

MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO

Oirã Ferrer Pereira da Silva

AS DOENÇAS NEGLIGENCIADAS E SEUS POSSÍVEIS
DETERMINANTES: um panorama das doenças negligenciadas a partir da ideia
de desenvolvimento e de determinantes sociais em saúde

Rio de Janeiro

2011

Oirã Ferrer Pereira de Silva

AS DOENÇAS NEGLIGENCIADAS E SEUS POSSÍVEIS DETERMINANTES: um
panorama das doenças negligenciadas a partir da ideia de desenvolvimento e de
determinantes sociais em saúde

Projeto de trabalho de conclusão de curso apresentado à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito para o término do curso técnico em saúde integrado ao ensino médio.

Orientadora: Danielle Ribeiro de Moraes.

Coorientador: Rildo Pereira da Silva.

Rio de janeiro

2011

Oira Ferrer Pereira da Silva

AS DOENÇAS NEGLIGENCIADAS E SEUS POSSÍVEIS DETERMINANTES:

um panorama das doenças negligenciadas a partir da ideia de desenvolvimento e de determinantes sociais em saúde

Projeto de trabalho de Conclusão de curso apresentado à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito para o término do curso técnico em saúde integrado ao ensino médio.

Aprovado em: / / .

BANCA EXAMINADORA

Danielle Ribeiro de Moraes – EPSJV/FIOCRUZ

Cassius Schnell Palhano Silva – ENSP/FIOCRUZ

Cátia Cristina Martins de Oliveira – EPSJV/FIOCRUZ

Dedico este trabalho aos que acreditam que outro mundo é possível, porém mais ainda aos que não acreditam. Pois para que esse outro mundo se concretizem os que ainda não acreditam também são necessários.

AGRADECIMENTOS

À minha mãe e amiga, Hendy, que por vezes aguentou o amadurecimento de meus questionamentos incontidos.

Ao meu pai e co-orientador, Rildo, que me ensina mais com seu exemplo do que com qualquer coisa, e sempre esteve “lá” nos momento em que precisei, apesar de qualquer distância.

Aos meus irmãos (em ordem etária), Tulani, Aiury, Carlos, Karine e Mayara, que me impulsionam a tentar ser um exemplo e assim me esforçar mais.

À querida professora Danielle de Moraes, a Dani, que, mesmo diante de prazos apertados e tempos escassos, sempre se mostrou solícita e gentil, manifestando a sua felicidade contagiante e impulsionadora.

À querida companheira, Nati Melba, ocupante de um espaço especial em meu coração, sempre disposta a discutir doenças negligenciadas, me acolhendo e me ajudando com o que quer que fosse.

Ao parceiro e camarada Jorge Luís, exemplo de amigo, com quem pratiquei ajudas mútuas que foram fundamentais para a escrita deste trabalho. Estamos juntos sempre, irmão!

Ao camarada Ramon Chaves, que com a sua aparente rigidez se revelou um ótimo amigo. Conte comigo, companheiro.

Ao grande Heitor Leon, por suas discussões sobre os DSS pelos corredores.

À caríssima professora, amiga e companheira de luta, Valéria Carvalho, que mesmo não me dando aula, nem fazendo parte da banca ou algo assim, nunca hesitou em sugerir um texto ou outro quando a coisa apertava. Obrigado, minha linda!

Ao professor, amigo e, nas suas próprias palavras, “companheiro de trabalho, de luta”, Flavio XL, que com seu carisma e suas rimas proporcionou grandes momentos de alegria, aprendizado e reflexão, não só para mim, mas para muitos outros politécnicos.

Ao professor Márcio Rolo, pelo exemplo de interdisciplinaridade nunca antes visto na politécnica, ao relacionar Freud, Lênin e geometria analítica em menos de uma hora e meia.

Ao professor Paulo Henrique, por me apresentar ao tema que acabou por ser o tema desta monografia.

Ao professor Zé Victor, pela dedicação à formação da turma de 2009 e pela contribuição, indireta, para a escolha do meu curso superior.

Aos “laboratorianos” de 2009 por esses 3 anos de convívio, pois é na contradição que se dá o aprendizado.

Aos membros da banca examinadora, por aceitarem a participação e pela colaboração qualitativa para esta monografia.

À família, porque família é família e não “arrega” nunca. Né não Béu, Chu, Carol Aquino, Branca, Taís Almeida e mais alguns que o adiantar da hora não permitem lembrar talvez.

Ao “Bando de Lindos!”, pelo exemplo de turma e companheirismo!

Ao Tiago da cantina por tornar meus intervalos mais engraçados e ociosos.

À Tia Michele, que deixou a Poli na metade do percurso, mas antes disso sempre me acolhia com sua simpatia nos momentos de saturação.

Por fim, à algumas pessoas que me marcaram durante minha estadia na Politécnica: Cláudio Gomes, Alexandre Pessoa, Luiz Maurício, André Malhão, Virgínia Finete e Isabel Brasil.

*“Uma revolução
está no homem
como gases inflamáveis estão
nas vísceras da fome,
como uma combustão latente,
uma ignição ambulante.”*
(Rildo Pereira)

*“Não posso pedir paz
quando há desigualdade,
luto por mudanças
iguais oportunidades.”*
(Flávio XL)

RESUMO

O presente trabalho aborda a temática das doenças negligenciadas sob o viés conjugado dos Determinantes Sociais em Saúde com o da ideia de Desenvolvimento desenfreado exposto na sociedade capitalista moderna. Inicialmente é conceituado historicamente o conceito de doença negligenciada e sua evolução histórica. Em seguida, aborda-se a historicidade dos Determinantes Sociais em Saúde, passando-se pelo conceito da Promoção da Saúde e as implicações dessa transição não muito amigável. Então se chega ao desenvolvimento como interligado tanto a evolução do conceito de Determinante Sociais em Saúde, quanto às discussões e pesquisas em doenças negligenciadas. Evidenciando o papel das organizações internacionais nessas interligações não ocasionais que se estabelecem nas últimas quarenta décadas. A pesquisa se baseia no estabelecimento de tais relações intertemáticas a fim de se chegar a uma visão crítica do panorama atual das discussões sobre as doenças negligenciadas, mas isso é resultado de um processo inicial que se propunha realizar uma Revisão Narrativa, mas os meandros da pesquisa foram inesperados e foi necessário reconfigurá-la, para que se alcançasse os mesmos objetivos gerais por outros meios. Por fim, expõe-se um conclusão sumarizando o aprofundamento de todas as temáticas abordadas, a fim de sintetizar a ideia entremeada por todo o trabalho.

Palavras Chaves: Doenças Negligenciadas. Desenvolvimento. Determinantes Sociais em Saúde. Promoção da Saúde.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração1: Gráfico1: Quais tipos de necessidade o mercado farmacêutico cobre?.....

LISTA DE TABELAS

Tabela1: Relação de Bases de Referências e resultados de Referências.....

Tabela2: Número de companhias (das onze respondentes) com pesquisa e desenvolvimento ativos focando nas drogas para doenças negligenciadas.....

LISTA DE SIGLAS

CDSS – Comissão de Determinantes Sociais em Saúde.

DNDi – Drugs For Neglected Disease.

