

UTOPIA/ATOPIA - ALMA ATA, SAÚDE PÚBLICA E O “CAZAQUISTÃO”¹

UTOPIA/ATOPY – ALMA ATA, PUBLIC HEALTH AND “KAZAKHSTAN”

UTOPIA/ATOPIA – ALMA ATA, SALUD PÚBLICA Y “KAZAJSTAN”

Luis David Castiel²

Resumo:

Este ensaio faz uma análise das propostas da Declaração de Alma Ata, adotada na Conferência Internacional em Saúde Primária cerca de 35 anos depois do evento ocorrido na então capital do Cazaquistão em setembro de 1978. O foco escolhido para este estudo trata da dimensão utópica da tese dos cuidados primários em saúde e faz uma sintética avaliação sobre os rumos tomados pela proposta original. De um ponto de vista crítico, faz-se uma incursão pela sátira contida no filme “Borat - O Segundo Melhor Repórter do Glorioso País Cazaquistão Viaja à América”, sobretudo através da ideia de “atopia” suscitada pelos aspectos biopolíticos imunitários das aventuras do referido personagem – um suposto repórter do Cazaquistão que viaja para trabalhar nos Estados Unidos da América.

Palavras-chave: Declaração de Alma Ata. Cuidados Primários em Saúde. Conferência Internacional em Saúde Primária. Biopolítica. Estudos Sociais da Ciência.

Abstract:

This paper carry out an analysis of the Declaration of Alma Ata that was adopted at the International Conference on Primary Health Care in the former capital of Kazakhstan in September 1978. The chosen focus for this study concerns the utopical dimension of the theses of primary health care and it performs a brief assessment of the course taken by the original proposal. As a critical standpoint, it is used the satirical movie ‘Borat: Cultural Learnings of America for Make Benefit Glorious Nation of Kazakhstan’, especially by means of the idea of “atopy”, suggested by the biopolitical immune aspects of the adventures of the forementionjed character – a fake reporter from Kazakhstan that travels to work in the United States of America.

¹ Uma versão anterior deste texto foi publicada em Castiel, LD, Sanz-Valero, J, Vasconcellos-Silva, PR. Das Loucuras da razão ao sexo dos anjos. Biopolítica/Hiperprevenção/Produtividade científica. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2011 e está autorizada pela Ed. Fiocruz a ser reproduzida nesta publicação.

² Pesquisador em Saúde Pública do Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: luis.castiel@ensp.fiocruz.br



Keywords: Declaration of Alma Ata. Primary Health Care. International Conference on Primary Health Care. Biopolitics. Social Studies of Science.

Resumen:

Este ensayo hace un análisis de la Declaración de Alma Ata que fue adoptada en la Conferencia Internacional sobre Cuidados Primarios en Salud en la antigua capital del Kazajstan en Septiembre de 1978. El foco elegido para este estudio se dirige a la dimensión utópica de las tesis de los cuidados en salud primaria y desarrolla una sintética evaluación acerca de los rumbos asumidos por la propuesta original. Bajo un punto de vista crítico, se hace una incursión por la película satírica “Borat: lecciones culturales de América para beneficio de la gloriosa nación de Kazajstán”, especialmente por medio de la idea de “atopía”, sugerida por los aspectos biopolíticos inmunitarios del mencionado personaje – un falso reportero del Kazajstan que se desplaza para trabajar en Estados Unidos de América.

Palabras-clave: Declaración de Alma Ata. Cuidados Primarios en Salud. Conferencia Internacional en Salud Primaria. Biopolítica. Estudios Sociales de Ciencia.

Nós, pesquisadores que procuramos nos orientar pelos cânones racionais e científicos, temos, entre tantas, uma particular questão: a de fazer balanços periódicos dos efeitos das ações tomadas ao longo do tempo. Claro está que, em função da preocupação de tentar prever, planejar e projetar o futuro, esta avaliação se torna imperiosa. Logicamente, é preciso pesquisar avaliativamente o passado para tentar adequar as ações presentes para tentar moldar o futuro.

Curiosamente, as ocasiões para esses balanços costumam coincidir com certas durações de tempo, tal como é convencionado pelas datações cronológicas inventadas pela humanidade. Em geral, fins de períodos costumam ser usados preferencialmente para esta finalidade, sem uma explicação maior que não seja a da conveniência organizativa promovida pelas datações – sejam finais de meses, de anos, de décadas, de séculos. Por alguma razão, cincos e zeros exercem um fascínio especial. Há uma predileção a se utilizar periodizações relativas a períodos de cinco e dez anos como marcos de passagem de tempo que merecem avaliações retrospectivas e comemorações (se for o caso).

Pois bem, cerca de três décadas e meia depois de um marco na história da saúde pública, temos oportunidade de aproveitar a ocasião para fazermos uma reflexão sobre algumas questões diante do que se passou no campo da saúde (mas não apenas) nesse período de tempo, justamente em uma época que se caracteriza não só por grandes mudanças, mas também pela rapidez com que elas ocorrem.

Sem se fazer uma meticolosa revisão, em muitos setores do âmbito sanitário, foram produzidos muitos escritos, eventos, comunicações, reuniões etc. ressaltando três décadas passadas do evento. Por exemplo, neste momento a prestigiosa revista *The Lancet* produziu a publicação de um número especial sobre a ocasião (HAINES; HORTON; BHUTTA, 2007). Em outro texto, de autoria de um médico de Bangladesh que esteve presente à reunião de 1978, o título justamente reforça a perspectiva avaliadora racional, passados trinta anos (“*Thirty years after Alma Ata: time to look back and think ahead*” (Husain, 2008)).

Oxalá este texto consiga trazer alguma contribuição digna de valor diante das muitas outras produzidas acerca da passagem do tempo em relação à Declaração de Alma Ata. Mas, importa deixar claro que não se pretende avaliar detidamente o estado das teses da Declaração de 1978 no campo da saúde pública dos dias de hoje. E, sim, buscar ancoramentos analíticos para se entender a evolução das profundas mudanças entre o panorama em que se deu a importante declaração e possíveis desdobramentos no presente contexto.

