

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Presidente

*Paulo Gadelha*

Vice-Presidente de Ensino, Informação e Comunicação

*Misia Trindade Lima*

**JAIMÉ BREILH**

EDITORA FIOCRUZ

Diretora

*Misia Trindade Lima*

Editor Executivo

*João Carlos Canossa Mendes*

Editores Científicos

*Carlos Machado de Freitas*

*Gilberto Hochman*

Conselho Editorial

*Claudia Nunes Duarte dos Santos*

*Jane Russo*

*Ligia Maria Vieira da Silva*

*Maria Cecília de Souza Mingyo*

*Martila Santini de Oliveira*

*Moisés Goldbaum*

*Pedro Paulo Chieffi*

*Ricardo Lourenço de Oliveira*

*Ricardo Ventura Santos*

*Sorya Vargas Côrtes*

**EPIDEMIOLOGIA CRÍTICA**  
CIÊNCIA EMANCIPADORA E INTERCULTURALIDADE

Tradução

**Vera Ribeiro**

Revisão Técnica

**Luis David Castiel**

1ª reimpressão



mundo inteiro, e esses processos exigem que se amadureça um pensamento alternativo na saúde, que não pode ser apenas um rearranjo de velhas idéias e fórmulas funcionalistas.

Nossa 'epidemiologia crítica', ao participar de um projeto epistemológico, teve de partir de um acerto de contas com as idéias próprias com que se transitoriu para a ação e com as quais batalharam outros epidemiologistas da América Latina, os quais fizeram contribuições fundamentais para o avanço dessa disciplina. Para tanto, foi indispensável estabelecer um diálogo com várias correntes, passadas e atuais, da epistemologia.

Na introdução desta obra, explicamos nosso itinerário na busca de uma epidemiologia ligada a um projeto humano popular. Estabelecemos as chaves epistemológicas da obra e destacamos as categorias centrais da nossa proposta. No Capítulo 1, "Episteme e práxis social", esboça-se o enfoque epistemológico, num diálogo crítico com as teses do paradigma de Kuhn e a episteme de Foucault. O Capítulo 2, "Sujeito histórico e sujeito da ciência", projeta o debate das décadas anteriores sobre a construção do objeto epidemiológico e sua reformulação, até o debate mais recente sobre a interculturalidade e a reafirmação do sujeito da epidemiologia, destacando os vícios de uniculturalismo que distorcem a epidemiologia dominante. No terceiro capítulo – "Complexidade e realismo dialético" – propomos uma releitura da categoria da determinação e, em busca de uma visão renovada da causalidade epidemiológica, estabelecemos uma distinção entre determinismo e determinação. O Capítulo 4, "Obstáculos e possibilidades diante de uma epidemiologia sem memória e sem sonhos", expõe os principais erros conceituais e metodológicos da velha epidemiologia, baseada no funcionalismo estrutural. O Capítulo 5, "Dois casos de hegemonia por meio da epidemiologia", põe em destaque os maus usos da epidemiologia, que acabam por convertê-la numa ciência mercenária. O Capítulo 6, "Bases para uma epidemiologia contra-hegemônica", destaca o que denominamos derrota dos direitos humanos, a mercantilização do pensamento, e contrasta os diferentes modelos de desenvolvimento humano em cuja lógica tem de se inserir um projeto para a saúde coletiva. O Capítulo 7, "Da epidemiologia linear à epidemiologia dialética", aborda a crítica da teoria do risco como ferramenta de trabalho e procura expor suas características e fundamentos, descobertos por vários epidemiologistas latino-americanos e inclusive por mim. A seguir abordamos o debate sobre o papel da epidemiologia numa práxis emancipadora.

Como explica Everardo Duarte Nunes em seu generoso prólogo, este livro pretende explicar "o que propõe a teoria crítica, tanto no sentido do que significa a palavra 'crítica' quanto no que se refere à crítica interna (análise rigorosa da argumentação e do método) e quanto ao que constitui o sentido da relação entre as análises das condições de regulação social, desigualdade e poder".

## Introdução

A epidemiologia crítica vai em busca de uma nova visão da ciência, do que é o conhecimento concreto (*hard knowledge*) e do que é uma intervenção eficaz: não quer ser apenas um novo arranjo de velhas idéias e fórmulas funcionalistas, vestidas com a roupagem sedutora de uma tecnologia de ponta.

Em muitos lugares e instituições, a velha epidemiologia é recriada de mil formas e, com isso, obstaculiza ou torna mais lento o processo de aproximar os epidemiologistas de sua gente e dos temas fundamentais de uma saúde emancipadora. Daí a urgência de trabalharmos, autocrítica e criticamente, em um novo projeto epistemológico.

Um novo projeto epistemológico, inevitavelmente, é um ajuste de contas com as idéias, próprias e alheias, com que se vem transitando pela ação. Trata-se de uma questão de especial importância em momentos em que se reaviva a necessidade histórica de aperfeiçoar uma utopia para a emancipação humana e de oferecer uma visão renovada da ação, a partir das possibilidades de cada ramo da ciência.

A humanidade enfrenta agora um dos maiores descalabros da vida sobre o planeta e, como acontece nas épocas de maior conflito social, as atividades científicas experimentam tensões que, muitas vezes, acabam provocando crises dos paradigmas científicos. O choque de dois fundamentalismos, que se tornou visível em 11 de setembro com o ataque a Nova Iorque, não só desperdiçou definitivamente a humanidade do 'sonho americano', como evidenciou a guerra aberta entre duas irracionalidades – a que brota da voracidade do mercado e a que nasce do desespero de povos encurralados, que se refugiam em expressões como o fanatismo teocrático –, terreno este em que a prática da ciência terá de caminhar em meio ao assédio cultural. Lamentavelmente, cabe a nós trabalhar e defender a vida em uma época em que o terrorismo impera-

lista' e o terrorismo 'reativo' puseram em evidência uma nova faceta da globalização, como expansão do terror, e a regressão a manifestações bárbaras da ideologia, as quais, querendo ou não, empurram a cultura para uma orientação ultraconservadora. Um discurso maniqueísta pretende estigmatizar qualquer expressão de inconformismo como forma de terrorismo.

A vida social reproduz-se em uma extrema polarização social. Nos anos 70, deu-se a encruzilhada entre o socialismo e a barbárie, um confronto que foi resolvido mediante a imposição violenta do terrorismo de Estado (Dieterich, 2002). Agora, passadas três décadas, a maquinaria neoliberal torna a provocar um cataclismo econômico-social e renova a estratégia do terrorismo oficial, só que, nesta oportunidade, a encruzilhada é muito mais violenta, pois se trata da oposição entre povos que mal sobrevivem e uma forma intensificada de barbárie. Nos idos daqueles anos, a legitimidade do sistema foi conseguida mediante o hábil reconhecimento de alguns direitos humanos fundamentais e a negociação do chamado 'pacto social'; atualmente, o sistema demoliu os direitos principais e se sustenta fundamentalmente com base no medo, no terrorismo institucionalizado na guerra e na expansão dos mecanismos de controle cultural e hegemonia – fenômenos que passam a se constituir em processos que regem a vida e sua reprodução e que, portanto, adquirem um estatuto epidemiológico.

As interpretações desse tipo de fenômenos não se fizeram esperar. Para Hardt e Negri (2000), a mudança essencial seria a passagem de uma fase de 'imperialismo' para uma fase de 'império' e se radicaria no salto de uma 'sociedade disciplinar' para uma 'sociedade de controle'. Na sociedade disciplinar, a dominação social se exerceria mediante um conjunto de aparelhos que produzem e regulam costumes, hábitos e práticas, propiciando lógicas adequadas à 'razão' ou à ordem social que se impõem, ao passo que, na sociedade de controle, os mecanismos de tal dominação se realizariam através dos corpos e mentes dos cidadãos. Os comportamentos sociais estariam agora cada vez mais internalizados nos próprios sujeitos, e condicionados por um 'biopoder' que regularia a vida social a partir de seu interior. Segundo os referidos autores, essa forma de dominação não é outra coisa senão a extrapolação, para a cultura e os comportamentos, da 'subsunção real' originalmente descoberta por Marx no controle dos trabalhadores pelos mecanismos internos do processo produtivo. Seria um poder "(...) exercido por meio de máquinas, que organizam diretamente as mentes (em sistemas de comunicação, redes de informação etc.) e os corpos (em sistemas de bem-estar, atividades monitoradas etc.)" (Hardt & Negri, 2000: 20).

Essa tese histórica, se correta, impulsionaria todas as ações de emancipação, inclusive as da saúde pública, por um roteiro totalmente distinto, e contrariaria para uma forma de organização do povo, na luta por sua saúde, que

teria de ser vista com muita precaução, porque poderia implicar um desmantelamento dos processos organizacionais com que os povos lograram suas maiores conquistas. Com efeito, teses como as de Hardt e Negri, formuladas sob a influência da idéia foucaultiana de microfísica do poder e da idéia de Deleuze-Guattari de dissolução do sujeito social, provocaram uma controvérsia importante, posto que, em nome de uma reinterpretção criativa, trazem a raiz de uma luta distanciada das contradições sociais mais importantes que afetam a vida humana e a saúde. Examinemos algumas facetas dessa controvérsia.

Atilio Borón (2002) encabeça tal debate na América Latina, argumentando que, para além das boas intenções de Hardt e Negri, a tese deles sobre a circulação da produção industrial como eixo vertebral da dominação capitalista, rumo a uma produção 'biopolítica', em que se mesclariam o econômico, o social e o cultural, como três esferas inseparáveis, e também sua tese sobre uma hipotética transformação do imperialismo, sob a égide de Estados nacionais claramente definidos como opressores, num 'império' em que os centros de decisão se teriam trasladado para esferas supranacionais e difusas, implicam tanto uma interpretação errônea da estrutura de poder – visto que os centros de poder (isto é, os Estados-base e as instituições como o FMI e o Banco Mundial), as normas e as regras continuam sendo os mesmos do imperialismo supostamente 'extinto' – quanto um erro na compreensão da ordem social. Trata-se de dois erros interpretativos que acarretam sérias consequências para a estratégia política dos oprimidos e que colocariam a luta pela saúde pública em uma camisa de força. Em primeiro lugar, essa noção vasta e difusa de 'império', que tudo abarca, carece de contradições que possam ser trabalhadas com vistas à emancipação e às conquistas sociais e carece também de um sujeito organizado que enfrente o império – uma vez que, para Hardt e Negri (2000), o único sujeito que existe é uma multidão diversificada e dispersa no globo, que o atacaria de maneira desarticulada.

Por seu lado, livros como o de Mészáros (2001) também nos alertam sobre outros pontos escorregados desse tipo de tese, que podem distorcer a compreensão da luta que precisamos construir para defender a vida ameaçada. Mészáros também contesta as teses dessa suposta nova forma de soberania mundial em que se teriam dissolvido as diferenças entre centro e periferia, assim como os entraves territoriais e as codificações imperialistas, para passar a uma globalização em que o mercado não encontra obstáculos para seu fluxo. Segundo sua análise, não é que tenhamos passado para um período pós-imperialista, no qual a potência dirigente configuraria uma 'polícia mundial', mas sim que o que se formou foi um 'Estado do sistema do capital' que subsume todas as potências rivais. Em outras palavras, trata-se de um 'processo de controle da totalidade por uma potência econômica e militar' que se erige como a força responsável por controlar os antagonismos ou as contradições irreconciliáveis

do capitalismo atual.<sup>1</sup> Segundo essa explicação, a única coisa ocorrida desde o 'fim' da Guerra Fria foi uma mudança de roupa e de justificação do próprio imperialismo (Mészáros, 2001).