DSS – Determinantes Sociais em Saúde.

MSF – Médicos Sem Fronteiras

OMS – Organização Mundial da Saúde.

ONG – Organização Não Governamental

P&D – Pesquisa e Desenvolvimento

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento.

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

TDR – Programa Especial para Pesquisa e Treinamento em Doenças Tropicais

SUMÁRIO

1. **INTRODUÇÃO..... p 14**
2. **PERCURSO
METODOLÓGICO..... p 15**
3. **DOENÇAS NEGLIGENCIADAS: CONCEITUAÇÃO HISTÓRICA E SUAS
IMPLICAÇÕES..... p 18**
4. **DA HISTORICIDADE DOS DETERMINANTES SOCIAIS EM SAUDE..... p 23**
5. **P&D: PESQUISA PARA QUAL DESENVOLVIMENTO? p 28**
6. **CONCLUSÃO..... p 34**
7. **BIBLIOGRAFIA..... p 36**
8. **REFERÊNCIAS..... p 36**

INTRODUÇÃO

Este trabalho se propõe a analisar e estabelecer um panorama atual acerca do que se discute sobre doenças negligenciadas. Para tal, inicialmente ia-se adotar a metodologia de Revisão Narrativa, porém, pelo modo como a pesquisa foi dando suas respostas, este não pareceu mais ser o melhor meio de chegar ao objetivo geral.

Sendo assim, optou-se por traçar um diálogo entre as duas linhas argumentativas que tinham se apresentado: a primeira, a historicidade dos determinantes sociais em saúde e todo o seu processo de formação passando pela Promoção da Saúde e os Determinantes Sociais em Saúde; a segunda, a questão do Desenvolvimento na sociedade moderna capitalista, que se apresenta como tão central para diversas áreas. Estabelecidas as conexões, propõem-se a identificar possíveis reflexos desses fatores para o panorama atual das doenças negligenciadas.

Este trabalho se faz pertinente na medida em que atualmente têm crescido as discussões sobre doenças negligenciadas dentro e fora do país, junto a elas a necessidade de se ter uma breve visão geral de que cenário está se configurando em volta do tema. Além de, pela linha argumentativa traçada, relacionar fatores que em geral não são abordados com um pouco mais de atenção quando se trata do processo saúde-doença, menos ainda no processo saúde – doença das doenças negligenciadas.

PERCURSO METODOLÓGICO

Inicialmente, realizar-se-ia uma pesquisa de Revisão Narrativa a partir de estudos pré-existentes que abordassem, ou pelo menos tangenciassem o viés dos determinantes das doenças negligenciadas. Esta Revisão Narrativa se materializaria em uma análise crítica, no último capítulo, de tabelas e gráficos elaborados no segundo capítulo após a busca com palavras-chave. Obviamente esta análise seria toda calcada em uma sólida fundamentação teórica construída nos subcapítulos do capítulo primeiro, junto à conceituação histórica do termo *Doenças Negligenciada*.

Entretanto, no formular da fundamentação teórica, observou-se a necessidade de se trabalhar e aprofundar em temas como Desenvolvimento na sociedade moderna, Determinantes Sociais em Saúde e Promoção da Saúde. Até este momento não havia embarreiramentos ainda para a realização da pesquisa, só uma leve necessidade de se aprofundar em temas que não eram esperados.

Então, ao chegar o momento de realização da pesquisa por trabalhos acadêmicos, o resultado foi muito aquém do que o esperado. Em outras palavras, pretendia-se construir gráficos e tabelas, realizar classificações e subclassificações dos artigos encontrados de acordo com o quanto a respeito dos determinantes das doenças negligenciadas fosse abordado por eles, mas não houve um número expressivo de resultados que abordassem as doenças negligenciadas com essa perspectiva para tal construção, uma vez que constaria uma série de tabelas e gráficos pobres de dados e limitada em sua análise prezando pelo mínimo.

O material que deveria preencher o segundo capítulo, fruto da busca realizada, resumiu-se ao seguinte quadro:

Quadro 1: Relação de Bases de Referências e Resultados de Recuperação de Referências.

Bases de Referências	Termos em Associação	Referências que abordavam a temática desejada	Referências que tangenciavam a temática abordada
LILACS	Doenças Negligenciadas , Determinantes	0	1
LILACS	Neglected Diseases, Determinants	0	0
PUBMED	Neglected Diseases, Determinants	3	0
SCOPOS	Doenças Negligenciadas , Determinantes	0	0
SCOPOS	Neglected Diseases, Determinants	0	0
PLoS	Doenças Negligenciadas , Determinantes	0	0
PLoS	Neglected Diseases, Determinants	0	0

Fonte: autor

Após análise preliminar do material recuperado das bases indicadas no Quadro 1, entendeu-se que esta abordagem metodológica não seria adequada, ou suficiente, para se tangenciar o objeto do modo esperado. Como saída, optou-se por se estabelecer uma articulação, entre as duas linhas argumentativas que já estavam sendo delineadas

(Desenvolvimento e Determinantes Sociais em Saúde), organizadas em torno de duas questões norteadoras: a) como essas duas áreas articulam o amadurecimento de seus conceitos e discussões? b) como que essas ideias podem influir no panorama atual das doenças negligenciadas?

Desta forma, entende-se não se perder o Objetivo Geral antes estabelecido no projeto de qualificação do TCC, apenas se reconfigura o meio pelo qual se vai atingi-lo. Vale sinalizar que o percurso metodológico descrito nesta seção se aproxima de vários trabalhos cujo referencial teórico se ancora no campo das Ciências Sociais em Saúde que assumem uma metodologia qualitativa, de cunho interpretativo (Minayo, 2010).

Por fim, explicitam-se as “mudanças de rumo” deste trabalho no quadro a seguir.

Quadro 2: Distinções entre objetivos da pesquisa no momento da qualificação e à época da defesa

- Na qualificação do projeto -	- No momento da defesa -
<p>Objetivo Geral</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer um panorama acerca da discussão das causas da negligência de determinadas doenças. 	<p>Objetivo Geral</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer um panorama acerca da discussão das causas da negligência de determinadas doenças.
<p>Objetivos Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mapear e estudar diferentes autores a fim de encontrar possíveis padrões nas reflexões sobre as causas da negligência das doenças em diferentes continentes. • Identificar ideias comuns e/ou díspares. • Analisar, comparar e dialogar com suas ideias a respeito dos fatores determinantes para que as doenças sejam negligenciadas. 	<p>Objetivos Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conceituar historicamente doenças negligenciadas. • Tratar da historicidade dos Determinantes Sociais em Saúde. • Abordar a ideia de desenvolvimento (em Florestan Fernandes) e sua ligação com a Pesquisa voltada para doenças negligenciadas. • Articular a evolução do DSS com a noção de Desenvolvimento. • Identificar os possíveis reflexos para o panorama atual das doenças negligenciadas dessa evolução e articulação.

