Edilene Ramalho e Luís Fernando por todo apoio e carinho ao longo dessa jornada – e aos meus tios, tias, primos, primas e avô <3

Gostaria de agradecer também aos meus amigos do colégio e da vida – Giovana, Carol Lontra, Thais, Lívia, Carol Souza, Carol Marques, Wellington, Anna Júlia, Julianna, Bia, Duda Cazelli e Godinho, Lucas, Gabi, Ingrid, Maria Eduarda, Ju Aynara, Igor, Thamires, Vivi, Marcella, Millena, Carol Tosatto e Bianca Tosatto – obrigada por todos os momentos, encontros, ajudas, jogos e risadas. Vocês são meus amores!

Aos meus amigos da faculdade e do PET que rimos, dançamos e choramos juntos: Any, Vinii, Maria Clara, Giulia, Paula, Lu Santos, Lu Medina, Camila, Aisha, Ju Hoffman, Gio Pellegrini, Duda Café, Ana B, Gab Estill, Bia Martins, Carol Martins, Cris, Brenda, Bianca, Letícia, Rubens, Manu e Gláucio – essa jornada não seria a mesma sem vocês!

Ao meu queridinho, Felipe Tosatto!

À Carol Salgado, por toda sua confiança no meu trabalho, e pelo seu carinho, paciência e apoio. Minha graduação teve um toque de magia (e saúde) graças a você.

A todos os outros professores que me ensinaram e deram às Relações Internacionais o ar da graça (Diego Santos, Ricardo, Manu Trindade e Scar meus agradecimentos especiais). Aos tutores do PET: Bel, Rica, Lucas e Carol – obrigada por tudo!

E à Deisy Ventura por, além de ter aceitado ser a minha segunda leitora, foi uma grande inspiração ao longo da minha trajetória em pesquisa sobre o campo 'Saúde.

Sem vocês, nada disso teria sido possível!

## Resumo

Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), fatores não médicos que influenciam os resultados em matéria de saúde, surgem no contexto no qual o modelo neoliberal, implementado ao longo das décadas de 80 e 90, se desgasta, fazendo reaparecer a preocupação com a temática sobre justiça social. A partir disso, tanto a sociedade civil organizada, quanto a gerência da OMS, voltam a reafirmar sobre a importância de problematizar a saúde através da existência das desigualdades sociais, de gênero e de raça, e o conceito holístico de saúde da OMS de 1948 é retomado de maneira mais ativa na Organização. Mesmo os DSS se colocando como um movimento mundial de resgate de uma vertente mais crítica, humana e abrangente sobre a implementação das políticas em saúde, não cessam de ocorrer tensões com as alternativas de intervenção mais biomédicas - alternativas essas com enfoque na relação entre “custo e benefício”, e que evidenciam as desigualdades entre o Norte e Sul Global. As políticas sociais de cunho universal, implementadas no Sul pós-período ditatorial, conflitam com o modelo do Norte, ainda muito associado ao mercado privado de saúde e, com a crise financeira e o estrangulamento dos recursos públicos nos países em desenvolvimento, essas tensões ficam ainda mais evidentes. A partir disso, os sistemas universais de saúde são colocados em xeque pelos opositores da agenda da DSS, trazendo novamente o discurso da ineficiência do serviço público em prol da implementação de uma saúde tecnocêntrica e de responsabilidade individual. Levando em consideração essas tensões ainda presentes na atualidade, buscaremos analisar que a eficácia dos DSS está diretamente relacionada à implementação correta de seus princípios, ou seja, a implementação de uma saúde que se atente para as desigualdades sociais, de raça e de gênero existentes. Implementação essa com participação direta da população. E, de forma a demonstrar a importância dos DSS para a promoção da saúde na sua forma mais holística possível, será trazido um caso empírico da cidade de Araruama sobre a despoluição da Lagoa, buscando abordar as mais diferentes implicações da purificação deste corpo hídrico para a saúde da sociedade da região araruamense.

**Palavras-chave:** Saúde; Determinantes Sociais da Saúde; OMS; iniquidades; políticas; Sul Global; Norte Global.

## **Abstract**

The Social Determinants of Health (SDH), non-medical factors that influence health outcomes, arise in the context in which the neoliberal model, implemented throughout the 80's and 90's, wears out, making the concern about the theme of social justice reappear. As a result, both the organized civil society and the WHO management reaffirm the importance of problematizing health through the existence of social, gender, and racial inequalities, and the WHO's holistic concept of health of 1948 is resumed in a more active way in the Organization. Even though HSD is seen as a global movement to rescue a more critical, human, and comprehensive perspective on the implementation of health policies, tensions with more biomedical intervention alternatives - alternatives that focus on the relationship between "cost and benefit", and that highlight inequalities between the Global North and South - do not cease to occur. The universal social policies implemented in the post-dictatorial South conflict with the Northern model, which is still very much associated with the private health market, and, with the financial crisis and the stranglehold on public resources in developing countries, these tensions are even more evident. From this, universal health systems are put in check by opponents of the HSD agenda, bringing back the discourse of public service inefficiency in favor of the implementation of a technocentric health care and individual responsibility. Taking into account these tensions still very present today, we will try to analyze that the effectiveness of the HSD is directly related to the correct implementation of its principles, that is, the implementation of a health that pays attention to existing social, racial, and gender inequalities. Health in which there is a direct participation of the population in the implementation of these policies. And, in order to demonstrate the importance of the SDH for the promotion of health in its most holistic way possible, an empirical case will be brought from the city of Araruama about the depollution of the lagoon, seeking to address the most different implications of the purification of this body of water for the health of society in the region of Araruama

## **Keywords:**

Health; Social Determinants of Health; WHO; inequities; policies; Global South; Global North.

# Sumário

<b>1.0 Introdução .....</b>	<b>8</b>
<b>2.0 A busca implacável pela saúde global: as diferentes perspectivas e abordagens em disputa .....</b>	<b>13</b>
2.1 Da criação da OMS à globalização da Saúde .....	15
2.2 A disputa entre as abordagens em saúde: Social Versus Tecnocêntrica .....	17
2.3 As críticas à Alma-Ata .....	20
2.4 Relatório Brundtland e a 'Cobertura Universal à Saúde' (1999) .....	25
2.5 A Comissão Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS.....	27
<b>3.0 Intriga Internacional: barreiras e desafios na implementação dos DSS.....</b>	<b>29</b>
3.1 Os Determinantes Sociais da Saúde: Da consolidação da agenda aos obstáculos .....	31
3.2 Banco Mundial, Fundação Bill e Melinda Gates e UNICEF: atores na contramão dos DSS .....	34
3.3 A academia e o ativismo como chaves para a promoção da agenda social e integrada em saúde nos países .....	39
<b>4.0 A Lagoa está para peixes: a despoluição da Laguna de Araruama e seus impactos à saúde da população .....</b>	<b>45</b>
4.1 Contextualizando a cidade de Araruama e a Lagoa (ou Laguna) .....	45
4.2 A Lagoa de Araruama: entre riquezas e poluição .....	46
4.3 A despoluição da Lagoa de Araruama e seus impactos à população da região .....	50
4.4 Um caso empírico: pensando os DSS através da despoluição da Lagoa de Araruama .....	55
<b>5.0 Conclusão .....</b>	<b>58</b>
<b>Bibliografia .....</b>	<b>62</b>

## 1. Introdução

Estudar sobre o campo da saúde no curso de Relações Internacionais me possibilitou adquirir conhecimentos inesperados, além de fazer com que meu curso se torne uma ferramenta ainda mais maleável, permitindo com que eu una diferentes temáticas dentro de um guarda-chuva comum, que é propriamente o campo das RI. Após a eclosão da pandemia da COVID-19, temas sobre “saúde” passaram a ser constantemente discutidos e analisados pela sociedade, e isso não foi diferente dentro das Relações Internacionais. As iniquidades de acesso às vacinas entre o Norte e o Sul Global, por exemplo, foram um dos vários tópicos discutidos, conectando os eixos saúde e RI.

A partir disso, esta monografia surge de reflexões e questionamentos que obtive durante o meu período de graduação sobre o que seria propriamente um indivíduo saudável. Estudando sobre a pandemia da COVID-19, e sobre as iniquidades relacionadas ao acesso à saúde pela população brasileira neste período, questionamentos se apresentaram, fazendo com que eu pesquisasse ainda mais sobre abordagens em saúde mais abrangentes, sociais e humanas, que chamassem atenção para a necessidade de problematizar a saúde através da existência das desigualdades sociais, de gênero e de raça.

Mediante às constantes disputas no campo da saúde entre as abordagens tecnocêntrica e biomédica *versus* a abordagem social e integrada — que serão desenvolvidas nos próximos capítulos — o propósito desta monografia é exatamente abordar sobre a importância da aplicação de perspectivas em saúde mais holísticas, evocando a noção da saúde como um direito. O conceito de saúde da OMS, no qual entende o indivíduo saudável como um ser em completo bem-estar mental, físico e social e não apenas ausente de infecções ou enfermidades (OMS, 1948), se coloca como ponto de partida primordial para este documento.

Ao passo que o próprio estudo de caso sobre os impactos da despoluição da Lagoa de Araruama à saúde da população local se apresenta como um “case” empírico de compreensão do conceito dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e



da importância da aplicação de uma abordagem social e integrada em saúde para a sociedade. Trazer a cidade de Araruama, local onde moro e nasci, me possibilita fazer análises transversais, unindo o campo da saúde com o campo das RI, além de propriamente visualizar o quão o direito à saúde está diretamente interligado com a salvaguarda de outros direitos, tais como alimentação, lazer, saneamento básico e meio ambiente, por exemplo — e tudo isso veremos com maior profundidade ao longo do documento.

De modo geral, o primeiro capítulo deste documento, intitulado “A busca implacável pela saúde global: as diferentes perspectivas e abordagens em disputa” tem como objetivo fazer um breve recorte histórico do surgimento do campo da Saúde Global, de modo a contextualizar o cenário de formação das políticas em saúde. A partir disso, os primeiros tópicos do capítulo estabelecem e distinguem dois dos conceitos fundamentais para o campo: saúde internacional e global. O conceito de “saúde internacional”, já amplamente utilizado no final do século XIX, se referia principalmente ao controle de epidemias que ultrapassavam as fronteiras nacionais, ou seja, ocorrendo no internacional. Já a “saúde global” engloba, de maneira geral, as necessidades de saúde da população mundial como um todo, transcendendo os interesses de nações específicas e deixando para segundo plano a noção de fronteiras (FORTES, RIBEIRO, 2014). Dentro dessa perspectiva, a substituição gradual por Saúde Global provém da necessidade de ampliar a problematização da saúde, incluindo-a tanto nas agendas de desenvolvimento econômico, quanto nas de segurança global, de paz e democracia.

Feitas essas definições iniciais, para um entendimento mais introdutório sobre o campo, as próximas seções do capítulo têm como objetivo revisar a história da OMS, abordando o período desde sua criação, no qual ela possuía o papel de líder inquestionável da saúde internacional, para o momento no qual existem mais atores disputando o lugar na promoção das políticas em saúde no cenário global. É neste momento, por exemplo, que vemos as disputas entre a OMS e o Banco Mundial, e entre as abordagens social e tecnocêntrica em saúde. Enquanto a abordagem tecnocêntrica demonstra uma preocupação com a gestão e alocação de recursos, acabando por deixar para segundo plano questões estruturais e macro políticas que afetam a saúde da população, a abordagem em saúde mais ampla, social e intersetorial leva em consideração fatores sociais,

raciais, econômicos e ambientais e de gênero, e a forma como estes impactam a saúde dos indivíduos (BROWN et.al. 2006).

Assim, através dos exemplos e das bibliografias trazidas no primeiro capítulo, podemos observar que essas disputas entre as abordagens, e entre os difusores dessas agendas, está também diretamente relacionada ao contexto sociopolítico no qual o mundo está inserido. Ou seja, a predominância de uma abordagem, em detrimento de outra depende estritamente da ordem de poder vigente do momento. Por exemplo, nos períodos de ascensão e hegemonia do neoliberalismo, a abordagem tecnocêntrica em saúde, com enfoque na relação entre custo e benefício, é acionada por diferentes atores, sejam eles governos, instituições e Organizações, como a própria OMS, ao passo que a abordagem social e integrada é colocada em segundo plano.

A partir disso, e tomando como base esse contexto de embates constantes no campo da saúde, este primeiro capítulo finaliza retomando a busca pela centralidade da abordagem holística em saúde, de modo a não somente demonstrar o quão dinâmico são essas disputas, como também abordar mais um conceito de suma importância para o documento: Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS). Os DSS, conceituados como fatores não médicos que influenciam os resultados em matéria de saúde (OMSa, 2022), são o elemento chave deste documento como um todo. Levando em consideração a minha premissa de querer trabalhar com a saúde na sua forma mais holística possível, os DSS assumem um papel primordial em pensar as políticas em saúde atentando-se às consequências das desigualdades, seja ela social, racial e de gênero.

Ou seja, ao considerar um indivíduo “X” como um ser saudável, devemos colocar também em perspectiva a distribuição do poder, da renda, dos bens/serviços e as condições de vida das pessoas, bem como seu acesso aos cuidados de saúde, meio ambiente, educação e escolas, suas circunstâncias de trabalho e lazer, e o estado de suas habitações. Assim, esse conceito permite que eu defenda sobre a necessidade de pensar o indivíduo saudável para além daquele ser sem doenças e enfermidades. Por meio dos DSS, portanto, é possível tratar e formular políticas em saúde mais humanas, abrangentes, intersetoriais e efetivas.

Seguindo essa linha de raciocínio, o segundo capítulo desta monografia, nomeado como “Intriga Internacional: barreiras e desafios na implementação dos DSS”, tem como objetivo não somente apontar como os DSS se tornaram prioridade para a OMS a partir de 2005, abordando as disputas sociais e econômicas envolvidas, mas também tratar sobre quais foram os obstáculos encontrados pela OMS, em termos de convencimento dos atores estatais e privados para que os DSS se tornassem uma agenda prioritária, e ganhassem mais espaço na promoção das políticas em saúde. De modo a demonstrar mais visivelmente esses obstáculos no contexto de retomada da centralidade da abordagem social e integrada na OMS, busquei trazer exemplos empíricos de atores, a nível nacional e internacional, que contribuíram para influenciar a agenda em saúde, seja para a aplicação de políticas mais holísticas, seja para a aplicação da abordagem mais tecnocêntrica e biomédica.

Procurou demonstrar neste capítulo, por exemplo, que mesmo os DSS se apresentando como um movimento mundial de resgate de uma vertente mais crítica, humana, completa e abrangente sobre a implementação das políticas em saúde, não cessam de ocorrer tensões diante as alternativas biomédicas e tecnocêntrica — o que salienta ainda mais a noção de que a predominância de uma abordagem, em detrimento de outra, está bastante dependente da ordem de poder vigente do momento. Neste contexto, após a deterioração do modelo neoliberal, a preocupação com a temática sobre justiça social reaparece, fazendo com que abordagem em saúde mais holística tome fôlego, e é exatamente isso que esse capítulo busca apresentar.

Por fim, o terceiro e último capítulo desta monografia intitulado “A Lagoa está para peixes: a despoluição da Laguna de Araruama e seus impactos à saúde da população” se coloca como uma parte essencial para exemplificar empiricamente o meu argumento sobre a importância da adoção de uma abordagem social e holística na promoção de políticas em saúde. Por meio do caso da despoluição da Lagoa de Araruama, procuro retomar meu argumento sobre o quão valiosos são os DSS para o campo da saúde e, se forem implementados de maneira correta, seguindo os seus princípios, a abordagem detém sucesso e traz sim resultados positivos. No contexto da despoluição da Lagoa, o direito à saúde se entrelaça com o direito ao lazer, ao saneamento básico, à alimentação e ao meio ambiente.

Ademais, e indo além das bases teóricas citadas nos capítulos anteriores, busco apresentar uma posição ainda mais clara sobre o que considero como um indivíduo saudável, destacando a importância desses aspectos intersetoriais ao abordar sobre a implementação de políticas de saúde.

À luz do exposto, portanto, o exemplo de Araruama busca evidenciar a importância dos DSS no contexto da promoção da saúde, ao mesmo tempo em que os DSS também se fazem essenciais para compreender a complexidade da salvaguarda da saúde na cidade de Araruama através da despoluição da Lagoa. Em geral, procuro pontuar que, ao concentrar esforços na compreensão dos DSS, somos capazes de abordar a dualidade entre saúde e doença por meio de uma perspectiva que considera múltiplos fatores causais.

Isso nos permite englobar um amplo leque de variáveis complexas, interconectadas e dinâmicas que podem influenciar tanto a vitalidade quanto o adoecimento de uma população, incluindo, por exemplo, as disparidades sociais, raciais e de gênero, e como elas afetam a saúde dos indivíduos. Assim, embora refletir sobre a saúde no contexto teocêntrico não é intrinsecamente equivocado, é importante observar que limitar a compreensão da saúde apenas à dualidade entre saúde e doença, e concentrar as ações apenas no combate, impede-nos de enxergar as diversas e complexas variáveis interconectadas e dinâmicas que influenciam a vitalidade ou o adoecimento de um indivíduo. E este capítulo tem como finalidade trazer um case real de modo a tornar possível, e ainda mais palpável, tais reflexões.

## **2. A busca implacável pela saúde global: as diferentes perspectivas e abordagens em disputa**

Segundo o documento oficial da OMS de junho de 1948 “Official Records of the World Health Organization Nº2”, a saúde é conceituada como “um estado de completo bem-estar mental, físico e social e não apenas como a ausência de infecções ou enfermidades” (OMS, 1948). Desse modo, para além de se entender o indivíduo saudável como aquele desprovido de enfermidades, esta definição chama atenção para a necessidade de problematizar a saúde através da existência das desigualdades sociais, de gênero e de raça. E é especialmente a partir deste panorama que a salvaguarda do direito à saúde começa a ser vista como uma preocupação global e as desigualdades nos termos da distribuição desse direito tornam-se instrumentos de preocupação comum.

