

- PARKER, R. Sexuality culture and society: shifting paradigms in sexuality research. *Culture, Health & Sexuality*, 1-15, 2008.
- PARKER, R. & AGGLETON, P. HIV and Aids related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Social Science & Medicine*, 57: 13-24, 2003.
- PENA, S. D. J. Razões para banir o conceito de raça da medicina brasileira. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 12(2): 321-346, 2005.
- STUBER, J.; MEYER, I. & LINK, B. Stigma, prejudice, discrimination and health. *Social Science & Medicine*, 67: 351-357, 2008.
- TEIXEIRA, R. R. Agenciamentos tecnossociológicos e produção de subjetividade: contribuição para o debate sobre a transição do sujeito na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(1): 49-61, 2001.
- VILLELA, W.; MONTEIRO, S. & VARGAS, E. A incorporação de novos temas e saberes nos estudos em saúde coletiva: o caso do uso da categoria gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*, (14): 997-1.006, 2009.
- WILLIAMS, D.; NEIGHBORS, H. & JACKSON, J. Racial/ethnic discrimination and health: findings from community studies. *American Journal of Public Health*, 93(2): 200-208, 2003.

Interseções entre Estigma, Preconceito e Discriminação na Saúde Pública Mundial¹

RICHARD PARKER

Ao longo das últimas duas décadas, tem se observado crescente interesse pela relação entre discriminação e saúde. Uma revisão exaustiva da literatura referente a esse tema em nível mundial seria impossível, devido ao número de trabalhos já publicados. Mas é importante tentar mapear algumas das mais importantes linhas de teorização e pesquisa empírica que têm caracterizado este campo de trabalho e identificar alguns dos principais achados que podem orientar as respostas programáticas ao sofrimento humano e aos desafios à saúde provocados pela discriminação.

Com isso em mente, neste texto vou me concentrar em três conjuntos principais de questões. Inicialmente, me deterei sobre a literatura recente examinando questões como o estigma, o preconceito e sua relação com a discriminação, bem como alguns dos principais resultados em saúde e doenças que têm sido relacionados com estigma, preconceito e discriminação. Em seguida, analisarei alguns dos trabalhos mais recentes (nos quais tenho estado engajado, junto com vários colegas) para repensar o estigma, o preconceito e a discriminação como processos sociais ligados de forma importante a estruturas mais amplas de poder e dominação. Destacarei

¹ Versão revista e ampliada do artigo "Stigma, prejudice and discrimination in global public health between", publicado em *Cadernos de Saúde Pública*, 28(1): 164-169, 2012. Tradução de Carla Vorsatz.

o trabalho que analisou a discriminação em relação à estrutura – em particular as desigualdades sociais estruturais na forma de violência estrutural que foram identificadas como principais determinantes sociais da saúde e da doença. Por fim, examinarei brevemente as maneiras pelas quais tanto o enfoque no estigma, no preconceito e na discriminação como o exame das desigualdades sociais subjacentes e da violência estrutural têm sido associados com o que acredito que possam ser as duas tendências recentes mais importantes no campo da saúde pública ou coletiva: o enfoque na saúde e direitos humanos e o enfoque na saúde e justiça social. Irei explorar o que entendo como as interconexões importantes entre essas duas tendências no futuro do campo, de modo mais abrangente. Mantendo-me fiel à tarefa que me foi atribuída pelos organizadores deste volume, me aterei à literatura internacional de pesquisa e aos debates internacionais relacionados com essas questões, embora haja muitos pontos de convergência (e talvez algumas diferenças importantes) entre a literatura internacional e a discussão de muitas delas na pesquisa e na análise realizadas no Brasil durante o referido período.

Estigma, Preconceito e Discriminação

O estigma, o preconceito e a discriminação têm sido um foco importante de atenção das pesquisas há décadas. O livro pioneiro de Erving Goffman sobre o estigma foi publicado pela primeira vez em 1963 e iniciou um debate sobre a natureza do estigma e da sua relação com a discriminação que tem crescido de forma constante nos últimos cinquenta anos (Goffman, 1963). Nesse debate examinou-se ampla variedade de temas, muitos dos quais foram enunciados na elaboração inicial de Erving Goffman. Temas como a desfiguração física e outras deficiências, doença mental, falta de moradia, homossexualidade e não conformidade de gênero, delinquência juvenil e uma série de outras questões associadas, de uma forma ou de outra, a experiências ou comportamentos não normais e não normativos foram pesquisados em diversas perspectivas disciplinares (Link & Phelan, 2001). O catálogo completo dos temas é muito variado, assim como as abordagens do estigma no âmbito de disciplinas que incluem a antropologia, a psicologia e a sociologia, bem como uma gama de áreas profissionais, tais como educação, saúde pública e assistência social. No entanto, é provavelmente justo afirmar que a maior parte da pesquisa realizada se concentrou no estigma relacionado a várias doenças (especialmente doença mental e infecção pelo HIV), tendo absorvido mais profundamente as abordagens da psicologia social. De fato, o surgimento da

epidemia de HIV/Aids na década de 1980 provavelmente foi um divisor de águas na pesquisa do estigma, que tem crescido ao longo das últimas três décadas à medida que os pesquisadores têm procurado compreender o estigma e a discriminação relacionados com o HIV/Aids, assim como lhe propor respostas.

A pesquisa sobre o preconceito e sua relação com a discriminação tem um horizonte histórico semelhante ao da pesquisa sobre o estigma. Suas origens são vistas como um pouco anteriores às do trabalho sobre o estigma, vinculadas à publicação, por Gordon Allport, de *The Nature of Prejudice* (A Natureza do Preconceito) em 1954, e se desenvolveu de muitas maneiras ao longo de um caminho relativamente distinto, paralelo à última parte do século XX. Durante grande parte desse tempo, o desenvolvimento da pesquisa sobre o preconceito e a discriminação, especialmente nos EUA (mas também em outros países, como o Brasil), parece ter sido motivado pela crescente preocupação social com a compreensão das questões relacionadas a raça e racismo e à necessidade de lhes apresentar respostas. De fato, assim como o trabalho sobre o estigma parece ter sido mais estreitamente associado às questões relacionadas com as condições de saúde, o trabalho sobre o preconceito tem sido amplamente definido por seu enfoque em raça e etnia, e em outras formas pelas quais a discriminação racial e étnica é movida pelo preconceito (Stuber, Meyer & Link, 2008). Como o trabalho sobre o estigma, o trabalho sobre o preconceito tem se desenvolvido em diferentes perspectivas disciplinares nas ciências sociais, bem como em disciplinas profissionais em evolução, apesar de a psicologia e a psicologia social terem, sem dúvida, desempenhado um papel especialmente importante no desenvolvimento dessa literatura (Phelan, Link & Dovidio, 2008). Mas, seja qual for o enquadramento disciplinar, o enfoque no preconceito e na discriminação em relação aos resultados na saúde, e em relação ao que foi descrito (sobretudo nos EUA) como disparidades na saúde, é de certa forma mais recente, tendo surgido de forma mais clara somente ao longo dos últimos dez a 15 anos (Stuber, Meyer & Link, 2008).