Fonte: autor

1.0 DOENÇAS NEGLIGENCIADAS: CONCEITUAÇÃO HISTÓRICA E SUAS IMPLICAÇÕES

O termo Doenças Negligenciadas é um tanto quanto controverso e recente. Foi cunhado pela Fundação Rockefeller em seu programa *The Great Neglected Diseases of Mankind*¹, lançado na década de 1970 e coordenado pelo professor Kenneth Warren. Trazia a ideia central de que as doenças negligenciadas eram aquelas com poucos, ou nenhum, fármaco para tratamento e que eram constituídas, principalmente, de doenças que acometiam os países periféricos².

O grande salto com relação ao termo após sua criação foi em 2001. Até lá, existiam expressões e definições que tangenciavam o sentido de doenças negligenciadas, mas que traziam consigo uma conotação pejorativa e preconceituosa como, por exemplo, *Doenças Tropicais*: esse tipo de denominação era limitada, por ser calcada primordialmente em fatores biológicos e geográficos, não se levando em conta a faceta social do problema. Mesmo em meio, ainda, a um resquício dessas tendências, a ONG internacional *Médicos Sem Fronteiras* (MSF) inicia a distinção entre as doenças negligenciadas e as *mais negligenciadas*³, isto é, doenças que possuem poucos investimentos em P&D e danosos medicamentos, e as que não recebem nenhum tipo, ou quase nenhum, investimento em P&D (Pesquisa e Desenvolvimento) respectivamente.

Tal proposta de diferenciação foi emitida juntamente com o documento feito pela organização nomeado *Fatal Imbalance*⁴. Este recebe tal nome, pois, segundo o próprio documento aborda o desequilíbrio entre as necessidades e a disponibilidade de

¹ As Grandes Doenças Negligenciadas da Humanidade. (tradução nossa)

² Neste momento, adotou-se a nomenclatura de Central e Periférico para classificar os países. Embora saiba-se que existem diversas outras, e que cada uma pode expressar determinadas tendências ou correntes teóricas, utilizar-se-ão neste trabalho as nomenclaturas indistintamente. Seu uso corresponderá àquele dos autores referenciados, caso adotem alguma especificação quanto a elas.

³ O termo usado no *Fatal Imbalance* é *Most Neglected Diseases*, mas é possível encontrar publicações em português com os termos *Mais Negligenciadas* e *Extremamente Negligenciadas*, com a mesma conotação.

⁴ Desequilíbrio Fatal. (tradução nossa)

medicamentos das pessoas nos países *em desenvolvimento* (termo utilizado pela MSF), que correspondem a cerca de 80% da população mundial e apenas a 20% do consumo de medicamento em todo o mundo. E, portanto, “For these people, the imbalance between their needs and the availability of medicines is fatal.”⁵ (MSF, 2001, p.8).

Neste documento, pode-se notar que o principal meio de avaliação do quanto negligenciada uma doença pode ser, é o investimento de capital em P&D, especialmente do capital privado. Isto fica claro na Tabela 1, retirada do documento da MSF, pois de um lado tem-se uma lista de doenças e dos outros diferentes níveis das pesquisas por drogas para estas doenças, além de uma atenção especial ao gasto com P&D que recebe uma coluna fechada, isolada das outras. Os números em cada linha/coluna representam a quantidade de empresas que atuam na classificação da linha/coluna de um total de onze empresas. Vale ressaltar que não há classificações no sentido de uma ação contextualizada com o ambiente e cultura, nem sequer algo que tangencie isto; apenas as divisões desenvolvimento de drogas somente do ponto de vista biológico e o econômico materializados, respectivamente, no estágio de pesquisa de drogas e na quantidade de empresas que investem em P&D.

Tabela 1: Número de companhias (das onze respondentes) com pesquisa e desenvolvimento ativos focando nas drogas para doenças negligenciadas.

⁵ Para estas pessoas, o desequilíbrio entre suas necessidades e a disponibilidade de medicamentos é fatal. (tradução nossa)

Número de companhias (das onze respondentes) com pesquisa e desenvolvimento ativos focando nas drogas para doenças negligenciadas

Doença	Gasto em P&D	Triagem	Desenvolvimento pré-clínico ou clínico	Produtos para o mercado nos últimos cinco anos
Doença do Sono	0	0	0	0
Doença de Chagas	1	0	1	0
Leishmaniose	1	0	1	0
Malária	2	1	2	2
Tuberculose	5	4	3	1
Outras doenças infecciosas (incluindo as doenças virais, bacterianas e fúngicas)	9	N/A	8	6

Metodologia : A pesquisa foi enviada para o e CEOs/ou Diretores de Pesquisa, de 20 companhias farmacêuticas na Europa, Japão e nos EUA. O questionário perguntou sobre recursos globais dedicados a doenças infecciosas, e recursos específicos dedicados a determinadas doenças negligenciadas. A pesquisa afirmou que nomes individuais das empresas não seriam revelados ao relatar os resultados. Os resultados contaram com o auto-relato e os relatórios não foram validados de forma independente. Fonte: (MSF, 2001, p.12, tradução nossa.)

Logo após tal classificação, inspirada também pelas “Metas do Milênio” que incluem, dentre outras oito, o compromisso de combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças, a Organização Mundial da Saúde (OMS) incorporou outra classificação de doença no Relatório da Comissão sobre Macroeconomia e Saúde em dezembro de 2001:

Tipo I, corresponde às doenças globais. Tipo II, corresponde às doenças negligenciadas. E Tipo III, que corresponde às doenças extremamente negligenciadas. (OMS, 2001, p.78)

Entretanto, tais classificações podem ser consideradas limitadas no que concerne à compreensão do processo saúde-doença enquanto um processo complexo, ampliado e compreensão mutável ao longo do tempo. Isto porque, esta classificação oriunda da MSF pode ser entendida como carregada de um âmbito “confusamente humanitário misturado com forte presença de uma análise economicista.” (CARVALHEIRO, 2008, p.7)

Carvalho (2008, p.7-8) também alerta a respeito das mensurações mais gerais da gravidade das situações de saúde, presentes nessa e em outras análises recentes. A

partir dessa forma de análise, a maneira mais comum de assinalar a gravidade de uma situação de saúde seria medir as perdas e, implicitamente, associá-las ao grau de desenvolvimento. Um exemplo desse tipo de análise são os DAILYs (dias de vida útil perdidos), amplamente utilizados por organismos internacionais, como a OMS, expressando o conceito da “carga de doenças” que gradualmente está substituindo os indicadores de saúde mais usuais.

Sendo assim, tem-se uma visão generalizada de que as doenças, inclusive e principalmente, as negligenciadas e mais negligenciadas, podem ser solucionadas com investimentos econômicos em P&D. O que direciona a conclusão de que é preciso desenvolver-se, tal como os países que consomem 80% da produção de medicamentos e possuem apenas 20% da população mundial, para sanar tais doenças.

O problema em aceitar tal conclusão está no fato de o processo saúde-doença não ser igual em lugares diferentes. Por mais que se trate de uma mesma doença, teremos determinantes sociais e de saúde que propiciarão esta ou aquela manifestação da mesma. Portanto, as soluções deverão seguir tais especificidades, não descartando a importância dos investimentos econômicos em P&D. O que se defende aqui, porém, é que não se deve ignorar a complexidade, amplitude e especificidade de cada região.