Em julho de 1948, por exemplo, três meses após o vigor da Constituição Mundial da Saúde e 30 anos após a pandemia de influenza H1N1 de 1918, o preceito de “ameaças globais exigem respostas globais” é posto em prática. Neste contexto, é estabelecido o Centro Mundial de Influenza em Mill Hill em Londres, com o objetivo de criar estratégias globais de vigilância e controle da Influenza, e o Comitê de Especialistas em Influenza da OMS. O Comitê, em 1952, reuniu-se pela primeira vez em um evento amplamente considerado pelos estudiosos em saúde como o nascimento da vigilância global da gripe pela OMS, servindo de exemplo não somente para a vigilância global de outras doenças, como também de modelo para o entendimento da saúde como preocupação comum a todos. Em apenas um ano, a rede dobrou de tamanho e se expandiu para todas as regiões do mundo. Atualmente, 127 países, áreas e territórios são capazes de detectar, relatar e compartilhar seus dados sobre o vírus influenza, segundo consta no site oficial da OMS (OMSb, 2022).

Embora a criação da OMS através da Constituição Mundial da Saúde (vigor em 7 de abril de 1948) seja um marco fundamental para o entendimento do que é saúde no seu campo mais global, ele não é o primeiro e nem o único. A partir de 1890, verificamos dinâmicas que seriam entendidas através da expressão 'saúde internacional' para designar "o conhecimento, o ensino, a prática e a pesquisa de questões e problemas de saúde supraterritoriais que extrapolam as fronteiras geográficas nacionais [...]” (FORTES, RIBEIRO, 2014, n.p). Dentre essas principais

dinâmicas, destacam-se: (i) a criação do escritório da Organização PanAmericana de Saúde (OPAS) no ano de 1902, que é o organismo do sistema interamericano especializado em saúde e hoje é a sede do escritório regional da OMS para as Américas (ii) a instituição do Office International d’Hygiène Publique em 1906, com o objetivo de reunir e distribuir informações epidemiológicas em relação a peste, cólera, varíola, tifo exantemático e febre amarela (iii) a criação da Fundação Rockefeller em 1909, uma entidade financiadora de diversos projetos e programas de saúde em diferentes países do chamado “terceiro mundo” (VILA et al. 2001).

As próprias atividades de cooperação internacional em saúde, por exemplo, nascem do vislumbre acerca dos efeitos de um mundo cada vez mais globalizado e interconectado, comercial e politicamente. Assim, mesmo com as origens ainda no século XIX, através das primeiras tentativas de cooperação internacional para o controle e prevenção de moléstias infectocontagiosas disseminadas nas viagens marítimas da época, ‘Saúde Internacional’ tem o seu termo cunhado apenas no século XX pela própria Fundação Rockefeller no ano de 1913 (FORTES, RIBEIRO, 2014) – período esse no qual tanto as atividades em saúde, quanto a Fundação Rockefeller se consolidam.

Em suma, a maior conexão entre os países através do próprio comércio internacional teve como uma das suas principais consequências a transmissão de doenças e a cooperação sanitária internacional se apresentou como um reflexo da interdependência comercial.

A cooperação sanitária internacional em saúde “nasce da compreensão cada vez maior de que, em um mundo que por mais de cem anos vem diminuindo de tamanho em virtude de uma interdependência econômica e política internacional cada vez mais complexa - a presença de doenças em uma área se constituía em perigo contínuo para muitos outros (VILA et. al apud SCHÄEFFER, 2001, p. 103).

À luz do exposto, a Saúde Internacional possui suas ações concentradas primordialmente (i) na prevenção e controle de doenças infectocontagiosas (ii) no combate à desnutrição e à mortalidade materna e infantil (iii) e em atividades de assistência técnica, especialmente nos países denominados “menos desenvolvidos” (FORTES, RIBEIRO apud KOPLAN, 2014). Ou seja, ao passo que o conceito de Saúde Global tem como pilar a salvaguarda do direito à saúde da população de todo o planeta, pensando em estratégias globais de atuação, a Saúde Internacional foi amplamente aplicada para se referir essencialmente ao controle de doenças e epidemias ultrapassando fronteiras entre nações. Dessa forma, além da Saúde

Internacional ser vista como um conceito de saúde mais restrito às fronteiras nacionais entre os Estados, ela também representa a clássica disparidade socioeconômica entre o Norte e Sul Global, ou seja, os esforços das nações desenvolvidas e industrializadas em ajudar as nações mais pobres através essencialmente de relações assistencialistas (FRIED, 2010).

Ainda, a substituição gradual por Saúde Global proveio da necessidade de ampliar a problematização da saúde, incluindo-a tanto nas agendas de desenvolvimento econômico, quanto nas de segurança global, de paz e democracia. Pensar em saúde a partir desse “novo” momento é pensar em novas diretrizes; diretrizes cada vez mais abrangentes como a de saúde ambiental e dos animais, a de planejamento reprodutivo, vigilância sanitária, acesso e assistência farmacêutica e as de cooperações em saúde.

## **2.1 Da criação da OMS à globalização da saúde**

Indo além do contexto das décadas de 10 à 40, e de modo a adentrar em outros conceitos de saúde tão importantes para este documento, é preciso revisitar a história da OMS, especialmente entre o período de 1948 à 1998, pois nessa época a Organização “deixou seu papel de líder inquestionável da saúde internacional para buscar seu lugar no disputado mundo da ‘saúde global” (BROWN et al. 2006, p. 627, grifo meu). Nesta disputa sobre o lugar da OMS no campo da saúde, diferentes conceitos e abordagens se colocam, sejam também para disputar seus lugares, ou para complementar significados e/ou agendas já posicionadas no campo.

Em 1945, na conferência internacional realizada em São Francisco, patrocinada pelas potências vencedoras da II Guerra Mundial, além da criação das Nações Unidas votou-se pela criação de uma nova agência de saúde especializada (BROWN et al. 2006). Tendo em vista a eficácia limitada da Organização da Saúde da Liga das Nações, tanto pelo orçamento reduzido, quanto pelas divergências e oposições de organizações nacionais e internacionais, existe um anseio, pós Segunda Guerra, para a criação de uma nova agência, com maior poder decisório e maior capacidade de ação. A criação da OMS e o vigor da Constituição Mundial da Saúde demonstra tanto as primeiras alusões a perspectiva de Saúde Global, quanto

a urgência dos Estados em pensar uma organização mais universal e especializada na temática.

No entanto, já nos primeiros anos de formalização da OMS, obstáculos se apresentaram. Tem-se, por exemplo, a dificuldade para a ratificação da constituição pelos Estados nacionais e, de forma a conseguir realizar essa ratificação, a organização precisou buscar sua legitimidade, através da colaboração na reconstrução de sistemas de saúde europeus, destruídos pós Segunda Guerra Mundial. Um outro problema para a OMS foi que o principal contribuinte no seu orçamento, os Estados Unidos da América (EUA), tinha uma posição dualista e contraditória perante a atuação da organização, ou seja, embora tenha apoiado o sistema das Nações Unidas em suas metas amplamente mundiais, também invejava sua soberania e, por isso, ainda manteve o direito de intervir unilateralmente nas Américas em nome da suposta segurança nacional norte-americana (BROWN et al. 2006).

Estando em um cenário de Guerra Fria, na qual a relação entre Estados Unidos e União Soviética era conflituosa, esse discurso de segurança nacional e soberania acabava se sobressaindo, dificultando ainda mais uma atuação mais global vinda das organizações, como da própria OMS. Com a saída em 1949 da URSS do sistema ONU e, logo, da OMS, abre-se uma esfera de influência aos EUA e aos seus aliados inclusive sobre a OMS, que se vinculou estreitamente aos interesses norte-americanos. Como exemplo de tal influência temos as políticas de erradicação da malária pensadas sobretudo a partir do imaginário de que as mesmas levariam o crescimento econômico e formariam mercados ultramarinos para a tecnologia e os bens manufaturados dos EUA (PACKARD, 1997; 1998).

Com o retorno da URSS ao sistema ONU, no ano de 1956, a balança de poder na OMS se tornou mais equilibrada. E, de forma a demonstrar a influência soviética perante a assuntos sobre saúde, a URSS “concordou em oferecer 25 milhões de doses de vacina (da varíola) congelada a vácuo” (BROWN et al. 2006, p. 630). Já em 1959, os representantes nacionais presentes na Assembleia Mundial da Saúde assumiram o compromisso de criar um programa global de erradicação da varíola, que buscava se distanciar da influência estadunidense citada acima por Packard perante às políticas de erradicação da malária.



Mas, indo além da disputa bipolar por influência na OMS, no interior da própria Organização também existiam as disputas de abordagens sobre o que é saúde: de um lado tem-se a abordagem social e integrada da saúde da população, ao passo que, do outro lado, tem-se a abordagem focada em tecnologia e em doenças. Enquanto na primeira o foco é na prevenção através da manutenção de um estado de saúde, a segunda trabalha essencialmente no combate às doenças através de biotecnologias de intervenção nos corpos, como vacinas, medicamentos e tratamentos alopáticos. E a ênfase em uma abordagem, ou em outra, varia de acordo com a balança de poder do momento, com as mudanças de interesses de atores internacionais e de atores internos da OMS, quanto de acordo com os próprios compromissos intelectuais e ideológicos de indivíduos chave, modificando claramente a tomada de decisão sobre políticas em saúde (BROWN et.al. 2006). Conceitos tão importantes para este documento, tais como “Atenção Primária à Saúde”, “Atenção Primária Seletiva” e “Cobertura Universal da Saúde”, se apresentam neste contexto, disputando lugar e espaço na formação das políticas em saúde.

## **2.2 A Disputa entre as abordagens em saúde: Social versus Tecnociência**

A abordagem de prevenção estava bastante presente na década de 1960. Neste momento, “a OMS reconheceu que a criação e a melhoria na infraestrutura de saúde era pré-requisito para o sucesso dos programas de controle da malária, especialmente na África” (BROWN et al. 2006, p. 632). A partir disso, o diretor geral da OMS da época, Marcolino Gomes Candau, exigiu um plano abrangente e de abordagem integrada para serviços de atendimento preventivo e curativo.

No ano de 1971, através da aprovação da OMS do estudo organizacional de métodos de promoção do desenvolvimento à serviços básicos de saúde formulado por um representante da URSS, a abordagem da “Atenção Primária à Saúde” começa a apresentar suas raízes:

Esse novo modelo (Atenção Primária à Saúde) utilizou-se do pensamento e das experiências de organizações não-governamentais – ONGs – e de médicos missionários atuantes na África, Ásia e América Latina junto às populações locais. Também ganhou projeção com o retorno da China à ONU em 1973 e o interesse amplamente disseminado pelos “médicos de pés descalços” chineses, sobre os quais se relatava estarem transformando as condições de saúde das populações das áreas rurais (BROWN et. al, 2006, p. 632).

A Atenção Primária à Saúde, e abordagens que pensam a prevenção através da manutenção de um estado de saúde, foram se tornando cada vez mais expressivas e sendo incorporadas na OMS durante a direção do Halfdan T. Mahler.

Sob o mandato de Mahler (1973-1988), a OMS realizou uma grande conferência sobre a organização de serviços de saúde na região de Alma-Ata, província da então União Soviética e hoje Cazaquistão. A Conferência de Alma-Ata foi de grande importância para a própria conceitualização da Atenção Primária à Saúde e para a meta “Saúde para todos no ano 2000” que, nada mais era, do que uma promessa de construção de um futuro melhor para os anos 2000. Uma doutrina que expressava a busca pela equidade e a exigência de uma participação mais ativa não só daqueles que formavam o campo de estudos da saúde, como também da própria população, das comunidades, dos governos, das sociedades e de todas as nações do mundo. Ao utilizar a palavra “todos” fica evidente a urgência discursiva em declamar a importância de que a saúde de um indivíduo está diretamente atrelada à salvaguarda do direito à saúde do outro; e, a medida que uma parte da população é marginalizada da atenção, os custos sociais se elevam extraordinariamente, podendo ser sentido por todos, em diferentes níveis e formas. Este evento, portanto, se apresenta, até os dias atuais, como sendo um divisor de águas no estudo sobre saúde e sobre a própria formação de políticas públicas em saúde.

A abordagem defendida em Alma-Ata é altamente intersetorial e multidimensional, enfatizando que a saúde – estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença ou enfermidade – é um direito humano fundamental e, para o seu pleno alcance, é necessária a participação de muitos outros setores sociais e econômicos, para além do próprio setor saúde (OPAS apud Declaração de Alma-Ata, 2015). Neste sentido, a salvaguarda da saúde dos indivíduos está diretamente interligada à salvaguarda de diversos outros direitos como o social, político, sanitário, alimentar etc.

Na conferência ainda é pontuado o uso da tecnologia apropriada, ou seja, a tecnologia não custosa e adaptada ao meio social onde implementada, e instava pela ativa participação comunitária no atendimento à saúde e na educação de saúde em todos os níveis (DECLARAÇÃO DE Alma-Ata, 1978). O termo “saúde em todos os níveis” é entendido como a educação da saúde que ultrapassa o campo da

saúde física, do indivíduo apenas desprovido de enfermidades. Portanto, esse termo se adequa ao próprio conceito holístico de saúde trazido pela OMS em seu documento oficial de 1948. A partir disso, segundo Mahler, a saúde deverá ser entendida como um instrumento de desenvolvimento e não apenas como um subproduto do progresso econômico: “poderíamos tornar-nos a vanguarda de uma consciência internacional para o desenvolvimento social” (CUETO apud MAHLER, 2004: n.p, tradução minha).

No entanto, como já brevemente mencionado, o contexto da época era o de constantes disputas no campo da saúde. Dessa forma, mesmo diante tanto da notória importância da conferência de Alma-Ata, quanto da formalização do conceito da Atenção Primária à Saúde, não havia um consenso global forte sobre como abordar e formular as políticas em saúde sob tais orientações. Alguns, como Mahler, queriam focar mais na prevenção, adotando uma abordagem mais social e integrada, ao passo que outros queriam pensar saúde no campo da doença, adotando métodos em tecnologia.

Figuras importantes como o médico John H. Knowles, presidente da Fundação Rockefeller; Robert S. McNamara, ex-secretário de Defesa dos EUA e presidente do Banco Mundial (1968-1981); Maurice Strong, presidente do Centro Canadense de Pesquisa e Desenvolvimento Internacional; e David Bell, vice-presidente da Fundação Ford, se apresentavam como figuras difusoras da agenda da saúde no campo da doença, trabalhando na promoção de estratégias sobre custo e benefício. Para esse segundo grupo, por exemplo, a meta de Alma-Ata sobre “Saúde para Todos até 2000” era altamente idealista, pois supostamente não considerava aspectos sobre custos e efetividade da aplicação de uma abordagem mais social e integrada. Além disso, cabe pontuar que, tanto a agenda das fundações Rockefeller e Ford, quanto das agências internacionais, tais como o Banco Mundial, estiveram ativas na aplicação de políticas sobre controle populacional e planejamento familiar em países menos desenvolvidos – políticas estas diretamente ligadas às estratégias de curto prazo com orçamentos e métricas bastante definidas.

É neste contexto de divergências que a Atenção Primária à Saúde sofre distorções. David Tejada de Rivero, Subdiretor Geral da OMS (1973-1989) de nacionalidade peruana, pontua sua frustração perante a deturpações do conceito:

É lamentável que, posteriormente, a impaciência de algumas agências internacionais, tanto da ONU como privadas, e a sua ênfase na obtenção de resultados tangíveis em vez de promover a mudança - algo que é sempre difícil - tenham levado a grandes distorções do conceito original da Atenção Primária à Saúde. Os chamados "cuidados de saúde primários seletivos" e os pacotes de "intervenções de baixo custo", como o GOBI e o GOBI-FFF (monitorização do crescimento, reidratação oral, amamentação, imunização; educação feminina, espaçamento familiar, suplementos alimentares), bem como outras variações, contradiziam e distorciam o espírito e os conceitos de Alma-Ata (RIVERO, 2003: n.p, tradução minha).

A Atenção Primária Seletiva à Saúde, ou os "cuidados primários de saúde seletivos", é a deturpação do conceito original de Atenção Primária à Saúde na medida em que a abordagem social e integrada, altamente intersetorial e multidimensional, é substituída por uma ideia de saúde pautada pela promoção de programas com objetivos restritos para atender apenas determinadas necessidades de grupos populacionais de extrema pobreza. De modo geral, a Atenção Primária Seletiva à Saúde executa políticas em saúde "com recursos de baixa densidade tecnológica e sem possibilidade de acesso aos níveis secundário e terciário" (GIOVANELLA, 2008, p.22), indo totalmente de encontro à Estratégia de "Saúde para Todos no Ano 2000" de Alma-Ata a partir do momento que: (i) não inclui ações de prevenção, promoção, cura e reabilitação (ii) e não abrange a cooperação com outros setores para promover o desenvolvimento social.