Em anos recentes, o enfoque em ambos, estigma e preconceito, tem contribuído para o crescimento de um importante trabalho sobre as consequências na saúde da discriminação sofrida, como resultado desses dois processos. Os efeitos do estigma têm sido explorados em relação às pessoas que vivem com, ou apresentam risco de HIV (Herek & Capitano, 1999), às que sofrem de doenças mentais (Link, 1987; Link, Castille & Stuber, 2008; Rosenfield, 1997; Yang & Kleinman, 2008) e aos sem teto (Phelan *et al.*, 1997). Surgiu, particularmente nos Estados Unidos, grande volume de trabalhos que procuram medir a experiência da discriminação (National Research Council, 2004; Williams & Williams-Morris,

2000). Em países como os Estados Unidos e a África do Sul, com uma longa história de discriminação racial intensa, a pesquisa foi realizada com o objetivo de compreender a diferença da experiência da discriminação racial e não racial “aguda” em comparação com a “crônica”, e suas repercussões em relação a uma gama de fatores de estresse e fatores psicológicos (como a desajustabilidade social, a autocrisia e o domínio pessoal) (Clark *et al.*, 1999; Williams *et al.*, 2008). Tanto o estigma como o preconceito relacionados à discriminação têm sido examinados em relação ao que Ian Meyer e colaboradores descrevem como “estresse de minoria” (Meyer, 2003a, 2003b; Meyer, Schwartz & Frost, 2008).

Embora grande parte desse trabalho tenha analisado as repercussões do preconceito, do estigma e da discriminação na saúde mental e psicológica, também tem havido um aumento significativo dos trabalhos sobre a violência relacionada a tais processos (Karlson & Nazroo, 2002; Huebner, Rehook & Kegeles, 2004; García-Moreno *et al.*, 2005; Krug *et al.*, 2002). Na medida em que esse enfoque dirigiu uma atenção crítica à documentação da ocorrência de discriminação e violação, crimes de ódio e consequências relacionadas à discriminação na saúde, em termos de indicadores de saúde, ele marca um dos desenvolvimentos mais importantes da pesquisa na área da saúde na última década. No entanto, ainda há muito a ser feito para transformar esse crescente conjunto de trabalhos em uma base de conhecimento que nos permita confrontar de forma mais eficaz essas consequências negativas mediante a elaboração de políticas, programas e intervenções mais eficazes de saúde pública e social, com o objetivo de apresentar respostas a essas questões.

Uma das principais consequências do fato de grande parte do trabalho realizado sobre preconceito, estigma e discriminação ter emergido de uma perspectiva enraizada, acima de tudo, na psicologia social tem sido o fato de tanto o estigma como o preconceito terem sido conceituados, inicial e principalmente, como atitudes negativas adotadas por alguns em relação a valores específicos de outros: minorias raciais e étnicas, pessoas com doenças mentais, pessoas com HIV, e assim por diante. A discriminação tem sido vista como uma espécie de resposta comportamental causada por essas atitudes negativas – ou, como por vezes tem sido descrito na literatura, como uma forma efetivada de estigma ou preconceito. Em acepções mais populares, tanto o estigma quanto o preconceito têm sido considerados, em certo sentido, como a teoria, e a discriminação como a prática. Estabeleceu-se, então, uma nítida distinção entre ideias, atitudes ou ideologias, e suas consequências comportamentais e ações discriminatórias. Essa distinção entre pensamento e

ação, por sua vez, tem servido como ponto de partida para aqueles que procuram intervir, particularmente em relação às consequências do estigma, do preconceito e da discriminação na saúde. Muitas intervenções se concentraram nos pensamentos percebidos como determinantes das práticas discriminatórias, procurando modificar as atitudes negativas e reduzir os níveis das atitudes de estigma ou preconceito, para assim obter resultados na redução da incidência dessas práticas.

Repensando o Estigma, o Preconceito e a Discriminação em Relação à Violência Estrutural

De muitas maneiras, essa foi a arquitetura conceitual básica que Peter Aggleton e eu procuramos questionar há pouco mais de uma década, quando começamos a trabalhar para elaborar um novo quadro conceitual para pensar o estigma e suas repercussões em relação ao HIV e à Aids (Parker *et al.*, 2002; Parker & Aggleton, 2003; Maluwa, Aggleton & Parker, 2002). Em uma série de artigos publicados entre 2000 e 2005, ponderamos que só seria possível avançar na luta contra o estigma e a discriminação relacionados com a Aids mediante a elaboração de um novo quadro conceitual para orientar as nossas ações, utilizando-o para implementar várias atividades destinadas a estimular a mobilização social e a resistência coletiva diante do estigma e da discriminação. Argumentamos que havia chegado a hora de ir além da formulação teórica inicial de Erving Goffman segundo a qual o estigma é uma espécie de marca, uma diferença de valor negativa e, em vez disso, pensar sobre o estigma como uma espécie de processo social, fundamentalmente ligado ao poder e à dominação; cabe fazer jus a Goffman, que provavelmente utilizamos como referencial para a construção da nossa argumentação, pois sua formulação original na verdade enfatizava mais o processo do que lhe creditamos. Partimos dos princípios de que o estigma desempenha um papel fundamental na produção e na reprodução das relações de poder e controle; de que o desdobraimento do estigma faz com que alguns grupos sejam desvalorizados e outros valorizados de forma, mas inerentemente discriminatórias, e de que a distinção entre pensamento e ação, entre a teoria e a prática, deve ser reconceitualizada como uma forma mais complexa de práxis. Argumentamos que o estigma deve ser compreendido mais claramente como ligado ao funcionamento das ‘desigualdades sociais’; isso significa dizer que as questões de estigmatização e discriminação, quer em relação ao HIV e à Aids ou a qualquer outra questão, exigem que reflitamos mais amplamente sobre a forma como alguns indivíduos e grupos passam a ser socialmente excluídos, e sobre as forças que criam e reforçam a exclusão em diferentes contextos (Parker & Aggleton, 2003).

Ao apresentar esse argumento, Peter Aggleton e eu certamente não estávamos sozinhos. Pelo contrário, um argumento muito semelhante foi apresentado quase ao mesmo tempo por meus colegas Bruce Link e Jo Phelan, cujo trabalho se concentrou no estigma relacionado a questões como a saúde mental e a falta de moradia. Em seu influente artigo de revisão na *Annual Review of Sociology*, Link e Phelan (2001) também enfatizaram, fundamentalmente, a relação entre o estigma e o poder. Entretanto, ainda mais do que essa revisão, o trabalho desenvolvido por mim e Peter Aggleton sobre a análise do estigma do HIV destacou o fato de o estigma surgir e a estigmatização tomar forma em contextos específicos da cultura e do poder. Devido a isso, o estigma não é um fenômeno de livre flutuação social, e o nexos, historicamente determinado, entre as aceções culturais e os sistemas de poder e de dominação é crucial. Argumentamos que o estigma tem sempre uma história que influencia o momento em que aparece e a forma que assume. A compreensão dessa história e de suas consequências para os indivíduos e comunidades afetadas pode nos ajudar a desenvolver melhores medidas para combatê-lo e reduzir os seus efeitos. Igualmente importante, nos pressiona a concentrar a nossa análise na forma como o estigma é usado pelos indivíduos, pelas comunidades e pelo Estado para produzir e reproduzir as estruturas da desigualdade social. Além disso, nos impulsiona a reconhecer a maneira como a compreensão do estigma e da discriminação nesses termos obriga a que nos concentremos na economia política da estigmatização e em suas ligações com a exclusão social: nos modos pelos quais formas, historicamente constituídas, de estigma são estrategicamente implantadas para produzir e reproduzir as desigualdades na vida social (Parker & Aggleton, 2003).