Vale ressaltar ainda na apresentação histórica do termo, um esforço de sete organizações de diferentes países, sendo cinco públicas e duas privadas, na produção de P&D para Doenças Negligenciadas. Com a gratificação do prêmio Nobel da Paz de 1999 recebido pela MSF, surge a DNDi (Drugs for Neglected Disease initiative)⁶, composta pela Fundação Oswaldo Cruz, do Brasil, o Conselho Indiano de Pesquisa Médica da Índia, o Instituto de Pesquisas Médicas do Quênia, o Ministério da Saúde da Malásia e o Instituto Pasteur da França – Médicos sem Fronteiras (MSF); e o Programa Especial para Pesquisa e Treinamento em Doenças Tropicais (TDR) do PNUD, tendo o Banco Mundial - OMS como observador constante.(DNDI, 2010)

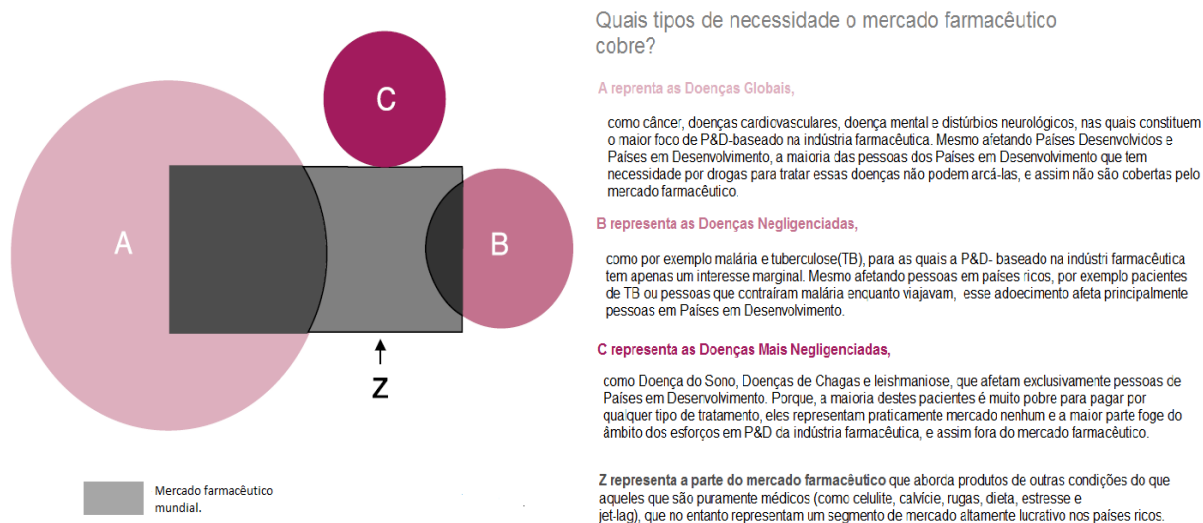
Esta iniciativa também trabalha em cima da linha de que as doenças negligenciadas resultam da falta de investimentos em P&D, mas ressaltando essa falta de investimento pelo setor privado, tal como uma negligência, no sentido clássico da palavra, por parte das indústrias farmacêuticas. Em outras palavras, o setor internacional industrial

⁶ Iniciativa Medicamentos para Doenças Negligenciadas. (tradução nossa)

farmacêutico estaria se eximindo da produção de fármacos nesse determinado espectro de doenças, deixando de se aplicarem a elas por buscarem produção para doenças que forneçam maiores lucros.

O Gráfico 1 abaixo, elaborado pela MSF, aponta de forma diagramada o “grau” de demanda das doenças globais, das doenças negligenciadas e das doenças mais negligenciadas e o quanto dessa demanda é coberto por parte do setor privado em nível de P&D e na produção de fármacos para abastecimento no âmbito mundial. Analisando o Gráfico 1, percebe-se foco no setor privado, e em sua vacância com relação à atuação no campo das doenças negligenciadas. Entretanto, parece que esta atuação é mensurada exclusivamente pela pesquisa em P&D, pois não se vê na legenda nenhuma frase que dê a entender que o setor farmacêutico não esteja cobrindo necessidades oriundas de iniquidades sociais em saúde, ou qualquer esforço nesse sentido.

Gráfico 1: Quais tipos de necessidade o mercado farmacêutico cobre?



Fonte: (MSF, 2001, p.11, tradução nossa)

Embora progressista, no sentido de que rompe com a ideia de doença negligenciada até então estabelecida, pois ressalta a grande parcela de responsabilidade do setor privado pelo estado de calamidade das doenças negligenciadas e mais negligenciadas em prol de sua lucratividade, tal crítica, e conseqüentemente as soluções oriundas delas, ainda se mostram limitadas quanto à efetividade no processo saúde-doença devido às suas complexas implicações, como já aqui afirmado.

2.0 Considerações acerca de doenças serem negligenciadas em determinados locais: da historicidade dos Determinantes Sociais de Saúde

Com a multifatorialidade do processo saúde-doença chega-se a um problema a respeito da classificação de quais doenças são negligenciadas. Exatamente pela especificidade de cada local, têm-se doenças que serão negligenciadas, ou até extremamente negligenciadas, e outras não, podendo, obviamente, existir interseções; mas nunca congruências de casos.

Isto por que a doença não é causada e disseminada, exclusivamente, devido à existência de um patógeno e/ou um vetor, mas produzida socialmente na medida em que as relações sócias de poder e de classe influem na distribuição de renda serviços e uma série de fatores que proporcionam, ou não, a saúde das populações. Sendo assim, têm-se formas de sociedades que propiciarão mais ou menos condições de saúde, de acordo com suas condições sociais. (BARATA, 2009)

Essas condições sociais, econômicas e culturais podem ser entendidas como Determinantes Sociais de Saúde (DSS). Tal termo passou a receber maior atenção, no âmbito nacional, a partir de março de 2006, com a criação da Comissão Nacional de Determinantes Sociais de Saúde (CNDSS). Embora a discussão a cerca do tema, ou de algo próximo, date desde meados do século XIX.

Tal discussão se inicia com os que podem ser considerados principais “precursores” do que hoje é chamado de DSS. Autores e publicações como Chadwick (1842) ; Villermé (1840) e Engels (1848) iniciam a direcionar o olhar das ciências da saúde para as condições de vida e trabalho das populações. (BUSS ; PELEGRINI FILHO, 2007)

Entretanto, esta abordagem da saúde ou do processo saúde-doença não é, e nunca foi, hegemônica. Sendo assim, há uma constante alternância de qual, ou quais, tendências guiam as estratégias que afetam às condições de vida das populações, e estas tendências vêm carregadas de um teor ideológico e interpretativo da realidade muito grande.

Por exemplo, ainda no século XIX, tem-se em suas últimas décadas um processo de afirmação de “um novo paradigma de explicação do processo saúde-doença” (BUSS; PELEGRINI FILHO, 2007) com as enormes contribuições à bacteriologia feitas por Pasteur e Koch. A partir daí o modelo de saúde com enfoque na microbiologia ganhou muita força no meio acadêmico, resultando no início do século XX, na criação da primeira escola de saúde pública do Estados Unidos, financiada pela fundação Rockefeller, e estabelecida, após muito debate sobre qual modelo seguir, na Universidade Johns Hopkins; o que caracterizou o prevalecimento do modelo com enfoque microbiológico devido às tradições da Johns Hopkins nessa linha.