### **2.3 As Críticas à Alma-Ata**

A Declaração de Alma-Ata, embora sua notável importância às políticas em saúde, não foi imune a opiniões negativas, sendo altamente criticada por possuir uma agenda muito idealista e ampla. A Fundação Rockefeller, por exemplo, em uma preocupação pela formulação de estratégias em saúde mais rentáveis e supostamente mais realistas, patrocinou no ano de 1979 uma conferência intitulada "Saúde e população em desenvolvimento" em seu Centro de Conferências na Itália. Tal conferência, segundo Cueto (2004), foi baseada em um artigo publicado no mesmo ano da conferência (1979) por Julia Walsh e Kenneth S. Warren intitulado "Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries". O mais interessante é que, embora o documento de Walsh e Warren não criticasse abertamente a conferência de Alma-Ata e os seus preceitos, este apresentava uma estratégia alternativa que pensava a saúde primordialmente na relação entre custo e benefício. O artigo, portanto, serviu como base acadêmica,

discursiva e prática para adoção de uma outra abordagem que se distanciasse tanto do real conceito de Atenção Primária à Saúde, quanto da visão sobre a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social.

Assim, a Atenção Primária Seletiva à Saúde foi apresentada nesta Conferência como: “um pacote de intervenções técnicas de baixo custo para combater os principais problemas de doença dos países pobres” (CUETO, 2004: n,p, tradução minha). O chamado GOBI (‘Growth monitoring, Oral rehydration, Breast feeding, Immunization’ sigla em inglês), citado anteriormente por Rivero, indica as quatro principais intervenções – (i) monitoramento do crescimento (ii) técnicas de reidratação oral (iii) amamentação e (iv) imunização – introduzidas pela abordagem da Atenção Primária Seletiva à Saúde. De modo geral, esse pacote de intervenções técnicas de baixo custo foi apresentado pois, supostamente, o monitoramento e a avaliação pareciam ser mais fáceis, além de terem metas consideradas mais claras do que as de Alma-Ata.

Por conta da possibilidade de realizar relatórios e indicadores de sucesso de forma mais fácil, as organizações internacionais, as empresas e fundações privadas rapidamente passaram a financiar projetos sob a abordagem da Atenção Primária Seletiva à Saúde. O próprio Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) foi bastante influenciado, passando a construir uma agenda de saúde da infância baseada nas quatro intervenções do GOBI. A própria publicação da obra “The State of the World's Children 1982-83: The child survival and development revolution” (1983) do UNICEF exemplifica a adoção do GOBI nas políticas de saúde infantil promovidas pelo Fundo. Na parte dos destaques do documento já conseguimos identificar as estratégias chaves do GOBI tais como: monitoramento do crescimento infantil, terapia de reidratação oral, amamentação e imunização. A chamada “revolução da sobrevivência e desenvolvimento infantil” (termo utilizado no documento do UNICEF para se referir a um momento de aplicação de políticas sobre a infância) passa a estar diretamente atrelada a implementação de políticas limitadas e de caráter momentâneo, não levando em consideração ações que ataquem a estrutura dos problemas do não desenvolvimento infantil, como os relacionados à desigualdade social, por exemplo.

A partir disso, o que podemos notar é que a maioria das organizações internacionais possuía um maior interesse nos programas técnicos de curto prazo

com orçamentos claros e métricas bastante definidas, em vez de programas de saúde amplos, duradouros e intersetoriais.

Simultaneamente, mediante a crise política, social e econômica dos países em desenvolvimento entre 1970-80, as políticas neoliberais propagadas pelas instituições de Bretton Woods ganharam cada vez mais espaço, sufocando os orçamentos em saúde pública nestas regiões. Para os países conseguirem receber investimentos vindos de organizações e agências internacionais, em pleno período de hegemonia do neoliberalismo, era preciso se adequar a implementação de políticas que seguissem essa ordem predominante.

O financiamento internacional para políticas de prevenção do HIV-Aids entre 1980-90, especialmente para países em desenvolvimento, estava diretamente interligado a estratégias rápidas com o enfoque no indivíduo, em detrimento das intersetoriais que incluíssem campanhas de acesso à informação, abordando temáticas de gênero e sexualidade. Segundo um relato pessoal de um adolescente que trabalhava com jovens soropositivos na cidade de Kampala em Uganda: “Com o financiamento que está a chegar agora, para qualquer atividade juvenil, se falar de abstinência na sua proposta, receberá o dinheiro. Toda a gente sabe disso” (COHEN, TATE apud jovem adolescente, 2006). Nesse sentido, os países do Sul Global basicamente só conseguiam receber recursos internacionais para combater o HIV se adotassem estratégias de enfoque em práticas individuais, como as de abstinência sexual.

Essa abordagem tecnocêntrica, e com enfoque na relação entre custo e benefício, além de não abordar as raízes e causas sociais das doenças, só estreitam as desigualdades entre o Norte Global, aquele que envia os recursos, para o com o Sul Global, aquele que recebe os recursos. Mahler, em seu discurso na década de 1980, já havia pontuado seu desgosto sobre os chamados “imperadores médicos” e seus negativismos em relação à Atenção Primária à Saúde por causa da falsa “grandeza pomposa” (CUETO apud MAHLER, 2004). A agenda de saúde da infância promovida pelo UNICEF e a agenda de erradicação do HIV ilustram esse cenário.

O período neoliberal da década de 80 no Sul Global ressaltou tanto as desigualdades no âmbito das políticas em saúde, quanto os movimentos de resistência a abordagens negativistas à Atenção Primária à Saúde. Mesmo diante

da existência de médicos latino-americanos treinados em faculdades que pensassem a saúde no campo tecnocêntrico, impedindo a implementação da Atenção Primária na região, médicos favoráveis à Atenção Primária à Saúde na América Latina se faziam presentes, construindo uma espécie de raiz para a formação do campo da saúde pública na região.

No entanto, para além da oposição vinda dos médicos latino-americanos tecnocêntricos para a implementação da Atenção Primária na América Latina, um outro problema tem relação direta com a vigência dos regimes conservadores e autoritários na região – atrapalhando, por exemplo, as ações de médicos favoráveis à APS. Dessa forma, ainda segundo Cueto (2006), diversos ministérios da saúde latino-americanos criaram programas financiados pela estrutura do GOBI, pois a implementação da Atenção Primária à Saúde exigia reformas estruturais que os governos ditatoriais da América Latina não estavam dispostos a realizar. Ou seja, embora os regimes endossavam os preceitos de Alma-Ata discursivamente, na prática, nenhuma mudança substancial foi realizada; e isso é explicado tanto pelo contexto global neoliberal, quanto pelo contexto político nacional de países latino americanos, tais como a Argentina, que estavam vivendo períodos ditatoriais de governos conservadores.

A partir do exposto, fica explícito que o poder da OMS como Organização Mundial da Saúde vai se esvaziando e, após a saída de Mahler, no ano de 1988, isso se torna ainda mais claro. Nakajima, diretor-geral após Mahler, se apresenta como o líder mais contraditório da história da OMS, perante ao não apoio dos Estados Unidos e de diversos outros países da Europa e América Latina (BROWN et al. 2006). Assim, fica o questionamento: como governar uma Instituição de caráter global, sem o apoio de importantes agentes do internacional? Logicamente, em meio a esse cenário, dificuldades se apresentarão, especialmente no que diz respeito ao poder de influência discursivo e político da OMS.

Outrossim, juntamente com o crescimento dos fundos extraorçamentários, resultantes das doações de agências multilaterais ou de países 'doadores', a OMS também vai perdendo seu importante espaço na formulação das políticas em saúde. No início dos anos 1990, os fundos extraorçamentários ultrapassaram o orçamento regular em 21 milhões, contribuindo com 54 por cento do orçamento total da OMS (BROWN et al. 2006). Assim, em meio ao controle vindo dos países doadores ricos

e das agências multilaterais do uso dos fundos extraorçamentários, foi-se se financiando e criando diversos programas verticais em saúde, ou seja, programas independentes da participação e atuação da OMS. Neste período, o Banco Mundial se tornou um grande ator na formulação de programas verticais, ao passo que a OMS foi perdendo cada vez mais espaço.

De modo geral, o Banco Mundial foi uma peça essencial para a construção e consolidação de uma forma de poder alinhada aos princípios neoliberais no campo internacional, mobilizando aspectos não unicamente e intrinsecamente econômicos, tais como os relacionados à formação do saber, e produzindo conhecimentos na sociedade por intermédio da mídia, educação, religião, saúde e ciência.

A partir dos meados da década de 70 e início dos anos 80, por exemplo, a saúde entra como um setor específico de atuação da Instituição. Neste caso, o Banco Mundial não somente detinha do poder monetário para financiar as políticas em saúde, como também contribuiu diretamente para a construção de conceitos, orientações, normativas, métricas e guias de ações do campo. No primeiro documento oficial no campo da saúde do Banco Mundial intitulado “Salud: documento de política sectorial” (1975) podemos perceber opiniões e recomendações acerca da atuação dos países membros perante a oferta (ou não oferta) de serviços públicos de saúde. De acordo com este documento, as classes mais prósperas e favorecidas da população já possuem a capacidade de obter os serviços de saúde que precisam, não exigindo a oferta vinda do Estado. Por meio dessa lógica fica explícito, portanto, que a atenção à saúde deveria ser direcionada exclusivamente para a população mais pobre de uma nação, indo totalmente de encontro à agenda de Alma-Ata que preza pela promoção da saúde a todos, universalizando os cuidados.

Ainda, algo interessante de se pontuar é que a Instituição nunca demonstrou grande satisfação com o fato do Brasil ter garantido constitucionalmente assistência integral à saúde para todos como responsabilidade do Estado. O documento “Brasil Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil Melhorando a Qualidade do Gasto Público e Gestão de Recursos” de 2007 traz diversas recomendações ao Brasil sobre como alocar e utilizar recursos públicos “visando melhorar a eficiência na gestão de recursos e na qualidade da atenção no SUS” (BANCO MUNDIAL, 2007, p. 2). Claro que essas melhorias relacionadas à gestão estão diretamente ligadas à promoção de uma agenda neoliberal, com menor participação do Estado



nas políticas em saúde. Além disso, termos como “custo”, “benefício”, “eficiência” e “efetividade” aparecem constantemente no documento, especialmente na parte das recomendações, demonstrando elementos da abordagem em saúde tecnocêntrica. Para o Banco Mundial, em suma, os problemas do SUS restringem a sua má gestão, deixando de lado qualquer crítica relacionada à alocação de recursos públicos para a saúde. É entendido que, para melhorar as falhas de governança enfrentadas pelo sistema, uma das principais medidas é responsabilizar os profissionais e gestores: “[...] a ausência de incentivos e responsabilização que garantem que os serviços prestados sejam de custo e qualidade aceitáveis, ambos essenciais para melhorar o estado de saúde da população” (BANCO MUNDIAL, 2007, p. 1). Assim, a solução das mazelas estaria quase no campo “individual”, no micro espaço, mas nunca em decisões macropolíticas e estruturais, até porque para a Instituição o problema nunca foi a falta de recursos públicos.

#### **2.4 Relatório Brundtland e a ‘Cobertura Universal de Saúde’ (1999)**

Vendo a necessidade de retomar seu espaço como importante ator para formulação das políticas em saúde em âmbito global, em 1998, a OMS busca uma liderança com a capacidade de restaurar a credibilidade da organização e trazer uma nova visão. Neste contexto, é nomeada Gro Harlem Brundtland: médica, profissional da saúde pública e ex-primeira-ministra da Noruega (1974-1979).

De modo geral, embora a Gro Harlem Brundtland tenha trazido a OMS de volta ao seu lugar de prestígio no cenário global, existem pontos críticos importantes sobre sua governança a serem feitos. Através da direção de Brundtland (1998-2003), a OMS passou a participar efetivamente do consenso dos principais organismos e agências internacionais de desenvolvimento sobre a necessidade de se compatibilizar a política de saúde com a doutrina neoliberal. É neste contexto, por exemplo, que o conceito de “Cobertura Universal da Saúde” se apresenta. O chamado “novo universalismo”, atualmente conhecido por “Cobertura Universal de Saúde”, embora tenha sido abordado pela primeira vez no primeiro relatório da gestão Brundtland, “Relatório sobre a saúde no mundo em 1999: mudar a situação”, seu desdobramento foi sendo visto somente a partir do relatório de 2000 da OMS intitulado: “Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud”.

Este segundo relatório da OMS (2000), além de estabelecer efetivamente a narrativa neoliberal como política oficial da OMS, conceitua o “novo universalismo” como uma forma de ajustar a função do Estado, construindo um sistema de saúde eficiente firmado na expansão da capacidade de pagamento da população, inclusive dos pobres, por meio da ampliação dos planos de pré-pagamento como forma de proteger toda a população contra os custos financeiros das doenças (LIMA, 2015). Aqui, por exemplo, é possível notar a presença de preceitos claramente neoliberais, incorporando a classe menos favorecida de uma população ao mercado privado de saúde, com o argumento de se priorizar a demanda e protegê-los dos supostos custos financeiros das doenças. Ainda, ao ressaltar a “construção de um sistema de saúde eficiente” e “custos financeiros das doenças” também podemos notar um distanciamento da abordagem em saúde integrada e social de Alma-Ata, alinhando-se a narrativas de saúde tecnocêntricas que pensam na linha do custo e benefício.

Ademais, a própria abordagem da Atenção Primária à Saúde, tão difundida na diretoria de Mahler nos anos 1970, é altamente criticada no relatório de 2000. De acordo com o relatório, a maioria das experiências de APS fracassaram por cinco principais motivos: (i) equipamentos insuficientes para resolver os problemas; (ii) o tempo escasso para os trabalhadores se dedicarem à prevenção e à comunidade; (iii) o treinamento inadequado dos funcionários; (iv) o financiamento inadequado; e, por fim, (v) a ausência de mecanismos de referência e contrarreferência. Algo interessante de se destacar é que em nenhum momento neste documento é mencionado que as práticas de APS poderiam ter falhado em decorrência do processo de ajuste fiscal, reestruturando os gastos públicos, em especial na área da saúde, nos países em desenvolvimento. Essa não menção aos processos de ajustes fiscais também ocorre nos próprios relatórios do Banco Mundial — citados anteriormente — sobre as supostas ineficiências do SUS. Ou seja, tanto para o Banco Mundial, quanto para a gerência da OMS neste período, a aplicação de normativas neoliberais não são motivadoras para as falhas nos sistemas de saúde pública, tendo em vista que ambos colocam em pauta outros motivadores que não ataquem a estrutura e os princípios dessa mesma ordem.

A partir disso, o ideal do “novo universalismo” ou da “cobertura universal de saúde” aplicado pela OMS deve ser entendido a partir do contexto global da época

— um ambiente favorável à governança neoliberal, no qual ocorreu a reforma do papel do Estado e dos próprios sistemas de saúde, especialmente nos países em desenvolvimento e latino americanos.

Contudo, embora o enfoque em saúde tecnocêntrico tenha assumido destaque na direção de Gro Harlem Brundtland, no ano de 2005, a abordagem social e integrada volta a participar da agenda da OMS — mesmo que ainda de forma não tão preponderante. E essa volta, novamente, marca a constante disputa das abordagens na formação das políticas em saúde.

## **2.5 A Comissão Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS (CMDSS, 2005)**

Em 2005 é criada a Comissão Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde (CMDSS) com os seguintes objetivos: (i) avançar e consolidar uma abordagem aos problemas de saúde pública capaz de identificar as iniquidades em saúde; (ii) produzir evidências para a ação sobre seus determinantes visando o fortalecimento de práticas e políticas voltadas para a diminuição das iniquidades (OMSc, 2022). Neste contexto, ao usar o termo “iniquidades”, pode-se notar a retomada de pensar as políticas em saúde atentando-se às consequências das desigualdades, seja ela social, racial e de gênero. Os chamados ‘Determinantes Sociais da Saúde’, tão importantes para esta pesquisa, e que serão objeto de estudo do próximo capítulo, são definidos pela OMS como:

The social determinants of health (SDH) are the non-medical factors that influence health outcomes. They are the conditions in which people are born, grow, work, live, and age, and the wider set of forces and systems shaping the conditions of daily life. These forces and systems include economic policies and systems, development agendas, social norms, social policies and political systems (OMSa, 2022).

A partir disso, os DSS são tidos como determinantes estruturais e condições da vida cotidiana responsáveis pela maior parte das iniquidades em saúde entre os países e internamente. Eles incluem e abordam “a distribuição de poder, renda, bens/serviços, as condições de vida das pessoas, e o seu acesso ao cuidado à saúde, escolas e educação; suas condições de trabalho e lazer; e o estado de sua moradia e ambiente” (FIOCRUZa, 2022). Os DSS são, portanto, o ponto chave trazido pela OMS para as políticas públicas em saúde no século XXI.

No relatório publicado três anos após a realização da Comissão, em 2008, a CMDSS recomendou aos governos que, considerando o contexto de desenvolvimento, atuassem no sentido de propiciar melhorias nas condições de vida cotidiana dos indivíduos, promovendo uma governança sólida baseada em interesses públicos e na abordagem às desigualdades na distribuição de recursos, dinheiro e poder relacionados às políticas públicas; e atuassem também no alargamento do conhecimento e na maior compreensão sobre os determinantes sociais da saúde, a partir da investigação sobre o tema, o monitoramento e a avaliação do impacto da ação sobre eles (FIOCRUZb, 2022).

No próximo capítulo, demonstrarei como os DSS se tornaram prioridade para a OMS, abordando a disputa social e econômica envolvida no processo. Ou seja, quais foram os obstáculos encontrados pela OMS, em termos de convencimento dos atores estatais e privados, por exemplo, para que os DSS se tornassem uma agenda prioritária.

### **3. Intriga Internacional: barreiras e desafios na implementação dos DSS**

Como brevemente mencionado no capítulo anterior, os DSS passam a firmar a agenda em saúde da OMS no início dos anos 2000, e a criação da Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde em 2005 exemplifica a centralidade da abordagem social e integrada na Organização.