E, é claro, do outro extremo do pensamento nascem as interpretações da era atual como uma consolidação definitiva do capitalismo, ao qual caberia simplesmente dar uma face humana. Mas nem os povos, nem aqueles que trabalham pelo conhecimento e pela saúde, fora dos aparatos de poder, nos sentimos representados por essa visão. Fukuyama e a velha guarda neoliberal interpretam a derrota do socialismo do Leste Europeu e a eclosão atual de terrorismo – que seria apenas uma rabanada de uma cultura obsoleta, que resiste a sucumbir – como um sinal claro da vitória demolidora do modelo baseado em uma suposta democracia, no livre mercado e no *American way of life* (Fukuyama, 1992); para Huntington (1997), a sublevação dos povos muçulmanos, assim como todo o rechaço a esse 'estilo de vida norte-americano', é um choque de culturas que substitui o enfrentamento ideológico, uma vez decretado o fim das ideologias.

Não podemos assumir nossas reflexões sobre a pesquisa e a epidemiologia a partir desse tipo de enfoque, pois trata-se de olhares que expressam a visão a partir do poder e da cultura 'ocidentais', posturas estas que não representam o interesse coletivo – primeiro porque a idéia de ausência de alternativas viáveis é uma outra forma de hegemonia, e não uma opção libertadora, e segundo porque, justamente agora que acalentamos o anseio de uma nova ciência multicultural, dificilmente poderíamos nos apoiar em um unicélturismo acentuado e na antiga visão da civilização europeia e seu pensamento como pilares da ciência.

Do ponto de vista dos que lutam pela saúde coletiva e procuram mostrar a relação entre todas as formas de dominação social com a doença e a morte, o que sucedeu agora é uma ampliação e uma aceleração da catástrofe social provocada pelo aprofundamento da lógica econômica e do verdadeiro espírito do capitalismo. A eclosão do terrorismo e a institucionalização maior da violência e da monopolização do poder, com sua tenebrosa capacidade de embolar as fronteiras entre a civilização e a barbárie, puseram em evidência o que décadas de análises e milhares de artigos e publicações nossos não pararam de mostrar. E é precisamente neste mundo que nos compete pensar em uma forma humana, democrática e emancipadora de exercer a epidemiologia.

A partir de uma óptica progressista, pode-se asseverar que uma das lições hoje aprendidas por nós, cientistas de consciência crítica que trabalhamos no campo da saúde coletiva e da epidemiologia, é que nosso maior desafio, no

<sup>1</sup> Anteriormente, o imperialismo ocupava uma parte dos territórios da periferia; agora, tem a capacidade de expandir sua ocupação por novos meios militares e tecnológicos. Vivemos a fase mais mortífera do imperialismo.

momento atual, é o de aperfeiçoar nossa 'consciência objetiva' acerca dos novos problemas de uma realidade muito complexa e caracterizada por uma espiral de 'inequidade' crescente, mas fazê-lo trabalhando simultaneamente em prol de uma 'consciência da subjetividade' como ferramenta do impulso coletivo. E então, assim como reconhecemos a necessidade de incorporar no paradigma contra-hegemônico, de maneira mais rigorosa, toda a complexidade da realidade e as relações de produção-propriedade e de poder, como condições 'objetivas' da materialidade social que determinam a saúde, começamos também a entender melhor a importância de trabalhar o tema da 'subjetividade social' como chave para fortalecer o sujeito da ação, integrando forças e culturas contra-hegemônicas e construindo um poder simbólico alternativo, sem o que é impossível sustentar um avanço realmente emancipador.

E eis que, nesse novo ciclo de desenvolvimento da consciência histórica, em meio ao choque de fundamentalismos, à expansão global de relações sociais renovadas e globalizadas sob a égide do Capital e à 'síndrome da queda do muro', ergueu-se um movimento de renovação filosófica e se tornaram 'visíveis' alguns processos que não se manifestaram noutros momentos, um dos quais é o da subjetividade popular e das relações desta com o saber científico. Tivemos de reconhecer, em suma, que pouco avançamos ao enfocar apenas os objetos de transformação, sem fixar correspondentemente os sujeitos da transformação – relação objeto/sujeito que a dialética marxista fundou para o conhecimento e sempre reconheceu, mas que foi desmembrada na prática.

No contexto desse desafio, colocar na ordem do dia um debate sobre a idéia de modernidade é uma urgência prática, uma responsabilidade para encararmos o novo milênio sobre bases distintas. E isso é diretamente pertinente à temática da saúde coletiva, uma vez que a reflexão sobre os paradigmas da saúde pública em geral, e sobre a epidemiologia em particular, é um capítulo importante da 'epistemologia contemporânea', pois nesta entram em jogo definições essenciais de uma 'teoria da necessidade', 'concepções sobre os direitos humanos', 'categorias e formas de interpretar a qualidade de vida e seus determinantes', os "preceitos e mecanismos da segurança humana", a 'ética das operações preventivas e das ações em prol da saúde' e, enfim, tudo aquilo que faz parte de uma bioética integral.

Nesse sentido, uma 'epidemiologia crítica' pode ser um instrumento básico de recuperação 'ética' e de construção de uma nova 'postura política', dois aspectos seriamente menosprezados em meio a um processo neoliberal cínico e regressivo.

Por esse prisma, a construção de uma epidemiologia crítica exige pensarmos em uma bioética que não apenas se encarregue do cuidado com os processos individuais de bem-estar, com a segurança genética e ecológica e com a proteção das pessoas ante as práticas nocivas e os danos pessoais, mas que também penetre nos direitos e na ericidade dos processos sociais ou

coletivos, aqueles que configuraram o que Berlinguer e Garrafa (1996) denominaram "ética da vida cotidiana", e que preferimos ampliar como 'ética do modo de vida', a qual abarca a recuperação urgente de formas humanas de trabalho, os direitos do consumidor, os direitos e a equidade étnicos e de gênero, o manejo seguro do meio ecológico e, enfim, tudo o que possibilita uma saúde coletiva como parte do projeto emancipador da sociedade, um projeto que implica a construção de um poder alternativo, e que se deve articular não apenas em torno de esforços acadêmicos ou institucionais – que quase sempre acabam funcionalmente ligados ao poder –, mas dos processos vitais das organizações e movimentos populares.

Em outras palavras, torna-se urgente um posicionamento epistemológico claro, que tome partido com respeito às forças sociais que lutam por promover seus interesses estratégicos (Breilh, 1998) e que advogue de maneira frontal e inequívoca o grande projeto inacabado de emancipação econômica, política e cultural da humanidade, o que implica, em cada campo científico, um movimento duplo de proposição de novas formulações teórico-práticas e, ao mesmo tempo, de construção de uma contra-hegemonia.

O pensamento científico não é a única forma do saber, mas dispõe de características, ferramentas e capacidades para enfrentar desafios que o tornam poderoso. Oferece a algumas operações humanas um poder formidável, ainda mais quando nos confrontamos com um verdadeiro holocausto, implantado em nome da superação dos erros da modernidade, mas que aponta, em última instância, para a consolidação regressiva de uma variação mais depurada da economia monopolista que caracterizou os dois últimos séculos. E a epidemiologia não se pode desinteressar de suas circunstâncias históricas, buscando um refúgio cômplote nos umbrais estreitos da academia ou da institucionalização tecnocrática.

Não há dúvida de que, nas últimas décadas, os setores hegemônicos da ciência e da tecnologia médicas foram impedidos para a acumulação em maior escala. O que era o perfil clássico dos laboratórios farmacêuticos reformulase, agora, no monopólio das empresas de engenharia genética e de apropriação do genoma. O papel dessa ciência, na era da globalização, denuncia sua submissão ao cálculo da utilidade e à maximização dos lucros no mercado, em uma conjuntura cuja figura típica é a do 'mercado-laboratório', que se transforma numa força não de globalização racional, mas de 'totalização' anti-humana (Hinkelammert, 1997).

No caso da epidemiologia, porém, raras vezes se conhecem usos diretamente inscritos na produção monopolista de mais-valia e acumulação, talvez com exceções, como a do emprego não humano de nossa disciplina na indústria automotiva, onde a técnica de vigilância epidemiológica no controle de qualidade das unidades motorizadas é um instrumento direto do aumento da

rentabilidade. Os 'maus usos' recentes da epidemiologia têm-se dado, antes, em campos como a instauração de uma suposta 'epidemiologia molecular ou genética', orientada para a utilização de marcadores genéticos para a segregação antecipada de trabalhadores geneticamente 'doentes', e como o terreno do reformismo neoliberal, que explora os níveis mínimos de miséria sustentável, o que é a quintessência da nova governabilidade capitalista. A epidemiologia dos mínimos de sobrevivência (*bottom-line epidemiology*), como a denominamos noutra texto (Breilh, 1998), é um instrumento necessário da concepção de medidas estratégicas do neoliberalismo.<sup>2</sup> Ela compartilha a lógica dos mínimos toleráveis, a medição de fenômenos que expressem a máxima resistência governável de uma população ante a pobreza e as privações, e compartilha, em suma, a lógica que substitui as aspirações máximas de saúde integral de um povo pela lógica dos mínimos toleráveis no âmbito da governabilidade.

Ao longo destas primeiras páginas da introdução, e mesmo com o risco de sufocar o leitor não familiarizado com os materiais da crítica à modernidade, procuraremos destacar as grandes contradições que afetam a vida e a saúde no cenário histórico global. A idéia é contextualizar o rigor do desafio de construir ferramentas para a vida num cenário montado a serviço da morte.

Na continuação, procuraremos situar nossas contribuições na trajetória do movimento contra-hegemônico da saúde pública latino-americana. Seria desejável articular esta análise ao conjunto do pensamento crítico também da América do Norte e da Europa, examinando as proximidades e as distâncias com respeito a nossas formulações, mas esse exercício escapa às possibilidades deste ensaio.

## O ITINERÁRIO DE UMA PROPOSTA

Desde seu surgimento, no final da década de 1970, o movimento por uma epidemiologia crítica no seio da saúde coletiva latino-americana<sup>3</sup> passou por fases diferentes, que resumiríamos assim:

<sup>2</sup> A epidemiologia tem sido utilizada como instrumento da tomada de decisões na focalização, no cálculo de pacotes, pisos ou planos de atendimento básico (PAB), no estudo das medidas de redução dos gastos com a saúde, nos cálculos de subsídios à demanda e na redução à óptica das doenças evitáveis, para calcular o famoso *global burden of disease* (ônus global da doença).

<sup>3</sup> Ainda conhecida em muitos lugares como medicina social, ela é uma versão alternativa do que convencionalmente se designa como saúde pública.