Essas tensões se estabelecem e são facilmente identificadas quando, por exemplo, em 1948 a OMS é fundada e traz a ideia de saúde como bem-estar físico, mental e social em detrimento da mera ausência de doença. Todavia, na década de 50, com a erradicação da varíola o modelo biomédico volta a ganhar bastante força, o que resulta em um empenho no combate focado e específico às doenças. Além de certa exaltação da vacinação, pois “uma vez que já se erradicou uma, por que não erradicar outras?”

Ainda nesse contexto de “disputa” de modelos explicativos de saúde, na década de 1970/80 surge o conceito de *Promoção da Saúde*. Oriundo das divisões de Leavell e Clark do processo saúde-doença, a promoção da saúde corresponderia à classificação homônima, porém com um sentido mais amplo, de forma a abranger questões individuais (decisões do indivíduo para garantir sua saúde) e ações visando o coletivo. (BUSS, 2003, p.18-21)

Este conceito, *Promoção da Saúde*, sofre uma série de transformações ao longo dos anos, especialmente nas conferências internacionais, cujos marcos históricos para o tema costuma considerar-se apenas as conferências de Ottawa, 1986; Adelaide, 1988; Sundsväl, 1991, Jakarta, 1997 e México, 2000. Em linhas, gerais pode-se perceber a alguns eixos que estarão alicerçando a ideia passada pela promoção da saúde nessa sua breve história, adaptada do trabalho de Paulo Buss (2003):

- Importância das ações individuais em prol próprio e do coletivo para que a saúde da comunidade melhore como um todo. Ações estas que estão ligadas ao conceito de empoderamento, o *Empowerment*, comunitário e, especialmente, individual, ou seja, há uma ideia de fortalecimento das medidas de educação em saúde e consciência

política com base na aquisição de conhecimentos, e esse processo deveria se dar em casa, no trabalho, na escola, em linhas gerais, em todo e quaisquer ambientes coletivos.

- A multiresponsabilização, isto é, o entendimento da saúde como setor híbrido e difuso o que necessariamente implica em ações conjuntas dos órgãos governamentais, de forma a estabelecer uma intersectorialidade nas 'políticas de públicas saudáveis'.
- A importância central do território/ambiente onde habitam as populações, suas condições e o efeito dessas condições físicas, políticas, sociais e culturais nos indivíduos.
- O caráter amplo e generalista das conclusões, repletas de termos vagos ('Políticas públicas saudáveis', 'ambientes favoráveis à saúde', 'empoderamento comunitário', etc.) que expressam pouco ou nenhum caráter prático e de intervenção.(BUSS, 2003, p.23-32)

De uma forma ou de outra, tais pontos aparecem em quase todas as conferências e vão se aprimorando, mas nem sempre com um caráter satisfatório. A noção quase pejorativa de que é possível fomentar a aquisição de conhecimento, informação e consciência política por meio de políticas públicas e educação, praticamente o teor prático do aprendizado e as experiências anteriores dos indivíduos e das populações são ignorados, como uma se fossem uma "tábula rasa". Além de ser uma maneira de culpabilizar o indivíduo por sua doença, e em certa instância relegar o Estado de sua função.

Tinha-se um cenário aparentemente favorável para as teorias sociais da saúde, mas que convergia com as teorias e tendências da economia de mercado. Embora a *Promoção da Saúde* represente um fortalecimento da visão não-medicalista do processo saúde-doença, os alicerces desta se desenvolvem em um contexto explícito de ascensão das ideias neoliberais nas principais potências do mundo, deixando clara, em certa instância, as suas tendências.

Isto fica bem evidente com as palavras de Mattos (2001), em que traça uma linha de evolução de diversas agências internacionais e um alinhamento destas com as (re)

configurações acontecidas no cenário político e econômico mundial, além da influência de algumas delas, em específico, nas tomadas de decisões sobre diretrizes de políticas públicas de saúde dos governos de países, chamados pelo autor de *em desenvolvimento*. Segundo ele, essa influência se dava através do constante impulsionamento, podendo ser entendido até como uma pressão, dos países desenvolvidos, que em geral estavam à frente dessas organizações, e despejavam sem pudor as “ideias míticas” de desenvolvimento.

Tais emulsionamentos se davam através de relatórios anuais, discursos bem engendrados de grandes líderes, e adquiriam caráter de pressão quando se davam pela oferta de empréstimos facilitados e condicionados à incorporação de determinadas políticas econômicas pelos governos. Tais políticas afetavam o fomento à pesquisa, investimentos em educação, saúde, etc. Tratando especificamente desse tipo de pressão na década de 1990, Mattos demonstra o quão aparente era o alinhamento político-ideológico e econômico com as ideias neoliberais e quão perversas eram as utopias de desenvolvimento passadas por esses organismos internacionais.(MATTOS, 2001)

O autor mostra que se, por um lado, tais tendências iam ao encontro do neoliberalismo e da megalomania desenvolvimentista dos últimos vinte anos do século XX, por outro também iam ao encontro às Metas do Milênio, que ainda de uma forma tímida, apontavam para o caráter múltiplo e social da doença. Nesse sentido, a *Promoção da Saúde* também propicia o terreno para a discussão dos determinantes sociais de saúde, que já eram tangenciados dois séculos atrás, mas que se tornam mais próximos nessa “evolução” de conceitos.

Assim, após as proporções tomadas pelo tema no meio acadêmico, surge a CDSS, novo órgão da OMS que desde 2000 existe no intuito de, pelo menos em tese, estudar a doença a partir de suas muitas causas sociais, identificando-as e traçando diretrizes de ação em conjunto com os países, suas organizações de saúde e em certa medida com suas populações. Com o destaque do tema no campo da saúde, criou-se a organização homônima à da OMS para estudos de DSS no Brasil em 2006. Entretanto, tais feitos não representam necessariamente um avanço na compreensão do processo saúde-doença, menos ainda o fim para a antiga alternância de modelos explicativos de saúde-doença. Esta parece ser apenas mais uma expressão de uma queda de braço que se

estende a um tempo considerável e que agora se torna mais difusa, pela permeação de ideias que contradizem com a proposta central de um dos modelos em “disputa”.

Recentemente, foram feitas duras críticas, por Jaime Breilh, Cristina Laurell e pesquisadores da ALAMES que defendem a interpretação social da doença às decisões e posicionamentos da Comissão Internacional de Determinantes Sociais em Saúde, especificamente frente às resoluções da Conferência Mundial de Determinantes Sociais em Saúde, realizada em outubro de 2001. Tais críticas marcavam posição a respeito de a CDSS e a Conferência estarem tomando um caráter pouco práticos e de não estarem contribuindo com o que se propuseram a fazer em relatórios e documentos por elas mesmas elaboradas.