Mas de que forma e em qual contexto sociopolítico isso aconteceu? De modo geral, e semelhante ao período da direção de Halfdan T. Mahler (1973-1988) na OMS, a discussão sobre políticas de incentivo ao enfrentamento das iniquidades se dá em um contexto bastante favorável ao debate centralizado na abordagem social e integrada. A deterioração do modelo neoliberal aumentou as tensões geradas pelas iniquidades em saúde, o que fez reaparecer a preocupação com a temática sobre justiça social (VILLAR, 2006). Ou seja, o modelo neoliberal, implementado ao longo das décadas de 80 e 90, se desgasta, especialmente ao levarmos em consideração a priorização do crescimento econômico em detrimento do desenvolvimento social, gerando mais desigualdades e, consequentemente, questionamentos vindos da própria população. A partir disso, tanto a sociedade civil organizada, quanto a gerência da OMS, voltam a reafirmar sobre a importância de problematizar a saúde através da existência das desigualdades sociais, de gênero e de raça, e o conceito holístico de saúde da OMS de 1948 é retomado de maneira mais ativa na Organização.

No relatório da Comissão da sociedade civil de 2007, denominado de “Commission on Social Determinants of Health”, por exemplo, os termos “social” e “equidade” (social e equity em inglês) aparecem, respectivamente, 254 e 40 vezes; e os termos “integração” e “justiça social” (integration e social justice em inglês) aparecem 8 e 3 vezes. Tais termos são bastante simbólicos e emblemáticos para a

visualização da retomada da agenda social e integrada em saúde no campo. Ademais, neste mesmo relatório, a conferência de Alma-Ata e a Atenção Primária à Saúde são trazidas novamente para o debate, sendo reconhecidas como de suma importância para a implementação da saúde na sua forma mais holística possível. Ainda, o neoliberalismo é citado como algo que não deverá mais pautar as políticas em saúde, tendo em vista que o mesmo é tido como um dos principais responsáveis por criar obstáculos na promoção de políticas sociais e integradas.

Sugerimos vivamente que a Comissão deve situar o seu trabalho numa análise tanto da abordagem da Atenção Primária à Saúde como do papel das políticas neoliberais na deslegitimação da abordagem. Congratulamo-nos com a abordagem proposta pela Comissão a este respeito, ao afirmar que "[...] os modelos econômicos neoliberais que ganharam ascendência global durante a década de 1980 criaram obstáculos à ação política em matéria de DSS" (OMS, 2007, p.9, tradução minha).

Por meio da análise do relatório citado acima, podemos observar que a Comissão sobre os Determinantes Sociais da OMS trouxe grandes esperanças para a sociedade civil ao passo que foi vislumbrado um potencial de capturar novamente as promessas feitas pela comunidade global na forma da Declaração de Alma-Ata. Além disso, o fato da Comissão trazer, pela primeira vez, a sociedade civil como parceira ativa constitui uma grande oportunidade para abordar questões-chave no setor da saúde, com maior participação do que a vistas em tempos anteriores: "A decisão da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde de incluir a sociedade civil como parceira é, portanto, uma nova experiência para todos os envolvidos - a OMS, os governos dos países e a sociedade civil" (OMS, 2007, p. 10, tradução minha). E, na minha opinião, a participação mais ativa da sociedade civil se caracteriza como um elemento fundamental para a promoção de uma abordagem cada vez mais intersetorial e interligada com a realidade da população. Não há, portanto, espaço para trabalhar com os chamados determinantes sociais da saúde, se não há uma participação direta da população na implementação dessas políticas.

Ao pontuar sobre a relevância da participação ativa da população na implementação de políticas da agenda em DSS, ressalto características basilares do próprio conceito dos determinantes sociais da saúde. E, ao tratar de DSS, também estamos falando da retomada da própria abordagem da economia política, ou seja, "a ideia de que a saúde e a doença são produzidas através de estruturas sociais

(ou seja, práticas, políticas e instituições políticas e econômicas [sistemas de produção, proteção social e governação] e inter-relações de classe/gênero/raça)” (BIRN et al. 2017, p. 92, tradução minha). Neste contexto, as estruturas e relações são determinantes para uma saúde boa ou ruim do indivíduo, assim, sua condição de saúde é dependente de diferentes outros fatores que ultrapassam o seu ser individual.

De modo geral, as perspectivas da economia política da saúde, ao considerarem o papel das políticas públicas em torno de condições de moradia, transporte, alimentação, assistência médica, saúde pública, contaminação ambiental e esgotamento de recursos, tal como as estratégias de justiça racial e de gênero, já apontam na sua própria definição a necessidade de incluir a sociedade no debate. A partir do momento que os esforços em DSS vão além das simples intervenções médicas e mudanças de comportamento individual, a participação da população se apresenta como essencial para a formulação e aplicação de mudanças. Citadas no capítulo anterior, as ações de combate a HIV aplicadas no período de hegemonia do neoliberalismo nos países africanos e latino-americanos, por exemplo, são tidas como insuficientes para a abordagem da economia política da saúde, pois as mesmas se baseiam essencialmente em políticas de mudanças comportamentais. Outrossim, e ainda nesta abordagem da economia política, o conceito holístico de saúde se apresenta de forma bastante nítida, ao passo que a saúde é realmente entendida como um estado de completo bem-estar mental, físico e social e não apenas como a ausência de infecções ou enfermidades.

Em suma, através da realização da Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde, vindo conjuntamente com formulação sobre o conceito de DSS, a voz da abordagem da economia política, integrada e social, retoma seu lugar na agenda da OMS e isso se dá em um contexto bastante específico e favorável, de fragilidade da ordem neoliberal e de intensificação dos debates sobre enfrentamento das diferentes iniquidades sociais, raciais e de gênero. Contudo, mesmo diante do fato dos DSS terem se tornado uma agenda prioritária para a OMS, e mesmo diante ao contexto mais favorável para tal, o convencimento de atores privados e estatais não se deu facilmente, abrindo espaços para obstáculos e contestações. Outrossim, embora tenha-se alcançado um certo consenso sobre a importância dos DSS na situação de saúde, sua implementação ainda permanece em disputa.

### **3.1 Os Determinantes Sociais da Saúde: da consolidação da agenda aos obstáculos**

Mesmo os DSS se apresentando como um movimento mundial de resgate de uma vertente mais crítica, humana, completa e abrangente sobre a implementação das políticas em saúde, não cessam de ocorrer tensões diante as alternativas biomédicas. Os argumentos contrários à Alma-Ata como, por exemplo, “isso é muito utópico” e/ou “isso é muita narrativa e pouca prática” também se colocam ao tratar-se dos determinantes sociais. Ou seja, tal como ocorrera no período de Alma-Ata, atores responsáveis pela implementação da saúde sob fórmulas mais tecnocêntricas, dentro na linha do custo e benefício, também se colocam para criticar e questionar a aplicabilidade dos DSS, utilizando argumentos semelhantes, ou até mesmo iguais.

Em 2011, 6 anos após a realização da Comissão, a OMS formula um documento intitulado “Abordagem dos DSS para a Saúde Pública: do conceito à prática” (Social determinants approaches to public health: from concept to practice, em inglês), que busca responder essas críticas, levando para a discussão as desigualdades na área da saúde ao seu nível mais prático. Esta obra, portanto, tem como principal objetivo demonstrar que os DSS não são apenas uma “teoria bonita” e que também não existe uma “fórmula mágica” para combater as desigualdades em saúde: “[...] o livro não fornece um modelo único de sucesso; pelo contrário, analisa, a partir de diferentes perspectivas e em diferentes contextos, as abordagens programáticas que conduziram ao sucesso ou ao fracasso” (OMS, 2011, p. v). Dentre as principais lições do documento destacam-se: (i) a necessidade de compreender a equidade como um valor fundamental na programação de saúde pública e de trabalhar não apenas entre os setores, mas também entre as condições de saúde (ii) a importância da combinação de visão técnica e liderança política com um reconhecimento de que a sustentabilidade a longo prazo depende da integração e institucionalização política, não havendo soluções fáceis, rápidas, padrões universais para os desafios da saúde pública (iii) os programas devem sair da zona de conforto, incorporando os problemas econômicos, sociais, realidades culturais e políticas nas quais existem condições de saúde pública e desigualdades.



Algo interessante de se destacar dentro das lições trazidas pela OMS neste arquivo é que as soluções biomédicas e abordagens técnicas não são descartadas por completo, porém, é pontuado que elas precisam incorporar o entendimento das iniquidades em saúde, tais como relacionadas aos problemas econômicos, sociais, realidades culturais e políticas. Dessa forma, fica explícito tanto sobre a não existência de ações mágicas, tais como as políticas da linha biomédica e tecnocêntrica em saúde, quanto sobre o quão é essencial o envolvimento de diferentes atores para a promoção da saúde social e integrada. Sair da zona de conforto, construir políticas levando em consideração a integração e institucionalização são a chave para que gerentes de programas, formuladores de políticas, acadêmicos e pesquisadores possam trabalhar para lançar novos e melhores programas de saúde pública, e fortalecer ainda mais os existentes. A partir dos casos concretos trazidos no estudo da OMS, tal como o de abuso do uso do álcool entre adolescentes em Vanuatu (país do insular do Pacífico), é demonstrado que “a criação de mudanças políticas ao nível das determinantes estruturais exige um esforço estratégico para envolver outros setores” (OMS, 2011, p.183); setores esses tais como o próprio governo, as ONGs, a sociedade civil e a comunidade no geral (pacientes e famílias).

Ao final desse estudo, por exemplo, a OMS explicita mais uma vez a abordagem social e integrada como sendo a forma de pensar a saúde das populações da Organização, distanciando-se dos modelos neoliberais em saúde implementados na direção da OMS de Gro Harlem Brundtland (1998-2003). Segundo o próprio documento, é percebido pela governança da Organização “que a saúde das populações não é essencialmente um produto dos cuidados de saúde, mas sim um produto das determinantes sociais, a OMS criou a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (CSDH) em 2005” (OMS, 2011, p.189). O “novo universalismo” e o mercado privado de saúde, com os seus planos de pré-pagamento, são deixados de lado, dando espaço à agenda dos DSS.

Mas, embora a OMS tenha trazido elementos práticos e discursivos de contraposição aos argumentos contrários aos determinantes sociais, como os mostrados no documento de 2011, a ideia de que saúde é uma responsabilidade individual e que a pobreza e a desigualdade sempre vão existir e, por isso, as políticas de saúde não podem se guiar por esse tipo de determinação, ainda está presente e é um obstáculo aos DSS. A própria crise financeira de 2008, que afetou

também os países do Sul Global mais drasticamente entre os anos 2011-2015, se coloca como um momento de inflexão para a promoção dessas políticas sociais. Paulo Buss, membro da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais em Saúde do Brasil e diretor do Centro de Relações Internacionais em Saúde da Fiocruz, se questiona sobre o orçamento destinado às políticas sociais pós-crise financeira:

Eu gostaria de entender como uma crise do capital financeiro tornou-se uma crise dos Estados nacionais. Tomou-se dinheiro do contribuinte para resolver o problema do capital financeiro. E agora não há mais dinheiro para as políticas sociais (GUIMARÃES apud BUSS, 2011).

Buss, ao refletir sobre o orçamento destinado às políticas sociais, pontua sobre a indissociação de pensar em determinantes sociais de saúde fora de uma perspectiva política. Segundo ele, a geografia social desse processo merece destaque, tendo em vista que, finalmente, a discussão sobre saúde vem do Sul Global e isso, propriamente, gera tensões com o Norte Global e com o seu modelo de fazer saúde. As políticas sociais de cunho universal, implementadas no Sul pós-período ditatorial, conflitam com o modelo do Norte, ainda muito associado ao mercado privado de saúde. Com a crise financeira, e o estrangulamento dos recursos públicos nos países em desenvolvimento, essas tensões ficam ainda mais evidentes. Os sistemas universais de saúde são colocados em xeque pelos opositores da agenda da DSS, trazendo novamente o discurso da ineficiência do serviço público em prol da implementação de uma saúde tecnocêntrica e de responsabilidade individual. Contudo, o que eu pude observar é que, em nenhum momento é mencionado que, talvez, a suposta “ineficiência” dos sistemas universais ocorre devido ao estrangulamento dos recursos destinados à saúde pública em meio à crise, por exemplo. Neste contexto, Banco Mundial, Fundação Bill e Melinda Gates e UNICEF se colocam novamente como atores defensores dessa agenda contrária, ou destoante, aos determinantes sociais.

### **3.2 Banco Mundial, Fundação Bill e Melinda Gates e UNICEF: atores na contramão dos DSS**

Antes de aprofundar nos atores difusores da agenda contrária aos determinantes sociais, é preciso salientar que: em virtude da agenda dos DSS ser um resgate de uma vertente mais crítica sobre a implementação das políticas em saúde, movimentos contrários existirão. Por ser uma vertente que aborda sobre as

iniquidades sociais, raciais e de gênero, e sobre a urgência de sair de “uma zona de conforto”, pensamentos mais conversadores e, logo, menos reformistas, serão oposição. Mudar elementos estruturais que regem a nossa sociedade como um todo é, em si próprio, mudar lugares de privilégios e de poder, é transformar uma ordem já instaurada no sistema internacional. E isso, logicamente, não é fácil. Os DSS, portanto, trazem consigo não apenas a retomada da abordagem em saúde social e integrada, mas também visões de reconstrução do mundo, reconstrução de hegemonias e modos de vivência; e isso abala os atores que já estão ocupando uma posição de poderio como, por exemplo, o próprio Banco Mundial.

Como visto no capítulo anterior, o Banco Mundial assumiu uma posição de destaque na aplicação de políticas em saúde, ao mesmo tempo em que a OMS sofria uma crise em sua governança. Com a retomada da OMS no campo de disputa no início dos anos 2000, a balança de poder sofre alterações, e esse conflito pode ser exemplificado através da própria resistência vinda do Banco Mundial em adotar e/ou acordar com a implementação de políticas em DSS nos países.

Na publicação dos 20 anos do SUS do Banco Mundial intitulada “20 Anos de Construção do SUS no Brasil”, a crítica ao direito universal e acesso integral à saúde reiteram a posição crítica e histórica da instituição ao SUS, e aos DSS. Em geral, para o Banco Mundial, o direito constitucional à saúde no Brasil foi operacionalizado em duas lógicas de (i) garantia legal de que qualquer pessoa tem direito a ser tratada gratuitamente no SUS e (ii) expansão da rede pública de unidades e serviços de saúde que, contudo, não se apresentam como condições essenciais para garantir a saúde dos indivíduos. Dentro dessa lógica, e de acordo com o Banco, os serviços não precisam ser gratuitos para a população possuir o acesso à saúde: “[...] nenhum desses dois princípios é uma condição necessária para garantir o direito à saúde, uma vez que os serviços de saúde não precisam ser gratuitos nem serem prestados por um sistema público para serem acessíveis” (BANCO MUNDIAL, 2013, p. 48).

Com essa frase retirada do próprio documento do Banco Mundial, podemos inferir duas coisas que estão diretamente conectadas entre si: a primeira é que o direito à saúde não está intrinsecamente interligado ao serviço gratuito de saúde; e a segunda é que não há necessidade de um sistema público para garantir o acesso à saúde de uma população. Mas como eles fazem para reiterar essa posição? Um dos principais argumentos do Banco para afirmar essas condições é que “em vários

países, onde o direito à saúde é tido como garantido e universal, os serviços de saúde não são gratuitos (são subsidiados) e não são necessariamente prestados por um sistema público" (BANCO MUNDIAL, 2013, p. 48). No entanto, em nenhum momento, é trazido exemplos concretos de como esses "vários países" conseguiram garantir o direito à saúde da população por meio de serviços não gratuitos, fazendo com que, na minha opinião, tal argumento se esvazie ainda mais.

A partir disso, um livro que supostamente foi formulado para abordar os grandes feitos do SUS nos seus 20 anos, na verdade, se torna uma obra que busca não somente contrariar dois dos principais pilares do SUS, que é o direito universal e o acesso integral à saúde, como também criticar sua implementação. E, ao levar em consideração as críticas vindas do Banco desses dois grandes pilares do nosso sistema de saúde pública, fica também claro que existe uma crítica implícita à própria abordagem social e integrada em saúde; e aos próprios DSS.

Outrossim, a defesa vinda do Banco do emprego da relação entre custo e benefício como parâmetro para a alocação de recursos se alia à ideia de "cobertura universal" — ideia essa totalmente contrária à noção dos DSS e alinhada aos chamados mercados privados de saúde. E por quê? De modo geral, a proposta da "cobertura universal" visa garantir apenas um conjunto essencial de serviços que esteja disponível no mercado para aquisição pelos Estados (RIZZOTO, CAMPOS, 2016). Logo, é importante destacar que essa abordagem difere significativamente de sistemas universais, como o Sistema Único de Saúde (SUS), onde os serviços são de natureza pública, acessíveis de forma igualitária, completa e gratuita para toda a população. E essa defesa da ideia de "cobertura universal", como pontuado no início do parágrafo, já aparece logo na primeira página do documento do Banco Mundial, por exemplo:

Na área de saúde, há hoje um movimento amplo e crescente nos países em desenvolvimento, que tem buscado as reformas necessárias para se atingir a cobertura universal de saúde para seus cidadãos. O Banco Mundial está completamente alinhado com este movimento (BANCO MUNDIAL, 2013, p. 1).

Ao contrário do explicitado pelo Banco Mundial na sua obra sobre o SUS, entendo que as políticas sociais de cunho universal tocadas pelo poder público são as únicas capazes de realmente produzir saúde na sua plenitude, pois são elas as responsáveis por tocar nas raízes das iniquidades, combatendo as desigualdades sociais, raciais e de gênero. E, exatamente por essas políticas serem responsáveis

por transformar elementos estruturais que regem a nossa sociedade, o convencimento de atores é mais complexo, atraindo, em conjunto, opositores da agenda.