Quadro 1 – Fases da epidemiologia crítica

FASE DE CONSTRUÇÃO DA EPIDEMIOLOGIA CRÍTICA	CARACTERÍSTICAS DOS CONTEXTOS E PROCESSOS EPISTÊMICOS CONTRA-HEGEMÔNICOS
Período formativo (década de 1970): ênfase na construção de uma objetividade alternativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contexto socioeconômico: industrialismo; paridade estratégica das potências e reconhecimento formal dos direitos econômicos e sociais das classes subalternas.</li> <li>Contexto cultural-epistemológico: visão linear da ascensão histórica (progresso) permanente e visão centrada no Estado; pensamento crítico monocultural (dialética monológica); predominância do mega-relato marxista como discurso 'matriz' ou epifrítico; avanço na extensão.</li> <li>Contexto político: luta em uma única frente: corporativismo.</li> </ul>
Período de diversificação (década de 1980)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contexto socioeconômico: pós-industrialismo e recomposição do sistema produtivo; rompimento da paridade estratégica e início da demolição dos direitos econômicos e sociais.</li> <li>Contexto cultural-epistemológico: visão descentralizadora; desconstrução agressiva e crise das metanarrativas; rompimento radical com as metanarrativas e avanço em profundidade; desconstrução e desintegração do sujeito da emancipação, na teoria e na prática.</li> <li>Contexto político: atomização do sujeito social, era do movimentismo.</li> </ul>
Período de consolidação – praxiológico (década de 1990): subjetividade alternativa; intersubjetividade; práxis metacrítica	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contexto socioeconômico: crise de hegemonia.</li> <li>Contexto cultural-epistemológico: visão multicultural do desenvolvimento em choque com a imposição da versão anglo-saxônica da cultura 'ocidental'; pensamento crítico pluriótico; narrativa metacrítica; desenvolvimento do marxismo, juntamente com outras visões emancipadoras.</li> <li>Contexto político: luta em bloco, metacrítica social e práxis intercultural.</li> </ul>

Nosso trabalho em prol da construção de uma epidemiologia crítica percorreu diversas etapas, inscritas nesse movimento internacional e alimentadas por idéias provenientes de vários núcleos, que agora desembocam nessa forja de uma 'epidemiologia crítica' baseada na 'construção intercultural de outro paradigma da ciência'.

Como todo trabalho epistemológico, a busca de um novo paradigma requer a formulação de diversas indagações que nos ajudem a encontrar coerência e sentido. Uma delas, talvez não a mais importante em termos teóricos,

mas de muito peso em nossa atividade cotidiana, é: que valor têm as perguntas teóricas em um mundo de atraso e inequidade, sedento de ações práticas de transformação? Lamentavelmente, no campo da saúde pública, a orientação disciplinar dominante é pragmática e funcionalista, o que provoca uma pressão negativa frente ao trabalho teórico realizado a partir de uma perspectiva crítica, adversidade esta que tende a nos dissuadir das discussões conceituais, quase sempre em nome das urgências práticas de nossos carentes sistemas de saúde. Temos pensado muito no significado dessas urgências, e sempre volta à baila a tese de Imre Lakatos (1983): a partir da dialética, uma pergunta científica é transcendente se o que fazemos e sentimos é modificado pela resposta dada a essa pergunta. E, como de fato queremos construir uma epidemiologia que faça e sinta algo muito distinto do que sente um tecnocrata em seu escritório, devemos construir uma forma distinta de nos fazermos perguntas epidemiológicas. Em outras palavras, é precisamente a urgência de reformular a atividade prática que nos impele a buscar um novo paradigma.

Essa distância entre a epidemiologia oficial ou funcionalista e as urgências das pessoas tem despertado duros questionamentos. Há anos se ironiza a semelhança entre o trabalho feito pelos epidemiologistas e o de bombeiros que sempre chegam atrasados aos incêndios, quando o flagelo já se propagou. Agora, essa avaliação crítica é ainda mais incisiva e se resume na aguda descrição de Ballard (1992), que define a epidemiologia como a "teoria da catástrofe em câmera lenta". E, no ritmo em que vamos, teríamos de avaliar que essa catástrofe nem é tão lenta assim, a julgar pelos ritmos de deterioração da vida provocados pelo holocausto neoliberal.

Dai surge uma outra pergunta que nos sacode a consciência: será que não vimos construindo uma epidemiologia sem memória e sem sonhos? Sem memória para colher a experiência acumulada pela luta social contra o poder, em prol da vida e da saúde; e sem sonhos de uma sociedade verdadeiramente livre e emancipada. Será que, na época atual, não nos temos recolhido ao comodismo de uma epidemiologia funcional? Não há dúvida de que essas são perguntas vitais para a consolidação de uma epidemiologia realmente eficaz.

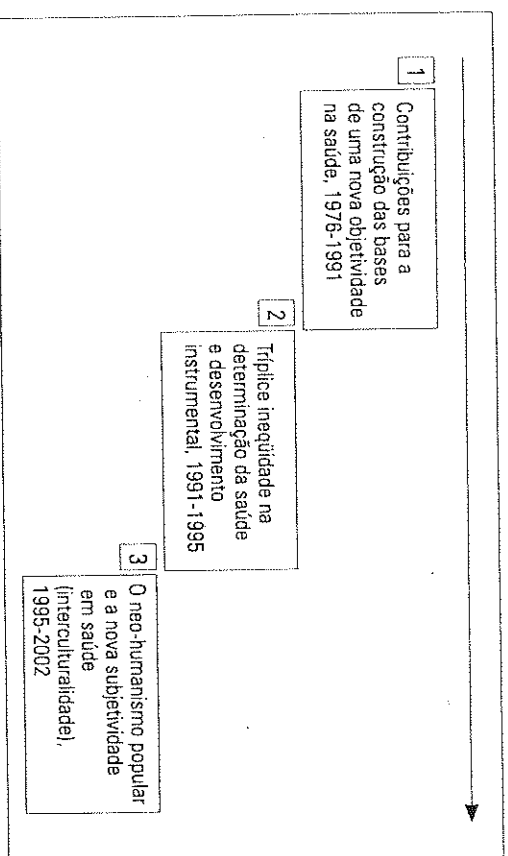
O propósito central deste livro, portanto, é um acerto de contas com as idéias próprias e alheias com que tenho transitado pela ação, com vistas à construção desse novo tipo de epidemiologia: emancipadora e multicultural.

Nossas contribuições para a construção de uma epidemiologia crítica

Uma compreensão cabal de nosso modelo, isto é, da proposta que construímos, será obtida com mais facilidade se passarmos em revista a seqüência que nos levou da idéia de perfil epidemiológico, na década de 1970, às formulações mais recentes.

De 1976 a 1991, trabalhamos fundamentalmente no que seria a construção das bases de uma 'nova objetividade da epidemiologia'. De 1991 a 1995, concentramo-nos no que seriam os efeitos da triplíce inequidade na determinação da saúde – inequidade de classe social, de gênero e étnica –, e também em elementos do desenvolvimento instrumental. E por último, de 1995 até hoje, concentrei-me no que seria construir, trabalhar com muitas outras pessoas na construção de um neo-humanismo popular e de uma nova subjetividade.

Figura 1 – Sequência de contribuições teórico-metodológicas



Ou seja, de algum modo, desde uma primeira etapa, examinamos o que seria a construção dessa nova objetividade – na qual nosso trabalho teve de enfocar uma crítica da construção positivista da saúde –, trabalhamos no objeto epidemiológico e iniciamos o que seria a crítica da idéia dos 'fatores de risco', que mais tarde já seria uma crítica integral ao paradigma do risco; em suma, nossa luta foi por transformar as idéias do causalismo, calcado em noções positivistas, em prol da idéia de determinação, que havíamos conhecido de alguns subsídios lógico-científicos como os de Bunge (1972), que já eram enunciados no começo dos anos 70. As categorias centrais que empregamos nessa fase de nosso trabalho foram as de reprodução social, modo de vida, determinação, classes sociais e perfil epidemiológico. Esse foi um primeiro momento, no qual nossa visão crítica ainda estava ligada a uma idéia unicursal da ciência.

Na segunda etapa, de 1991 a 1995, focalizamos primordialmente o estudo da 'inequidade', que foi necessário como produto da crítica à noção empírica de 'desigualdade', que se havia transformado na via explicativa da distribuição epidemiológica até então, e propusemos a categoria da inequidade, que nos serviu para analisar as repercussões, para a saúde, da concentração de poder em certas classes sociais, gêneros e grupos étnicos. Trabalhamos também sobre aspectos do desenvolvimento instrumental. A necessidade de estudar a segregação não equitativa do espaço em nossos projetos de pesquisa tornou indispensável abordar a geografia epidemiológica e o que depois chamáramos de 'corepídemas'.<sup>4</sup> Do mesmo modo, iniciamos as primeiras discussões sobre a integração lógica qualitativa e quantitativa na produção do conhecimento epidemiológico. As categorias centrais nesse momento foram: inequidade, modos de vida (nas classes), gênero, etnicidade, corepídemas e triangulação, ou, pelo menos, uma visão diferente da relação entre a lógica atributiva e a lógica das funções e correlações quantitativas. Nesse momento, a visão girou em torno da ruptura da concepção bipolar da estrutura de poder de nossas sociedades, que, apesar de ter tido a virtude de esclarecer a principal contradição do sistema social, ou seja, a contradição entre o capital e o trabalho, que era a que primava até então, precisava ser integrada ao estudo de outras formas de dominação e assimetria social que têm profundas repercussões na saúde coletiva.

Na terceira fase (1995-2002), avançamos para a proposta de um 'neo-humanismo popular' e para a busca de uma nova 'subjetividade', para a crítica à teoria do risco, que já se havia perfilado desde os primeiros anos, e projetamos uma crítica da aceção reducionista da exposição. No campo da análise da ação, surgiu a proposta do neo-humanismo popular, bem como o desenvolvimento de uma proposta para a ligação entre a epidemiologia e uma nova idéia de gênero. As categorias centrais, nesse momento, foram, além das já assinaladas: 'exposição/imposição', para complementar a crítica ao factorialismo (e sua idéia empírica de vínculo 'externo' entre fatores de saúde); a referida visão estática e fragmentada dos fatores foi substituída, em nosso discurso epidemiológico, pela noção dialética de 'processo', que foi integrada como unidade lógica da matriz de processos críticos.

No final dessa nova fase, ressuruiu com ênfase especial a necessidade de re-situar também o sujeito do conhecimento e de dar andamento à ansiosa integração desses outros saberes que o positivismo havia deslocado; daí a importância adquirida nas últimas etapas de nossa proposta pela categoria da 'interculturalidade'. Essa ampliação e enriquecimento do sujeito, além disso, tinham de corresponder a uma idéia igualmente reformulada da organização para a ação, que devia integrar os sujeitos não mais sob a imposição de uma

<sup>4</sup> Construto de base geográfico-social criado pelo autor (Nota da Tradução).



'frente única' em prol da saúde, que implicava uma homogeneidade interpretativa e social inexistente, porém sob a forma mais dialética e democrática de um 'bloco popular' para a ação epidemiológica. Com isso, abriu-se o que eram, a nosso ver, as melhores possibilidades de desconstruir e reconstruir a epidemiologia e o complexo objeto/sujeito/campo da saúde, o que, em vez de se fechar na visão estreita da atuação sobre fatores, mediante um sujeito unicatural e uma ação funcionalista, foi-se convertendo em uma visão dialética de processos críticos, em uma nova subjetividade e em uma construção contra-hegemônica de um bloco de ação epidemiológica que integrasse as forças de todas as vozes e os filões progressistas de todos os olhares. Assim, surgiu a idéia de projetar e enriquecer a crítica que havíamos estruturado nos primeiros momentos, fundamentalmente desde as categorias do realismo ou materialismo dialético, em prol de uma metacrítica da sociedade e de um pensamento epidemiológico multicultural – um caminho em que a desconstrução proposta não se baseia na desmontagem ou substituição da capacidade crítica dos 'sem poder', acumulada em doutrinas como o marxismo, mas em seu enriquecimento como parte de um pensamento metacrítico.