Breilh (2010) diz em entrevista que nesta Conferência de 2011 trabalhou-se com os efeitos, e não com os determinantes e que esta abordagem seria fruto de uma adoção de conceito de determinantes sociais em saúde pela CDSS/OMS. A instituição teria desconsiderado trinta anos de trabalho pioneiro da epidemiologia crítica latino-americana na determinação social da saúde, optando pela adoção de um conceito que, aos olhos de Breilh, podem ser entendidos como uma expansão da causalidade. Portanto, estariam trabalhando de forma a encontrar “causa da causa” quando, na realidade, buscava-se os “fatores causadores” e não os “processos históricos que geram problemas de saúde coletiva”.

Junto a isso, a ALAMES já havia, dois anos antes, iniciado pontuações semelhantes sobre os rumos que os determinantes sociais em saúde estão tomando a partir da resolução de um documento da CDSS/OMS. Dentre os tópicos por eles elencados, expõe-se basicamente duas questões: primeira, o fechamento de olhos para a questão global do avanço neoliberal e a incompatibilidade de *reais* reduções das desigualdades sociais na concomitância desse modelo. E segunda, a falta de resoluções viáveis, que não sejam descontextualizadas e que não fragmentem a realidade, de forma a cair em um abstracionismo de diretrizes que tenta agir sobre os problemas simplificando-os. (ARELLANO ET AL, 2008, p.326-330)

Com esses apontamentos, fica evidente que a discussão de determinantes sociais em saúde é um avanço e que, embora esteja faltando aplicações concretas a partir delas, está

chegando a uma percepção mais consistente de seus problemas, o que possibilita um amadurecimento geral da compreensão de determinantes sociais em saúde. Entretanto, ainda há heranças do conceito anterior a ele (*Promoção da Saúde*), heranças essas que relegam questões importantes a serem tratadas pelos determinantes sociais em saúde. É nesse sentido que o amadurecimento dessas ideias estão se dando e se devem dar. Não buscando esquecer e apagar a *Promoção da Saúde*, como um miasma que deve ser eliminado, mas como uma medida que deve ser vista de forma integrada e subjacente à atuação com foco nas ações coletivas que hajam sobre os processos históricos geradores de problemas de saúde para a população.(BREILH, 2010)

Por fim, ressalta-se que a opção por apresentar momentos de ascensão e baixa de um entendimento ou outro do processo saúde-doença, de certa forma aqui apresentados pelos termos “modelo biomédico” e “modelo que leva em conta os fatores sociais”, esta não é uma tentativa maniqueísta de entendimento dos acontecimentos nem das teorias da saúde. Pelo contrário, entende-se a partir de uma perspectiva dialética a relação de forças inegável e concreta entre um “modelo” e outro.

Em outras palavras, o tensionamento entre modelos existe, mas entende-se que conforme eles se contrapõe, eles se permeiam, pois os avanços ora de um, ora de outro vão ser resultantes da análise do avanço anterior. Além do caráter irreversível do progresso (bio) tecnológico e científico em geral, que pede um reequilíbrio e não um retrocesso. (LEFEVRE; LEFEVRE, 2007, p.19)

3.0 P&D: pesquisa para qual desenvolvimento?

Como dito, a categorização de doenças a partir do nível de investimentos em P&D está em voga entre os organismos internacionais. Todavia, é interessante que se pense na realização de pesquisas. Mas *para qual* desenvolvimento está se falando?

Como aqui exposto, há uma série de fatores construídos política, cultural e socialmente que influem mais ou menos no processo saúde-doença. Sendo assim, as políticas públicas, especialmente as de saúde, não se devem restringir apenas ao fomento de pesquisa. A expansão da aceitação dessa premissa ou mesmo a supervalorização dela

por parte dos governos é preocupante, uma vez que se elevam, para primeiro plano, ações que propiciam o estabelecimento de práticas medicalistas na saúde pública.

Como mais recente exemplo existe a DNDi, que vem produzindo medicamentos para doenças negligenciadas, porém sua tentativa de combate a elas foca, prioritariamente, na elaboração de pesquisas para produção de drogas. Pode-se entender que esta é uma perspectiva puramente curativista, mantendo a ocorrência de casos como os relatados por Pontes (2009), de pessoas que contraíram malária mais de uma dezena de vezes por falta de uma ação dos órgãos de saúde que fosse voltada para o ambiente, visando a cultura local, etc. Enfim, visando uma ação não descontextualizada da realidade local e que agisse sobre as causas e não somente sobre os efeitos dos problemas.

Além de não solucionar, este tipo de investimento, puro e simplesmente, corrobora com o que está implícito, ou não, no discurso de grandes organizações internacionais. Discurso esse que legitima a necessidade de se desenvolver tal como os países centrais para que se melhore as condições de saúde. Para abordar esta temática, é necessário justificar algumas escolhas feitas neste trabalho sobre os referenciais teóricos e o material selecionado que orientam sua análise.

Optou-se como referência dessa exaltação da P&D como solução dos problemas de saúde o documento da Médicos Sem Fronteira, Fatal Imbalance. Por retratar de maneira eficaz a questão, trazendo uma ligação direta dela com as doenças negligenciadas.

Esclarecido este ponto, ressalta-se que ao falar de P&D o documento em questão não estabelece nenhum conceito específico de desenvolvimento para suas ideias, portanto, dada esta vacância, trabalhar-se-á com a ideia de desenvolvimento atrelada aos organismos internacionais nas últimas décadas, aqui representados pela Comissão de Macroeconomia e Saúde da OMS, mais especificamente em seu relatório de dezembro de 2001 que traz uma convergência de tendências com as apresentadas no documento da Médicos Sem Fronteiras.

Rivero (2002) comenta o incentivo de organizações internacionais nas últimas décadas para que se atinja padrões de consumo e níveis de vida tal como os países centrais. Entretanto, alerta que a concepção de desenvolvimento atrelada necessariamente a padrões de consumo é equivocada, chegando a compará-las a um mito.

Para entender essa questão à luz de uma análise crítica utilizar-se-á Florestan Fernandes, por sua profícua contribuição para a análise do (sub) desenvolvimento nas sociedades classistas, especificamente o Brasil. O autor fala do desenvolvimento em *Sociedade de Classes e Subdesenvolvimento* (1968), que se deu nas economias capitalistas modernas, que basicamente passaram pelos estágios apresentados a seguir.

No de economias *Subcapitalistas*, seria a fase onde a atividade comercial está cada vez maior, propiciando um acúmulo de capital e por sua vez a atividade industrial, junto a isso se tem a reconfiguração da ordem social com classes distintas e antagônicas em processo, sem a existência de classes bem definidas ainda, além do início da inserção no contexto econômico global. Todos esses pontos, em maior ou menor grau, proporcionaram um fortalecimento do mercado interno, possivelmente colonial, e externo legitimando uma economia de consumo que será controlada de fora e, assim, encaminhando-se para o segundo estágio; *Capitalismo Dependente*.

Neste estágio, as relações de poder ainda são de grande submissão entre as nações, sendo as submissas inseridas no contexto global enquanto reprodutoras do capital excedente das economias centrais que as necessitam para garantir a continuidade de seus mercados, reprodução essa que só será possível com a articulação do mercado externo e interno com o auxílio de uma pequena elite nacional que absorverá parte do excedente econômico para a reaplicação em uma pequena porção do mercado interno, a porção mais moderna e garantirá a saída desse excedente para os países já desenvolvidos. Estes, por sua vez, reaplicarão parte de seus excedentes nas economias capitalistas dependentes para que continuem reproduzindo seu capital.