Para além do Banco Mundial, um outro ator importante neste contexto de resistência à aplicabilidade dos DSS é a própria Fundação Bill e Melinda Gates, que tanto influencia a tomada de decisões na agenda de saúde global, como também tem impactos sobre assuntos de desenvolvimento, educação e outros. De modo geral, as atividades em saúde da Fundação Bill e Melinda Gates, por ser filantrópica, propõem “ações e projetos que, apesar de resolverem parcialmente certos problemas, não promovem mudanças capazes de incidir na estrutura dos sistemas sanitários – o que somente uma política pública poderia promover” (BACK e NASCIMENTO, 2020, p. 9). Ou seja, por meio de suas contribuições financeiras voluntárias, a Fundação consegue moldar a agenda de saúde e direcioná-la para seus próprios interesses, os quais em geral giram em torno da produção e da venda de vacinas e medicamentos, e se distanciam das iniciativas de fortalecimento de sistemas de saúde que poderiam promover reduções de desigualdades (NASCIMENTO e BERMUDEZ, 2018; VENTURA e PEREZ, 2014).

Mas como isso acontece? Um exemplo concreto e bastante atual desse problema é ilustrado ao considerar o impacto das contribuições da Fundação no orçamento geral da OMS. De modo geral, o valor doado entre os anos 2018 e 2019 correspondeu a 9,75% do total das contribuições voluntárias recebidas pela OMS, contabilizando cerca de 4,32 bilhões de dólares (OMS, 2020). E, por ser uma organização filantrópica que responde apenas aos interesses particulares de seus gestores, o compromisso perante a construção de políticas públicas no campo da saúde coletiva não é seu foco de atuação, e muito menos seu objetivo. Logo, ao levar em consideração a relevância da porcentagem de contribuição (9,75%) e o fato dos próprios doadores conseguirem definir as áreas onde os recursos serão aplicados, fica explícito que a Fundação detém um certo poder para dificultar a aplicação de políticas em DSS, definindo a alocação de recursos para ações menos integradas e sociais e, portanto, mais tecnocráticas.

Um terceiro ator importante, ainda no contexto de resistência à aplicabilidade dos DSS, é o próprio UNICEF. No geral, o UNICEF possui influência sobre as políticas de gerência da saúde da criança e do adolescente nos países, em especial dos em desenvolvimento. Ao focar na pobreza e, sobretudo, nas crianças menos

favorecidas, as ações e políticas do UNICEF acabam por acionar mecanismos preventivos, frente à suposta ameaça da pobreza aos interesses políticos e econômicos do Estado. Neste contexto, a proteção da criança e do adolescente se reduz à prevenção de futuros gastos com serviços de assistência social e com políticas de segurança – posição totalmente contrária à visão de saúde fornecida pela abordagem dos DSS.

Ou seja, para além das ações estruturais e de fortalecimento da estrutura pública de saúde do Estado não se colocarem como movimentos prioritários do UNICEF, a Agência acaba por privilegiar a promoção da saúde infantil por meio da relação entre custo e benefício. Dentro dessa perspectiva, portanto, a proteção da saúde da criança passa a ser pensada à luz da prevenção de gastos públicos futuros, não levando em consideração toda relação social, econômica, racial e familiar que perpassa a salvaguarda da saúde deste público no nosso país. No trecho abaixo, retirado do próprio documento da UNICEF, podemos observar o quão o termo “custo” aparece, além de inferir pela leitura que, quando a criança se tornar um adulto, ela não mais precisará receber benefícios da assistência social e supostamente não dará prejuízos com atos de violência e de envolvimento em delitos – abordagem essa destoante dos DSS e da noção de acesso integral à saúde.

Os custos de dar ao adulto uma segunda chance na vida são muito maiores do que os custos de se prover cuidados no tempo adequado à criança, principalmente em seus primeiros anos de vida. O investimento na criança oferece retornos muitas vezes maior em termos de melhor aproveitamento escolar, maior produtividade e comportamentos positivos ao longo da vida. Serviços sociais básicos de saúde e educação, por exemplo, são investimentos preventivos muito mais efetivos e humanos. (UNICEF, 2001, p. 17).

Ademais, no Brasil, por exemplo, a atuação do Fundo esteve sempre muito relacionada aos financiamentos de grandes empresas privadas como Globo, Itaú e Pão de Açúcar (LEMOS, ALMEIDA, SILVA, 2012), contribuindo para atrelar a imagem dessas instituições privadas à responsabilidade pelo cuidado infantil. E, tratando-se do Itaú, por exemplo, a relação de parceria é longa:

A parceria com o Banco Itaú começou há 15 anos com o apoio à venda dos cartões de Natal em quiosques patrocinados pelo Banco e utilização das correspondências do banco para seus clientes. Em 1994, a atuação do banco foi ampliada com a criação de um Plano de Capitalização – PIC Criança – que destina parte de sua receita à melhoria da qualidade do ensino básico no País (UNICEF, 2002).

A partir disso, embora o UNICEF tenha contribuído para a formação de estudos sobre a situação da infância e adolescência em países em desenvolvimento, o enfoque na pobreza acaba por difundir a abordagem que pensa a saúde na relação entre custo e benefício. Assim, ao considerar crianças e adolescentes com base em seu potencial produtivo futuro, e nos benefícios ou prejuízos que podem trazer para a sociedade, é implicado que os vejam como um capital que requer investimento desde cedo, a fim de garantir direitos que sejam vantajosos dentro do contexto de relações comerciais de custo/benefício. Outrossim, ao expandir o papel das instituições privadas na aplicação dessas políticas, realçando-as, o Estado acaba sendo colocado em segundo plano, juntamente com os princípios do direito universal e acesso integral à saúde vinculados à agenda dos DSS.

### **3.3 A academia e o ativismo como chaves para promoção da agenda social e integrada em saúde nos países**

Mesmo diante aos obstáculos e movimentações contrárias a implementação de uma agenda em DSS, diferentes avanços podem ser visualizados ao longo desses anos. O primeiro grande avanço, na minha opinião, diz respeito ao retorno da abordagem social e integrada na OMS, por meio essencialmente da criação da Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde. Contudo, indo além do agente OMS e dessa própria Comissão, é importante também salientar outros atores e acontecimentos que propiciaram o avanço da agenda, tanto no escopo internacional, quanto nas políticas internas dos governos.

Começando no internacional, um ator que eu gostaria de pontuar é o The Global Fund. De modo geral, atualmente o The Global Fund é tido como o maior financiador mundial de programas anti-AIDS, tuberculose e malária, suportando mais de 600 programas em cerca de 150 países (THE GLOBAL FUND, 2022a). Ainda segundo o próprio site da instituição, o financiamento sobre as políticas contra a AIDS, tuberculose e malária é realizado pensando também no fortalecimento dos sistemas de saúde dos países. Assim, é reconhecido que, para o combate das injustiças enfrentadas pelas populações, fortalecer os sistemas de saúde nacionais é fundamental. Para isso, e de modo a consolidar sua missão, o Fundo conta com o apoio dos governos, do setor público e privado, além das organizações não governamentais.

Mas qual a relação do The Global Fund com a agenda das DSS? Para além do Fundo possuir como um dos seus principais objetivos o fortalecimento dos sistemas de saúde dos países, o debate sobre as iniquidades em saúde não é negligenciado ou, muito menos, excluído. É visto, portanto, que as políticas em saúde contra a AIDS, tuberculose e malária perpassam pela aplicação de ações multisetoriais que atendam o combate das desigualdades sociais, raciais e de gênero. Dentre os “cases” trazidos pelo The Global Fund em seu site oficial, aquele que me chamou atenção foi o intitulado “Justin's Fight: ensuring every young person can access HIV prevention, testing and care”. Neste “case” é demonstrado, por exemplo, que o progresso relacionado à luta para o decréscimo no número de mortes relacionadas à AIDS é desigual. Ou seja, embora nos países onde o Fundo tenha investido houve um decréscimo de cerca de 65% no número de mortes relacionadas ao vírus, “o progresso não tem sido igual e as desigualdades alimentam a epidemia atualmente” (THE GLOBAL FUND, 2022b). Dentre os motivadores para um progresso heterogêneo de luta contra AIDS, a noção de desigualdade(S) se apresenta tais como: entre o Norte e Sul Global; entre pessoas gays e pessoas hétero; entre homens e mulheres; entre brancos e pretos; e entre aqueles que têm o direito ao acesso à saúde e os que não têm. Ou seja, é abordado pelo The Global Fund fatores estruturais tais como o estigma, identificação e violência que persistem e impedem que pessoas, incluindo a comunidade LGBTQI+ em diversas regiões do mundo, tenham o acesso à prevenção do HIV. Ademais, termos como “prevenção”, “tratamento” e “cuidado” também são utilizados pelo The Global Fund, indo totalmente de encontro à noção tecnocêntrica de saúde, onde o foco é basicamente apenas no combate.

A partir disso, temos que o investimento vindo do Fundo, que atualmente é considerado o maior financiador mundial de programas anti-AIDS, tuberculose e malária, vincula diferentes elementos da agenda em DSS, contribuindo diretamente para o fortalecimento dessa agenda nos países de atuação do The Global Fund. Dentre esses elementos vinculados aos DSS, e reconhecidos como importantes para a promoção da saúde dos indivíduos nos “cases” da The Global Fund, pode-se destacar: distribuição de poder, renda, bens e serviços, as condições de vida das pessoas, o gênero, o acesso ao cuidado à saúde, a escolas e à educação; suas condições de trabalho e lazer; e o estado de sua moradia e ambiente. Portanto, ao observar “cases” trazidos no site oficial do financiador, pude vislumbrar diversas



convergências discursivas e de atuação prática com a abordagem social e integrada em saúde.

Para além do The Global Fund, um outro aspecto que considero importante destacar é a atuação dos ativistas, dos membros da academia e dos próprios funcionários públicos da saúde que prezam pela disseminação da agenda em DSS, servindo como uma espécie de resistência, tanto globalmente e quanto em seus países, à aplicação da agenda tecnocêntrica em saúde. Eles são responsáveis pela conscientização da população e, também, pelas próprias mudanças nas políticas públicas. São eles, em diferentes locais de atuação, sejam dentro da sala de aula, dentro de um hospital público ou dentro de uma rede de pesquisa que consolidam e semeiam a abordagem social e integrada em saúde.

Um dos primeiros (e principais) movimentos ativistas, que reproduziram o discurso expressando a questão social global da saúde, é o “People's Health Movement” (PHM). Tal movimento está diretamente relacionado com a criação da Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde sendo assim um importante catalisador para a formação da Comissão na OMS. O primeiro encontro do PHM, por exemplo, ocorreu no início dos anos 2000 em Bangladesh (país do Sul Global) e foi um enorme sucesso. A carta de encerramento desenvolvida no encontro, denominada “Declaração de Bangladesh”, foi publicada em 33 línguas (SODRÉ, 2011).

De modo geral, ao passo que a Declaração conclama o controle da saúde por suas próprias populações, também demanda pela democratização da OMS por meio do fim de medidas verticais. A tão famosa Atenção Primária à Saúde se apresenta como um direito prioritário a ser garantido, juntamente com a defesa ao meio ambiente; a proteção às populações em guerra; a defesa às populações miseráveis; assim como o pedido por igualdade tecnológica e de fomentos para a produção de conhecimento em saúde (SODRÉ, 2011, p.1786). A partir desse movimento, existe a criação de pontes mais sólidas entre a universidade e a militância para a promoção de uma agenda em saúde mais social e integrada. Um exemplo concreto da construção dessas pontes mais sólidas é o próprio “International People's Health University” (IPHU), que se apresenta como uma espécie de universidade aberta para a militância dessa agenda em saúde atuando por meio “de parcerias com departamentos universitários, promovendo cursos de

pequena duração baseados na discussão dos dados obtidos através das pesquisas sobre populações vulneráveis” (SODRÉ, 2011, n.p.).

Algo interessante de se pontuar, e brevemente mencionado anteriormente, é sobre o fato da América do Sul e, também, parte do Sul Global, serem atores importantes para a promoção da agenda em DSS. O próprio primeiro encontro do PHM, por exemplo, foi realizado em Bangladesh e o IPHU hoje está localizado em Cuenca, no Equador. A partir de Cuenca, este movimento se encontrou com os militantes da causa da terra, defesa dos povos andinos, Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra, sindicatos e ativistas de movimentos antiglobalização e outros. Ou seja, movimentos esses de diversos países do Sul Global e com uma pluralidade de atores. Movimentos esses de resistência e luta para a construção de uma saúde inclusiva, objetivando o ataque direto às condições de pobreza e exclusão social, tendo em vista que os mesmos são vistos como determinantes das condições pejorativas encontradas nos serviços de saúde.

Ainda, no “Fórum Social Mundial da Saúde” em 2005, mesmo ano da criação da Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde, foi possível vislumbrar o encontro de diversos movimentos importantes da América Latina que prezam pela abordagem social e integrada em saúde. Dentre esses movimentos, destacam-se os da luta antimanicomial, sanitaristas, acadêmicos, membros da Associação Latino-Americana de Medicina Social, ativistas, ONGs de áreas da saúde, pessoas que representavam partidos políticos, órgãos do governo e participantes de 27 países (SODRÉ, 2011). Neste Fórum de 2005, diferentemente dos anos anteriores, a pauta contrária a visões neoliberais era destaque. A mercantilização da saúde era trazida como um determinante para a piora na qualidade de vida das populações. Uma das principais discussões do Fórum dizia respeito à precarização dos serviços de saúde de todo o mundo, principalmente os serviços existentes nos países mais pobres, os serviços públicos no geral ou mesmo os serviços voltados para as populações migrantes nos países ricos.

Dois anos depois, em 2007, no “II Fórum Social Mundial da Saúde” no Quênia, o debate sobre as assimetrias de poder foi altamente viabilizado. A agenda política deste segundo Fórum intitulada “A Saúde na África: o espelho do mundo” ressalta a importância de trazer para o debate países historicamente negligenciados e explorados, exauridos da capacidade de emancipar sua própria população. Questionamentos tais se evidenciam: Como tratar de saúde global sem tratar das

desigualdades entre os países? Como tratar de saúde global sem se ater às disparidades de poder no mundo? Como tratar de saúde global, portanto, sem falar dos países africanos e latino americanos? Neste contexto, conseguimos enxergar, cada vez mais, a notória relevância dos ativistas, dos membros da academia e dos próprios funcionários da saúde que prezam pela disseminação da agenda em DSS em seus países. Pessoas essas responsáveis pela disseminação de uma agenda em saúde mais social, democrática, inclusiva, intersetorial e totalizante.

Diante de todo esse contexto, é perceptível que os próprios ativismos globais pela saúde começam a ditar suas pautas nas agendas de governo em várias partes do mundo. No Sul Global, como salientado nos parágrafos anteriores, esses movimentos se apresentam de forma ainda maior, sendo importantes catalisadores para disseminação de uma abordagem em saúde mais holística e pública, trazendo para mesa a noção do direito à saúde. No Brasil, por exemplo, para além do próprio SUS e da Constituição de 1988, podemos também pontuar as políticas de quebra de patentes feitas pelo Ministério da Saúde brasileiro com o intuito de tornar gratuita, ou pelo menos mais barata, a comercialização de medicamentos entre os países pobres. Outrossim, a própria Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), que apoia e promove projetos, seminários, oficinas e realiza os maiores congressos da área na América Latina, também desenvolve trabalhos importantes para o debate e constituição de campos críticos dentro do campo da saúde em instituições de pesquisa, ensino e serviço. A ABRASCO, portanto, é importante para o debate da saúde pública e dos DSS no Brasil por sua representatividade, promoção do conhecimento científico, defesa do SUS, participação em debates e formulação de políticas, além da sua atuação na promoção de ações e campanhas de saúde pública.

Indo além do Brasil, e abordando ainda sobre casos emblemáticos para disseminação da abordagem em saúde mais holística, no Chile, tem-se a implementação de um sistema de saúde (SNSS) que provém serviços de saúde de todos os tipos para a população chilena com base nos princípios da equidade, participação e solidariedade, objetivando democratizar o acesso e se distanciar da noção de saúde como um serviço; além disso, a própria Constituição atual chilena, de 1980, contempla a saúde no Artigo 19§9 como um direito a ser promovido pelo Estado. No Equador, encontra-se o próprio International People's Health University (IPHU), mencionado anteriormente. Em Bangladesh, tem-se o primeiro encontro do

People's Health Movement (PHM). E, no Quênia, ocorreu o famoso II Fórum Social Mundial da Saúde, disseminando uma agenda de denúncia das desigualdades e promoção da saúde como direito.

Por fim, e de modo a já adentrar em alguns dos tópicos do próximo capítulo, ainda no nosso país podemos destacar a notória relevância da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) para a difusão da agenda em DSS. A Fiocruz, para além das suas diversas obras sobre a temática, construiu um “Observatório sobre Iniquidades em Saúde”, oferecendo subsídios para o monitoramento de tendências das desigualdades no Brasil, por meio de indicadores relacionados a determinantes sociais da saúde, à situação de saúde e à atenção à saúde, apresentados segundo macrorregiões do país e regiões metropolitanas. Esse Observatório possibilita a geração de dados, sendo essenciais no apoio de estudos, políticas, programas governamentais e ações da sociedade civil para o enfrentamento das iniquidades que afetam a saúde.