Embora o foco do nosso trabalho no momento estivesse voltado exclusivamente para o estigma, grande parte da nossa análise poderia claramente ser aplicada ao preconceito e sua relação com a discriminação, justamente porque estávamos buscando desenvolver um enfoque mais amplo sobre o funcionamento da cultura em relação ao poder. Ou seja, sobre os modos pelos quais os significados culturais são posicionados como parte de um sistema de poder, os modos pelos quais a cultura e o poder se encontram mutuamente, e até inseparavelmente, implicados um no outro (em vez de constituir diferentes esferas de teoria e prática). De fato, ao longo da última década, esse enfoque tem se tornado cada vez mais influente não só no trabalho relacionado ao estigma, como também na pesquisa centrada no preconceito. Tanto o estigma quanto o preconceito têm sido cada vez mais conceituados como processos fundamentalmente semelhantes, ou, como Jo Phelan e seus colaboradores propuseram, um animal, e não dois (*one animal, not two*) (Phelan, Link & Dovidio,

2008). Elas destacaram que a pesquisa sobre o estigma tradicionalmente enfatizou o conceito de pessoas em condições relativamente "incomuns", como designação racial, doença mental, ou HIV e Aids. Os pesquisadores que se concentram no preconceito, pelo contrário, tendem a examinar o que poderia ser descrito como formas mais comuns, no entanto poderosas de desigualdade estrutural, como gênero, idade, raça ou classe. Tanto o preconceito como o estigma envolvem categorização, *estigmatização*, *estereotipagem* e rejeição social, do mesmo modo que o estigma e o preconceito podem resultar em discriminação; os seus processos sociais são, assim, bastante semelhantes. Mas parece que as razões históricas subjacentes ao porquê de as sociedades estigmatizarem ou serem preconceituosas podem variar muito. A tradição da pesquisa sobre o preconceito cresceu preocupada com os processos sociais impulsionados pela exploração e pela dominação, como o racismo. Os trabalhos sobre o estigma, por outro lado, têm, tradicionalmente, se preocupado mais com os processos guiados pela aplicação das normas sociais para as formas de evitar a doença. Uma reflexão aprofundada sobre o funcionamento dos preconceitos e do estigma possibilitou a Jo Phelan e colaboradores definir três funções principais a que servem: exploração e dominação; cumprimento de normas sociais e controle social; evitação ou afastamento da doença. Phelan e colegas descreveram essas funções como "manter as pessoas para dentro", "manter as pessoas dentro" e "manter as pessoas fora" (Phelan, Link & Dovidio, 2008).

Feitas recentes tentativas de repensar o estigma, o preconceito e a discriminação em termos de uma relação mais ampla entre os processos culturais, as estruturas de poder e as possibilidades de resistência nos conduzem a uma compreensão mais fundamentalmente social e política desses processos. Elas concentram a nossa atenção nas ligações entre o estigma, o preconceito e a discriminação e as estruturas mais amplas de desigualdade social e os processos de exclusão social. Justamente por isso, é útil pensar sobre as relações dessa perspectiva com o que tem sido cada vez mais descrito como "violência estrutural". As origens exatas do conceito de violência estrutural não são totalmente claras; alguns as vinculam à teologia da libertação, outros à teoria marxista, outros a determinada corrente recente de pensamento antropológico. Johan Galtung, sociólogo norueguês e uma das figuras fundadoras dos estudos sobre paz e resolução de conflitos, é por vezes definido como o primeiro pensador importante a desenvolver um conceito de violência estrutural (Galtung, 1969). Embora a tenha utilizado principalmente em relação ao estudo da paz e do conflito, sua conceitualização da violência estrutural é amplamente aplicável a uma

série de questões, e ao longo das últimas décadas tem sido aplicada de forma eficaz a temas relacionados com a saúde e a doença. Uma teoria da violência estrutural é especialmente útil na tentativa de entender o modo como as estruturas restringem a ação de maneira que colocam as pessoas em situações de maior vulnerabilidade.

Johan Galtung definiu a violência estrutural como uma

deficiência evitável das necessidades humanas fundamentais ou, para colocar em termos mais gerais, o comprometimento da vida humana, que reduz o grau real no qual alguém é capaz de satisfazer as suas necessidades aquém do que seria possível de outro modo. (Galtung, 2007: 106)

Um elemento fundamental dessa definição é o termo “evitável”. O próprio Johan Galtung ofereceu um exemplo fundamental relacionado à saúde: se uma pessoa morreu de tuberculose no século XVIII, seria difícil conceber isso como violência, já que pode ter sido inevitável, considerando-se os recursos médicos da época, mas se alguém morrer de tuberculose hoje, apesar de todos os recursos médicos disponíveis, então, de acordo com a definição de Galtung (1969), terá havido violência. Na análise de Johan Galtung, a violência estrutural é diferente da violência pessoal ou direta, precisamente porque é indireta: “Pode não haver ninguém prejudicando diretamente outra pessoa na estrutura. A violência é construída na estrutura e revela-se como poder desigual e, conseqüentemente, oportunidades de vida desiguais” (Galtung, 1969: 171).

Com base no pensamento de Johan Galtung, o caso da desigualdade racial nos Estados Unidos oferece um dos exemplos mais citados de violência estrutural. Estruturas sociais, construídas sobre a base do racismo, colocam homens e mulheres negros (ou afro-americanos) em desvantagem sistemática, devido a oportunidades de vida desiguais. Pode não haver ninguém discriminando diretamente ou causando prejuízos àqueles que sofrem dessa desigualdade de oportunidades de vida. No entanto, níveis ainda maiores de morbidade e mortalidade caracterizam a população negra justamente por causa da estrutura de desigualdade racial, historicamente enraizada na escravidão, e depois perpetuada ao longo do tempo através de uma série de estruturas e práticas discriminatórias. Suas vidas são caracterizadas pela desigualdade de oportunidades de educação e pelo acesso mais limitado ao emprego, ao atendimento médico e à justiça.

Os exemplos de como essas forças estruturais atuam em relação à saúde e ao bem-estar estão prontamente disponíveis. Pense, por exemplo, no aumento dos níveis de infecção pelo HIV entre os homens e mulheres negros ou afro-americanos, ou em seu sofrimento desproporcional no meio de um desastre pretendidamente

natural como o furacão Katrina. A questão fundamental aqui não é tanto por que as pessoas sofrem, é por que elas sofrem ‘desproporcionalmente’. A desigualdade racial, intrinsecamente com a pobreza, vivida pelos negros nos Estados Unidos, é uma estrutura institucionalizada que reduz o nível de satisfação das suas necessidades fundamentais (como a saúde) abaixo do potencial, que é definido pela disponibilidade e acesso de que outros cidadãos americanos usufruem. A desigualdade racial é, portanto, um exemplo de violência estrutural – e a desigualdade é construída na definição de “evitabilidade” e “potencial” (Ho, 2007).

Essa compreensão da violência estrutural já foi mais elaborada por Paul Farmer e vários outros antropólogos que trabalham em linhas semelhantes (ver Farmer, 2004, 2005; Bourgois, 1995; Schepet-Hughes, 1996; Parker, 2001). Paul Farmer (2005: 40) tem argumentado, por exemplo, que a violência estrutural não é o resultado de um acidente ou de força maior; é a consequência, direta ou indireta, da ação humana”. Em sua opinião, é a distribuição desigual do poder na sociedade que está no cerne da violência estrutural e cria oportunidades de vida desproporcionais por causa da doença ou da pobreza. Essa distribuição desigual de poder coloca em desvantagem sistemática – ou seja, discrimina – todos aqueles que não têm tanto, se é que têm algum, poder em suas sociedades.

A ênfase principal no trabalho de Paul Farmer sobre a violência estrutural é colocada no papel da pobreza na construção da vulnerabilidade à doença. Todavia, ao longo das décadas de 1990 e 2000, o autor, assim como uma série de outros antropólogos (cujo corpo de trabalho algumas vezes é referido como “antropologia médica crítica”), destaca uma gama mais ampla de fatores estruturais ao lado da pobreza e da exclusão econômica. Tais fatores incluem desigualdades raciais e étnicas, diferenciais de gênero em termos de poder, opressão sexual e desigualdades relacionadas com a idade (acometendo principalmente os jovens e os idosos) (Parker, 2002). Concebidos como eixos de desigualdade ao longo dos quais a vulnerabilidade e a doença caminham nos sistemas sociais contemporâneos, esses sistemas sociais estruturais têm sido destacados, juntamente com um conjunto de forças estruturais mais difusas, como a migração e o deslocamento (devido a fatores que vão desde a migração de trabalhadores sazonais até os conflitos armados e a migração forçada).