Para que um país mude essa situação, somente com o árduo reestabelecimento de uma série de fatores, que vão desde a estruturação de bancos e indústrias até o crescimento demográfico populacional. Fernandes aponta que, para se ultrapassar este quadro, é primordial, dentre diversos fatores, uma mudança da escolha social, pois, para se atingir determinado nível só foi possível graças a determinadas escolhas sociais que por outro lado são reflexos da história peculiar de colonização e importações ideológicas de cada região, no caso o Brasil, dessa forma trazendo grande ênfase para o caráter popular para se chegar a chamada fase do *Capitalismo Integrado*.

Nesse período o estado-nação se vê integrado à economia global numa relação de igualdade com as demais potências mundiais, agora do outro “lado da moeda”,

reproduzindo seu excedente em outras economias dependentes. Entretanto, no que concerne aos estados-nação que passaram por um processo de colonização e imperialismo, esse processo se dá de maneira diferenciada, e Florestan fala de uma dificuldade quase intransponível de se passar do segundo para o terceiro estágio para as economias com uma história de exploração por parte de colonizadores, gerando o que ele chama de *Dependência Permanente*.

A *Dependência Permanente* de Florestan (1968) se caracteriza sumariamente em dois âmbitos, o interno e o externo. No primeiro, há conjugação da produção por meios modernos, minoria, e arcaicos, maioria. Essa conjugação se dá na medida em que o setor moderno necessita do arcaico para se desenvolver minimamente uma vez que a maior parte dos excedentes e da mão de obra são oriundos da produção arcaica. No segundo, como já antes colocado, os países dependentes são colocados em uma condição de meros reprodutores do capital excedente dos países desenvolvidos, retendo apenas uma ínfima porcentagem desses lucros que se concentram nas elites nacionais e em geral são reaplicados na produção moderna, juntamente com os ganhos da produção arcaica ou atrasada. (OLIVEIRA; VAZQUEZ, 2010, p.150-151)

Este estado de dependência permanente se agrava pois, além do longo período de exploração *escancarada* por parte de nações ricas no período colonial que impede ou minimiza a fase de acumulação primitiva, há posteriormente o desenvolvimento industrial e até agrário que se dá com base no capital externo, seja por empréstimos externos, seja pela aplicação exacerbada de capital estrangeiro gerando uma subjugação econômica que transporta grande parte do que se ganha com a produção para fora do país. Ele termina a explicação dessa linha de transição ressaltando a necessidade de expansão das economias integradas para manter seu crescimento tal como lhes é demandado pelo mercado e, por conseguinte, a necessidade da existência de economias dependentes. (FERNANDES, 1968)

Entretanto, este ponto final não é novidade nas análises de desenvolvimento do capitalismo moderno: Vladimir Lênin em 1916 demonstrou como o capitalismo industrial avança para o monopolista e como esse crescimento chega a um limite local. Surgindo a necessidade de mercados e matérias primas, em um primeiro momento tais demandas propiciaram a expansão imperialista dos países centrais no século XX. (LÊNIN, 1916).

Neste ponto, ambos os autores, cada qual em seu momento, deixam claro que a *necessidade megalomaniaca* de desenvolvimento nas sociedades capitalistas é prejudicial e inerente a este sistema produtivo. Afetando a população dos estados-nações e dividindo o mundo, sumariamente, em economias que possuem excedentes de capital para reproduzi-los e economias que funcionam como grandes reprodutoras de capital externo. Dessa forma, pode-se questionar a viabilidade da crença em um desenvolvimento pleno dos estados-nações calcados nessa concepção capitalista moderna.

A partir dessa breve explanação acerca da estruturação do capitalismo na sociedade moderna, pode-se depreender que os organismos internacionais vêm interpretando o *desenvolvimento* como o conjunto de medidas e transformações socioeconômicas e culturais que dirigem o estado-nação e sua economia ao contexto mundial de forma integrada às demais economias centrais em um mesmo patamar em termos de produção, padrões de consumo e condições de vida, pelo menos para uma parte da população.

Nessa lógica, pesquisas e desenvolvimento (sejam na área da saúde, educação, industrial, comércio, etc.) impulsionam, ainda que implicitamente, uma progressão de economia que tanto Lênin, quanto Fernandes e até Rivero demonstram e afirmam ser impossível de coexistir para todos os estados-nações seja por fatores ecológicos ou socioeconômicos, o que acarreta na manutenção das desigualdades sociais e da divisão em classes. Além da inviabilidade ao nível socioeconômico e natural mundial, depara-se também com a inviabilidade intrínseca ao estado-nação e às suas políticas nessa lógica de desenvolvimento.

Breilh (2011) cita o exemplo dos países que tentam diminuir as iniquidades sociais e as diferenças acentuadas de renda através de programas sociais. Entretanto, ao buscarem capital para tais projetos, se utilizam da exploração natural com intermédio de transnacionais mineradoras, da agroindústria, etc. E estes agentes, com sua atuação desmedida e pouco regulada pelos Estados, propiciam o agravamento dos fatores que se quer combater com os recursos adquiridos.

Especificamente no âmbito das doenças negligenciadas teremos uma proposta que não comporta as especificidades locais, a influência do ambiente, os acontecimentos sociais e políticos. Em outras palavras, tem-se o foco na criação de drogas para cura, sem

desenvolver estratégias de atuação em algo que já é tratado desde o final do século XIX, a prevenção e a ação contextualizada no ambiente e cultura em que a doença se manifesta, a ação não só no âmbito biomédico da doença, mas também no âmbito social onde ela se constrói e se reproduz.

A DNDi é o projeto de cooperação internacional mais expressivo atualmente na área das doenças negligenciadas, e não diferente é a sua abordagem nas pesquisas. Logram-se as conquistas por novos medicamentos nos últimos anos como uma panaceia das doenças que antes não os tinham como recurso de tratamento. Todavia, estas ainda continuam sem um plano estratégico de ação e prevenção. E quando se fala em prevenção, não se restringe a vacinas, campanhas e atenção primária: referencia-se a um sentido mais amplo de prevenção como a ideia de Breilh, que compreende prevenção inclusive como fortalecimento de leis trabalhistas, leis ambientais, soberania alimentar das populações.

A elaboração de drogas é realmente algo que se deve trabalhar e é louvável o trabalho das instituições que por um motivo ou outro se empenham nisso, ainda mais na atual conjuntura de descaso do setor farmacêutico privado mundial. Entretanto, não se pode relevar a primordial necessidade da ação sobre a prevenção e o direcionamento das políticas públicas de saúde sobre os determinantes sociais de saúde de forma séria, comprometida e atuante de fato nos determinantes e não nos efeitos.

CONCLUSÃO

As doenças negligenciadas nos últimos anos vêm recebendo gradativa e paulatinamente mais atenção por parte dos governos. Esta atenção parece também se relacionar com a busca de panaceias para problemas sociais em números e laboratórios, por meio de pesquisas voltadas para o desenvolvimento.