Para além dessa própria ação mencionada acima, e para finalizar esta seção, a Fiocruz também contou com a consolidação de uma iniciativa chamada “Projeto DGTS”, que se apresenta como uma leitura territorial dos determinantes sociais da saúde na região Norte do país, “reunindo elementos para uma melhor compreensão dos processos saúde-doença em cada lugar, a partir do entendimento de que tal compreensão pode acionar políticas públicas de saúde e de outros setores mais efetivas” (FIOCRUZ, 2020). Em suma, este projeto, e o realizado no Observatório, servirão de base conceitual e prática para a formulação do terceiro capítulo deste documento: um estudo empírico na cidade de Araruama, interior do Rio de Janeiro. Logo, e semelhante ao “Projeto DGTS”, preconizo por apresentar uma leitura territorial dos determinantes sociais da saúde na cidade onde eu moro, utilizando como objeto do meu estudo a Lagoa de Araruama. Por meio deste objeto, busco abordar a importância da aplicação de uma abordagem em saúde mais holística e humana, pensando nos principais impactos da despoluição da laguna de Araruama à saúde dos araruamenses.

## **4. Lagoa está para peixes: a despoluição da Laguna de Araruama e seus impactos à saúde da população**

Este capítulo contará com um estudo sobre aspectos da qualidade de vida e saúde da população residente em Araruama, trazendo conjuntamente entrevistas com profissionais de diferentes áreas de atuação, e com os próprios moradores da região. Um dos principais objetivos desta terceira seção, é abordar sobre a importância da aplicação de uma abordagem em saúde intersetorial, social, humana e integrada, a partir de uma pesquisa empírica da região mencionada, pensando nos principais impactos da despoluição da laguna de Araruama à saúde dos araruamenses. Dentre os principais questionamentos que busco entender ao longo deste capítulo destacam-se três: (i) de que forma a despoluição afetou o cotidiano dos moradores da cidade? (ii) houve melhorias na qualidade de vida de seus habitantes? (iii) quais os principais setores beneficiados com a despoluição da laguna? Estas questões, para além de serem de suma importância para guiar o estudo empírico, são essenciais para tratar dos determinantes sociais da saúde na sua esfera mais holística e intersetorial possível. Assim, saneamento básico, sustentabilidade e lazer se alinham à promoção do direito à saúde; e a despoluição da laguna de Araruama se coloca como um exemplo empírico para tal argumento desenvolvido nesta terceira parte do estudo.

### **4.1 Contextualizando brevemente a cidade de Araruama e a Lagoa (ou Laguna)**

De modo geral, e antes de aprofundar na temática deste capítulo, é preciso contextualizar a cidade de Araruama, entendendo um pouco dessa região, da sua localização e população.

Território interiorano do estado do Rio de Janeiro, localizado na região dos lagos, possui uma população de cerca de 112.028 habitantes, área de 638 km<sup>2</sup> e 5 distritos: Araruama, Morro Grande, Iguabinha, São Vicente de Paulo e Praia Seca (PREFEITURA DE ARARUAMA apud IBGE, site, 2022). Dos 5 distritos, 3 são urbanos (Araruama, Iguabinha e Praia Seca) e dois são rurais (São Vicente e Morro Grande). Na figura abaixo (Figura 1), por exemplo, pode-se observar: (i) a cidade de Araruama (ii) seus 5 distritos destacados em negrito (iii) as rodovias, estradas e vias da região (iv) os seus rios e lagoas (v) bairros (vi) áreas de vegetação densa (vii) e



O Instituto Estadual do Ambiente, Inea, aponta que a salinidade da água da laguna pode chegar ao dobro da salinidade da água do mar. E, ainda de acordo com esses estudos, podem ocorrer variações do parâmetro em diferentes pontos da laguna, variando entre 33‰ (por mil) a 65‰, enquanto a salinidade média da água do mar é de apenas 35‰ (G1 apud INEA, 2020). Ainda, o biólogo Eduardo Pimenta, formado em Biologia Marinha, e pós-graduado em Planejamento Energético e Impactos Ambientais e Master of Sciences em Ciências da Engenharia de Produção pela COPPE/UFRJ, pontua que sua alta salinidade é influenciada pelo clima semiárido da região, com poucas chuvas, fazendo com que se entre mais água do mar pro interior da Lagoa do que sai água do interior dela para o mar (MARINHO apud PIMENTA, 2022). Essa característica sobre a entrada e saída de água, embora tenha sido historicamente um fator importante para a produção de sal e pesca na região, com a ocupação desordenada e a falta de uma coleta e tratamento de esgoto adequada, tal característica acabou sendo uma facilitadora para poluição deste corpo hídrico - e isso veremos mais a frente com maiores detalhes.

Em resumo, a partir da década de 90, problemas ambientais começam a surgir na lagoa, ocorrendo a poluição da mesma. Devido principalmente ao aumento populacional, juntamente com a falta de planejamento urbano e social, “impactos oriundos da atividade humana; seja de geração de efluentes, resíduos sólidos, resíduos líquidos” (MARINHO apud PIMENTA, 2022) se apresentam e a belíssima Lagoa de Araruama é contaminada, afetando não somente o turismo, e as numerosas famílias de pescadores, como também ilustrando a falta de saneamento, saúde pública e ambiental na região.

Segundo o oceanógrafo, André Luiz Costa Moreira, na obra “A Eutrofização na Lagoa de Araruama e o Impacto Ambiental das Estações de Tratamento Secundário”, o fator predominante que ocasionou a mudança na cor e no cheiro das águas da Lagoa é decorrente das águas despejadas pelas estações de tratamento de esgoto (em especial da Prolagos), ricas em nutrientes. Assim, ao invés de conter a poluição, essas estações contribuem para eutrofização e crescimento de macros e microalgas, acelerando ainda mais a degradação ambiental (MOREIRA, 2001).

Um outro ponto a ser destacado é sobre as ligações clandestinas em galerias pluviais que deságuam esgoto diretamente na lagoa. O esgoto do bairro Però, em Cabo Frio (RJ), por exemplo, descia o Canal da Ogiva sem tratamento algum, sendo assim lançado diretamente no Canal do Itajuru. Em suma, o chamado “Canal do

Itajuru” é de grande relevância por ser a única conexão do mar com a lagoa. Nesse canal, existiam pontos críticos de assoreamento e poluição, como no Boqueirão (São Pedro D’Aldeia) e também em Ponta do Ambrósio, Ilha do Anjo, Mercado do Peixe, Boca da Barra e Ilha do Japonês - todos estes 5 últimos pontos encontrados na região de Cabo Frio (RJ). Ainda, e levando em consideração que um dos essenciais empecilhos para a poluição da lagoa é a falta de restauração da água, característica essa mencionada acima pelo biólogo Pimenta, todos esses 5 pontos precisam ser dragados, de modo a pensar em soluções eficientes de despoluição do corpo hídrico (BRISO, 2014).

### **A partir desse panorama de poluição, o que podemos vislumbrar?**

De modo geral, espécies nativas da fauna e flora, tais como cavalos marinhos, camarões-rosa, carapeba, perumbéba e tainha, foram morrendo e as aves da região - gaivotão, biguá, jaçanã e garça - também passaram a não mais sobrevoar pela localidade. A beleza da Lagoa foi se esvaziando, juntamente com os animais e plantas que ali habitavam.

Outrossim, e além das consequências à fauna e flora, também é preciso mencionar os impactos da poluição para a própria população local. Fernando Almeida, presidente-executivo do Conselho Empresarial Brasileiro para o Desenvolvimento Sustentável, e proprietário de uma casa na região da lagoa, aponta que: “Tenho uma casa nesse local e pratico canoagem. Já fui obrigado a interromper a remada diversas vezes por me sentir enjoado com tanto esgoto” (BRISO apud ALMEIDA, 2014). Jaqueline Gomes, dona de um bar no bairro de Jacaré, Cabo Frio (RJ), também pontua sobre as consequências trazidas ao seu comércio em virtude da poluição na lagoa: “Quando a maré sobe, o cheiro que vem para o bar ainda é insuportável. Às vezes, os clientes chegam a ir embora, pois é duro aguentar. É esgoto puro” (BRISO apud GOMES, 2014).

Pescadores moradores da região também alertam terem enfrentado problemas para a retirada de pescados. Para o jornal O Globo no ano de 2013, o pescador Francisco, conhecido também por “Chico pescador” pelos araruamenses, pontua que se mudou para Região dos Lagos antes dos anos 90, tendo em vista a fartura de peixes na região. Após a poluição, isso mudou completamente: “Há 20 anos, havia fartura de peixes e por isso troquei o Rio pela Região dos Lagos. Mas o esgoto matou a lagoa” (ARAÚJO apud FRANCISCO, 2013).



De acordo com uma reportagem feita pela rede Record, já em 2018, para o programa Balanço Geral, pescadores também pontuaram sobre a poluição do local e sobre como isso fazia com que os peixes sumissem, deixando-os insatisfeitos e tristes com a situação. Tais homens, dependentes da pesca para sua sobrevivência, pedem empenho das autoridades no combate à poluição da lagoa.

Uma outra moradora, residente na cidade de Araruama e dona de um comércio na cidade, Edna dos Santos<sup>1</sup>, salienta que a poluição da lagoa de Araruama afetou diretamente o turismo na região. Ela afirma, por exemplo, que as casas de veraneio na beira da lagoa (localidade da Pontinha, em Araruama) foram abandonadas por seus moradores, ao passo que as outras cidades da Região dos Lagos, tais como Arraial do Cabo, Búzios e Cabo Frio, passaram a receber esses visitantes. Araruama, segundo a entrevistada, parecia estar se tornando uma cidade estagnada no turismo. O próprio Parque Hotel, prédio inaugurado pelo presidente Getúlio Vargas em 1943 como hotel e cassino, que após a proibição dos cassinos se tornou apenas um hotel, fechou ao final dos anos 90 devido principalmente à falta de movimentação na região.

É interessante lembrar, por exemplo, que a poluição da lagoa começou a se apresentar neste exato período, na década de 90. Além disso, muito embora a poluição da Lagoa tenha não somente afetado os moradores de Araruama, como também impactou os residentes de Cabo Frio e Arraial do Cabo, o turismo e a pesca nessas duas últimas cidades não dependiam exclusivamente, ou majoritariamente, da Lagoa, em si, como foi o que aconteceu em Araruama. Para Araruama, portanto, a relevância deste corpo hídrico se apresentava, diretamente ou indiretamente, em basicamente todos os aspectos da vida da população.

À luz do exposto, pode-se perceber que tais consequências estão diretamente alinhadas ao escopo da saúde na sua esfera intersetorial, social, humana e integrada. Assim, como podemos dizer que existe o cumprimento do direito à saúde na região, se há falta de saneamento? Como podemos dizer que existe o cumprimento do direito à saúde em Araruama, se o lazer é diretamente comprometido com a poluição do principal ponto turístico da cidade? Como podemos dizer se há saúde, se os indivíduos que se sustentam da pesca não

---

<sup>1</sup> Entrevista concedida à autora do documento. Edna dos Santos é moradora de Araruama há 40 anos, professora aposentada do município e dona de um comércio na região.

estavam mais podendo se alimentar e vender aquilo que se era pescado? São perguntas como essa que relacionam e explicam o porquê da escolha desse objeto (Lagoa de Araruama) para abordar sobre os DSS. A lagoa, portanto, exemplifica a importância de abordar a saúde na sua esfera mais holística e intersetorial possível e, ao trabalhar nos próximos parágrafos sobre a despoluição desse corpo hídrico, abordando os impactos para população, fauna e flora, penso que ficará ainda mais claro essa questão e argumento.

#### **4.3 A despoluição da Lagoa de Araruama e seus impactos para a população da região**

De maneira geral, o Presidente da ONG Viva Lagoa, Arnaldo Villa Nova, alega que a recuperação da Lagoa de Araruama começou a acontecer efetivamente a partir do ano de 2005. No entanto, os resultados positivos mais visíveis, mesmo ainda moderados, se apresentaram apenas entre os anos 2010-2013. Chico pescador (2013), por exemplo, alegou que uma melhora mais visível aos olhos dos moradores aconteceu durante esses três anos, sendo possível avistar tartarugas e espécies de peixes que estavam sumidas há anos, como corvina e caratinga. Durante esse período, aproximadamente 600 famílias voltaram a sobreviver da pesca e a lagoa também voltou a receber esportes náuticos, o que há tempos não ocorriam (ARAÚJO, 2013). E, embora um número significativo de 600 famílias tenha retomado com sua atividade de subsistência, essa quantidade estava muito aquém do número anterior à ocorrência de contaminação da lagoa: cerca de 2.000 famílias. Ou seja, isso demonstra que a recuperação foi (e é) um processo gradual.

Ademais, ainda é preciso mencionar que mesmo diante aos avanços, o problema das galerias pluviais que desaguavam o esgoto direto no corpo hídrico araruamense, e sem qualquer tipo de tratamento, ainda se apresentava neste período (2010-2013), tornando extremamente difícil a despoluição e tratamento eficaz da lagoa.

A melhora é incontestável, tanto que os peixes e camarões estão aí de volta, e isso é muito bom. Mas faltam dois pontos importantes para que a lagoa chegue ao seu nível ideal: a continuação do desassoreamento do Canal Itajuru, para aumentar a troca de água da lagoa com a do mar, e mais saneamento básico em alguns pontos críticos que ainda não foram atacados (ARAÚJO apud VILLA NOVA, 2013).

Tais pontos mencionados acima pelo Presidente da ONG Viva Lagoa, sobre a falta de saneamento básico em pontos críticos, são essenciais para retomar o debate acerca das DSS. **E que forma?**

De modo geral, a desigualdade socioambiental é um fator determinante para abordar esses pontos críticos trazidos pelo Villa Nova, tendo em vista que a falta de saneamento básico ocorre essencialmente em regiões não privilegiadas e não centrais da cidade. Regiões essas de menor atenção do poder público e, logo, associadas ao conceito de desigualdade em saúde, pois impactam de forma diferente, e injusta, a saúde de pessoas, grupos sociais e comunidades e suas possibilidades de acesso à proteção e ao cuidado à vida.

Thais Pixinine<sup>2</sup>, moradora de Araruama e gestora ambiental pela UFRRJ, observou que na localidade do Barbudo (região não central da cidade) ainda havia uma falha relacionada ao saneamento básico e ao tratamento de esgoto. Segundo ela, havia canos que, em períodos de muita chuva, acabavam jorrando o esgoto direto na lagoa. Isso, para além de demonstrar uma falha do sistema de saneamento básico na localidade, também dificultava o lazer, a pesca e diversas outras atividades relacionadas ao aproveitamento da lagoa pela população da região. Com o passar dos anos, e com a aplicação de diferentes medidas relacionadas à despoluição deste corpo hídrico, foi possível observar nas regiões não centrais a melhoria na qualidade de serviços públicos, como o de saneamento, e o avanço na limpeza da lagoa.

**Mas, afinal, quais foram as principais medidas para despoluição da lagoa?** Uma das primeiras medidas que trouxeram resultados positivos visíveis, como os ilustrados pelo Chico Pescador nos parágrafos acima, foi a montagem das estações de tratamento pelas concessionárias e a construção de uma nova ponte pelo Governo Estadual, dragando e alargando o Canal Itajuru que liga o mar à lagoa. Consequentemente, houve a renovação constante das águas, que até então estavam represadas (ARAÚJO, 2013).

No entanto, indo além dessas medidas, e talvez a que considero como uma das mais importantes, foram as reformas e melhorias no sistema de saneamento, iniciadas em 2015. O engenheiro ambiental, Caio de Carvalho, explica que os

---

<sup>2</sup> Entrevista concedida à autora do documento. Thais Pixinine é moradora de Araruama e gestora ambiental pela Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ). Pesquisou na sua graduação sobre a Lagoa de Araruama e estagiou na prefeitura da cidade.

resultados a médio e longo prazo se deram essencialmente pelas obras do cinturão: “Em primeiro lugar, o aprimoramento das obras de saneamento. São Pedro da Aldeia instalou um cinturão em torno da laguna para evitar que o esgoto chegue à água sem o tratamento adequado” (SOUSA apud CARVALHO, 2021).

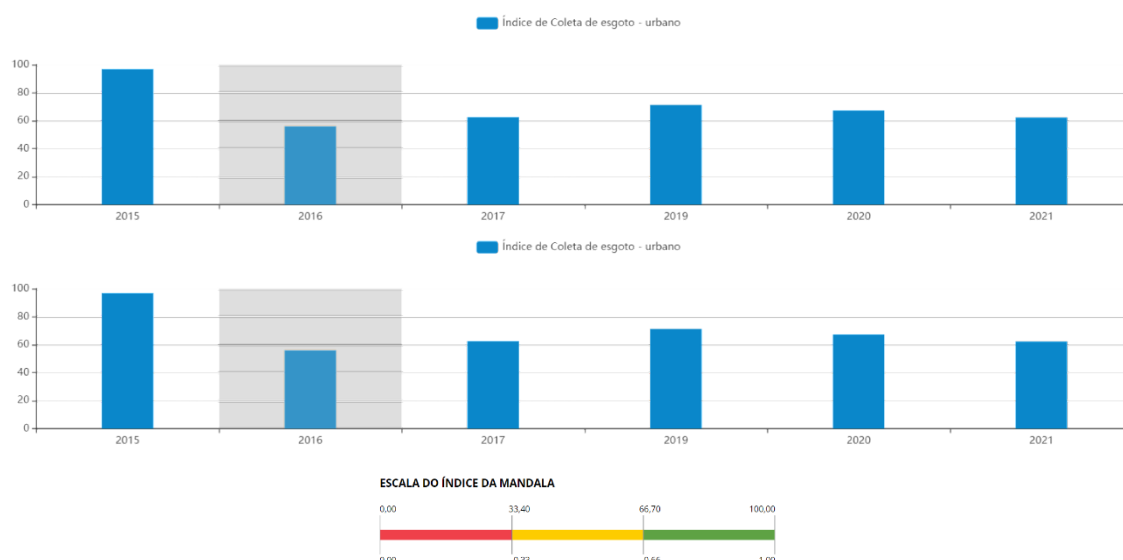
Além disso, a própria prefeitura de São Pedro e Araruama também reforçaram a parte de manilhamento e drenagem, facilitando muito o processo de despoluição da lagoa. Regiões que antes eram tidas como pontos de riscos, tais como o Barbudo mencionado acima por uma das entrevistadas, também foram beneficiadas pelos projetos de manilhamento e drenagem da prefeitura. Assim, com o aumento dos investimentos e ampliação na formulação de políticas públicas, foi possível um tratamento de 77% dos resíduos despejados na Lagoa de Araruama no ano de 2017 - número esse que, nos 5/6 anos anteriores, não chegava nem a 65%. Para o ano de 2020, por exemplo, tem-se um resultado ainda mais motivador do que os 77% de 2017: “Depois de sufocada pela imensa quantidade de esgoto, ela (Lagoa de Araruama) renasce com o tratamento de 90% dos efluentes” (AMARAL, 2020).