O trabalho sociológico sobre a reestruturação social e econômica em condições de crescente globalização também deu destaque a processos de mudança, tanto nas relações sociais de produção como na distribuição do capitalismo global, que contribuem diretamente para criar a violência estrutural no mundo contemporâneo.

A atenção centrou-se, por exemplo, em processos como a individualização crescente do trabalho (e o crescimento da economia informal), a sobre-exploração dos trabalhadores (especialmente as crianças, mas também muitas vezes as mulheres), a exclusão económica extrema (a determinados indivíduos e grupos o acesso a posições que poderiam lhes oferecer uma vida autónoma é sistematicamente barrado) e a integração perversa (principalmente nas economias criminosas, que oferecem às pessoas opções economicamente mais lucrativas, ao mesmo tempo que as colocam em enormes riscos e condições de vulnerabilidade em termos de saúde e bem-estar). Essa dinâmica nas relações de produção tem sido associada, por sua vez, a uma série de procedimentos ligados à distribuição de recursos nas sociedades contemporâneas, os quais têm resultado no aumento dos níveis de desigualdade por meio da apropriação diferencial da riqueza por diferentes indivíduos e grupos sociais, assim como no processo contínuo de polarização no qual a parte superior e a parte inferior da escala de renda ou de distribuição da riqueza têm crescido mais rápido que a média. Tais resultados têm moldado as diferenças sociais entre dois segmentos extremos da população e aumentado os níveis de pobreza e miséria (pobreza extrema, muitas vezes definida como lares com renda abaixo de 50% da renda que define a linha de pobreza em determinada sociedade) (Castells, 1998). Tomados em conjunto, tanto a produção como a distribuição no desenvolvimento capitalista contemporâneo moldaram um processo mais amplo de exclusão social que impõe severas restrições às possibilidades de saúde e bem-estar de grandes segmentos da população, restrições diretamente relevantes para as questões de evitabilidade e potencial salientadas por Johan Galtung.

O conjunto da análise antropológica, sociológica e política de fatores estruturais que moldam a vulnerabilidade ofereceram ideias fundamentais que possibilitam a construção de modos importantes do trabalho realizado sobre preconceito, estigma e discriminação. Enquanto a pesquisa sobre o estigma e o preconceito tem desempenhado um papel importante, iluminando o aspecto fundamental da discriminação que tem impacto claro nas várias dimensões da saúde e da doença, o trabalho sobre a desigualdade e a exclusão social de forma mais ampla também possibilitou repensar a natureza da discriminação em relação à saúde. O enfoque da violência estrutural nos permite reconceituar a discriminação em relação à saúde não apenas como um resultado do estigma, do preconceito e da discriminação, mas como um produto de sistemas sociais fundamentalmente desiguais – que redireciona a atenção sobre o que Link e Phelan (1995) têm descrito como as “causas fundamentais” da doença, e nos leva a compreender a discriminação

em relação à saúde não meramente como resultado do estigma ou do preconceito, mas como resultado de estruturas sociais e económicas fundamentalmente desiguais. Essa mudança, por sua vez, potencialmente abre um conjunto de desafios muito diferentes em termos das maneiras como podemos pensar em tomar medidas para responder ao impacto da discriminação sobre a saúde.

Saúde e Direitos Humanos/Saúde e Justiça Social

Tendo analisado as formas pelas quais a pesquisa sobre estigma, preconceito e discriminação evoluiu, assim como o enfoque mais amplo sobre as formas pelas quais a discriminação em relação à saúde tem pontos de interseção com as estruturas de desigualdade e a violência estrutural, vale a pena dizer algo sobre o que considero as duas maiores perspectivas ético-políticas na saúde pública ou coletiva contemporânea que oferecem possíveis respostas ao sofrimento humano decorrente da discriminação: um enfoque relativamente novo na saúde e nos direitos humanos, por um lado, e uma tradição com um pouco mais de ênfase na saúde e na justiça social, por outro. Embora haja uma série de diferenças importantes entre essas duas perspectivas, a primeira sensação é que elas têm convergido cada vez mais nos últimos anos e, juntas, constituem o quadro mais importante para se pensar na ação que visa a confrontar o papel da discriminação em relação à saúde.

Embora, historicamente, seja a mais recente das duas, vale começar por uma breve discussão sobre a evolução do quadro da saúde e dos direitos humanos. Esse enfoque surgiu de mãos dadas com o ressurgimento do interesse pelo estigma e pela discriminação causada pela repercussão da epidemia de HIV na década de 80 do último século. Foi em 1987, por exemplo, em sua apresentação à Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), que Jonathan Mann introduziu o conceito da terceira epidemia – que se seguiu à epidemia de preconceito e exclusão social decorrente da epidemia da infecção pelo HIV (a primeira epidemia) e à dos casos clínicos de Aids (a segunda epidemia) (Mann, 1987). Foi a primeira vez que se discutiu um problema de saúde específico na Assembleia Geral. Embora Jonathan Mann não tenha usado a terminologia dos direitos humanos, na sua apresentação já estava presente a estrutura conceitual básica que ele iria usar como líder na articulação dessas ideias. Ao longo dos três anos seguintes, até deixar a o Programa Mundial de Luta contra a Aids da Organização Mundial da Saúde (GPA/OMS) em 1990, ele continuou a elaborar uma compreensão de estigmatização e da discriminação como resultantes de, e

enfrentando entre as, forças motrizes da epidemia, e dos direitos humanos como centrais para responder a essas forças:

Nós pensamos na discriminação como um efeito contraproducente trágico da epidemia de Aids. A Aids existe, as pessoas infectadas eram discriminadas... E, como consequência os esforços da saúde pública seriam cortados, a menos que combatêssemos essa discriminação.

A epidemia nos ensinou algo que não poderíamos ter aprendido nos livros... Levou-nos a compreender que a marginalização social, a discriminação e a estigmatização... em outras palavras, a falta de respeito aos direitos e à dignidade humana... é em si mesma a causa raiz dessa epidemia. (Jonathan Mann, entrevista disponível *on-line*, 1987)

O enfoque em saúde e direitos humanos continuou a tomar forma em aspectos importantes, como resultado do trabalho de Mann, até sua morte prematura em 1998. Embora tenha se tornado, talvez, menos central na OMS após a partida de Mann, o compromisso com uma abordagem baseada nos direitos continuou a crescer no trabalho relacionado com o HIV, em particular, e com a citação do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (Un aids) tornou-se firmemente estabelecida na abordagem da epidemia pelas Nações Unidas. Depois de sair da OMS para ir para Harvard, Jonathan Mann e seus colegas começaram a articular uma visão mais ampla de saúde e direitos humanos que se inspirou no trabalho realizado em resposta ao HIV e à Aids, participando da Conferência Mundial sobre Direitos Humanos em Viena, em 1993; a saúde foi incluída na Declaração de Viena e no Programa de Ação. Pouco depois da Conferência de Viena ele criou com François-Xavier Bagnoud o Centro de Saúde e Direitos Humanos em Harvard e fundou o periódico *Health and Human Rights* (de cujo conselho editorial participou desde sua criação). O Centro FXB organizou duas reuniões internacionais extremamente importantes sobre saúde e direitos humanos, em meados dos anos 1990, que congregaram muitas das mais importantes forças políticas progressistas e intelectuais envolvidas com a saúde internacional e desempenharam papel fundamental na articulação de uma visão da saúde e dos direitos humanos, abordando muito além das questões específicas relacionadas com o HIV.