Dentro desta perspectiva, importa localizar historicamente tanto aspectos relativos à promoção de saúde em geral como ao autocuidado em particular. Como é conhecido, o assim dito movimento internacional de promoção em saúde se originou do documento Lalonde: “*A new perspective on the health of the Canadians*”, publicado em 1974, sob a responsabilidade do então Ministro da Saúde e Bem Estar do Canadá, Marc Lalonde (1974).

Seguindo Bhuyan (2004), o referido informe estava primordialmente preocupado com a questão do governo canadense com o crescimento dos custos da atenção à saúde e a defasagem de elevação das condições de saúde do povo canadense. Em outras palavras, evidentemente, havia uma avaliação de custos-benefícios desfavoráveis. Pela primeira vez, o enfoque passa a ser dirigido ao indivíduo que deveria dedicar-se a prevenir-se das ameaças a sua própria saúde ao enfatizar a função estratégica central da promoção de saúde (PS) como fator de melhoria da saúde através de uma perspectiva considerada “holística”, pois além das dimensões médicas, incluía aspectos psicológicos, sociais e econômicos. Logo após o Informe Lalonde, vários outros países seguiram o exemplo canadense e produziram seus documentos, como o Reino Unido, os Estados Unidos da América e a Suécia (HANCOCK, 1986).

Além da mencionada Reunião de Alma Ata, outro marco desse movimento ocorreu em 1986 com a Primeira Conferência Internacional em Promoção de Saúde sintomaticamente em Ottawa, com vistas à ação para alcançar a meta da saúde para todos no ano 2000 e depois. A carta de Ottawa estabelecia instituições e especificava seus direitos, se constituiu em referência fundamental para a prática da PS em termos planetários, definindo-a como o processo de capacitar individualmente as pessoas a ampliar seu controle sobre a própria saúde, com a finalidade de melhorá-la.

Cinco estratégias centrais para a prática de promoção de saúde foram propostas: a) construir políticas públicas saudáveis, b) gerar ambientes saudáveis, c) reforçar a participação comunitária, d) desenvolver habilidades pessoais – o cerne do autocuidado, e) reorientar os serviços de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986).

Nesse período, ocorreu o interesse progressivo no autocuidado (AC) e na participação comunitária (PC) basicamente em função das assumidas dificuldades do sistema de saúde oficial em melhorar as condições de saúde das populações. O AC foi definido como o processo pelo qual uma pessoa leiga atua em seu próprio benefício em termos de PS, prevenção e detecção e tratamento nos níveis da atenção primária de saúde dentro do sistema de atenção à saúde (LEVIN; KATZ; HOLST, 1977). Já a PC destaca o enfoque de “baixo para cima” no planejamento e na implementação de programas de saúde, de modo que as pessoas sejam vistas como participantes ativos, comparados com os enfoques de “cima para baixo”, nos quais as pessoas são encaradas como receptores passivos de programas elaborados por profissionais pertencentes a instâncias oficiais (OAKLEY, 1989).

ALMA ATA: CUIDADOS PRIMÁRIOS PARA TODOS NO ANO 2000 – UTOPIA³?

A Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde aconteceu na cidade de Alma Ata (então capital do Cazaquistão, então país ligado a então União das Repúblicas Socialistas Soviéticas – URSS). Todos estes *entões*, de maneira sintomática, ainda que tosca, já acenam para como o mundo mudou neste íterim.

³ Utopia diz respeito a qualquer descrição imaginativa de uma sociedade ideal, fundamentada em leis justas e em instituições político-econômicas verdadeiramente comprometidas com o bem-estar da coletividade. Por extensão, projeto de natureza irrealizável; ideia generosa, porém impraticável; quimera, fantasia. (INSTITUTO ANTÔNIO HOUAISS, 2000)

Em 1991, o país se tornou independente da URSS. Em 1993, a cidade passou a se chamar Almaty, e deixou de ser a capital do país em 1995, sendo substituída por Astana – que quer justamente dizer “Capital” (VIRTOURIST, 2008).

Todas essas mudanças decorrem do fato do mundo nesse período ter sofrido grandes modificações políticas, econômicas, tecnológicas e socioculturais que coincidiram com o término da União Soviética e a ampliação da proposta globalizante da economia neoliberal. Mudanças que, de alguma forma, também afetariam aos princípios da mencionada Conferência que ocorreu em setembro de 1978, patrocinada pela OMS e pela UNICEF. Na declaração produzida, se pretendia um avanço potencial em escala mundial nos direitos sobre as condições de saúde das populações⁴.

Como é sabido, foi aí que se consagrou o famoso *slogan* “Saúde para todos no ano 2000” (uma vez mais o fascínio pelos finais de período). Com vistas a atingir essa meta grandiosa, as nações de todo o mundo, com o auxílio de instâncias como a própria OMS, a UNICEF e importantes agências de fomento assumiram o compromisso de trabalhar conjuntamente na busca do atendimento das necessidades básicas das populações com uma proposta denominada de Atenção

⁴ Descrição da atenção primária em saúde na declaração de Alma-Ata:

- Leva em conta as condições econômicas, socioculturais e políticas do país e de suas comunidades e se baseia na aplicação de resultados relevantes de pesquisas em saúde sociais, biomédicas e relacionadas aos serviços de saúde e da experiência em saúde pública.

- Trata dos principais problemas em saúde na comunidade, proporcionando serviços adequados de promoção, prevenção, cura e reabilitação.

- Inclui, pelo menos: educação sobre os problemas de saúde prevalentes e correspondentes métodos de prevenção e controle; promoção do suprimento de alimentos e nutrição apropriada; suprimento adequado de água tratada e saneamento básico; assistência à saúde materno-infantil, incluindo planejamento familiar; imunização contra as maiores causas de doenças infecciosas; prevenção e controle de doenças endêmicas locais; tratamento apropriado de agravos frequentes; provisão de drogas essenciais.

- Envolve, além do setor saúde, todos os setores e aspectos relacionados ao desenvolvimento nacional e local, em particular agricultura, pecuária, alimentação, indústria, educação, habitação, emprego, comunicações e outros; e demanda esforços coordenados de todos estes setores.

- Requer e promove o máximo de autoconfiança comunitária e individual e participação no planejamento, organização operação e controle da APS, fazendo uso de recursos locais e outros recursos locais disponíveis e para este fim, desenvolve, através de educação apropriada, a capacidade de participação das comunidades.