Voltaremos com insistência a este último ponto ao longo destas páginas, uma vez que a tese de integrar os outros sujeitos na construção epidemiológica é central nesta obra. Tese que, por outro lado, não é uma prerrogativa da epidemiologia, mas constitui uma corrente vigorosa nas ciências sociais inovadoras, para alguns de cujos autores é preciso 'indisciplinar' as disciplinas do conhecimento, o que pretende expressar a necessidade de reincorporar na produção do conhecimento os 'outros' saberes que foram invisibilizados pela episteme moderna. Tais autores referem-se à urgência de 'descolonizarmos as disciplinas, suas metodologias e suas tecnologias' e de nos articularmos com as formas de pensar dos outros, rompendo com a superioridade da racialidade dominante, que só presume como conhecimento válido aquele que se constrói segundo os cânones da ciência positivista e é transmitido pela escrita, que seria a única via para a elaboração da capacidade crítica do pensar (Walsh, Schiwy & Castro-Gómez, 2002).

Em suma, o ciclo lógico de nosso pensamento crítico atravessou uma etapa de reconstrução do objeto; depois, de reconstrução do sujeito e, por fim, de integração desses dois movimentos em uma epidemiologia metacrítica, intercultural.

A seqüência de nosso trabalho permitiu-nos, portanto, trabalhar a complexidade do objeto de estudo mediante a categoria do 'perfil epidemiológico', como uma construção que permite estudar as contradições determinantes do devir da saúde nas dimensões da sociedade em geral, os modos de vida particulares dos grupos situados em posições distintas da estrutura de poder, os estilos de vida pessoais e os processos contraditórios que se expressam nas pessoas (processos fisiológicos, sensações de bem-estar e decisão positiva,

por um lado, e sua negação, que são os processos fisiopatológicos e as sensações de mal-estar e fracasso que ocorrem nos indivíduos, por outro). Para chegar a essa nova construção do objeto, foi necessária uma crítica do causalismo, que mantinha a epidemiologia mantida em uma visão reducionista e estática da realidade, e foi indispensável o delineamento de uma teoria da determinação; da mesma forma, foi preciso integrar uma nova visão da distribuição epidemiológica, baseada em uma construção dialética da relação equidade/inequidade, que condiciona a distribuição social dos bens e meios de acesso dos quais depende a qualidade de vida. Nesse sentido, era imperativo incorporar ao campo interpretativo da epidemiologia a compreensão da triplíce inequidade de que fazem parte os fenômenos da classe social, do gênero e da etnicidade; só assim foi possível superar os enfoques apenas empíricos e descritivos das desigualdades na saúde, que expõem alguns contrastes, mas sem uma explicação de fundo.

#### Quadro 2 – Seqüência: contribuições teórico-metodológicas

- Desenvolvimento do conceito de perfil epidemiológico (1976, 1979, 1991, 1997, 2002).
  - Crítica ao causalismo (teoria da determinação e teoria do risco – 1976, 1979, 1991, 1994, 1997, 2002).
  - Noção de triplíce inequidade (classe social – 1979, gênero e etnicidade – 1979, 1991, 1994, 1996, 2002).
  - Desenvolvimento crítico da categoria de exposição (1999, 2002).
  - Promoção do debate sobre a teoria da saúde (2002).
  - A interculturalidade (1998, 2002).
  - Proposta do neo-humanismo como base do multiculturalismo crítico (1995, 2000, 2002).
- 
- Integração lógica (triangulação de teorias intensivas e extensivas, 'qualitativas e quantitativas' – 1994, 1997).
  - Desenvolvimento da proposta de monitoramento estratégico (1994, 1997, 2002).
  - Instrumento: operacionalização da classe social (1979, 1995); Epistres<sup>5</sup> (1995).

Essas duas tarefas críticas que esboçamos eram a resposta à necessidade de reformular a 'produção' e a 'distribuição' da saúde, mas faltava apoiar e fundamentar o problema da 'exposição' (*exposure*), que ocupa um lugar central na

<sup>5</sup> Instrumento de investigação criado pelo autor para mensurar os níveis de estresse nas populações (Nota da Tradução).



epidemiologia, pois se supõe que expresse o encontro entre as condições de vida e a aferição concreta das pessoas, com seus organismos e sua psicologia. Aqui, mais uma vez, a epidemiologia hegemônica trata os vínculos como relações externas, que são descritas como funções de correlação. Nosso trabalho também procurou transformar a idéia de exposição, a fim de integrá-la ao novo referencial interpretativo. Como parte de todo esse esforço, trabalhamos ainda na promoção do debate sobre a teoria da saúde, que foi reavivado por Naomar de Almeida-Filho (2001a) e que discutiremos mais adiante.

Todo esse ciclo lógico realizou-se em torno de um programa de pesquisa de campo, ligado às demandas e necessidades de grupos populacionais suburbanos. O caminho que percorremos, como toda tarefa contra-hegemônica, é cheio de boas intenções e muitas dificuldades, de avanços e limitações. Trata-se de um processo em que as novas idéias têm de ir ganhando forma contra a corrente e apesar das adversidades. Os velhos paradigmas conservam adeptos, graças a seus êxitos pontuais e em função das influências do poder. Entretanto, à medida que se acentuam as contradições do sistema social, suas incoerências e desacertos tornam-se visíveis, e é aí que podem irromper com melhores possibilidades as idéias novas. Esses cenários mais favoráveis requerem, entretanto, um árduo trabalho de explicação e convencimento, sem o que a nova epidemiologia não pode expandir-se. Por isso, podemos pressagiar que, na nova etapa da epidemiologia, um lugar importante será ocupado pela tarefa de elevação da consciência epidemiológica do povo – aquilo que, nos termos de Debray (1993), seria a eficácia simbólica da nova epidemiologia. Em todo esse decurso, ciências como a epidemiologia avançam em meio a condições favoráveis e a obstáculos, tanto internos quanto externos: trata-se de um movimento complexo das idéias, cuja compreensão não é alcançada apenas indagando sobre as mudanças conceituais ou metodológicas que uma ciência produz, nem tampouco apenas estudando as condições do contexto que cerca o trabalho científico. No devir de um campo científico, tais condições 'internas' e 'externas' imbricam-se profundamente, razão por que qualquer trabalho de reconstrução teórico-metodológica tem de se combinar com uma análise da história externa.

A partir desse ponto de vista, portanto, a crítica de uma disciplina científica como a epidemiologia não é um ato puramente acadêmico ou laboratorial. Pensar sobre um novo paradigma da epidemiologia, reconstruir as bases da ação na epidemiologia, é também um ato ético e político. O ponto de partida consiste em nos situarmos no cenário histórico, como produtores de conhecimento, e em analisarmos de que maneira se dá a relação entre nosso trabalho especializado na epidemiologia e as demandas da luta pela vida, e é aí que entra em ação um princípio ético-político enunciado por Gramsci (2000): somente quando o movimento organizado do povo é perpassado pelo pensamento crítico, somente quando o pensamento crítico torna-se povo – ou seja, quando há essa aproximação

dos dois extremos da corrente dialética, o das organizações sociais e o dos núcleos acadêmicos e especializados – é que se constrói uma hegemonia de sinal contrário, uma contra-hegemonia, em termos gramscianos.

Em correspondência com a problemática exposta, surge a urgência de aprofundar um trabalho epistemológico que se ocupe das reformulações ontológicas, epistemológicas e praxiológicas exigidas pela epidemiologia. Para isso, podemos empregar sem preconceitos todo o arsenal de categorias, inclusive as da chamada 'filosofia pós-moderna', que tenham uma potencialidade generativa e libertária, mas conservando o fio condutor das categorias comprovadamente críticas e incisivas, construídas pela filosofia e pela ciência, acerca dos arcamientos estruturais e ideológicos do sistema dominante – categorias como as encarnadas em uma vasta produção do marxismo, e às quais veio somar-se, em décadas mais recentes, uma intensa produção a partir de outras vertentes do pensamento crítico. Trata-se, em outras palavras, de uma epistemologia inscrita em um processo emancipador do qual o horizonte de visibilidade atual permite que nos aproximemos mediante algumas chaves epistemológicas.

#### ALGUMAS CHAVES PARA A CONSTRUÇÃO DO 'OBJETO/CONCEITO/CAMPO' DA SAÚDE

Ao se iniciar o novo século, acumularam-se argumentos poderosos contra o paradigma que dominou a ciência moderna, isto é, contra o pensamento positivista que se impôs na modernidade.

Mais adiante, analisaremos em maior profundidade os referidos questionamentos e o debate correspondente a respeito do pensamento moderno e pós-moderno; por ora, cabe destacar aqui vários problemas centrais dessa polêmica, que têm a ver com nossa análise da necessidade de uma teoria geral. Do modo como tratarmos esses problemas dependerá nossa posição acerca da necessidade de uma teoria geral da saúde. Examinemos esses pontos.

Sem dúvida, a corrente interpretativa mais forte, que impregnou o pensamento científico moderno e cuja análise permite compreender melhor seus pontos fortes e suas distorções, é o positivismo. A Europa foi o berço do pensamento iluminista e o cenário no qual se construíram as bases do positivismo clássico de Comte, bem como as formulações positivistas mais avançadas de Durkheim e, posteriormente, a proposta neopositivista da refutabilidade ou falsificabilidade, com a qual Popper pretendeu resolver o problema da circularidade do raciocínio indutivo. Nos Estados Unidos, foi em meados do século XX que o positivismo surgiu sob a nova face do funcionalismo estrutural de Parsons, ferramenta que, nas ciências sociais, apareceu ligada à manipulação das formas e funções sociais, como base teórica do reformismo.

A corrente positivista, com todas as suas variantes, continua até hoje a exercer uma influência pesada no pensamento sobre a saúde, e é por esse motivo que, para quem procura agora entender as novas possibilidades da epistemologia na saúde, é importante por em dia o esforço crítico sobre o positivismo, que Juan César Garcia reiniciou no movimento latino-americano na década de 1970.

Primeiro com o positivismo, depois com o funcionalismo estrutural, implantou-se o modo de fazer ciência mais adequado ao desenvolvimento do capitalismo industrial, não só na medida em que eles facilitaram a assimilação da ciência como uma força produtiva em si mesma e como um instrumento de manipulação da natureza e das relações sociais em benefício do sistema produtivo e da ordem social, mas também porque, em sua formulação, está inscrita a ideia de uma única maneira de encarar o universo – o que poderíamos denominar uniculturalismo no pensamento – ligada à visão eurocêntrica que se procurou impor como essência da civilização e de todo o conhecimento. E a influência foi tão profunda que, como sustentamos em outro ponto, até as expressões do pensamento contra-hegemônico mostram o vestígio do positivismo, fenômeno este que mal começa a se evidenciar nas novas condições epistêmicas que apareceram nas últimas décadas.

O oposto diametral da ênfase objetivista do positivismo e de sua teoria do conhecimento por reflexo, mediante a indução, foi o racionalismo, com sua ênfase na construção subjetiva. São muitas as ramificações e variantes dessa grande escola de pensamento, da qual brotaram concepções que também exerceram uma importante influência na saúde coletiva, entre elas o psicoculturalismo e a fenomenologia, com sua proposta de construção cultural dos fenômenos humanos e sociais. Embora essas concepções tenham-se desenvolvido desde as primeiras décadas do século XX, elas recuperaram o vigor e a influência nas ciências sociais a partir do final dos anos 70 e dos anos 80, quando se puseram em pauta os erros do positivismo.