Com o trabalho realizado por Jonathan Mann e seus colegas da Harvard como importante fonte de inspiração para o campo mais geral, mais uma vez foi de muitas maneiras, a epidemia global de HIV que forneceu o espaço institucional e político no qual o movimento de saúde e direitos humanos (admito que o termo "movimento" talvez seja muito forte aqui – *frame work* poderia ser mais apropriado)

tomou forma. Pelo menos três acontecimentos na última parte dos anos 1990 e no início dos anos 2000 parecem ter sido especialmente importantes. Primeiro, em 1996, após vários anos de preparação, o novo Un aids foi criado, com um velho amigo e colega de Jonathan Mann, Peter Piot, nomeado como seu diretor fundador, e moveu-se rapidamente para consolidar o enfoque na promoção da "abordagem baseada nos direitos" em resposta à epidemia. Devido à estrutura única do Un aids (como a parceria entre várias entidades fundamentais das Nações Unidas), essa ênfase também começou a se espalhar por todo o sistema das Nações Unidas, proporcionando um enfoque com o qual todas as entidades da ONU poderiam efetivamente concordar e, assim, promover.

Precisamente na mesma época, em 1996, o anúncio na 11ª Conferência Internacional sobre Aids em Vancouver do novo sucesso em ensaios científicos da terapia antirretroviral combinada abriu um novo conjunto de oportunidades para se moldar o acesso ao tratamento de HIV/Aids (tanto no Sul quanto no Norte do planeta) como uma questão de equidade e justiça. Em um período extremamente curto, um movimento de ativistas iria surgir no mundo e articular o acesso aos medicamentos como uma questão de direitos humanos fundamentais (Parker, 2011). Com um alvo (ou alvos) muito fácil no capitalismo global e na Big Pharma, esse movimento teve impressionantes ganhos ao longo dos cinco a dez anos seguintes em locais tão diferentes como Brasil, África do Sul e Estados Unidos, com o foco na saúde e nos direitos humanos como talvez a mais importante alegoria discursiva ideológica, utilizada de forma isolada para juntar seus diversos constituintes.

Finalmente, em 2001, no momento da primeira Sessão Especial da Assembleia (Ungass) sobre a Aids na Assembleia Geral da ONU, a ênfase na saúde e nos direitos humanos se consolidou de forma muito poderosa, pois as entidades das Nações Unidas, representantes do governo e ativistas de todo o mundo se uniram. A Declaração de Compromisso em HIV/Aids adotada no final da Ungass tornou-se talvez a afirmação isolada mais importante de uma abordagem baseada nos direitos em HIV/Aids e, por extensão, à saúde em geral. Os direitos aparecem repetidamente nas diversas cláusulas (United Nations General Assembly, 2001), que por sua vez seriam habitualmente utilizados por Kofi Annan, Peter Piot e seus aliados, como talvez a principal plataforma para justificar e implantar um conjunto de iniciativas – que incluem o Fundo Global de Combate à Aids, Tuberculose e Malária, a iniciativa 3 x 5 da OMS/Un aids, a iniciativa MAP do Banco Mundial etc. – que seriam conhecidas como *HIV/Aids scale up* ao longo da década seguinte.

Na época da Ungass, e progressivamente ao longo dos anos 2000, um enfoque mais amplo sobre saúde e direitos humanos, primeiro articulado em relação ao HIV e Aids – e em resposta ao estigma e à discriminação relacionados com o HIV/ Aids em particular –, havia começado a ser mundialmente consolidado. As ligações necessárias entre saúde e direitos humanos começaram a ser articuladas em todos os níveis, desde o trabalho de ativistas de base até os movimentos sociais transnacionais de saúde, e por praticamente todas as principais agências de desenvolvimento que fornecem ajuda externa destinada a enfrentar os desafios da saúde global. Articulada por Brigitta Rubenson, da Swedish International Development Cooperation Agency (Sweden's Sida), por exemplo, a abordagem baseada nos direitos à saúde veio para o centro das políticas e perspectivas 'oficiais' relacionadas à saúde global mais geral:

A abordagem de direitos humanos para a saúde define o enfoque nos princípios básicos dos direitos humanos, tais como a não discriminação, a participação, a transparência, a responsabilidade e a interdependência. Os documentos internacionais de direitos humanos oferecem um quadro de trabalho normativo de longo prazo necessário para a análise e a ação. Os direitos humanos definem claramente cada indivíduo na sociedade como o titular do direito, enquanto o Estado tem a obrigação de respeitar, proteger e satisfazer os direitos dos seus cidadãos. O Estado pode utilizar a legislação, a aplicação da lei, os sistemas administrativos e os regulamentos, serviços, informações e educação como meios para cumprir suas obrigações. No planejamento, programação e controle, os princípios básicos dos direitos humanos têm de ser elaborados e considerados.

• todo ser humano tem o mesmo direito à saúde, *sem discriminação*. Para garantir isso, uma abordagem baseada nos direitos significa que os grupos-alvo devem ser analisados e desagregados para descobrir suas diferentes necessidades e capacidades. As características de gênero, idade, origem socioeconômica e outras precisam ser consideradas e respeitadas.

• todo ser humano tem o direito de decidir sobre sua própria vida e *participar* da tomada de decisão pública. Para que isso seja possível o acesso à *informação* é crucial, tanto em nível individual como na sociedade em geral. As pessoas têm o direito de obter informações sobre como se manter saudáveis e os pacientes têm o direito a informações sobre a sua saúde e os tratamentos disponíveis. A comunidade precisa ser informada e ter a oportunidade de influenciar o modo como os serviços de saúde são desenvolvidos, mas também saber como proteger a saúde considerando os determinantes da saúde subjacentes.

• as partes do Estado têm a obrigação de respeitar, proteger e satisfazer os direitos humanos de seus cidadãos. Eles são *responsáveis* perante seus cidadãos pela maneira como se esforçam para cumprir suas obrigações. Para que os cidadãos possam

acompanhar e entender, o processo de tomada de decisões e as atividades têm de ser *transparentes*.

• os diferentes direitos são *interdependentes* e a realização de um direito, por exemplo, o direito à saúde, depende do nível de realização de outros direitos como educação, habitação, nutrição ou segurança. (Rubenson, 2002, 17, *grifos do original*)

E, talvez, em lugar nenhum a consolidação e a importância desse quadro tenham sido simbolizadas de forma mais concreta do que na criação do cargo de *relator especial da ONU sobre o direito ao mais alto nível possível de saúde física e mental*, criado em 2002 pela Resolução 2002/31 da Comissão de Direitos Humanos da entidade e ampliado em 2007 pela Resolução 6/49 do seu Conselho de Direitos Humanos (Human Rights Council, 2007).

Especialmente influente tanto no nível do discurso de ativistas quanto no discurso oficial de agências governamentais e intergovernamentais sobre a saúde pública ou coletiva no início do século XXI, o quadro de saúde e direitos humanos tem, na maioria das vezes, em paralelo, sido articulado com uma segunda linha de pensamento, especialmente importante para se discutir a discriminação e a saúde. Embora a segunda perspectiva tenha sido rotulada de diferentes maneiras ao longo do tempo, e na verdade remonte aos primeiros anos de formação do campo da saúde pública ou coletiva no final do século XIX e início do século XX, para simplificar vou descrevê-la aqui usando o rótulo amplo de *saúde e justiça social*. Trata-se de terminologia geral a que recorro para abranger uma gama de perspectivas que destacam os amplos determinantes sociais da saúde e a necessidade de confrontar, por meio de políticas progressistas sociais e de saúde, as causas fundamentais da doença.