- Deve ser sustentada por sistemas de encaminhamento integrados, funcionais e de apoio mútuo, levando à progressiva melhoria da assistência abrangente à saúde para todos, e dando prioridade àqueles mais carentes.

- Baseia-se, nos níveis locais e no sistema de encaminhamentos, em trabalhadores de saúde, incluindo médicos, enfermeiras, parteiras, auxiliares, e agentes comunitários, quando aplicável, assim como em agentes tradicionais de saúde, se necessários, devidamente treinados socialmente e tecnicamente para trabalhar como uma equipe de saúde e responder às necessidades em saúde expressas pela comunidade.

Primária em Saúde (APS) a ser levada a cabo com grande participação do Estado (WERNER; SANDERS; WESTON; BABB; RODRÍGUEZ, 2008).

Para alguns analistas de políticas de saúde, a conferência de Alma-Ata foi um marco nos debates internacionais. Mas, parece que talvez essa teria sido a vez derradeira em que os pontos de vista dos países emergentes foram considerados em um congresso internacional dessa envergadura (MATTOS, 2001).

O Programa Saúde Para Todos no Ano 2000 sustentava a universalização da APS, a vinculação das políticas públicas de saúde com as políticas econômicas e sociais e a necessidade de determinação política dos estados nacionais na redução das desigualdades sociais. Em termos sucintos, no núcleo das propostas de avanços tecnológicos e administrativos para se alcançar esta meta, temos idéias recorrentes que ainda se mantém ativas em propostas recentes sobre políticas de saúde.

Diante da força do apelo ensejado pela OMS em sua proposta bem articulada, e, também, possivelmente, como efeito do amplo alcance da difusão de Alma Ata, as dificuldades e resistências oriundas de pontos de vista e interesses contrariados não tardaram se manifestar. Menos de um ano depois da Conferência, Walsh e Warren (1979) da Fundação Rockefeller afirmavam que a versão *integral* da Atenção Primária de Saúde (APS-I) de Alma Ata era muito dispendiosa e pouco realista (algo difícil de refutar por sua dimensão utópica, como veremos mais adiante). Se a meta era melhorar as estatísticas sanitárias, o mais adequado (leia-se racional) era eleger prioridades por meio da escolha de grupos de alto risco mediante intervenções eficientes meticulosamente escolhidas, constituindo Atenção Primária de Saúde Seletiva (APS-S).

Essa formulação elimina da APS-I seus eixos conceituais. Foi retirada, assim, a ênfase nas questões que envolviam desenvolvimento social como algo diretamente vinculado ao plano econômico. Igualmente, foi excluída a necessidade de inclusão dos setores ligados à saúde na elaboração dos programas. Além disso, sai de cena a proposta fundamental de participação das comunidades no planejamento e gestão da APS-I. Foi assim que a APS-S acabou sendo incorporada pelos dirigentes do setor saúde de muitos países importantes (WERNER; SANDERS; WESTON; BABB; RODRÍGUEZ, 2008).

Sob esta perspectiva, se propôs buscar o enfrentamento contra um número limitado de doenças através da concentração em medidas específicas que seriam,

racionalmente falando, mais custo-efetivas, por meio de vacinações, promoção de aleitamento materno prolongado, ações antimalária e reidratação oral (*ibidem*).

De modo esquemático, pode-se dizer que as resistências se cristalizaram. Houve, por exemplo, reações das empresas farmacêuticas com a proposta de medicamentos essenciais, das indústrias de produção de leite diante do incentivo ao aleitamento materno. Instâncias e agentes do arcabouço capitalista monopolista não viram com bons olhos as tentativas de instituição do direito universal à saúde e, implicitamente, a concomitante crítica às desigualdades sociais e econômicas responsáveis pelas precariedades no âmbito sanitário.

Na década de 80, cada vez menos a OMS vai se configurando como instância internacional com poder de influência no sentido de mudanças efetivas na saúde em escala significativa. Vai se evidenciando sua falta de condições de gestão e negociação política tanto em escala internacional, como no contexto dos estados-nação (MACIOCCO; STEFANINI, 2007)

Além disto, se amplificam as ações e pressões cada vez mais vigorosas do capitalismo neoliberal no processo de globalização. Isto, inevitavelmente, enseja vínculos das políticas da OMS ditas de “saúde internacional” a tais processos por meio de, por exemplo, parcerias com indústrias privadas de tecnologia médica e medicamentos. E, também, pela participação ativa no desenvolvimento de políticas de saúde para países emergentes em termos de estratégias programáticas que acompanham políticas econômicas de caráter globalizado (MATTA; MATTOS, 2008):

No decorrer dos anos 90, a ênfase teria se deslocado nitidamente da APS-I a APS-S como aparece no “relatório para o desenvolvimento mundial” do Banco Mundial: *Investindo em saúde*, que propugnava pacotes mínimos de saúde e reformas da atenção à saúde e mal usava a expressão “atenção primária em saúde” (JAMISON *et al.*, 1993). Esse documento, em síntese, encarava a disponibilização de serviços de atenção à saúde em termos de custos e benefícios que a melhoria da saúde pudesse trazer em termos de melhoria do capital humano para o desenvolvimento, mais do que como respectivo resultado (HALL; TAYLOR, 2003).

Nessa época, a OMS ainda parecia se debater em busca de reação em termos de ainda buscar a referência relativa à posição de importância que chegou a desfrutar no campo sanitário mundial, a partir do foco no que se convencionou denominar “saúde global”. Ou seja, uma proposta estratégica de gestão que visava

superar e, se possível, reverter seu progressivo deslocamento do lugar de destaque que não cessava de se debilitar.

Mas isso consiste, inevitavelmente, em uma resposta essencialmente racional a situações de saúde pública onde se manifestam riscos de pandemias e desastres que podem afetar a países ricos e pobres, mas também os efeitos adversos de migrações indesejadas, nos contextos das democracias economicamente avançadas (BROWN; CUETO; FEE, 2006).