O psicoculturalismo leva a análise da saúde para o campo dos processos biopsicológicos e das expressões imediatas do cultural, conservando um pé na base natural dos fenômenos. Enquanto isso, a fenomenologia sustenta a irredutibilidade das formas lógicas ao natural e ao psicológico, e descreve o conhecimento como um processo de identificação de seres ideais a partir dos objetos – um processo de intuição de essências, graças à consciência. Seu fundador, Edmund Husserl, propôs o método de redução mediante o qual seria viável converter os objetos em fenômenos, processo este que é a expressão da capacidade da consciência como lugar onde se constitui progressivamente o sentido do mundo, pois os objetos só existiriam graças às operações da consciência pura: as verdades objetivas seriam constituídas por nosso 'eu', mediante sínteses efetuadas por nossas próprias operações, que são as que dão lugar a

essas verdades objetivas. Isso porque, segundo a teoria da constituição de Husserl, todas as verdades objetivas foram constituídas por 'meu eu', pelo próprio ser, mas isso, no dizer dele, não implica um solipsismo, porque não é meu eu subjetivo que as configura, e sim uma comunidade de eus, visto que, se essas operações dão lugar a verdades objetivas, elas não são operações privadas minhas, mas operações essenciais, passíveis de ser repetidas por qualquer outro sujeito que se atenha às condições objetivas da citada operação; portanto, tais operações passam a ser essenciais, como seres ideais e permanentes que dão forma ao verdadeiro esqueleto da realidade. O próprio eu é que descobriria a existência de uma comunidade de eus que possibilitam a subjetividade. O sujeito, na realidade, seria uma comunidade de sujeitos, não existindo experiências privadas, mas sim experiências comunitárias (Hidalgo, Iglesias & Sánchez, 1978). Embora Husserl tenha proclamado que superou o solipsismo, isto é, a teoria de que o próprio ser é a única realidade, e tenha sustentado que, "ao colocar entre parênteses minha individualidade factual e descobrir minha vida relacional (...) coloco-me no caminho da revelação de todas as relações que me constituem, inclusive como subjetividade" (Husserl apud Hidalgo, Iglesias & Sánchez, 1978), não podemos aceitar que ele tenha concebido uma verdadeira intersubjetividade, porque, em primeiro lugar, ele construiu todo o seu sistema relacional em torno do eixo de 'meu eu', na ordem estritamente individual, e, além disso, desconheceu que nem todas as relações que nos formam e nos definem correspondem ao plano pessoal, mas sim ao domínio coletivo, e não a uma intersubjetividade individualista ou interpessoal.

Fizemos um esboço dessas grandes tendências epistemológicas porque somente contrastando-as e reconhecendo os citados antecedentes é que podemos situar as implicações, para a epidemiologia, dos debates atuais que avivam o trabalho epistemológico, como os que giram em torno do conceito de objetividade e das relações macro-micro na determinação dos fenômenos de saúde, assuntos estes dizem respeito à discussão que aqui nos ocupa sobre a necessidade de uma teoria geral da saúde para a epidemiologia.

#### O problema da objetividade e o objeto 'saúde'

A relação sujeito-objeto é um elemento importante de qualquer reflexão sobre o método e sua mudança. No Capítulo 6 deste trabalho, enfocam-se as principais modalidades de construção do objeto surgidas nas disciplinas da saúde coletiva e os problemas correspondentes da 'objetividade' e da 'relação entre sujeito e objeto' do conhecimento. Em páginas dedicadas a um 'balanço preliminar do debate epistemológico na epidemiologia', exporemos uma crítica às duas formas mais influentes de construção do objeto saúde: o 'objetivismo'

metodológico do paradigma positivista, com sua concepção do conhecimento como reflexo e com seu modo de interpretação da realidade como um objeto fragmentado, que se desenvolve em um único plano e cujas partes são ligadas pelo conhecimento, de maneira empírica, linear e funcional, derivando de tudo isso a inclinação consequente para a análise formal quantitativa dessas associações e conjunções empíricas; o 'subjektivismo' metodológico, as correntes do construtivismo psicocultural e a fenomenologia, com sua lógica dedutiva, que usa os relatos para duplicá-los sob um empirismo ingênuo, de sinal qualitativo. Nessa mesma seção, tais paradigmas científicos serão contrastados com as ricas possibilidades do que chamamos de 'realismo dialético', que propôs uma ruptura epistemológica com eles e que supera tanto a concepção do objeto como algo puro, 'em si', que caracterizamos como objetivismo, quanto a idéia do sujeito puro, 'a priori', que chamamos de subjektivismo, e o faz situando a relação dinâmica objeto-sujeito como um processo, processo este que tem a práxis como seu eixo e sua sustentação. Trata-se de uma concepção dialética em que o sujeito – coletivo/individual – só pode tornar-se tal em relação ao objeto que ele conhece e cuja marca sempre leva, e em que o objeto sempre contém elementos subjetivos, sem os quais resultaria em algo indefinido e não poderia constituir-se, já que as experiências perceptivas não são determinadas única e diretamente pelas imagens e estímulos da natureza (Marcović, 1972).<sup>6</sup>

No conhecimento, essa relação sujeito-objeto que se realiza no seio da práxis, e dependendo da natureza desta, assume mediações diferentes e se realiza por meio de simbolismos distintos: a mediação praticamente universal da linguagem, a mediação das formas culturais e a mediação do método e das bases de informação na prática científica. Em todos esses casos, os simbolismos são estruturados de maneira diferente e exercem um efeito estruturante, mas o que é muito importante repisar é que essa relação não é simplesmente um fato da comunicação, e as construções simbólicas são também uma forma de poder, que Bourdieu (1998) denominou de 'poder simbólico', o que significa que, por um processo de transformação, o poder pode transfigurar-se em poder simbólico, que é uma forma de poder subordinado, transformado, irreconhecível e legitimado pelas outras formas de poder. Por isso, no campo da pesquisa em saúde, tanto o método quanto as bases de informação também se estruturam como formas de poder simbólico. Muitas vezes, a informação constrói-se e se apresenta de tal maneira que mais serve como obscurcimento do que como recurso de conhecimento, assunto este que, no caso da epidemiologia, chegou a um ponto em que provoca o que chamamos, em dado momento, de a 'derrota do conhecimento pela informação'.

<sup>6</sup> Como se verá mais adiante, embora os objetos da natureza tenham existido antes do surgimento da humanidade, eles só são objetos do conhecimento na medida em que estão em relação com os sujeitos, por meio de estruturas simbólicas.

O peso de algumas dessas mediações simbólicas para a construção do pensamento atual é muito grande, e a episteme de hoje é perpassada pela influência marcante de alguns conflitos que vêm a ser traços caracterizadores da época. Sem dúvida, trata-se de uma época de extrema polarização e de reforço dos conflitos interpretativos sobre a ordem social e cultural da humanidade. No fundo, a velha discussão sobre o capitalismo e a ordem da propriedade privada *versus* as opções socializantes e solidárias transformou-se, agora, na disputa entre a globalização de uma ordem monopolista total, que exige uma racionalidade acrílica e adaptativa – racionalidade que se expressa nitidamente na idéia terminal do *'American way of life'*, individualista e competitivo, e na noção de uma cidadania ativa, mas funcional – e a globalização de uma ordem solidária e da construção equitativa do mundo – racionalidade que se expressa na vigência de um espírito humanista que vive em uma cidadania crítica e na construção de vínculos coletivos. Mas essa disputa sobre a ordem social perpassa e se recia na disputa pela ordem cultural, e aí se reavivaram alguns pontos cruciais, como o da importância do espírito religioso e dos ateísmos, que agora ressurgem com força em um mundo que se vinha encaminhando para o laico; tanto é assim que, para muitos grupos e pessoas, o que importa, por exemplo, "não é a ideologia política nem o interesse econômico (...); mas as convicções religiosas, a família e os cretos (...), e é por tais coisas que eles lutam e até se dispõem a dar sua vida" (Boff, 2001: 191). Valores dessa natureza conseguiram até mesmo fazer ressurgirem vários Estados teocráticos, e, onde não o conseguiram, de qualquer modo têm uma incidência profunda na cosmovisão e no modo de pensar. É claro que nem sempre os valores religiosos se orientam por uma visão conservadora, e não são poucos os cenários em que as idéias mais avançadas da religião podem articular-se com o movimento mais progressista do pensamento, mas, de qualquer modo, em um ou em outro sentido, eles não deixam de influenciar as idéias com que também se liga a ciência.

São muitos os motivos, portanto, para defender e aprofundar uma epidemiologia crítica, e é em favor dessa nova epistemologia dialética que convém contrastar aqui algumas teses que entraram em polémica, em época recente, sobre a construção do 'objeto saúde', problema este que se apresentou a nós, especialistas do movimento latino-americano da epidemiologia crítica, como um desafio crucial no caminho da consolidação de nosso campo disciplinar. Com efeito, há vários anos tem-se gerado uma discussão saudável e enriquecedora sobre o tal objeto 'saúde', que expressa, como não poderia deixar de ser, as diversas aproximações epistemológicas a partir das quais se concebe a saúde na atualidade.

A publicação de um debate recente sobre a conveniência e a viabilidade de uma teoria geral da saúde, convocado pela revista *Cadernos de Saúde Pública* em torno de um ensaio de Almeida-Filho (2001a), no qual se evidencia a tendência do

pensamento europeu e anglo-saxão para as construções 'negativas' da saúde, como um objeto predominantemente visto pelo ângulo da enfermidade, permite detectar alguns dos principais problemas epistemológicos e abordagens que surgem quando se estuda a saúde. E, embora uma análise minuciosa dessa problemática não seja o propósito dessas reflexões, vale destacar, nesta introdução, as idéias e pontos de discussão que podem ser esclarecedores para o objetivo de decifrar o quão importante é uma teoria geral e qual é o caráter de nosso objeto de estudo.

#### A complexidade/dimensionalidade da saúde

Em anos recentes, tornaram-se mais visíveis as restrições do pensamento científico convencional, que tende a reduzir a saúde de três maneiras: a) reduzir a saúde à doença e ao individual; b) reduzir a realidade em saúde ao plano único dos fenômenos empiricamente observáveis; c) atribuir o movimento dessa realidade à simplicidade unidimensional de uma ordem mecanicamente determinada por leis deterministas. Cabe-nos focar aqui este último ponto.

No Capítulo 3, discutiremos mais amplamente o problema da complexidade e a centralidade adquirida pela contradição simples/complexo no debate atual sobre os objetos da ciência; nesta introdução, cabem algumas reflexões introdutórias.

Como explicaremos mais adiante, o 'reducionismo' é a matriz conceitual que enaltece o princípio da simplicidade, bem como a idéia de que o rigor científico de uma ciência depende de sua proximidade das ordens inferiores da realidade (isto é, moleculares e genéticas), nas quais se encontrariam todas as chaves de um pensamento científico 'exato' (*hard science*). Segundo essa linha de pensamento, a 'concretude' de uma disciplina como a epidemiologia dependeria de um aperfeiçoamento formal e da coerência interna de associações comprováveis (Miettinen, 1985).