Ainda, e de acordo com o estudo da Confederação Nacional dos Municípios, chamado de “Mandala Municipal dos ODS”<sup>3</sup> o Índice de Coleta de esgoto (urbano) de Araruama vem, ao longo dos anos, evoluindo, e ainda mantendo o número médio (0,71) acima do parâmetro desejável, como mostra o gráfico abaixo (Gráfico X). De modo geral, e segundo a metodologia do Mandala ODS, o parâmetro ideal é 1 (100%), o mediano é entre 0,33 a 0,65 (65% a 33%), e o abaixo do parâmetro é entre 0,32 a 0 (32% a 0). Araruama, como mencionado, se encontra entre o ideal e o mediano, com 0,71, sendo um parâmetro acima do desejável.

### **Gráfico 1: Índice de Coleta de Esgoto (Urbano, Araruama)**

---

<sup>3</sup> A Mandala ODS é um aplicativo disponibilizado aos gestores públicos municipais e à sociedade que possibilita diagnosticar, monitorar e avaliar o desempenho dos Municípios brasileiros quanto ao nível do alcance da Agenda 2030 e dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). A Mandala mostra o grau de desenvolvimento do Município de acordo com 4 dimensões: econômica, social, ambiental e institucional.



Fonte: CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS, 2023

Indo além desses números, e já trazendo um exemplo empírico e visualizado por mim dos impactos das medidas de despoluição, trago o caso de uma parte da lagoa, localizada distante do centro, conhecida popularmente pelos cidadãos de "Praia do Gavião". A uns quatro/cinco anos atrás era simplesmente inapta para banho e, hoje, está totalmente apropriada, com águas cristalinas. Antes, ficava completamente visível os canos escoando o esgoto direto no corpo hídrico, ao passo que, nos dias atuais, encontram-se peixes nadando, pessoas visitando e se banhando, além de aves sobrevoando. Um detalhe que eu pude observar ao fazer a visita, por exemplo, é que o fluido que saía dos canos não possuía mais aquela cor escura do esgoto, resultado do vigor da política de tratamento de esgoto da estação de tratamento da região, Águas de Juturnaíba.

Tratando-se especificamente da política de tratamento de esgoto realizada pelas Águas de Juturnaíba, uma medida interessante e sustentável adotada pela companhia foi o método de utilizar plantas para despoluir as águas. No programa "Cidades e Soluções", de 2016 da Rede Globo, o caso de Araruama é apresentado como a maior estação de tratamento de esgoto ecológica do Brasil, ide posto a aplicação de uma tecnologia de tratamento de esgoto pela utilização de plantas aquáticas: "não é usado nem energia elétrica e nem produtos químicos - apenas plantas" (GLOBO "CIDADES E SOLUÇÕES", 2016). Essa forma de tratar a água foi considerada revolucionária, trazendo não somente impactos positivos à lagoa, e ao aprimoramento do saneamento na região, como também servindo de modelo para a aplicação de formas de despoluição mais sustentáveis.

Ademais, um outro modelo aplicado pela Aegea na Lagoa de Araruama, denominado de sistema 'coleta em tempo seco', é usado também como case de sucesso para pensar o próprio modelo futuro de despoluição da Lagoa Rodrigo de Freitas. No 1º Seminário Estadual de Saneamento e Meio Ambiente do Rio de Janeiro em abril de 2022, o diretor-presidente da Prolagos e diretor-superintendente da Águas do Rio, Pedro Freitas, pontuou sobre as vantagens auferidas com os coletores de esgoto instalados ao redor da Lagoa de Araruama: "Hoje, os pescadores comemoram recordes de pescado e, na maior indústria da Região dos Lagos, o Turismo, empresários sentem os reflexos positivos dos recursos empregados" (ÁGUAS DO RIO apud FREITES, 2022).

Abordando sobre o setor de turismo, no ano de 2022, Araruama passou a integrar o Mapa de Turismo Brasileiro. Em suma, o mapa é um instrumento que reúne cidades que adotam o turismo como estratégia de desenvolvimento e identifica necessidades de investimentos, além de ações para promoção do setor em cada região turística do país. De acordo com o repórter, Vinícius Pereira (2022), a cidade de Araruama se integrou ao mapa especialmente em virtude da ampliação dos investimentos no setor, sediando, por exemplo, a Primeira Copa Internacional de Kitesurf na Lagoa de Araruama. E eventos como esse, aquáticos de Kitesurf, só foram efetivamente possíveis devido à despoluição da lagoa e, conseqüentemente, ao desenvolvimento de políticas públicas relacionadas ao uso desse corpo hídrico.

À luz do exposto, e ao longo desses últimos 17 anos (2005 - 2022), podemos observar a implementação de um conjunto de medidas, de forma a limpar e despoluir a Lagoa de Araruama.

Em 2021, o surgimento de cavalos-marinhos, espécie ameaçada de extinção, evidencia ainda mais o processo de despoluição da lagoa e de retomada da qualidade ambiental. O Projeto Cavalos-Marinheiros, com sede na Universidade Santa Úrsula, vem realizando o monitoramento dos animais em todas as regiões do estado. De acordo com a reportagem de Renata Cristiane, do Jornal O Dia, a coordenadora do projeto Natalie Freret afirma ser inédita a aparição desses animais na lagoa:

Conversamos com diversas pessoas que moram na região há muitos anos, tais como pescadores e veranistas. Ninguém nunca havia registrado a presença dos cavalos-marinhos no local, apenas no Canal do Itajuru, em Cabo Frio, mas nunca dentro da lagoa (CRISTIANE apud FRERET, 2021).

Em suma, cavalos-marinhos são animais extremamente sensíveis e vulneráveis, que só conseguem sobreviver em ambientes despoluídos. Tendo em vista a questão da sua iminente extinção, a Lagoa de Araruama pode se tornar um ambiente perfeito para a salvação e reprodução desses seres. Segundo dados do Projeto, por exemplo, foram cerca de mais de 70 animais vistos na região, seguindo um protocolo internacional em que cada animal encontrado é identificado quanto a espécie, sexo e tamanho (FRERET, 2021).

A partir do exposto, podemos concluir que a despoluição resultou em diversos impactos positivos, a diferentes setores da sociedade. A pesca voltou a ser rentável, o turismo na região retomou com mais força, atividades de lazer e exercícios físicos reapareceram na orla da lagoa, e bairros não centrais receberam obras de manilhamento e de melhoria no serviço de saneamento básico. Ou seja, a qualidade de vida da população passou por um processo de “upgrade”.

**Uma entrevistada<sup>4</sup>, e moradora da região há cerca de 40 anos, pontua que a despoluição da lagoa teve impactos diretos na sua saúde.** Após o diagnóstico para colesterol alto, logo depois da sua menopausa, exercícios de corrida na orla passaram a estar presentes na sua rotina: “Com a lagoa limpa, e sem aquele cheiro desagradável de esgoto, consigo andar pela orla e aproveitar sua bela vista. Esse tipo de atividade não somente me ajudou a controlar os níveis de colesterol, como também a aproveitar melhor a cidade onde vivo”.

Outrossim, para além da despoluição, em si, a entrevistada também cita que as obras de ampliação da orla de Araruama, realizadas pela prefeitura da cidade, foram importantes para aumentar o movimento de pessoas caminhando e correndo na localidade. Antes, com a lagoa poluída, era impraticável fazer qualquer coisa próxima à região sem sentir um odor desagradável de esgoto; seja até mesmo as atividades que não necessariamente implicam entrar na água tais como piquenique, vôlei, corrida, andar de bicicleta na orla etc. Ou seja, a despoluição significou qualidade de vida aos moradores, melhorando os mais diferentes aspectos relacionados à vida econômica, social, ambiental, política, governamental, cultural e subjetiva. E nada mais associado aos DSS do que isso.

---

<sup>4</sup> Entrevista concedida à autora do documento. A entrevistada é professora de biologia da rede Estadual e Municipal e moradora da cidade.

#### **4.4 Um caso empírico: pensando os DSS através da despoluição da Lagoa de Araruama**

Ainda, é de suma importância frisar que as medidas relacionadas à limpeza do corpo hídrico araruamense exigiram não somente a implementação de um conjunto de medidas vindas do poder público, como também precisou da (i) participação ativa da população local de forma a cobrar seus representantes e da (ii) união de diferentes setores (aplicação de ações intersetoriais). É dentro desse contexto, portanto, que eu retomo o debate sobre DSS e a importância da aplicação de uma abordagem em saúde intersetorial, holística, humana, sustentável e social.

Tratando-se especificamente da participação ativa da população, é imprescindível abordar uma outra etapa importante na recuperação da lagoa: a fiscalização do espaço. Ainda de acordo com o engenheiro ambiental Carvalho (2022), a ampliação da fiscalização dos pontos de esgoto pelos moradores, quanto pelas empresas responsáveis pelo saneamento, foi essencial para o processo de limpeza do corpo hídrico. Moradores de diversas regiões da cidade se mobilizaram para a geração de melhorias no saneamento, cobrando da prefeitura ações mais eficazes, tais como políticas de manilhamento e tratamento de esgoto.

Moradores da Félix Valadares Júnior, rua localizada na cidade de Araruama, por exemplo, buscaram entrar em contato direto com a prefeitura de forma a resolver o problema do “valão” de esgoto ao ar livre na rua. Tal “valão” a céu aberto, atualmente já coberto e com o tratamento adequado, ilustrava um dos maiores problemas enfrentados pelos moradores da cidade; problema este relacionado tanto a poluição da Lagoa, quanto sobre a falta de políticas públicas de saneamento e saúde na região. De acordo com a entrevistada, e antiga moradora da Félix Valadares Júnior, o problema do “valão” se agravava ainda mais nos períodos de grandes chuvas, quando a rua alagava, fazendo com que o “valão” transbordasse e jorrasse todo o esgoto para a rua. E isso, para além de ser algo extremamente desagradável aos moradores, devido ao cheiro forte de esgoto que subia e ao aparecimento de animais como ratos, era um fator de risco à saúde dos moradores.

Com as mobilizações, o problema do “valão” foi sanado e as ruas ao entorno da Félix Valadares receberam obras de manilhamento, de modo a diminuir a expressiva quantidade de água que desembocava na rua Félix em períodos de grandes chuvas.



A partir disso, e juntamente com o explicitado pelo Carvalho (2022), podemos enxergar a tão importante ação dos moradores para a formação de melhorias na cidade. Melhorias essas diretamente relacionadas ao conceito de DSS, abordando sobre a distribuição de poder, renda, bens e serviços, as condições de vida das pessoas, e o seu acesso ao cuidado à saúde; suas condições de trabalho e lazer; e o estado de sua moradia e ambiente na qual reside.

Adentrando no tópico sobre a aplicação de ações intersetoriais para limpeza do corpo hídrico araruamense, e de modo a interligar com os DSS, procuro retomar alguns assuntos já pontuados ao longo deste capítulo. Em primeiro lugar, é preciso destacar o conceito de políticas e ações intersetoriais. De modo geral, as políticas intersetoriais nada mais são do que políticas capazes de unir diferentes setores para minimizar a fragmentação dos direitos e abranger o cidadão como um todo (JUNQUEIRA, 1997). Assim, “a conquista de uma vida saudável não passa apenas pela saúde, mas pela interação das diversas políticas sociais, pela intersetorialidade” (JUNQUEIRA, 1997, p.36).

O caso empírico da despoluição da Lagoa de Araruama se apresenta como objeto exemplificador da intersetorialidade do setor da saúde, unindo-o ao direito ao saneamento, lazer e alimentação. Não há a promoção do direito à saúde na sua totalidade quando boa parte do esgoto da cidade não era tratado e, ainda, poluía um dos mais importantes corpos hídricos da região. Não há a promoção do direito à saúde, quando moradores e pescadores da região não conseguiam retirar seu alimento das águas. Não há, portanto, a promoção do direito à saúde na sua totalidade, se o direito ao lazer é restringido pela poluição.

Assim, os resultados positivos só começaram a serem vistos a partir da aplicação de ações intersetoriais, integrando diversas políticas públicas de modo a despoluir e reabilitar a lagoa. Ações essas que englobam: (i) obras de manilhamento nas ruas (ii) construção de pontos de tratamento da água em diferentes zonas da orla (iii) aprimoramento das próprias estações de tratamento, diversificando as formas de despoluição da lagoa (iv) incentivos à retomada de atividades de lazer e diversão na orla, além da própria retomada de eventos aquáticos internacionais (v) e criação de um sistema de fiscalização dos pontos de esgoto.

Levando em consideração o Projeto Desenvolvimento e Governança Territorial da Saúde (DGTS) da Fiocruz, no qual visou reunir elementos para uma melhor compreensão dos “processos saúde-doença, a partir do entendimento de

que tal compreensão pode acionar políticas públicas de saúde e de outros setores mais efetivas, que, incidindo nos diversos pontos desse processo, podem contribuir para a redução de desigualdades” (FIOCRUZ, 2020), busquei trazer o caso de Araruama para ter também uma leitura territorial e localizada dos processos de saúde-doença na região onde eu moro.

Entender, portanto, que as ações para a despoluição da Lagoa contribuíram não somente para melhoria na qualidade de vida dos moradores, atacando elementos da saúde na sua forma mais holística possível, como também ajudaram a reduzir desigualdades, tornando as políticas públicas de saúde, e de outros setores, ainda mais efetivas.

Logo, e de forma semelhante ao realizado no “Projeto DGTS”, os DSS foram aqui analisados no espaço/tempo, em recortes territoriais definidos, levando em consideração a identificação das trajetórias sociais e das dinâmicas territoriais que afetam, positiva ou negativamente, a saúde individual, coletiva e do ambiente, na região de Araruama.

## **5. Conclusão**

Como vimos ao longo do estudo, tratar do conceito de saúde e a sua maneira de implementação, é abordar sobre as mais diferentes disputas, sendo elas internacionais e locais. O campo não é uniforme e muito menos coeso, no qual podemos enxergar atores concorrendo por espaços e pela concretização da sua agenda e do seu argumento.

Então o que é saúde, afinal? Pergunta essa que pode parecer tão simples, mas implicitamente nos coloca dentro de um arcabouço, a favor de uma determinada agenda, por exemplo. Norte Global versus Sul Global. Saúde Pública versus Mercantilização da Saúde. Abordagem tecnocêntrica versus holística. Prevenção versus Combate. Para mim, e como mencionado nas outras seções, entendo a saúde não apenas sendo o contrário da doença. Para mim, saúde é tudo aquilo que envolve viver e estar vivendo todos os dias. Engloba transversalidade, intersetorialidade e humanidade, na sua forma mais integrada possível. Um indivíduo saudável, portanto, não é um indivíduo medicado ou curado de uma

doença, apenas, pois ser saudável requer situar-se em um estado de completo bem-estar mental, físico e social.

E, embora tudo isso sobre o conceito de saúde possa parecer evidente, ou até mesmo óbvio, vimos nestes capítulos que não é tão simples assim. A ênfase em uma abordagem, ou em outra, modifica de acordo com a balança de poder do momento, com as mudanças de interesses dos atores, tanto quanto de acordo com os próprios compromissos intelectuais e ideológicos de indivíduos-chave, modificando claramente a tomada de decisão sobre políticas em saúde. Assim, os embates em torno do que é saúde acontecem até os dias atuais, dividindo opiniões, modificando planos de ações e agendas de Organizações, como da OMS.

A partir disso, e tomando como base esse campo disputado, busquei abordar neste documento o meu entendimento do conceito de saúde, e o que vejo como importante para a sua implementação. O estudo de caso sobre a despoluição da Lagoa de Araruama se deu no sentido de tornar mais transparente, e mais pessoal, os meus conhecimentos sobre o campo da saúde global, adquiridos ao longo da minha graduação. Trago este caso, portanto, por ser palpável e localizado na cidade onde eu moro, buscando demonstrar sobre a importância da aplicação de uma abordagem em saúde intersetorial, social, humana e integrada, levando em consideração os principais impactos da despoluição deste corpo hídrico à saúde dos araruamenses. Dentro dessa perspectiva, o direito à saúde se une ao direito ao lazer, ao saneamento básico, à alimentação e à natureza. E indo além do arcabouço teórico, procuro trazer um posicionamento claro do que eu considero como um indivíduo saudável. Do que vejo como importante ao tratar da implementação de políticas em saúde.

Para que isso se tornasse possível, e para que o caso empírico tivesse uma importância contextual, narrativa e teórica, nos dois primeiros capítulos, procurei abordar sobre o campo da saúde global, trazendo o processo de desenvolvimento do campo, os embates entre as diferentes abordagens, os principais conceitos-chave e aqueles, claro, que eu considero mais importantes para o entendimento deste documento. Dentre os principais conceitos-chave, o de DSS é o mais essencial para o meu documento, e para entendimento do estudo de caso, apresentado no terceiro capítulo.