Por sua vez, em uma sucinta avaliação referente a aspectos técnicos objetivos (mas não apenas, como veremos) do campo sanitário, chegou-se, sinteticamente, aos seguintes pontos: experiência de inclusão dos trabalhadores em saúde na APS-I foi variada, mas muitos programas tiveram dificuldades de se manterem, especialmente o caso de voluntários não-remunerados; capacidade de manutenção de trabalhadores de saúde da comunidade foi pobre, em geral, com desempenho, muitas vezes inadequado; foi grande a oposição das fortes corporações de médicos e enfermeiros diante da atuação de trabalhadores de saúde considerados como inadequadamente qualificados, gerando impactos negativos em alguns países; a falta de investimentos em pesquisa de boa qualidade levou a dificuldades no desenvolvimento de sólidos contra-argumentos contra aqueles que diziam que havia pouca evidência empírica para sustentar tal visão audaciosa.

Mas, mais surpreendente, é, em meio a tais argumentos, a explicitação da plausível assunção de que a declaração de Alma Ata pode ter sido vítima do choque ideológico entre capitalismo e comunismo na época. E, em retrospecto, uma declaração emergindo de uma conferência na antiga União Soviética não deveria claramente ser totalmente aceita no Ocidente. (HAINES; HORTON; BHUTTA, 2007, ênfase nossa).

Claro que não se tratava de discordâncias ideológicas, tão somente. Mas por ser contrária a interesses econômicos ocidentais prevalecentes e que se viam ameaçados pelas teses de Alma Ata. Em retrospecto, o ambiente hegemônico do capitalismo globalizado que foi se instaurando com a queda do muro de Berlim em 1989 (a independência do Cazaquistão ocorreu em 1991) se encarregou de gerar uma argumentação propícia contrária a Alma Ata para se lidar com os custos crescentes da assistência à saúde.

Tal situação de alguma forma colaborou para a colocação em cena de propostas de promoção de saúde centradas no autocuidado e na responsabilização

individual – aspectos mais condizentes com os pressupostos dos cânones individualistas neoliberais – liberdade de escolher, direito de decidir. O consumidor individualista é frequentemente chamado à responsabilidade pessoal para efetuar escolhas bem informadas e satisfatórias do ponto de vista do custo/benefício a vários aspectos de sua vida, incluindo, claro, questões relativas à saúde.

O problema é que essas fórmulas nem sempre funcionam a contento. Há situações de equacionamento mais complexo. Por exemplo, coexistem discursos simultâneos de incitação ao consumo de prazeres arriscados e aqueles que sinalizam para a necessidade de comedimento racional diante da fruição desmesurada de tentações perigosas. Para lidar-se com essas circunstâncias, os caminhos usuais preconizados pelas autoridades sanitárias apontam para práticas e ações de autocontrole e autocuidado para se prevenir dos riscos e aumentar a longevidade.

Embora o Brasil não tenha mandado representantes à Conferência, posteriormente assinou a Declaração, e os princípios de Alma Ata foram incorporados à nova Constituição Brasileira de 1988, seguindo-se em pouco tempo à aprovação da Lei que criou o Sistema Único de Saúde em 1990. As estratégias de saúde pública no Brasil foram moldadas desde então indiscutivelmente nas premissas de Alma-Ata, como, o aleitamento materno; medicamentos essenciais; programa nacional de imunizações; programa de saúde da família etc. Comparando-se as diretrizes de Alma-Ata e as contidas no SUS percebe-se imediatamente a sua similitude. Vários trechos no texto da Lei 8.080/90 ou Lei do Sistema Único de Saúde são visivelmente calcados na declaração de Alma Ata (A ORIGEM, 2008).

Como término desta parte, a análise proposta por Carpenter (2000) traça um panorama avaliativo de Alma Ata que é resumido pelo seu feliz título: “Saúde para alguns: saúde global e desenvolvimento social desde Alma Ata”. Admite que houve ganhos reais desde os anos 70, mas a pobreza e as iniquidades se ampliaram com o avanço globalizante. Mas este avanço prossegue e coloca em risco os ganhos obtidos e, assim, pode agravar ainda mais as desigualdades e seus terríveis efeitos em relação à saúde e ao ambiente. Os pressupostos da Declaração de Alma Ata, sobretudo os que propõem a atenção primária ampla, permanecem ainda perfeitamente cabíveis e pertinentes diante desse quadro.

Após essa breve sinopse da história das contingências pelas quais passaram as ideias de Alma Ata, cabe agora considerar da questão da declaração tratar-se

tipicamente de uma “construção social moderna — no sentido de ser sistemática, integrada, racional e utópica” (SAKELLARIDES, 2000, ênfase nosso). Mas, há algo nessa afirmação que provoca certa estranheza: como é possível uma construção sistemática, integrada e racional ter a capacidade de ser utópica? Não será necessário algo que escape da racionalidade racional para que o utópico tenha meios de vicejar?

Talvez seja preciso reformular a proposição: seria um sonho utópico delirante, sem esperança de realização mínima desde seu princípio ou houve problemas específicos que frustraram essa imagem objetivo (com elementos utópicos) de resultar com mais efetividade no que poderia ser uma realização mais satisfatória das teses almaatianas?

Para discutir este ponto, é preciso, então, explorar melhor a noção de utopia e suas implicações. É sabido que se trata de um país imaginário, localizado em uma ilha (algo que lhe confere uma dimensão mais imaginária ainda, e, no caso, com uma aura paradisíaca), criação de Thomas More (1480-1535), escritor inglês que morreu executado por ordem de Henrique VIII e foi canonizado como mártir. Aí há um governo, organizado da melhor maneira possível, proporcionando bem estar e contentamento ao seu povo, em função de ótimas condições de vida de estabilidade (MORUS, 2008). A utopia de More se refere à fusão das ideias de *eutopia* (o lugar positivo, bom) e *outopia* (em nenhum lugar) (2008).

A Utopia consiste em uma sátira que ironiza o contexto social inglês da época onde vigorava uma sociedade profundamente desordenada e injusta. Diante desse quadro de cruzeza, compreende-se a acidez das críticas de More ao conceber o reverso desta moeda: uma sociedade ideal, sem propriedade privada, com o compartilhamento de bens e de recursos naturais, como o solo. Aí estão ausentes: disputas urbanas/rurais, trabalho assalariado, despesas supérfluas. E o Estado administra com critérios de justiça a produção e organiza a vida da coletividade de forma a gerar a maior satisfação e dignidade possíveis (2008).