Esse enfoque na saúde e na justiça social pode ser facilmente rastreado até os primeiros dias do que viria a ser conhecido como medicina social e às figuras fundadoras do movimento da reforma sanitária (internacionalmente, assim como no Brasil). Em prol da brevidade, não vou tentar repetir toda a história aqui, apenas fazer uma referência a figuras fundadoras especialmente importantes, tais como Louis-René Villermé (1782-1863) na França, Edwin Chadwick (1800-1890) e Friedrich Engels (1820-1895) na Inglaterra ou o médico prussiano Rudolf Virchow (1821-1902). Basta dizer que, com o trabalho desses pioneiros, o movimento amplamente descrito como medicina social há muito tempo forneceu evidências claras da associação entre a pobreza e a saúde debilitada. Destacou a medida em que a desigualdade social em dados de saúde é interpretada de acordo com diversos quadros teóricos e ideológicos, além do fato de que a maneira como os dados são

interpretados molda o tipo de ação ou a ausência de ação que virá em resposta. Destacou ainda que as questões das respostas sociais e políticas que se voltam para a desigualdade de saúde quase sempre dependem do poder relativo de forças políticas importantes. Chamou a atenção para o papel de uma ampla gama de interesses e atores, incluindo as elites sociais e econômicas, os políticos, os funcionários públicos, as instituições religiosas, os sindicatos, os movimentos sociais e outros grupos que fazem parte dos complexos processos políticos que moldam a tomada de decisão e a implementação de programas em relação ao sistema de saúde. É fundamentalmente através de processos políticos que o Estado responde aos desafios, ou não consegue responder.

Ao longo do século XX, as preocupações com a saúde e a justiça social foram amplamente disseminadas através do desenvolvimento da saúde pública e dos movimentos de reforma sanitária nos países ao redor do mundo, mas também tiveram que lidar com uma gama de abordagens mais estreitas, biomédicas e técnicas tipicamente promovidas por forças sociais e governos mais conservadores. A luta entre duas visões muito diferentes do público ou da saúde – uma enraizada primariamente em uma perspectiva biomédica e a outra enfatizando os determinantes sociais mais amplos da saúde – é claramente evidente, por exemplo, desde o fim da Segunda Guerra Mundial, com a criação da OMS e nas lutas políticas que caracterizam esta entidade desde aquela época (Lee, 2008). À parte as prioridades políticas (e epistemológicas) dos Estados Unidos e seus aliados mais próximos, por um lado, da União Soviética e seus aliados, assim como de vários países da Europa Ocidental mais progressistas, por outro lado, muitas das lutas internas que se desenvolveram na segunda parte do século XX e no início do século XXI (por exemplo, entre programas mais verticais, direcionados às doenças, defendidos por aqueles com uma visão mais biomédica, e os programas mais horizontais, integrados, defendidos por aqueles que se concentram nos determinantes sociais mais amplos da saúde) podem ser vistas como expressão dessa tensão subjacente mais profunda. No entanto, mesmo dentro da OMS, apesar do peso dos recursos disponibilizados pelos Estados Unidos, uma forte corrente com foco na saúde e na justiça social tem conseguido se afirmar de forma especialmente importante. Talvez mais vividamente durante a gestão de Haldan Mahler (não por acaso o mentor e defensor inicial de Jonathan Mann), com a Conferência de Alma-Ata de 1978, em que foi proclamado o ousado objetivo de Saúde para Todos no Ano 2000, e, mais recentemente, em meados dos anos 2000, com o trabalho da Comissão de Determinantes Sociais da Saúde da entidade (Birn, 2009).

Ao longo da década de 1990, percebeu-se que estas duas estruturas – saúde e justiça humana, saúde e justiça social – pareciam competir entre si pela primazia, e que um enfoque mais estreito sobre a discriminação e a saúde como resultado do sistema e da discriminação parecia divergir de uma compreensão mais ampla da saúde como resultado da exclusão social. Havia grande preocupação, especialmente por parte daqueles cujo trabalho se concentrava mais diretamente nas desigualdades estruturais, acerca de um tipo de viés liberal ocidental na saúde e no quadro da saúde e dos direitos humanos – uma incapacidade, por parte daqueles que haviam levado a articulação da perspectiva da saúde e dos direitos humanos, de se comprometer totalmente com as condições materiais que tornam a pobreza um propulsor dos problemas de saúde em todo o mundo. No entanto, um dos desenvolvimentos mais importantes ao longo da última década, pelo menos em minha opinião, é que esses dois quadros começaram a se envolver com o outro e até mesmo a se fundir. Os sinais desse compromisso são múltiplos, mas talvez sejam especialmente evidentes no trabalho realizado por Paul Hunt e Anand Grover, os dois primeiros relatores especiais da ONU sobre o direito ao mais alto nível possível de saúde física e mental, e nas perspectivas por eles articuladas. Hunt tem desempenhado um papel especialmente importante ao destacar a extensão em que a pobreza é hoje entendida como uma questão de direitos humanos. Ele tem atuado na articulação das formas pelas quais o reconhecimento crescente (por parte das Nações Unidas desde a queda do Muro de Berlim em 1989) não somente dos direitos civis e políticos como também dos direitos econômicos, sociais e culturais tem trazido o direito ao mais alto nível possível de saúde para o centro dos debates sobre saúde e justiça social – e para o centro de debates sobre a discriminação no acesso à saúde. Como Hunt (2009: 37) ponderou,

Até 2000, entretanto, não estava claro o que significava o direito ao mais alto nível possível de saúde. Naquele ano, um grupo de especialistas internacionais acordou um documento, denominado Comentário Geral 14, que define detalhadamente o que se entende por este direito humano [Comitê das Nações Unidas sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Comentário Geral 14. E/C.12/2000/4]. Esses especialistas foram escolhidos pelos governos, mas, uma vez nomeados, eram independentes. Basearam-se nos direitos humanos internacionais, bem como nas boas práticas de saúde. E se beneficiaram da experiência da Organização Mundial da Saúde e das organizações da sociedade civil. O direito às disposições de saúde da maioria dos tratados internacionais são apenas algumas frases, enquanto o Comentário Geral 14 tem 65 parágrafos. Ele transformou o direito ao mais alto nível possível de saúde de um *slogan* em algo que pode dar uma contribuição construtiva, concreta para as políticas, os programas e as práticas de saúde.

Em que consiste esse direito humano? O tempo permite apenas algumas observações. Em resumo, engloba atendimento médico, bem como acesso a água potável, saneamento adequado, um ambiente de trabalho seguro, acesso a informações relacionadas à saúde e educação e outras precondições críticas para a boa saúde. Além disso, obriga os governos a enfrentar a discriminação e a desigualdade. O direito ao mais alto nível possível de saúde exige que os governos melhorem o acesso para os desfavorecidos, comunidades e populações; em outras palavras, tem um componente de justiça social. Também exige que os governos instituíam medidas que facilitem a participação ativa e esclarecida das pessoas afetadas pelas políticas, programas e práticas relacionados com a saúde. Fundamentalmente, o direito ao mais alto nível possível de saúde está sujeito à realização progressiva, ou seja, não se espera que nenhum governo o realize da noite para o dia – ou mesmo em dez anos –, mas que estabeleça progressivamente a sua realização. Isso significa que precisamos de indicadores e parâmetros para medir se o progresso está ou não sendo feito. No entanto, o direito à saúde está sujeito à disponibilidade de recursos; em outras palavras, exige-se mais do Canadá que do Chade. O monitoramento e a responsabilização são elementos cruciais do direito ao mais alto nível possível de saúde. Muitas vezes, hoje em dia, o mesmo órgão é responsável pelo fornecimento e pela regulamentação dos serviços relacionados com a saúde, bem como por prestar contas aos responsáveis; no concenente ao direito à saúde, isso é problemático. No cerne do direito à saúde encontra-se um sistema de saúde justo, integrado, ágil e eficaz, que seja acessível a todos e de boa qualidade.