Logo destacaremos mais adiante algumas contribuições anteriores da epidemiologia da saúde latino-americana para o debate sobre a complexidade (Castiel, 1994; Samaja, 1993; Breilh, 1993c; Almeida-Filho, 1999), bem como nossa própria visão atual do problema; o que compete destacar, neste ponto, é que, se quisermos superar a lógica formal do reducionismo e sua forma de cristalizar a realidade, teremos de encarar os fenômenos como 'processos', isto é, teremos de devolver o tempo ou o movimento à realidade, incorporando em nossa interpretação da complexidade as noções de espaço e tempo. E, para fazê-lo, não nos serve a lógica formal, com seu princípio de identidade ( $A = A$  e sempre  $A$ ) e sua continuidade total, mas temos de incorporar o princípio da 'contradição' — já que identidade sem contradição é igual ao silêncio.

O pensamento positivista separa o tempo do espaço e desvincula as múltiplas dimensões da complexidade. Quando abordamos o problema da comple-

xidade pela perspectiva do movimento e de sua dimensionalidade, podemos compreender que o estudo da complexidade do objeto epidemiológico não pode ser realizado ao separarmos dimensões absolutas da realidade. E, é claro, como explicamos no Capítulo 3, a complexidade não é a ausência do simples, porque o simples pode aparecer e esclarecer-se no complexo, graças ao movimento; e esse movimento tem um modo de devir determinado (não determinista) em formas variáveis e em múltiplas dimensões, que vão e vêm para e umas das outras.

Veremos igualmente como a complexidade (ontológica) do objeto é recriada na complexidade do sujeito (formas de subjeividade necessárias) e exige uma construção intercultural e interdisciplinar.

#### Dimensões e ordens da complexidade do objeto 'saúde'

Reconhecemos a complexidade do 'objeto saúde' em dimensões e ordens distintas. As 'dimensões' a partir das quais podemos estudar esse objeto são: a de seu ser (dimensão ontológica), a de sua conceitualização (dimensão epistemológica) e a de suas formas de prática (dimensão práxica). Por sua vez, em cada uma dessas dimensões atuam 'ordens do movimento', e por último, em cada uma dessas ordens se dão contradições entre pólos do referido movimento. Tais aspectos se explicam melhor através de um esquema sucinto, que sintetiza as possíveis entradas para o estudo da complexidade/dimensionalidade da saúde:

'Dimensão ontológica' (o ser da saúde)

→ Domínio/ordem social

- Espaço: dimensão 'macro' e dimensão 'micro'; as categorias que separaram essas dimensões são 'o geral' da saúde, 'o particular' da saúde e 'o singular ou individual' da saúde.
- Caráter do movimento: 'reprodução' (determinantes da saúde a partir de espaços mais gerais) e 'geração' (processos generativos de saúde a partir dos espaços mais particulares).
- Hierarquia do movimento/conexão: 'subsungão' (do particular no geral e do singular no particular) e 'autonomia relativa' (dos espaços mais particulares para os mais gerais ocorrem processos generativos). Relações determinantes entre processos e autonomia relativa dos mesmos.
- 'Identidade': nos espaços mais gerais, 'comunalidade' entre os processos; nos espaços mais particulares, 'diversidade' dos processos.

→ 'Domínio/ordem da saúde' (quando se enfoca a ordem da saúde, especificam-se as dimensões sociais de acordo com duas dimensões).

- Análise espaço-temporal: saúde 'real', ou realidade completa de saúde, saúde 'atual' e saúde 'observável'.
- 'Contradição básica': processos 'protetores', em oposição dialética a processos 'destrutivos'.
- 'Contradição biopsíquica': entre os processos 'fisiológicos' e 'fisiopatológicos'.

'Dimensão epistemológica' (as idéias sobre saúde)

→ 'Campo teórico-prático': construção do 'objeto', construção do 'conceito' e construção da 'práxis'.

- 'Forma de construção': o movimento de construção das idéias e ações na saúde pode ser 'intercultural' ou 'unicultural'.

'Dimensão prática' (as ações em saúde)

→ Sentido e espaço da ação: pode ser de 'promoção' (quando se age para ampliar ou aperfeiçoar os processos protetores em todas as dimensões) ou de 'prevenção' (quando se age para evitar ou combater os processos destrutivos em todas as dimensões).

Se nos ativermos às dimensões e ordens expostas, teremos de concluir que o objeto da epidemiologia é complexo, mas essa constatação não nos deve levar ao raciocínio errôneo de que a complexidade é a ausência de simplicidade e de que a multidimensionalidade é a ausência de unidade ou concatenação. Em um capítulo posterior, desenvolveremos os argumentos que evitam que caiamos no novo fetichismo da ênfase irrestrita no micro, no diverso e no complexo, sem resgatar os movimentos contrários do macro, da comunialidade e do simples. E é nessa busca de explicações que relacionam as dimensões que tem havido contribuições teóricas latino-americanas.

Samaja, por exemplo, enunciou há poucos anos sua hipótese do objeto-modelo saúde como um sistema adaptativo complexo, sujeito a diferentes formas de determinação, ligadas através de "interfases hierárquicas" (Samaja apud Almeida-Filho, 2001a). Essa linha de reflexão teórica dá-se mais ou menos na mesma direção de nossa hipótese das formas de determinação ligadas no perfil epidemiológico (Breilh, 1979, 1991a). Não importa que parâmetros de sistemas conceituais um pouco diferentes; o que indubitavelmente compartilhamos é a idéia do movimento dialético entre unidade e hierarquia que entrelaça as dimensões da determinação da saúde coletiva, aspecto nodal da teoria epidemiológica. O fato de Samaja trabalhar com a idéia de sistemas, caracterizá-los como adaptativos e utilizar a noção de 'interfase' para

ligar as dimensões da complexidade, e o fato de utilizarmos categorias como modos de reprodução social e espaços de movimento dialético gerais, particulares e singulares (as múltiplas dimensões do perfil epidemiológico), bem como de usarmos noções como subfunção e outras, que se sintetizam no esquema anterior para equiparar as diferentes dimensões, aproximam-nos em um mesmo programa de busca.

Alguns comentários podem contribuir para explicar melhor, nesta introdução, certas facetas importantes da multidimensionalidade que esboçamos no esquema.

A saúde é multidimensional em vários sentidos. Como dissemos, é possível dimensioná-la como objeto (dimensões ontológicas), como conceito (dimensões propriamente epistemológicas) e como campo de ação (dimensões práticas). Como processo, ela se realiza na dimensão geral da sociedade, na dimensão particular dos grupos sociais e na dimensão singular dos indivíduos e seu cotidiano. No terreno da intervenção, também é possível trabalhar nas dimensões curativa, preventiva e de promoção. E, no que concerne ao epistemológico, a saúde pode ser vista pela perspectiva de diversas culturas.

É precisamente este último aspecto que se tem enfatizado com frequência em épocas recentes, quando se destaca o caráter polissêmico do conceito de saúde, ao qual é atribuída uma pluralidade de significados. Essa abertura semântica mostra-se mais ligada ao fato cultural da visibilidade de concepções terapêuticas alternativas do que ao reconhecimento da dimensionalidade múltipla da saúde por uma nova perspectiva epistemológica. Só no movimento da saúde coletiva – essencialmente latino-americano, com representantes isolados na América do Norte e na Europa – é que tem havido um trabalho teórico-político consistente, para resgatar outros aspectos da dimensionalidade e articular a reformulação conceitual com uma proposta política progressista. Apesar desses esforços, contudo, ainda persistem e continuam a se reproduzir, com invejável vitalidade, os enfoques empíricos que reduzem a saúde a um único plano e que, de um modo ou de outro, continuam a recair nas concepções assistencialistas e nas preocupações da saúde como fenômeno de atenção individual e, nesse referencial, primam os trabalhos que exploram basicamente as diferentes visões da cura e das intervenções curativas individuais.

Por tudo que foi dito, é preciso termos clareza de que a triplíce dimensão da saúde, como objeto/conceito/campo, não corresponde a três elementos totalmente separáveis de análise, que possamos escolher e trabalhar conforme a preferência, mas de que eles são aspectos que guardam uma profunda conexão e configuram um sistema de relações, o qual, para ser trabalhado a partir de uma perspectiva emancipadora, requer que nos situemos em uma práxis de transformação concreta e nos apoiemos em uma teoria geral crítica. É um erro, portanto, conceituar a saúde separadamente do objeto de transformação de um campo prático, pois, desse modo, perde-se a riqueza do movi-

mento objeto-sujeito, que é a dinâmica fundamental do conhecimento. Ou seja, a construção da saúde como objeto impregna sua conceitualização e, por sua vez, a construção do conceito de saúde só pode ser pensada em relação a um objeto de transformação, um objeto que não é estático, uniforme nem simples, um objeto multidimensional em que funciona a oposição de processos contraditórios – gerais, particulares e singulares – e no qual se dá um movimento entre processos generativos da ação singular e particular e os processos de reprodução da totalidade; e, é claro, esse movimento só se torna visível e compreensível em um campo prático. Por sua vez, as necessidades e contradições do campo prático impregnaram inevitavelmente as conceitualizações e a conformação histórica do objeto 'saúde'.

É verdade que, diante dessa complexidade, construir uma teoria implica, como sustenta Cecilia Minayo (2001), formular um sistema de proposições e construções lógicas que, como os conceitos, são artefatos cognitivos, pragmáticos e de comunicação, e implica que a idéia de construir uma teoria mediante a formulação de um todo organizado tem sido aplicada, em geral, mais ao universo das disciplinas e à elaboração de escolas de pensamento do que à formulação de campos práticos; mas esse esclarecimento se aplica, precisamente, a um campo geral da saúde que abarca disciplinas múltiplas e requer uma escola. Mais ainda, tal esclarecimento não pode implicar que, enquanto não houvermos amadurecido uma discussão conceitual, não estaremos em condições de trabalhar as outras dimensões e uma teoria geral que as articule. Pelo contrário, pode ser muito limitante procurar promover separadamente cada noção ou dimensão da saúde, pois, como a própria autora assinala, tanto existe a saúde como fato social total quanto a saúde vista por um setor específico, e, se a primeira aceção denota que "a saúde é a síntese do bem-estar, da qualidade de vida individual e coletiva, de formas culturais de preservação da existência e das espécies, e sobretudo dos esforços e disputas coletivos, por grupos sociais diferenciados, para estabelecer parâmetros sobre o que significa estar sadio" (Minayo, 2001: 777), estaríamos reconhecendo, acertadamente, que existe um vínculo estreito entre as duas dimensões. Ou, como diria Czerepnia, é menos importante qualificar os conceitos *a priori*, pois o que se trata é de reforçar a necessidade de "ligar o conhecimento da saúde à perspectiva de [ele] ser verdadeiramente útil para a promoção da saúde, isto é, para a promoção da vida" (Czerepnia, 2001: 779).

A saúde corresponde essencialmente à ordem individual-subjetiva-contingente ou à ordem coletiva-objetiva-determinada?

O debate filosófico atual voltou a pôr em discussão a polémica a respeito de a ordem social ser totalmente relativa, privada, única e subjetiva, ou es-

sencialmente coletiva, objetiva e determinada. Examinemos brevemente esse contraponto, buscando uma clareza maior para nosso conhecimento e aplicando-a à saúde.