Utopia é conhecida com uma obra de feição socialista. E este nome se consagrou com a conotação de algo sonhado com expectativas de avanço e bem estar social, por um lado (mais à esquerda), pois, pelo lado oposto, pode assumir um sentido de pensamento fantasioso, despojado de senso de realidade, e, portanto, sem condições de ser levado a sério. Em outras palavras, algo que é utópico pode ser usado tanto de modo enaltecedor como pejorativo...

De certa forma, Alma Ata atuou como núcleo gerador de significados de ambos os teores, respectivamente por aqueles que nutriam expectativas e sustentavam posturas de mudanças e avanços sociais como por aqueles que antagonizavam tais posições.

KUZCEK: AUTOCUIDADOS PRIMÁRIOS EM SAÚDE PARA CADA UM DEPOIS DO ANO 2000 – ATOPIA⁵?

Os ideais utópicos nos dias de hoje, diz-se de modo cada vez mais frequente, estariam fragilizados. Isso se nos referirmos à perspectiva moreana, pois, parece que temos novas concepções e formatações utópicas. Se há novos formatos de utopias, elas refletem o espírito da nossa época e assumem um caráter focal, ativo, prático, individual. Depende de muitos e constantes esforços para ser buscada e que facilmente pode ser perdida. Como se fosse o mito de Sísifo – uma tarefa contínua, em eterno recomeço, que, além disso, pode se tornar algo incomodamente preocupante e se tornar exaustiva.

Essa nova perspectiva “utópica” (que parece precisar de aspas para não esgarçar demais o sentido original) é explorada por Bauman (HALL; TAYLOR, 2003) ao abordar a utopia na era da incerteza. Ele assinala que a ideia de “progresso” parece ter abandonado a narrativa de “aperfeiçoamento compartilhado” em termos coletivos se deslocando para o discurso autorreferente da “sobrevivência individual”. A imagem utilizada é a daquele que pretende dispor da possibilidade de escapar dos contextos geradores de insegurança que assolam, em graus variáveis a todos nós. Escapar tanto na acepção “física” de “fuga” como sob o ponto de vista “psicológico”, de “escapismo”. Se já não mais seria possível divisar no horizonte algo desejável como modo de se viver, importa agora dispor de margens de manobra eficazes para evitar as muitas situações indesejadas do cotidiano da vida das cidades de países emergentes (mas não só). Ou, conforme a situação, literal ou metafórica, vê-las pelo espelho retrovisor...

Em outras palavras, se não se espera mais fazer do mundo um local coletivo melhor, pelo menos, evitar individualmente que este nos afete decisivamente e nos

⁵ Atopia é um termo médico do campo da imunologia que indica uma tendência hereditária a desenvolver manifestações alérgicas (p.ex., asma, certas rinites, urticária etc.) (INSTITUTO ANTÔNIO HOUISS, 2000).

derrote. Levando a analogia adiante, se não é possível vencer, melhor que a derrota é o empate. Esta “utopia” minimalista, individual, carregada nas cores pelo sociólogo polonês, deve ajudar ao escapismo da aridez da falta de significados para a vida para aqueles que assim pensam. Ou seja, como se existisse tal possibilidade de polianamente se afastar da consciência os incômodos vividos.

Se essa crua e incômoda descrição baumaniana se sustenta, a proposta utópica de Alma Ata parece já não ter mais lugar neste mundo distópico⁶. Até porque como afirma o mencionado autor, para sustentar sua tese, haveria, por um lado, a falência da ação, do planejamento e da reflexão no longo prazo e a debilitação das estruturas sociais que os sustentariam. E, por outro, a fragilização dos estados-nação em sua capacidade de atuar diante dos descontroles eventualmente gerados pelas pressões dos interesses determinados pelos fluxos e refluxos globalizados do capital e das forças do mercado vigente (BAUMAN, 2007).

No entanto, algo que se aproxima dessas novas formas utópicas seria a proposta da “saúde perfeita” (SFEZ, 1993), ou seja, uma utopia normativa, individual e sisifista que pretende, no limite, a imortalidade, ou na falta desta, maior longevidade saudável com a melhor aparência possível. Para tanto, é preciso estar atento e forte e, sobretudo, não ter tempo para temer a morte (GIL; VELOSO, 1968). Basta dedicar-se com afinco a controlar riscos provenientes de colesterol elevado, modos de comer e beber inadequados, pressão alta, sedentarismo, hábitos e comportamentos pouco saudáveis. E, também, ter acesso aos prometidos avanços e benesses dos conhecimentos genômicos/biotecnológicos e das práticas preventivas/diagnósticas, das intervenções farmacológicas e dos equipamentos médicos de última geração.

Pode-se afirmar que a utopia da saúde perfeita implica em controlar meticulosamente aos riscos. Cabe aqui mencionar que muitas elaborações sobre o risco se debatem quanto à questão da articulação entre “realidade” e “percepção” do risco. É oportuno que tais reflexões explorassem as conexões entre ambas e como tais conexões são produzidas. Para se entender a materialidade da representação e vice-versa, pode-se usar uma figura particular: o sistema imune.

⁶ Distopia diz respeito tanto à obra de ficção que descreve um lugar imaginário onde a vida é extremamente ruim devido à privação ou opressão ou terror, como a um estado (real) nas mesmas condições. (Disponível em: <http://www.onelook.com/?w=dystopia&ls=a>. Acessado em: 20/08/2008).

Para Donna Haraway (1991), o sistema imune se constitui como um emblema elaborado dos principais sistemas de “diferença” simbólica e material no capitalismo tardio. Como se fosse um mapa feito para guiar o reconhecimento e não-reconhecimento de si-próprio e do outro na gestão de fronteiras nos territórios biopolíticos ocidentais. O sistema imune é uma tecnologia que monta e inaugura “entidades” dentro da classificação “si” e “outros”, os quais, também se tornam uma questão de o “mesmo” e o “diferente”. Os sistemas imunes dispõem tecnologias de normalização e ensejam um senso de normatividade (VAN LOON, 2002).