Essa compreensão, em evolução, que liga a saúde e os direitos humanos à saúde e à justiça social continuou a se aprofundar ao longo da última década. Não é absolutamente acidental o fato de que, por exemplo, um dos primeiros relatórios apresentados pelo sucessor de Hunt, Anand Grover, se concentrou nos direitos de propriedade intelectual para o acesso a medicamentos essenciais (Grover, 2011). Esta intensificação do diálogo e a interseção entre essas duas estruturas importantes indicam a direção do futuro do trabalho sobre a discriminação e a saúde em geral. Sugerem uma convergência crescente entre um entendimento mais estreito da discriminação, que afeta a saúde, e uma compreensão mais ampla da discriminação em relação ao acesso à saúde – assim como há, agora, crescente convergência entre os direitos humanos e a justiça social como quadros de referência para a compreensão e a resposta aos atos e às estruturas de discriminação e opressão. Como será possível implementar esses entendimentos e os referenciais que estão atualmente em jogo dependerá, naturalmente, de uma ampla gama de fatores, mas o aspecto político que isso envolve é um dos desafios mais importantes da saúde pública ou coletiva no início do século XX.

Conclusões

Quase cinquenta anos se passaram desde que os primeiros trabalhos sobre preconceito, estigma e discriminação começaram a ser realizados e, nas últimas duas décadas, houve uma expansão crescente dos modos como tais conceitos foram aplicados e examinados em relação à saúde. Durante grande parte desse período, o trabalho sobre essas questões foi dominado pela pesquisa em psicologia e psicologia social, tendendo a enfatizar a base de atitudes estigmatizadoras e preconceituosas e as maneiras pelas quais tais atitudes conformaram práticas discriminatórias. Mas, à medida que o tempo passou, a pesquisa sobre essas questões foi sendo realizada no âmbito de uma gama crescente de ciências sociais e disciplinas profissionais – como a antropologia, a sociologia, as ciências políticas, o direito, a educação e a assistência social, bem como a saúde pública. E tem, cada vez mais, enfatizado os modos pelos quais o estigma, o preconceito e a discriminação estão relacionados e ligados a uma gama de forças estruturais mais amplas. A compreensão do seu papel e da sua função como parte de um complexo aparato de exclusão social tem sido um elemento fundamental de grande parte desse trabalho recente. Isso, por sua vez, abriu um novo conjunto de considerações não apenas em relação à conceitualização dessas questões, mas também em termos de melhores respostas para os seus efeitos negativos sobre a saúde e o bem-estar. Em particular, tem nos levado a nos afastarmos de um enfoque sobre o que poderia ser descrito como “iluminação” (daquelles que possuem atitudes estigmatizantes e preconceituosas) e em direção a um enfoque crescente na “resistência” (por parte das pessoas submetidas ao estigma, ao preconceito e à discriminação) e “proteção social” (dos excluídos como resultado desses processos).

As maneiras pelas quais essas questões foram retomadas na saúde pública em coletiva são diversas e têm variado significativamente em diferentes contextos e sociedades. Mas as consequências desse trabalho na saúde pública podem ser vistas claramente como uma adesão cada vez maior tanto ao enfoque na saúde e nos direitos humanos quanto ao enfoque na saúde e na justiça social. Na verdade, suspeito que esse processo tenha de fato sido grandemente influenciado pelo enquadramento dominante da saúde pública em diferentes contextos. Em contextos (como o dos Estados Unidos) nos quais a saúde pública tem sido fortemente moldada por entendimentos biomédicos e abordagens altamente utilitárias e técnicas, o retorno aos direitos humanos como forma de enfrentar o preconceito, o estigma e a discriminação em relação à saúde tem sido especialmente importante. Nos contextos que tendem a enfatizar os determinantes sociais da

saúde, tanto quanto os fundamentos biomédicos (talvez em algumas partes da Europa ocidental e em algumas partes do Sul global), a resposta a esses processos mediante um enfoque na saúde e na justiça social recebeu, com frequência, tanta ênfase quanto aquelas concentradas na saúde e nos direitos humanos, ou até mais. No entanto, ao longo do tempo, como sugeri neste texto, acredito que essas duas perspectivas tenham cada vez mais se reunido em um diálogo construtivo e fornecido uma perspectiva mais complexa e multidimensional a partir da qual enfrentar as consequências do preconceito, do estigma e da discriminação na saúde.

No entanto, embora tenha havido muitos avanços importantes nos últimos anos nos modos como temos conceituado essas questões, e nos quadros que temos elaborado a fim de pensar sobre a melhor forma de abordá-las, talvez valha a pena fechar esta revisão declarando o que pode ser óbvio. Embora tenhamos feito progressos reais em termos de nossos marcos conceituais, conseguimos muito menos em termos da nossa capacidade de colocar esses quadros em prática. Temos agora uma clareza muito maior sobre as maneiras pelas quais o preconceito, o estigma e a discriminação causam danos não apenas por seus efeitos diretos, mas nas formas pelas quais sua implantação como parte de processos de exclusão social e de violência estrutural na verdade negam o acesso à saúde e corroboram, assim, as causas fundamentais da doença. E desenvolvemos uma compreensão muito mais profunda das formas pelas quais as lutas pelos direitos humanos e pela justiça social estão no centro das lutas pela saúde coletiva. Mas temos conseguido avançar muito menos, eu temo, na transformação prática da saúde pública em resposta a esses entendimentos. Os sistemas, as intervenções, os programas e as práticas de saúde em todo o mundo continuam a negar o acesso, a excluir e a marginalizar, a diferenciar e a oprimir – apesar de todos os esforços que têm sido enviados até agora na tentativa de resistir a esses processos. O grande desafio que todos nós que trabalhamos sobre estas questões enfrentamos está em passar da teoria à prática, dos resultados das pesquisas para as implicações políticas. E em nos engajarmos nas batalhas políticas que acabarão sendo necessárias para transformar as estruturas e processos que produzem e reproduzem o estigma, o preconceito e a discriminação entre os maiores inimigos da saúde e do bem-estar no mundo contemporâneo. Fizemos pouco mais de um início precário na direção certa e a estrada à frente será longa, de fato.