No campo da saúde, o citado debate também vem ressurgindo e nos recorda a longa e fecunda polémica, inscrita na história da sociologia, a respeito de a ordem social ser determinada pelas ações e negociações entre os indivíduos ou por imposição de forças coletivas, debate este que permitiu compreender os falsos extremos do 'relativismo', que entende os fenômenos sociais como produto de atos contingentes de liberdade individual, e do 'determinismo', que os entende como imposições de um controle social externo, diante do qual as pessoas devem conformar-se (Alexander & Giesen, 1987); tais posições ocultam o verdadeiro sentido da vida e da saúde, as quais se desenvolvem, antes, entre processos que chamamos de generativos, seguindo a denominação de Samaja – que correspondem aos atos de criação individual/particular – e, por outro lado, processos que denominaremos de reprodutivos, que correspondem às forças coletivas da totalidade.

A saúde não é primordialmente 'individual-subjetiva-contingente', nem tampouco é primordialmente 'coletiva-objetiva-determinada'; ela é, sempre e simultaneamente, o movimento de gênese e reprodução possibilitado pelo curso de processos individuais e coletivos, que se articulam e se determinam mutuamente. Ela tampouco é primeiro individual e depois coletiva, como produto da combinação de realidades individuais. Em suma, o olhar dialético nos permite ver que essa discussão não tem sentido, porque livre arbítrio e determinação coletiva não são termos excluídos, mas interdependentes.

A ciência contemporânea reconhece que as contingências pessoais e o arbítrio individual geram ou recriam condições particulares, que passam a se socializar na ordem macro, e esta, por sua vez, reproduz as condições para o devir dos fenômenos de ordem microsocial. Assim, por esse prisma, começamos a nos dar conta de que a práxis da saúde não é totalmente objetiva, ou seja, sujeita ao condicionamento coletivo, nem tampouco absolutamente subjetiva, ou sujeita exclusivamente ao livre arbítrio pessoal. A práxis da saúde, por conseguinte, não é nem totalmente relativa nem totalmente determinística – é um movimento incessante do micro para o macro, e vice-versa, que se desloca entre o movimento generativo e o reprodutivo.

Uma família, por exemplo, em cujo cotidiano surge um caso infantil de infecção aguda das vias respiratórias, cria respostas e explicações segundo seu livre arbítrio e de acordo com as possibilidades materiais e as formas culturais inscritas em seu 'estilo de vida' pessoal, mas todo esse movimento não se dá em um vazio de relações sociais mais amplas, e está sim inscrito em um 'modo de vida' cujos padrões influenciam poderosamente as construções cotidianas, um modo de vida acumulado pela história do grupo, formado na



experiência grupal para enfrentar seus desafios e contradições, e moldurado pelas factibilidades que lhe são atribuídas por um sistema de produção/proriedade correspondente a um sistema de distribuição do poder. A equidade/inequidade de que um grupo desfruta/padece em determinado momento histórico resulta das relações de classe, de sua história etnocultural e das características de suas condições de gênero. Todas essas relações constituem o contexto dentro do qual pode mover-se o livre arbítrio de uma família e de seu cotidiano, e constituem também as barreiras que essa família e as pessoas em geral podem desafiar com sua prática e contradizer com seu discurso. Tais relações traduzem o sistema de poder dominante e se expressam em um conjunto de práticas e crenças, no qual se mesclam tanto as que fazem o jogo da hegemonia dos setores dominantes quanto as que fazem parte da história cultural do grupo aludido.

A propósito desse condicionamento do modo de vida grupal sobre os estilos de vida pessoais e as maneiras próprias de percepção e ressignificação dos fenômenos de saúde, Vieira (1999) chama atenção para a utilidade que tem, para seu conhecimento, a categoria do *habitus* proposta por Bourdieu. Vieira explica que as percepções e os sentidos atribuídos às manifestações fenomênicas da saúde dependem da posição que os sujeitos ocupam nos diversos campos do espaço social e de suas respectivas relações – relações que, na maioria das vezes, são de luta e conflito, mas também podem ser cooperativas e comunicativas. Para Bourdieu, a matriz que orienta essas percepções e ressignificações é o *habitus*, que é uma formação estruturante relacionada com a posição do grupo ou do indivíduo. O *habitus* resumiria a incorporação de elementos relacionados com a história coletiva e com a trajetória individual no inconsciente dos indivíduos, funcionando como matriz de percepção e classificação das práticas, como um operador prático que ajusta condições objetivas a esperanças subjetivas. Haveria também um '*habitus* de classe', que corresponderia a um sistema subjetivo coletivo (Vieira, 1999). Com essa categoria, Bourdieu (1998) quer ressaltar as capacidades criadoras, ativas e inventivas que configuram o *habitus*, o lado ativo do conhecimento prático. Relacionando isso com a categorização que vimos utilizando, diríamos que, nessa relação dinâmica entre modo de vida, estilo de vida e *habitus*, enraíza-se uma poderosa influência dos gostos e opções da vida cotidiana, os quais, sempre dentro da margem das possibilidades e realidades factíveis do modo de vida, contribuem para determinar os estados orgânicos e as condições geno-fenotípicas, como veremos mais adiante.

Portanto, em termos da ordem social, não existem determinação absoluta nem livre arbítrio absoluto, como tampouco existe uma autonomia – ou uma dependência – absoluta do processo de construção do discurso cultural que as coletividades forjam sobre a saúde, e que se encarna no discurso de seus intelectuais orgânicos com respeito a sua prática. O erro, entretanto, geralmente

propalado pelas abordagens culturalistas ou psicoculturalistas, é pensar que, como explicaremos mais adiante, o discurso e as autodefinições contidos nos relatos espontâneos das pessoas de um grupo nos ofereceriam diretamente a possibilidade de conhecimento, sem serem recitados à luz dos modos de vida e das condições históricas mais gerais. Dessa maneira, a nova devoção pelo relativismo, ou por um empirismo ingênuo que toma o "epifenômeno pela própria realidade" (Adorno apud Minayo, 1992), acaba desligando a ordem singular do particular e do geral e converte o método em fetiche.

Para o conhecimento em saúde, essa vinculação da ordem individual com a ordem coletiva tem justificações essenciais. Em primeiro lugar, permite compreender o sentido do discurso e do simbolismo da realidade que Minayo ressaltava, ao se referir ao debate entre Gadamer e Habermas sobre a hermenêutica e a dialética (Minayo, 1992): ou seja, na interpretação do discurso individual, ela oferece os elementos do contexto que são indispensáveis como pressupostos metodológicos de uma verdadeira hermenêutica. Sobre tudo na perspectiva de uma hermenêutica dialética, permite trabalhar os argumentos do discurso individual na saúde sem cair no pressuposto idealista de que "a consciência linguisticamente articulada é que determina o ser material da práxis" (Habermas apud Minayo, 1992: 223). Em segundo lugar, na ordem coletiva enraíza-se as determinações históricas não observáveis na ordem singular, que, ao moldarem os modos de vida e as condições essenciais para a saúde – aquilo que a sociologia ingênua e o empirismo definem erroneamente como condições ambientais –, constituem elementos-chave para se compreender a gênese dos fenômenos de saúde, pois nelas se enraíza a compreensão da estrutura de poder, que é a base da inequidade na distribuição dos bens, apoios ou proteções que a promovem, bem como das agressões e processos destrutivos que a deterioram. E, se o que busca a ação sanitária é romper o molde medicalizado (Luz, 2001) e funcionalista, tomando as ações de saúde pública como construções voltadas para a emancipação, não podemos fazer as explicações e intervenções girarem primordialmente em torno dos problemas da ordem individual.

Por fim, é interessante destacar a ligação existente entre o relativismo, o psicoculturalismo e a sociologia ingênua com a prática funcionalista da saúde, diante da qual a ênfase persistente na ordem exclusivamente individual é uma ferramenta de hegemonia e de controle social.

Conforme o que foi dito, embora seja inegável que o livre arbítrio e a capacidade da ordem singular são atuantes e contribuem para gerar um estilo de vida, isso ocorre no seio do movimento e das relações da ordem particular (modo de vida) e geral (mudanças sociais mais amplas), e sempre dentro de seus limites de factibilidade. O livre arbítrio absoluto é apenas uma ilusão gerada na ordem imediata e empírica da vida cotidiana, mas, com frequência, essa ilusão alimenta uma tendência a superdimensionar a capacidade do livre arbítrio, tendência esta que constitui, ainda por cima, a quintessência das ide-



ologias individualistas, e que é intencionalmente estimulada em épocas como a do neoliberalismo, nas quais interessa domesticar ou tornar governável a força de criação individual, impedindo-a de se socializar rumo a uma força coletiva, ou seja, impedindo-a de se organizar. E, obviamente, o tipo de organização que buscamos não é o que procura impor o sistema de saúde medicalizado, mas uma organização que emane das necessidades estratégicas das classes e grupos subalternos, as quais só podem ser trabalhadas na análise da própria estrutura de poder, com suas relações de dominação.

A hegemonia requerida pela ordem social dominante também se constrói e se reproduz na saúde, e se forjam ilusões que procuram bloquear a coletivização da alma popular e visam à dissolução de seus recursos de organização coletiva. Procura-se impedir que os integrantes das coletividades subalternas se reconheçam como parte de uma classe dominada, ou como um povo (étnico) dominado ou um gênero dominado; busca-se criar barreiras materiais e obstáculos epistemológicos para que eles não cheguem a conclusões emancipadoras e compreendam que, sem destruir a estrutura de poder, é ilusório chegar a uma reivindicação, a não ser por um caminho individual; e assim, na saúde como noutros campos, forja-se a quimera da libertação por autogestão pessoal e pela simples autoconfiança pessoal, enquanto se recem as sutilezas da privatização e da transformação da saúde em um negócio, por parte dos proprietários dos grandes monopólios. Quem pode negar a força da autogestão e a importância da autoconfiança pessoal como instrumentos de libertação e intervenção? Entretanto, elas só funcionam em sentido democrático quando empregadas como alimento da organização coletiva, e não como seu substituto.

É necessária e viável, então, uma teoria geral da saúde para a epidemiologia?

O avanço de um campo disciplinar é fortemente condicionado por 'relações epistêmicas' determinantes para o desenvolvimento do conhecimento e a prática de uma ciência. Mais adiante, analisaremos detidamente essas relações, mas o que interessa destacar neste momento é que os modelos interpretativos e práticos utilizados por uma disciplina, como a epidemiologia, estão sujeitos aos paradigmas científicos que os inspiram, e estes, por sua vez, experimentam múltiplos condicionamentos e impulsos a partir da cultura, com suas regras e pressuposições, e a partir da prática social mais ampla, com suas demandas, possibilidades e pressões. Em outras palavras, a reflexão epistemológica sobre um aspecto do saber como a saúde exige que se estabeleça a relação entre episteme/paradigma/modelos interpretativos e o campo prático, componentes estes que constituem, ao mesmo tempo, a diversidade e a relação das dimensões que ela abarca.

Para pensar na epidemiologia, temos de ligar essas dimensões, e é aí que se torna indispensável uma visão da totalidade — quer nos referamos com isso ao contexto histórico em que tais relações se desenvolvem, quer para orientar o trabalho intercultural indispensável para uma crítica da saúde a partir de várias visões. Aí está o papel de uma 'teoria geral sobre a saúde', pois esta é indispensável para articular os elementos interpretativos que aplicamos ao refletir e os elementos práticos que requeremos para agir epidemiologicamente. Talvez tenha sido esse o motivo da ampla acolhida obtida pela inclinação de Naomar de Almeida-Filho ao reabrir o ciado debate sobre tal teoria, um debate que não teria suscitado o mesmo interesse caso se referisse apenas a um problema puramente conceitual. E mais, o debate a respeito de uma 'teoria geral sobre a saúde' é não só um desafio urgente para a comunidade científica, mas um assunto que reclama o concurso de todas as forças sociais que se ocupam com o cuidado e o desenvolvimento da vida.