Seguindo nesse sentido, nosso ponto de vista acompanha o paradigma imunitário biopolítico desenvolvido por Esposito (2005) (como veremos mais adiante) sob o formato atópico – como se fossem reações imunológicas de reatividade ou, mais coloquialmente, de alergia diante do paradigma imunitário do espírito da nossa época biopolítica. Parece haver pouco lugar para a existência de utopias esperançosas. E as propostas de utopia são precárias fórmulas de resistência ao atual estado de coisas, que fraquejam em termos de mudanças expressivas. E não somente de correção de trajetórias com um destino ideológico e econômico pré-definido. Assim, um caminho ainda possível diante de nossa desconformidade pode ainda ser no limite, o de reagir atopicamente.

Mas, vale assinalar que esses comentários não se localizam a partir de posições passivas meramente reativas e, sim, trata-se, através de uma retórica alegórica, trazer pontos que sejam estimulantes ao debate. Isso posto, vamos nos basear nesse caso, sobretudo na etimologia do grego “*atopia*” (MERRIAM-WEBSTER, 2008), para além do significado médico-imunitário, ou seja: a ideia de singularidade ou de extraordinário como forma de criticar a mesmice renovada da cultura consumista globalizada:

O mesmo Cazaquistão que nos proporcionou a Conferência de Alma Ata agora pode ser associado ao personagem caricatural “cazaquistânês” Borat Sagdiyev criado pelo inglês Sacha Baron Cohen para uma série de TV a cabo e que também se transformou em filme (BARON COHEN, 2006). O enredo cinematográfico denuncia, através de um “falso” documentário, mediante um humor corrosivo e, em certos momentos, extremamente grotesco, os contrastes abissais entre contextos socioculturais considerados atrasados (sua vila natal, Kuzcek no Cazaquistão) e Nova Iorque, como emblema do neoliberalismo individualista globalizado. Aí vigoram modelos biopolíticos de autocuidado que refletem as formas

como dimensões biológicas participam e configuram aspectos relacionados às vidas humanas.

Talvez Borat possa também ser encarado como um emblema atópico de nossa época, através de uma suposta paródia que produz um estranho e desagradável Don Quixote do terceiro milênio que permanece convivendo de modo disfuncional em um contexto para o qual não dispõe de recursos de entendimento, portanto sem qualquer eficácia em sua ação e que gera rejeições imunitárias diante de um corpo estranho, ou melhor, de uma mente estranha.

O enredo, de modo breve, fala desse personagem que sai de seu país para documentar em filme e trazer de volta as contribuições culturais que a nação americana tem para oferecer. O “produtor” do documentário – Azamat Bagatov seria um equivalente ao Sancho Pança, só que, apropriadamente aos tempos atuais, trata-se de um “infiel” escudeiro, pois em certo momento da trama o abandona, após uma terrível e obscena peleja.

Por não ser educado no ambiente globalizado individualista (como mostra a reação dos transeuntes estadunidenses à efusividade boratiana ao chegar aos *US and A*), Borat é rechaçado pela afabilidade própria à sua vida comunitária em Kuzcek caricaturalmente retrógrada e preconceituosa em muitos aspectos. Mas desajustada em uma grande metrópole norte-americana com seus costumes e valores próprios às democracias capitalistas avançadas. É gritante tanto sua inadequação como sua incapacidade de dar-se conta disso, diante de suas tentativas constrangedoras propiciadas por sua condição *gauche* extrema. Isso gera uma hilaridade por vezes embaraçosa, por vezes grosseira, mas sempre contundente, ao participar de circunstâncias sociais que vigoram nos contextos imunitários do mundo globalizado.

Borat pode ser encarado sob uma perspectiva “delirante” nos *US and A* por ser um “E.T.” mal educado e obsceno diante dos valores e da estética do contexto sociocultural e tecnológico dominante. Sintomaticamente, é pelas imagens da TV que se apaixona por uma Dulcineia virtual semivestida (ou semidesnuda) em sua roupa de banho provocante – a personagem C.J. (Pamela Anderson) da série *Baywatch*. Em busca da consumação de sua paixão, propõe-se a cruzar a nação norte-americana ao seu encontro.

No início da película, quando nos mostra a vila onde reside, Borat apresenta sua mãe – uma senhora abatida, aparentemente idosa – que parece ter mais de 70

anos e que ele diz ter 43 anos. Ao chegar nos *US and A* declara trazer guardadas lágrimas de cigano para protegê-lo da AIDS. Ao desfrutar dos confortos da acomodação do hotel onde se hospeda em Nova Iorque – depois de confundir o elevador com o que seria seu quarto, banha o seu rosto com a água limpa da privada.

Apesar do gosto duvidoso do humor, podemos considerar esses três breves momentos como sugestivas menções ilustrativas do pensamento biopolítico em negativo. Não há cabimento em se discutir a pertinência sanitária da deposição de dejetos em um sistema de esgotos – um enorme avanço nas ações de higiene para prevenir várias enfermidades, ainda que em muitos lugares do planeta isso ainda seja insatisfatório. Mas é no registro do ridículo do absurdo que se dá o gesto de Borat ao lavar seu rosto em uma água que sofre desvio de função, pois não está aí para essa finalidade. Inclusive com riscos de saúde para o usuário que transgride normas mais primárias de higiene, por suposta e caricata ignorância.

É plausível afirmar que, em termos esquemáticos, os indivíduos das denominadas nações euroamericanas poderosas são condicionados com a possibilidade, no campo da preservação da vida, de alcançar uma impressionante longevidade, pouco vista ao longo da história humana. Para tanto, devem se apoiar em produtos tecnológicos e em práticas de saúde sustentadas o mais possível pelo vigor de suas evidências científicas, veiculadas pelas provas oriundas de estudos empíricos considerados robustos e de revisões sistemáticas e metanálises.

Além disso, claramente, crenças populares ou “*folk*” não são, em geral, legitimadas como apropriadas para os agentes ou consumidores exercerem seu direito de realizar escolhas bem informadas por relações de custo-benefício para decidir suas preferências. Nesta perspectiva, são inclusive levados a abrir mão de uma atuação política qualificada e a se dedicarem intensamente a atuar como agentes capazes de adquirir bens e serviços com vistas à preservação mais prolongada possível de si mesmos. Até porque no interior do individualismo exacerbado pode-se até dizer que somos os únicos representantes de nossa própria “espécie”.