Entretanto, a partir da análise aqui apresentada, as pesquisas em doenças negligenciadas que têm como premissa elevar o desenvolvimento na forma moderna do capitalismo não terão a atenção voltada para a saúde das populações *de fato*. Em seu lugar, terão *olhos de rapina* para os DALYs, para a produtividade que, não mais o cidadão, mas o doente deixa de ter e conseqüentemente de produzir “para o país”.

Essa configuração de pesquisa em doenças negligenciadas só foi possível graças ao alinhamento de uma forma de governo que se estruturou nas últimas 40 décadas com as políticas públicas de saúde e a evolução do conceito de Promoção da Saúde. Isto se deu no seio de uma organização internacional que faz parte do grupo de organizações afins que pressionaram, e ainda pressionam, governos de países periféricos para que se tomem medidas austeras na saúde, educação entre outras áreas das políticas públicas.

Em contraposição a tudo isso, surgem as teses de determinação social da saúde a partir da epidemiologia crítica latino-americana na década de 70 e 80 com nomes como Cristina Laurell, Jaime Breilh e Sérgio Arouca. Não surpreendentemente, todos os trabalhos e a bagagem acadêmica acerca da determinação social da saúde foram ignorados quando, quase trinta anos depois, a OMS decide trabalhar com esse conceito de maneira insípida e inodora.

No presente trabalho, entende-se este processo como um legado da Promoção da Saúde que ainda tem força não só no meio acadêmico, mas também nas discussões entre governos e organismos internacionais. Tanto o é que, na última conferência mundial de determinantes sociais em saúde, duras críticas quanto à falta de aplicação do que é falado há certo tempo em diretrizes e similares sobre o tema não ganham teor prático, nem tão pouco resultados satisfatório, e mais, remetem à questão de só trabalharem com os efeitos e poucas vezes com os determinantes (causas) de fato.

A ligação da procura pelo desenvolvimento nos últimos 40 anos já foi ressaltada com relação à pesquisa em desenvolvimento isolada. Vale agora ressaltar a ligação dessa busca tão mitificada pelos organismos internacionais e países centrais com a ascensão

da valorização do conceito que até hoje fragiliza os DSS. A Promoção da Saúde, como já apresentado, traz aspectos muito individualistas na concepção de prevenção, além de conceitos amplos que acabam por não abranger nada. Isso é fruto de um quadro real e aparente de individualização do ser e de uma demonstração de necessidade de abstenção de um Estado amparador. Em outras palavras, a virada neoliberal que se erguia frente às teorias da saúde não só se impôs, como ganhou terreno.

Por fim, reitera-se o impacto gritante no panorama atual das doenças negligenciadas, que numa primeira visão apresentam um quadro favorável, com algumas parcerias e diretrizes importantes sendo feitas pelos estados-nações. Porém, estas iniciativas não conseguirão atingir de fato a população que sofre com elas, enquanto as soluções forem descoladas da realidade e sem se repensar a *megalomania do desenvolvimento* que se instaurou em nossa sociedade e, concomitantemente, não se repensar a determinação social da doença, que ainda tem muito a evoluir e aperfeiçoar, mas que se discutida com olhar nas causas verdadeiras pode contribuir significativamente desde agora.

Referências

BUSS, Paulo Marchiori et. Al. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007.

CARVALHEIRO, José da Rocha. Epidemias em escala mundial e no Brasil. *Estudos avançados*. São Paulo, v.22,n. 64, Dec. 2008.

DNDi, Sobre a DNDi, 2010. Disponível em < <http://www.dndi.org.br/pt/sobre-a-dndi.html> >

FERNANDES, Florestan. *Sociedade de Classe e Subdesenvolvimento*. Biblioteca de Ciências Sociais. Rio de Janeiro. Zahar Editores. 1968.

LÊNIN, V. *Imperialismo, Fase Superior do Capitalismo*. Coleções Bases; 23. São Paulo. Editora Global. 6ª ed.1979.

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

MSF (Médicos Sem Fronteiras). *Fatal Imbalance: The Crisis in Research and Development for Drugs for Neglected Diseases*. Genebra, Set. 2001

OLIVEIRA, Giuliano C. ; VAZQUEZ, Daniel A. Florestan Fernandes e o capitalismo dependente: elementos para a interpretação do Brasil. *Oikos*. V.9, n.1. Rio de Janeiro. 2010.

RIVERO, Oswaldo de. *O Mito do Desenvolvimento*. Editora Vozes.2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Commission on Macroeconomics and Health: Investing in Health for economic development*. Genebra. WHO. 2001

BIBLIOGRAFIA

ABCT (Academia Brasileira de Ciências) Cord. SOUZA, Wanderley de. *Doenças Negligenciadas: estudos estratégicos*. ABCT.1 Ed. Rio de Janeiro 2010.

BARATA, Rita Barradas. *Como e Por Que As Desigualdades Sociais Fazem Mal À Saúde*. Coleção: Temas em Saúde. 22. ed. Ed. FIOCRUZ. Rio de Janeiro. 2009.

BUSS, Paulo Machiori. *Introdução ao Conceito da Promoção da Saúde*. In: _____; CZERESNIA, Dina (org.); BUSS, Paulo Machiori. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 1ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003, p. 15-38

BUSS, Paulo Marchiori et. Al. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007.

CZERESNIA, Dina. *O Conceito de Saúde e a Diferença Entre Prevenção e Promoção da Saúde*. In: _____ (org.); BUSS, Paulo Machiori. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 1ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003, p. 39-53

Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde. Doenças Negligenciadas: Estratégias do Ministério da Saúde. Ver. Saúde Pública 2010;44(1), Pág.200-202.

DRUGS FOR NEGLECTED DISEASES INICIATIVE, Políticas da DNDi. Disponível em <<http://www.dndi.org.br/pt/sobre-a-dndi/politicas-da-dndi.html>>

FERNANDES, Florestan. Sociedade de Classe e Subdesenvolvimento. Biblioteca de Ciências Sociais. Rio de Janeiro. Zahar Editores. 1968.

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana M. C. Saúde Como Negação da Negação: Uma Perspectiva Dialética. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2010.

MCT (Ministério da Ciência e Tecnologia). FINEP 2009: Inovação em Pauta 6: PONTES, Flávio. Saúde: Doenças negligenciadas ainda matam 1 milhão por ano no mundo. Disponível em: <http://www.finep.gov.br/imprensa/revista/edicao6/inovacao_em_pauta_6_doencas_negl.pdf>

OMS (Organização Mundial da Saúde). Investir na saúde: Resumo das conclusões da Comissão sobre Macroeconomia e Saúde. 2003

PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. Desenvolvimento E Crise No Brasil 1930-1983. 15. ed. Ed. Brasiliense. São Paulo. 1987.

SABROZA, P.C .LEAL, Maria Do Carmo . Saúde, Ambiente e Desenvolvimento: Alguns Conceitos Fundamentais. In: MARIA DO CARMO LEAL; _____; R H

RODRIGUEZ; PAULO MARCHIORI BUSS. (Org.). Saúde, Ambiente e Desenvolvimento. 1 ed. Rio de Janeiro: ABRASCO/HUCITEC, 1992, v. 1, p. 45-94.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Commission on Macroeconomics and Health: Investing in Health for economic development. Geneva. WHO. 2001