- BERKELEY, G. *The Nature of Prejudice* (1954). 25th Anniversary edition. Cambridge, MA: Perseus Books, 1999.
- BERKELEY, G. Making it politic(al): closing the gap between health equity through action and the social determinants of health. *Social Science & Medicine*, 4(9): 166-182, Sept. 2009.
- BREWER, P. *In Search of Respect: selling crack in Harlem*. New York: Cambridge University Press, 1995.
- CASTLE, M. *End of Millennium, the Information economy society and culture*. Vol. III. 2. ed. Cambridge, MA, Oxford, UK: Blackwell, 1998.
- CHAVEZ, R. et al. Racism as a stressor for African Americans: a biopsychosocial model. *American Psychologist*, 54: 805-816, 1999.
- CHAMBER, P. An anthropology of structural violence. *Current Anthropology*, 45(3): 305-317, 2004.
- CHAMBER, P. *Pathologies of Power: health, human rights, and the new war on the poor*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California, 2005.
- CASTONG, J. Violence, peace, and peace research. *Journal of Peace Research*, 6(3): 167-191, 1969.
- CASTONG, J. Kulturelle Gewalt [Cultural violence]. *Der Bürger im Staat*, 43: 106-112, 1993. cited in Kathleen Ho. Structural violence as a human rights violation. *Essex Human Rights Review*, 4(2): 1-17, Sept. 2007.
- CHANGA-MORENO et al. Violence against women. *Science*, 25: 1.282-1.283, Nov. 2005.
- CHAMMAN, E. *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs NJ: Prentice-Hall, 1963.
- CHAMMAN, A. Report of the special rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. Expert consultation on access to medicines as a fundamental component of the right to health. Geneva: United Nations Human Rights, 2011 March 16. No.: GE.11-11942 (E) 120411
- CHERK, G. & CAVITANO, J. *Aids stigma and sexual prejudice*. *American Behavioral Scientist*, 42: 1.130-1.147, Apr. 1999.
- HO, K. Structural violence as a human rights violation. *Essex Human Rights Review*, 4(2): 1-17, Sept. 2007.
- HUEBNER, D. M.; REBCHOOK, G. M. & KEGELES, S. M. Experiences of harassment, discrimination, and physical violence among young gay and bisexual men. *American Journal of Public Health*, 94(7): 1.200-1.203, July 2004.
- HUMAN RIGHTS COUNCIL. Right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. Resolution 6/29. OHCHR 2007 Dec 14; 17 Available from: <www2.ohchr.org/english/issues/health/right/index.htm>. Acesso em ago. 2011.
- HUNT, P. Missed opportunities: human rights and the Commission on Social Determinants of Health. *Global Health Promotion*, 16: 36-41, 2009.
- KARLSEN, S. & NAZROO, J. Y. Relation between racial discrimination, social class, and health among ethnic minority groups. *American Journal of Public Health*, 92(4): 624-631, Apr. 2002.
- KRUG, E. G. et al. (Eds.). *World Report on Violence and Health*. Geneva: World Health Organization, 2002.
- LEE, K. *The World Health Organization*. London and New York: Routledge, Global Institutions Series, Oct. 2008.
- LINK, B. Understanding labeling effects in the area of mental disorders: an assessment of the effects of expectations of rejection. *American Sociological Review*, 52(1): 96-112, Febr. 1987.
- LINK, B. & PHELAN, J. Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal of Health and Social Behavior*, Special number: 80-94, 1995.
- LINK, B. & PHELAN, J. Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27: 363-385, 2001.
- LINK, B.; CASTLE, D. M. & STUBER, J. Stigma and coercion in the context of outpatient

Treatment for people with mental illnesses. *Social Science & Medicine*, 67: 409-419, 2008.

MAJIWA, M.; AGGLETON, P. & PARKER, R. HIV and Aids-related stigma, discrimination, and human rights. *Health and Human Rights*, 6(1): 1-18, 2002.

MANN, J. Statement at an informal briefing on Aids to the 42nd Session of the United Nations General Assembly, 1987 October 20, New York. Available from: <<http://apps.ohm.nih.gov/againststheodds/podcast/audiotour.cfm#s13>>. Acesso em: ago. 2011.

MEYER, I. H. Prejudice as stress: conceptual and measurement problems. *American Journal of Public Health*, 93(2): 262-266, 2003a.

MEYER, I. H. Prejudice, social stress and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5): 674-697, 2003b.

MEYER, I. H.; SCHWARTZ, S. & FROST, D. M. Social patterning of stress and coping: does disadvantaged social statuses confer more stress and fewer coping resources? *Social Science & Medicine*, 67(3): 368-379, April 21, 2008.

NATIONAL RESEARCH COUNCIL. *Measuring Racial Discrimination. Panel on Methods for Assessing Discrimination*. BLANK, R.; DABADY, M. & CITRO, C. (Eds.). Washington DC: The National Academies Press: Contract/Grants. 1000-0967, 40000660, 43-3AEP-0-80090 and ED-00-PC-4829, 2004.

PARKER, R. Sexuality, culture and power in HIV/Aids research. *Annual Review of Anthropology*, 30: 163-179, 2001.

PARKER, R. The global HIV/Aids pandemic, structural inequalities, and the politics of international health. *American Journal of Public Health*, 93(3): 343-346, 2002.

PARKER, R. Grassroots activism, civil society mobilization, and the politics of the global HIV/Aids epidemic. *Brown Journal of World Affairs*, Spring/Summer, 17(2): 21-37, 2011.

PARKER, R. & AGGLETON, P. HIV and Aids-related stigma and discrimination: a conceptual

framework and implications for action. *Social Science & Medicine*, 57(1): 13-24, 2003.

PARKER, R. et al. *HIV/Aids-Related Stigma and Discrimination: a conceptual framework and agenda for action*. The Population Council. Horizons Project: HRN-A-00-97-00012-00, May, 2002.

PHELAN, J.; LINK, B. & DOVIDIO, J. Stigma and prejudice: one animal or two? *Social Science & Medicine*, 67: 358-367, 2008.

PHELAN, J. et al. The stigma of homelessness: the impact of the label 'homeless' on attitudes toward a poor person. *Social Psychology Quarterly*, 60: 323-337, 1997.

ROSENFELD, S. Labeling mental illness: the effects of received services and perceived stigma on life satisfaction. *American Sociological Review*, 62(4): 660-672, Aug. 1997.

RUBENSON, B. *Health and Human Rights*. Stockholm: Swedish International Development Cooperation Agency, 2002. Health Division Document, 2002: 2A.

SCHIEPER-HUGHES, N. *Death without Weeping*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press Ltd, 1996.

STUBER, J.; MEYER, I. & LINK, B. Stigma, prejudice, discrimination and health. *Social Science & Medicine*, 67(3): 351-317, April 25, 2008.

UNITED NATIONS GENERAL ASSEMBLY. Declaration of Commitment on HIV/Aids. 2001 Jun 27: Available from: <www2.ohchr.org/english/issues/hiv/ungass.htm>. Acesso em: ago. 2011.

WILLIAMS, D. R. & WILLIAMS-MORRIS, R. Racism and mental health: the African American experience. *Ethnicity and Health*, 5: 243-268, 2000.

WILLIAMS, D. R. et al. Perceived discrimination, race and health in South Africa. *Social Science & Medicine*, 67: 441-452, 2008.

YANG, L. & KLEINMAN, A. 'Face' and the embodiment of stigma: schizophrenia and Aids in China. *Social Science & Medicine*, 67(3): 398-408, 2008.

2

Discriminação, Violência Simbólica e a Estratégia Saúde da Família: reflexões a partir do texto de Richard Parker

OCTAVIO BONET

Tendo por base o texto de Richard Parker, “Interseções entre estigma, preconceito e discriminação na saúde pública mundial”, primeiro capítulo desta coletânea (doravante RP, 2013), proponho aqui, primeiramente, uma série de questões que operam como extensões de sentido para os processos de discriminação, poder e dominação no cotidiano dos serviços de atenção primária para a saúde. Em segundo lugar, com base nos desenvolvimentos da última parte do referido texto, pretendo pensar as distâncias entre as políticas e as práticas concretas. As extensões propostas no texto comentado permitirão estabelecer a relação com o meu próprio trabalho sobre as políticas e as práticas de Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil.

O estudo de Richard Parker é atravessado por duas preocupações fundamentais, uma é também possível sugerir, está estruturado em dois níveis: no primeiro, procura investigar as formas como foram construídos os conceitos teóricos de estigma, preconceito e discriminação e como tais conceitos foram repensados a partir da sua participação como processos sociais. O segundo nível se constituiu na preocupação de derivar políticas de ação programáticas – derivadas desse corpo de conhecimentos teóricos – que ajudem a superar as consequências negativas da discriminação. Para o autor, as buscas para superar essas consequências da discriminação configuram as duas tendências fundamentais e desafios para a saúde coletiva: as relações entre saúde e direitos humanos e aquelas entre saúde e justiça social.