Agnes Heller (1995) faz uma crítica aos autoritarismos dessas democracias que apresentam uma dupla face: uma faceta política liberal que se propõe a lidar com as injustiças causadas pelos desequilíbrios econômicos próprios ao capitalismo em termos nacionais e uma dimensão liberal econômica geral que participa da

geração de desigualdades em escala planetária. Esta configuração se caracteriza por sua: -- tendência a uniformizar o indivíduo; – intolerância ao insólito e excêntrico; – inclinação à ditadura da maioria; – predileção por moldar uma “opinião correta” coletiva.

Borat, em síntese, personifica a subversão de todas essas posições com seu comportamento singularmente anômalo, pateticamente incompatível com os valores liberais dominantes.

Claramente, não se trata aqui de fazer-se apologia a formas não-democráticas de ordenação das formações sociais e econômicas. Até porque a proposta boratiana também ressalta jocosamente formas de ordenação precárias, retrógradas e injustas. Mas, sim, de ressaltar a forma persecutória que assumem as (bio)políticas atuais de promoção de saúde.

De alguma maneira, elas tentam camuflar precariamente a inexorável finitude da vida humana, ao estabelecer como meta o maior prolongamento possível de seu limite. A Velha Ceifadora, com sua foice implacável e data marcada (por ela) para sua chegada, foi sendo substituída e fragmentada pelos fatores de risco, supostamente mais controláveis (BAUMAN, 2000). A fatorização da morte em riscos intensifica as perspectivas imunitárias e demanda vigilância intensa em tempo integral. Assim, a presença da morte se imiscui no dia a dia em função da preocupação exacerbada pela preocupação imunitária com os riscos.

Como diz Bauman:

A morte é agora uma presença permanente, invisível, mas vigilante e estritamente vigiada, em cada realização humana, profundamente sentida 24 horas por dia, sete dias por semana. (...) A ela se atribui grande autoridade, talvez a maior, quando quer que se precise fazer uma escolha numa existência cheia de escolhas (BAUMAN, 2008, pp. 59).

O sociólogo polonês retoma este tema ao abordar as formas como as culturas lidam com o tema do pavor da morte. Afirma que todas as culturas podem ser entendidas como produtoras de expedientes com o propósito de tornar tolerável a vida diante da consciência da morte.

Diante do enfraquecimento, sobretudo no mundo ocidental, das crenças das possibilidades de à vida corporal terrena seguir-se a passagem para outro mundo espiritual *post mortem*, sob formas distintas. E, também, da fragilização dos significados de obtenção de reconhecimento social como justificativa individual para

as vidas vividas como um modo de trazer alguma “imortalidade” para cada um como ocorria no passado para alguns seres vistos como especiais, como reis, generais, e mais recentemente, políticos, revolucionários, inventores, descobridores, cientistas, desportistas, artistas (2008).

Mais ainda: a redução da importância atribuída aos ideais de heroísmo patriótico que, paradoxalmente, trazia “imortalidade” aos soldados desconhecidos. Isso justificaria a perda da vida por causas “nobres”, de defesa de uma importante ideia identitária de pertencimento em função do país de origem/nascimento (que produz a ideia de nacionalidade), mas que pode se reproduzir de modo mais localizado geograficamente (2008).

Mas adotar comportamentos saudáveis de evitação dos riscos não pode ser levado a sério como a solução do problema, como se daí dependesse exclusivamente o futuro da humanidade, tal como parecem, às vezes, preconizar a veemência das autoridades sanitárias (HÉLLER; FÉHER, 1995). Não há motivos suficientes para que se produzam tantos debates em relação às razões científicas dessas perspectivas persecutórias e totalitárias que instituem um sentimento de culpabilização coletiva.

Riscos se constituem como imagens negativas tornadas objetos (ainda que virtuais) das utopias (BECK, 1992). Seria possível considerá-la a nova “utopia” contemporânea – a do controle total e manutenção dos riscos à distância. No limite, trata-se de sobrepujar a passagem do tempo e ser-se o mais “imortal” possível controlando (utopicamente) a todos os riscos que nos ameaçam.

Todas essas objetificações nos conduzem a perguntar não apenas como queremos viver, mas também, quanto tempo? Em que condições? Será que não estamos criando não mais uma utopia da saúde perfeita, mas procurando habitar uma “ucronia” – uma ideia imaginária de tempo na história (INSTITUTO ANTÔNIO HOUAISS, 2001)?

Neste contexto, ainda será cabível indagar pela qualidade humana da humanidade? Ainda haverá sentido em se discutir ontologicamente a subjetividade humana como instituinte da sua condição? Será que esta questão tornar-se-á anacrônica, pois a subjetividade pode deixar de “existir”, uma vez que não será identificada pelos dispositivos empiricistas de visualização, significação e valorização que serão alçados a juizes finais definidores da existência das coisas?

No início de sua peregrinação pelo interior dos *US and A* por parte de Borat e Azamat, ouve-se o tema *'Born to be wild'* (do grupo de rock norte-americano *Steppenwolf*) – nascido para ser selvagem, no sentido de “rebelde” – da trilha sonora do filme *cult Easy Rider* (1969) de Dennis Hopper, do final da década dos anos 60 – época que marcava que “o sonho acabou” em relação às promessas utópicas biopolíticas contraculturais desse período. Em Borat, reaparece talvez como caricata alegoria atópica diante dos modelos biopolíticos dominantes – talvez nesse contexto o “*wil*” queira dizer agora “inconveniente” ou alguma outra coisa “ideologicamente incorreta”, que por sua diferença deve ser mantida sob controle, à distância.

Diante do enfraquecimento da noção de comunidade e do crescimento da ideia de imunidade, como, no campo da saúde pública, será possível ainda se ancorar em propostas no interior da perspectiva utópica do sonho nostálgico de Alma Ata (lugar que não existe mais como capital nem com este nome)? Ou será que teremos cada vez mais de lidar com o desagradável ser atópico que ao escapar de Kuzcek (lugar que nunca existiu), nos faz ver algo que se tenta minimizar cotidianamente: a possibilidade de se naturalizar a questão cotidiana de se levar a vida com sobressaltos e perplexidades quanto ao que é fato ou ficção, doloroso ou engraçado, realidade ou delírio.