Por se tratar de um conceito que lida com desigualdades sociais, raciais e de gênero, e com a necessidade de sair da zona de conforto, ideias mais

conservadoras, e menos reformistas, serão oposição. Mudar os elementos estruturais que governam nossa sociedade como um todo implica em mudar os lugares de privilégio e poder, e transformar uma ordem já estabelecida no sistema internacional. Isso, naturalmente, não é fácil. Os DSS, portanto, não apenas trazem de volta a abordagem de saúde social e integrada, mas também envolvem visões de reconstruir o mundo, reconstruir hegemonias e formas de viver.

E por que entender os DSS a partir do caso da despoluição da Lagoa de Araruama? Em resumo, os DSS se colocam como uma ponte essencial para colocar em perspectiva a noção holística da saúde, e para entender também os impactos da poluição e despoluição da Lagoa de Araruama para a população local. Com eles, e levando em consideração que os determinantes não devem ser vistos apenas sob o ponto de vista das doenças, mas também, considerando todo o leque de problemas que eles podem acarretar ao indivíduo e à sociedade, conseguimos vislumbrar mais atentamente que o problema da poluição da Lagoa de Araruama ultrapassa o campo da dualidade entre saúde/doença.

Existe todo um leque de problemas (maiores e/ou interligados) podendo ser observados no âmbito psicológico, na qualidade de vida ou na experiência mais geral do que deveria ser uma vida saudável. A poluição deste corpo hídrico, por exemplo, ocasionou impactos que foram muito além das famosas doenças transmitidas por água contaminada. Pescadores ficaram sem sua fonte de renda e alimento, a população local, além de sofrer com a falta de planejamento urbano e saneamento básico, perdeu sua principal atração de lazer e divertimento, e o turismo estagnou, impactando também a economia local e os mais diferentes negócios na região. Em consonância, quando ocorre o processo inverso, o de despoluição da Lagoa, impactos dos mais diferentes são sentidos pela população, fazendo com que o direito à saúde se una também ao direito ao lazer, ao saneamento básico, à alimentação e à natureza.

A partir disso, a noção de saúde passa a não mais ser vista a partir da perspectiva de monocausalidade, como se as doenças, que eventualmente se manifestassem, fossem vistas com apenas uma origem única. Nesta visão mais holística, portanto, é bastante ampliada a consciência de que a doença, e a saúde, se referem a um conjunto bem mais complexo de sinais, atingindo as pessoas de formas diferentes e podendo provocar reações bastante variadas. Assim, o caso de Araruama serviu para localizar uma experiência de importância dos DSS para o

campo da promoção da saúde, ao passo que os DSS também foram importantes para entender a complexidade da promoção da saúde na cidade araruamense, a partir da despoluição da Lagoa.

E, no geral, concentrar esforços na compreensão dos DSS auxilia pensar a dualidade entre saúde e doença por meio de uma perspectiva que considera múltiplas causas. Isso permite abranger um amplo espectro de variáveis complexas, interconectadas e dinâmicas que podem levar à vitalidade ou ao adoecimento de uma população como, por exemplo, as desigualdades sociais, raciais e de gênero, e a forma que elas impactam a saúde dos indivíduos.

À luz do exposto, e levando em consideração todas as seções trazidas ao longo deste documento, minha posição (e argumento central) perante o debate é clara: os DSS são importantes e, se forem implementados de maneira correta, seguindo os seus princípios, a abordagem detém sucesso e traz resultados positivos. A partir disso, pensar a saúde no campo tecnocêntrico não é, em si mesmo, errôneo. Porém, é preciso ter atenção que pensar a saúde apenas na dualidade entre saúde e doença, e em ações somente de combate, nos impossibilita de enxergar as mais diversas variáveis complexas, interconectadas e dinâmicas que podem levar à vitalidade ou ao adoecimento de um ser.

Nesta perspectiva, fica evidente, por exemplo, que as iniquidades desempenham um papel significativo no surgimento de problemas de saúde, causando impactos amplos e prejudiciais. Assim, é necessário não somente considerar as maneiras de combatê-las, mas preveni-las e tratá-las, até mesmo como forma a garantir a saúde, na sua forma mais integral, e assegurar qualidade de vida para uma grande parcela da população.

## Bibliografia

FILHO, Elísio Gomes. Poluição por nutrientes: a Laguna de Araruama desfigurada e ameaçada Responsabilidade de quem?. 2010. Disponível em: <[http://www.biologo.com.br/meioambiente/poluicao\\_nutrientes.htm](http://www.biologo.com.br/meioambiente/poluicao_nutrientes.htm)>.

FIOCRUZa. O que é DSS. 2022. Disponível em: <<https://dssbr.ensp.fiocruz.br/dss-o-que-e/>>. Acesso em 4 de out. de 2022.

FIOCRUZb. O que é DSS: os DSS na OMS. 2022. Disponível em: <<https://dssbr.ensp.fiocruz.br/dss-o-que-e/os-dss-na-oms/>>. Acesso em 4 de out. de 2022.

FIOCRUZ. Determinantes Sociais da Saúde (DSS): uma robusta teoria e um movimento social que cresce, mas que clama por ações. 2011. Disponível em: <<https://dssbr.ensp.fiocruz.br/determinantes-sociais-da-saude-dss-uma-robusta-teoria-e-um-movimento-social-que-cresce-mas-que-clama-por-acoes/>>.

FIOCRUZ. Projeto DGTS: o que é? 2020. Disponível em: <<https://dssbr.ensp.fiocruz.br/o-que-e-2/>>.

FRIED, L. P. et al. Global health is public health. *The Lancet*, London, v. 375, p. 535-537, 2010.

FORTES, Paulo Antônio de Carvalho; RIBEIRO, Helena. Saúde Global em tempos de globalização. *Saúde e Sociedade* [online]. 2014, v. 23, n. 2. Acessado 12 Dezembro 2020, pp. 366-375. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000200002>>. ISSN 1984-0470. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000200002>>. Acesso em 22 de set. 2022.

GARBOIS, Júlia Arêas; SODRÉ, Francis; DALBELLO-ARAUJOD, Maristela. Determinantes sociais da saúde: o “social” em questão. 1. *Saúde e Sociedade* [online]. 2014, v. 23, n. 4, pp. 1173-1182. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/sausoc/2014.v23n4/1173-1182/pt/>>.

GIOVANELLA, Ligia. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente?. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2008, v. 24, suppl 1 [Acessado 9 Outubro 2022], pp. s21-s23. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300005>>. Epub 18 Jul 2008. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300005>.

GUIMARÃES, Cátia. História e geografia dos Determinantes Sociais da Saúde: Relembrando Carta de Ottawa e Declaração de Alma-Ata, sessão ministerial destaca relação entre as iniquidades de saúde e as desigualdades sociais. 2011. Disponível em: <<https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/historia-e-geografia-dos-determinantes-sociais-da-saude>>.

LEMOS, F. C. S. et al. O UNICEF e a governamentalidade neoliberal. *Mnemosine*, Vol.8, nº2, p. 184-202, 2012. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/view/41564/0>>.

LEMOS, F. C. S. et al. O UNICEF NO BRASIL E AS PRÁTICAS VIZINHAS NA ATUALIDADE. *Psicologia & Sociedade*, v. 28, n. 1, p. 55–64, jan. 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/psoc/a/ThNFX3RkFSqd69V3KJnf58h/#>>.

LIMA, Júlio César França. O Banco Mundial, a Organização Mundial de Saúde e o “novo universalismo” ou a “cobertura universal de saúde”. 2015. Disponível em: <[https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/13400/A%20Demolicao%20do%20Direito\\_O%20Banco%20Mundial%20na%20Saude.pdf;jsessionid=6CE5DA3BD87B7FDB894A928\\_96580492E?sequence=2](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/13400/A%20Demolicao%20do%20Direito_O%20Banco%20Mundial%20na%20Saude.pdf;jsessionid=6CE5DA3BD87B7FDB894A928_96580492E?sequence=2)>. Acesso em 4 de outubro de 2022.

LITSIOS, Sócrates. The Christian Medical Commission and the development of WHO's 2004 primary health care approach. *American journal of public health*, v. 94, p. 1884-93.

MAHLER, HT. Atenção Primária à Saúde, uma Análise de Algumas Restrições, um Discurso Proferido à Congregação Especial para a Concessão de um Grau Honorário ao Dr. Halfan T. Mahler na Universidade de Lagos (Lagos: University of Lagos Press, 1980 ), 10, Mahler Speeches/Lectures, Box 1, WHO Library, Genebra.

MARINHO, Rodrigo. Mais salgada que o mar e 100 vezes maior que a Rodrigo de Freitas: conheça a Lagoa de Araruama – que não é lagoa. G1. 2022. Disponível em: <<https://g1.globo.com/rj/regiao-dos-lagos/noticia/2022/06/26/mais-salgada-que-o-mar-e-100-vezes-maior-que-a-rodrigo-de-freitas-conheca-a-lagoa-de-araruama-que-na-o-e-lagoa.ghtm>>

MUEHE, D1. GÊNESE DA MORFOLOGIA DO FUNDO DA LAGOA DE ARARUAMA E CORDÕES LITORÂNEOS ASSOCIADOS. 2006. Disponível em: <<http://www.lsie.unb.br/ugb/app/webroot/sinageo/6/6/271.pdf>>.

MOREIRA, A.L.C. A Eutrofização na Lagoa de Araruama e o Impacto Ambiental das Estações de Tratamento Secundário. 2001. Disponível em: <[https://ambientes.ambientebrasil.com.br/agua/artigos\\_agua\\_salgada/a\\_eutrofizacao\\_na\\_lagoa\\_de\\_araruama\\_e\\_o\\_impacto\\_ambiental\\_das\\_estacoes\\_de\\_tratamento\\_secundario.html](https://ambientes.ambientebrasil.com.br/agua/artigos_agua_salgada/a_eutrofizacao_na_lagoa_de_araruama_e_o_impacto_ambiental_das_estacoes_de_tratamento_secundario.html)>.

NEPP-DH. Núcleo de Estudos de Políticas Públicas em Direitos Humanos Suely Souza de Almeida. Disponível em: <<http://www.nepp-dh.ufri.br/oms2.html>>. Acesso em 22 de set. 2022.

NEULLS. Talita Fernandes. HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE FRENTE AO PROCESSO DE PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO: Análise acerca da Política Nacional de Humanização da Saúde no âmbito do SUS. 2016. In “O Banco Mundial e as políticas de Saúde”. p. 35-44. Disponível em:

<<https://1library.org/document/ye9j000q-humanizacao-processo-precarizacao-trabalho-analise-politica-nacional-humanizacao.html>>. Acesso em 22 de nov. 2022.

OMS. OFFICIAL RECORDS OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION No.2: SUMMARY REPORT ON PROCEEDINGS MINUTES AND FINAL ACTS OF THE INTERNATIONAL HEALTH CONFERENCE HELD IN NEW YORK FROM 19 JUNE TO 22 JULY 1946. Disponível em: <[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85573/Official\\_record2\\_eng.pdf?jsessionid=70D11F48FE5E5A8888E3FDB8F72426A8?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85573/Official_record2_eng.pdf?jsessionid=70D11F48FE5E5A8888E3FDB8F72426A8?sequence=1)>. Acesso em: 28 de nov. 2020.

OMS. Informe sobre la salud en el mundo 1999. Cambiar la situación. Disponível em: <[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/65478/WHO\\_WHR\\_99.1\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/65478/WHO_WHR_99.1_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)>.

OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42357>>. Acesso em: 25 de nov. 2022.

OMSa. Social determinants of health. 2022. Disponível em: <[https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1)>. Acesso em: 25 de nov. 2022.

OMSb. 70 years of GISRS – the Global Influenza Surveillance & Response System. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/seventy-years-of-gisrs---the-global-influenza-surveillance---response-system>>. Acesso em: 25 de nov. 2022.

OMSc. Commission on Social Determinants of Health, 2005-2008. 2022. Disponível em: <<https://www.who.int/initiatives/action-on-the-social-determinants-of-health-for-advancing-equity/world-report-on-social-determinants-of-health-equity/commission-on-social-determinants-of-health>>. Acesso em: 25 de nov. 2022.

OMS, Organização Mundial da Saúde. 2020. The WHO Programme Budget Portal. Disponível em: <<http://open.who.int/2018-19/home>>.

OMS. Social determinants approaches to public health: from concept to practice. 2011. Disponível em: <[https://dssbr.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2022/03/SD\\_Publichealth\\_eng.pdf](https://dssbr.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2022/03/SD_Publichealth_eng.pdf)>.

OPAS. A Declaração de Alma-ATA. Disponível em: <<https://opas.org.br/declaracao-de-alma-ata/>>. Acesso em: 29 de set. 2022.

PEREIRA, Vinícius. Araruama passa a integrar o Mapa do Turismo Brasileiro 2022. 2022. Disponível em: <<https://www.portalmultiplix.com/noticias/turismo/araruama-passa-a-integrar-o-mapa-do-turismo-brasileiro-2022>>.



PREFEITURA DE ARARUAMA. Dados gerais: aspectos gerais. Disponível em: <[https://www.araruama.rj.gov.br/novo/?pg=dados\\_gerais](https://www.araruama.rj.gov.br/novo/?pg=dados_gerais)>.

RANDALL, Packard. Malaria dreams: postwar visions of health and development in the 1997 Third World. *Medical anthropology*, v. 17, p.279-96.

RIVERO, David A. Tejada. Alma-Ata Revisited. *Perspectives in health magazine: the magazine of the Pan American Health Organization*, v. 8, p. 1-6. 2003. Disponível em: <[https://www3.paho.org/english/dd/pin/Number17\\_article1\\_4.htm](https://www3.paho.org/english/dd/pin/Number17_article1_4.htm)>. Acesso em: 29 de set. 2022.

RIZZOTO, Maria Lucia Frizon; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. O Banco Mundial e o Sistema Único de Saúde brasileiro no início do século XXI. 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/mpvvFPWmh8cJcwrK86Szv3L/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 24 de nov. 2022.

R7, Balanço Geral. Pescadores alertam sobre poluição na lagoa de Araruama (RJ). Disponível em: <<https://recordtv.r7.com/balanco-geral-rj/videos/pescadores-alertam-sobre-poluicao-na-lagoa-de-araruama-rj-14022023>>.

SANEAMENTO BÁSICO. Esac comenta poluição na Lagoa de Araruama e diz que esgoto é tratado. 2015. Disponível em: <<https://saneamentobasico.com.br/outros/geral/esac-comenta-poluicao-na-lagoa-de-araruama-e-diz-que-esgoto-e-tratado/>>.

Scatena Villa, Tereza & Heck, Weiller & Palha, Pedro & Mishima, Silvana & ANGERAMI, Emilia & de, Sá. (2001). Saúde internacional: alguns aspectos conceituais contemporâneos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 9. 10.1590/S0104-11692001000300016. <file:///C:/Users/lfern/Downloads/SADEINTERNACIONALALGUNSASPECTOSCONCEITUAISCONTEMPORNEOS.pdf>. Acesso em 22 de set. 2022.

SCHINCARIOL, Isabela. Da saúde internacional à saúde global. Disponível em: <<https://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/32490>>. Acesso em 22 de set. 2022.

SECRETARIA DO ESTADO DE TURISMO: CIDADES MARAVILHOSAS. Conheça a cidade de Araruama. 2023. Disponível em: <<http://www.cidadesmaravilhosas.rj.gov.br/costadosolAraruama.asp>>.

SODRÉ, Francis. A agenda global dos movimentos sociais. 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2011.v16n3/1781-1791/>>.

SOUSA, Daniela. Depois de 20 anos, Lagoa de Araruama volta a ser própria para banho e pesca. 2021. Disponível em: <<https://esquinajornal.home.blog/2021/10/21/depois-da-pandemia-lagoa-de-araruama-e-propria-para-banho/>>.

SHEURER, Walter. Estudo aponta que cada pescador da Lagoa de Araruama gera quatro novos empregos indiretos. 2022. Disponível em: <<https://hpservicos.com.br/noticia/3850/estudo-aponta-que-cada-pescador-da-lagoa-de-araruama-gera-quatro-novos-empregos-indiretos.html>>.

THE GLOBAL FUND. Global Fund Special Coverage. Disponível em: <<https://globalfund.exposure.co/>>.

THE GLOBAL FUND. JUSTIN'S FIGHT: ENSURING EVERY YOUNG PERSON CAN ACCESS HIV PREVENTION, TESTING AND CARE. 2022. Disponível em: <<https://globalfund.exposure.co/justins-fight-ensuring-every-young-person-can-access-hiv-prevention-testing-and-care>>.

UNICEF. The State of the World's Children 1982-83: The child survival and development revolution. 1983. Disponível em: <<https://www.unicef.org/reports/state-worlds-children-1982-83>>. Acesso em 22 de set. 2022.

UNICEF. (1998). A infância brasileira nos anos 90. Brasília, DF: Autor.

UNICEF. (2001). Relatório: situação da infância brasileira. Brasília, DF: Autor

UNICEF. Situação da infância brasileira: os primeiros 6 anos de vida. 2001. Disponível em: <<https://pt.slideshare.net/bibliotecasaude/1610l-situao-da-infncia-brasileirapdf>>. Acesso em 22 de set. 2022.

UNICEF. (2002). Relatório: fazer valer os direitos das crianças e dos adolescentes. Brasília, DF: Autor.

VILLAR, E. Los determinantes sociales de salud y la lucha por la equidad en salud: desafíos para el Estado y la sociedad civil. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 7-13, 2007.

Walsh JA, Warren KS. Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. N Engl J Med. 1979 Nov 1;301(18):967-74. doi: 10.1056/NEJM197911013011804. PMID: 114830.