Ainda assim, é necessário tomar partido. Se o modo atual de se organizar as coisas e viver a vida é o que se deseja, apesar dos contratemplos e incômodos, ou sendo mais realista, é o menos indesejável, já que as mudanças são difíceis, as medidas possíveis para minimizar o indesejado podem incluir a dimensão “utópica” focal, individual, escapista.

Se não é o que se quer, aqueles que teimam em não aceitar nem as indignidades nem o medo cotidiano e não desejam tudo que gera atopias, devem desnaturalizar os absurdos cotidianos. E indignar-se com eles, como no caso da saúde de grande parte da população planetária. Para esses que não aceitam, ainda há sentido em manter utópica a alma. E a Alma Ata.

REFERÊNCIAS

A ORIGEM misteriosa do SUS. Disponível em: <www.visbrasil.org.br/biblioteca/AorigemmisteriosadoSUS.pdf>. Acesso em: 29/02/2008.

BARON COHEN, S. **Borat**: Cultural Learnings of America For Make Benefit Glorious Nation of Kazakhstan [DVD]. United Kingdom: Twentieth Century Fox Film Corporation, 2006.

BAUMAN, Z **Medo Líquido**. Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 2008.

BAUMAN, Z. **Modernidade Líquida**. Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 2000.

BAUMAN, Z. **Tempos líquidos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2007.

BECK, U. **Risk Society. Towards a new modernity**. London: Sage, 1992.

BHUYAN, K. K. Health promotion through self-care and community participation: Elements of a proposed programme in the developing countries. **BMC Public Health**. 2004, 4:11.

BROWN, T. M.; CUETO, M. FEE, E. The World Health Organization and the transition from international to global public health. **American journal of public health**. 96(1):62-72, 2006.

CARPENTER, M. Heath for some: global health and social development since Alma Ata. **Community Development Journal**. 35(4): 336-351, 2000.

ESPOSITO, R. **Immunitas. Protección y negación de la vida**. Buenos Aires: Amorrortu, 2005.

GIL, G. & VELOSO, C. **Divino Maravilhoso**, 1968.

HAINES, A; HORTON, R; BHUTTA, Z. Primary health care comes of age. Looking forward to the 30th anniversary of Alma-Ata: call for papers. **The Lancet**. 370 (9591): 911-913, 2007.

HALL, J. J. & TAYLOR, R. Health for all beyond 2000: the demise of the Alma-Ata Declaration and primary health care in developing countries. **Medical Journal of Australia**. 178 (6), 17-20, 2003.

HANCOCK T. Lalonde and Beyond: Looking back at "A new perspective on the health of Canadians". **Health Promot.** 1986, 1:93-100.

HARAWAY, D. J. **Symians, Cyborgs, and Women. The Reinvention of Nature.** New York: Routledge, 1991.

HÉLLER, A.; FÉHER, F. **Biopolítica. La modernidad y la liberación del cuerpo.** Barcelona: Ed. Pensinsula, 1995.

HUSAIN. Z. **Thirty years after Alma Ata:** time to look back and think ahead. Disponível em: <<http://www.independent-bangladesh.com/features/thirty-years-after-alma-ata-time-to-look-back-and-think-ahead.html>>. Acesso em: 28/02/2008.

INSTITUTO ANTÔNIO HOUAISS. Dicionário Eletrônico Houaiss da Língua Portuguesa 1.0, Rio de Janeiro: Ed, Nova Fronteira, 2000

_____. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Ed. Objetiva, 2001, p. 2796.

JAMISON, D.; BOBADILLA, J. L.; HECHT, R.; HILL, K.; MUSGROVE, P.; SAXENIAN, H.; TAN, J. P.; BERKLEY, S. & MURRAY, C. J. L. **World development report 1993: investing in health.** Oxford. England: Oxford University Press, 1993, p. 329.

LALONDE, M. **A new perspective on the health of Canadians.** Ottawa: Health and Welfare Canada, 1974.

LEVIN, L.S.; KATZ, A.H.; HOLST, E. **Self care:** lay initiatives in health. London: Croom Helm, 1977.

MACIOCCO, G.; STEFANINI, A. From Alma-Ata to the Global Fund: the history of international health policy. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** 7 (4): 479-486, 2007.

MATTA, G.; MATTOS, R. **A Organização Mundial de Saúde:** De Alma-Ata à Saúde Global. Disponível em:

<www.epsjv.fiocruz.br/v2005/GustavoApresentacaoOMSSalvador.pdf>. Acesso em: 29/02/2008.

MATTOS, R. A. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de idéias. **Ciência e Saúde Coletiva** 6(2). p.377-389, 2001.

MERRIAM-WEBSTER. Disponível em: <<http://www.merriam-webster.com/dictionary/atopy>>. Acesso em: 01/03/2008.

MORUS, T. **Utopia**. Disponível em: <<http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/cv000070.pdf>>. Acesso em: 29/02/2008.

OAKLEY, P. **Community involvement in health development: An examination of critical issues**. Geneva: World Health Organization, 1989.

SAKELLARIDES, C. De Alma-Ata a Harry Potter: um testemunho pessoal. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Volume temático 2: Cuidados de Saúde Primários. pp. 101-108, 2001.

SFEZ, L. **A saúde perfeita. Crítica de uma utopia**. Lisboa. Ed. Instituto Piaget, 1997.

VAN LOON, J. **Risk and technological culture. Towards a sociology of virulence**. London: Routledge, 2002.

VIRTOURIST. Disponível em: <www.virtourist.com/asia/almaty/>. Acesso em: 28/02/2008.

WALSH, J. A.; WARREN, K. S. Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. In: **N. Engl. J. Med.** 301. p.967-74, 1979.

WERNER, D.; SANDERS, D.; WESTON, J.; BABB, S.; RODRÍGUEZ, B. **Cuestionando la solución**. Las Políticas de Atención Primaria de Salud y Supervivencia Infantil. Disponível em: <www.healthwrights.org/spanish/Libros/question.htm>. Acesso em: 28/02/2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Ottawa Charter for Health Promotion**.
Geneva: World Health Organization, 1986.

Dossiê:
Recebido em: Setembro/2012
Aceito em: Outubro/2012