Mas as afirmações anteriores sobre a necessidade de uma teoria geral e a convocação de atores extra-acadêmicos para impulsionar o conhecimento têm de ser explicadas com clareza, para que não se confundam com a proposta de uma 'teoria totalizante', nem com o apelo a uma espécie de radicalismo que desconheça a necessidade de uma práxis científica especializada, e que sustente que qualquer um pode fazer ciência, bastando para tanto propor-se a isso. Mais adiante, ofereceremos argumentos abundantes sobre esses pontos, mas aqui cabe apenas um par de considerações introdutórias.

Nos Capítulos 1 e 2, dedicamos várias páginas à análise da crise do pensamento científico moderno — ou 'normal', em termos kuhnianos — e expomos de que maneira a epistemologia atual pôs em xeque os princípios do paradigma positivista. Esse processo de questionamento não é de hoje, pois a crítica à modernidade capitalista e a seu pensamento, ao Iluminismo que deificou a razão científica e a pôs em um pedestal, a partir do qual seria possível simplificar a complexidade do mundo em leis deterministas, remonta aos trabalhos de Marx sobre a alienação e a base material da alienação humana, aos de Nietzsche e seu questionamento da ascensão ou progresso permanente, aos de Weber, com sua crítica à racionalização progressiva e ao surgimento de uma racionalidade administrativa desumana e coisificada, aos ensaios do marxismo weberiano iniciado com a obra de Luckács, que ligou a teoria do fetichismo de Marx à teoria da racionalização de Weber, e, mais tarde, às contribuições dos pensadores dos diversos ramos da Escola de Frankfurt (Adorno/Horkheimer e Habermas, principalmente, que polemizaram com a razão instrumental e a crítica à racionalidade da eficiência). Também o viés patriarcal da ciência moderna foi confrontado a partir da intelectualidade feminista, e seu caráter unicultural e eurocêntrico foi objeto de uma crítica brilhante por parte de intelectuais de povos/grupos étnicos negros, dos índios norte-americanos e de outros. Essa herança magnífica nutriu as contribuições mais recentes da

nova epistemologia da ciência, que são magnificamente sintetizadas por ensaios críticos como os de Edgar Morin e Boaventura de Souza Santos, aos quais voltaremos posteriormente, e que agora concretizaram quatro linhas inovadoras para a transformação da ciência e de seu método: a) luta contra o reducionismo empírico e formal quantitativista; b) luta contra o predomínio da racionalidade eurocêntrica e androcêntrica, ou unicelularismo da ciência; c) luta contra o predomínio das teorias que poderíamos chamar de 'totalizantes', ou metanarrativas impositivas; d) luta por uma redescrisção da relação entre o conhecimento acadêmico – presumido como a única expressão do saber científico – e o conhecimento popular.

Praticamente o restante deste livro constrói-se em torno da exploração dessas quatro linhas de inovação no campo da epidemiologia, cabendo aqui apenas adiantar algumas reflexões iniciais sobre os temas das 'teorias totalizantes ou uniformizadoras' e das relações interculturais na ciência, por estarem vinculados com o debate sobre uma teoria geral da saúde.

Foi o chamado 'movimento pós-moderno' que voltou com força ao debate contra as chamadas teorias totalizantes, e nasceu como um resgate e vivificação do sujeito ante a rigidez do determinismo. Dessa escola, e a partir de sua vertente conservadora, surgiu uma arremetida violenta contra todo pensamento geral, e foi Jean-François Lyotard o líder dessa cruzada, com sua luta pertinaz contra os métodos que chamou de 'totalizantes e universalizadores' e 'contra o privilégio de categorias que se erigem em explicações gerais ou metanarrativas do movimento da sociedade', tanto assim que definiu o pós-modernismo como a 'incredulidade em relação às metanarrativas'. O que ocorre com esse tipo de proposta é que substituímos um problema pela criação de outro semelhante, ou pior. Passamos dos erros da totalização e da ênfase equivocada no macro para os erros da fragmentação, da centralização no micro, ou, como diria Best, 'da tirania da totalidade para a ditadura do fragmento', e com isso nos entregamos à serialização do individualismo pluralista e à supremacia dos valores competitivos contra a vida coletiva (Breilh, 2001c).

Vistos assim os termos da polémica, devemos estabelecer uma distinção crucial: uma coisa é falar de uma teoria totalizadora sobre a saúde, que se afirma como um discurso-matriz, imposto como uma narrativa mestra ou universal sobre as outras vozes, e outra, muito diferente, é desenvolver uma teoria que apóie a construção de uma narrativa metacrítica, ou metadiscurso, que compreenda a realidade como totalidade (Murphy, 1991), convocando ou articulando todas as vozes. Aplicaremos alguns raciocínios sobre essa diferença ao tema que nos ocupa – o de uma teoria para a saúde.

O argumento inicial que desejamos formular neste ponto é o seguinte: para pensar sobre a saúde e construir o 'objeto/conceito/campo' correspondente, não devemos abandonar a ideia de totalidade, mas sim as aceções reducionistas e impositivas da totalidade: devemos trabalhar em uma teoria contra-

hegemônica que facilite uma construção intercultural, que coordene o pensamento e unifique a ação, sem ser dominante; em outras palavras, uma teoria crítica que se coloque como uma ponte entre as várias visões contra-hegemônicas, ou, melhor ainda, entre os ingredientes emancipadores de cada visão, e que o faça pensando-se como o respaldo de uma ação de um bloco popular emancipador. Nessa medida, a interculturalidade na ciência implica mudanças conceituais e metodológicas que incorporem a capacidade de ampliar o poder de penetração do conhecimento.

É crucial esclarecer que, como dissemos em outro trabalho, nem todo reconhecimento da interculturalidade tem um sentido emancipador (Breilh, 2001c). A visão hegemônica da diversidade cultural, reproduzida de muitas formas pelo *establishment* da saúde pública e da medicina, busca reconstituir a hegemonia através da funcionalização da diversidade cultural mediante formas de aculturação ou fusão (a teoria do *melting pot*), bem como pela recodificação de outras culturas sob a forma dominante e seu projeto. Por isso é que muitas das visões 'alternativas' acabam sucumbindo às distorções da medicina hegemônica e terminam atadas à visão da saúde como algo individual e ligado à doença. Se conservássemos o mesmo núcleo explicativo da medicina dominante e nos submetéssemos à racionalidade individual, que transcendência libertária haveria em teorizarmos sobre assuntos, como o chamado complexo patologia-doença-mal-estar (*DISEASE COMPLEX: DISEASE-ILLNESS-SICKNESS*), ou a negatividade do conceito de saúde, ou a 'saúde filosófica de Cangulhem', se toda essa riqueza ficasse enclausurada no campo das angústias individuais?

A transcendência maior da incitação a um debate sobre a teoria geral da saúde não se enraiza apenas em esclarecer a incapacidade dos modelos psicológicos e psicoculturais para superar a definição negativa da saúde e resolver o 'problema kantiano' dessa resistência em conceituá-la por ela mesma, nem tampouco se reduz apenas a redescobrir a potencialidade da abertura obtida por Cangulhem para uma epistemologia da saúde; um dos projetos mais importantes deste esforço é romper o que se poderia chamar de 'resistência ao coletivo', pois boa parte de nossa análise, apesar de se apresentar nos cenários da saúde coletiva, continua fortemente ligada à racionalidade individual.

O momento é oportuno para fortalecer o debate sobre a teoria geral. O horizonte de visibilidade alargou-se, não só por estarmos agora mais bem municiados de argumentos teórico-epistemológicos, mas também porque a história da modernidade capitalista desembocou em um rápido processo de decomposição dos direitos e de perda de qualquer respaldo para a construção de uma 'situação geral da saúde' que atenda às expectativas da sociedade 'em geral'. Por conseguinte, embora seja recomendável manter uma vigilância epistemológica frente às teorias unificadoras reducionistas, como reclama Deslandes (2001), essa operação não consiste em presumir o desaparecimento de qualquer teoria geral e em atomizar o sujeito-objeto da transformação em fragmen-

tos desconexos. Como assinala a mesma autora, o desafio requer que, ao tra-  
baharmos a dimensão básica de tal teoria – o conceito de saúde –, nós o  
façamos preservando sua polissemia e sua totalidade, ao mesmo tempo que  
sua função objetivante, e, acrescentaríamos, mantendo vivo, no eixo dessa  
intersubjetividade, um processo metacrítico inspirado em uma utopia e ligado  
à ação emancipadora.

Na época atual, a reprodução de um pensamento hegemônico exige que se  
alimente essa fobia à totalidade, obviamente sem distinguir se se trata da idéia  
universalizadora e homogeneizadora que temos questionado. Ao contrário, o  
que propugnamos é esclarecer a dimensão geral do conhecimento, como um  
recurso indispensável para interpelar o local, compreender a posição e a especi-  
ficidade do conhecimento, entender a lógica geral que atua nos processos sociais  
mais amplos e, de forma complementar, obter avanços metodológicos que possi-  
bilitem a proposta de uma 'segunda ruptura epistemológica'. Por isso, devemos  
reafirmar o conceito de totalidade, não no sentido hegeliano de uma unidade  
orgânica, unificada e repressora, mas, ao contrário, como um 'sistema de rela-  
ções e uma estrutura de diferenças sobredeterminados'. A diferença precisa ser  
compreendida como 'contradições sociais, como diferença relacional, e não como  
diferença livremente flutuante e desloçada' (Ebert, 1993: 126).

Os pós-estruturalistas, como intelectuais orgânicos do movimento neo-  
conservador, praticamente elevaram a desconstrução ao nível de um princípio  
universal do conhecimento, porque, ao fazê-lo, alimentaram a fragmentação  
do sujeito e do saber que é necessária à reprodução da hegemonia: uma estra-  
tégia de contenção do político que amarra toda a análise às formas 'locais' e  
dissolve as relações sociais em processos singularizados e arados ao acaso e à  
contingência. Nesse tipo de raciocínio pós-moderno, o acaso, a contingência e  
a adoção radical da idéia de incerteza, originalmente propostos como ferra-  
mentas para superar o determinismo, acabaram por se converter em armas  
de um neodeterminismo disfardado de liberdade. Por esse caminho de des-  
construções e fragmentação, "o acaso e a contingência desempenham o mes-  
mo papel ideológico que desempenhava a 'alteridade inata' (misteriosa, ale-  
atória e ilógica) nos discursos tradicionais do humanismo" (Zavarzadeh &  
Morton apud McLaren, 1997: 86).

O outro grande questionamento da perspectiva pós-moderna à noção de  
totalidade veio da psiquiatria. Como explicamos em outro trabalho, Deleuze e  
Guattari estabeleceram sua própria forma de repúdio da totalidade. Em seu  
*Anti-Édipo*,<sup>7</sup> tornaram explícita a sua descrença na existência de uma totalida-  
de originária. Argumentaram que totalizar é da natureza do poder, e que a  
teoria se opõe por natureza ao poder. Dal haverem proposto desmantelar as

crenças modernas baseadas nos princípios de 'unidade', 'hierarquia', 'identi-  
dade', 'fundamentação', 'subjetividade' e 'representação', celebrando, em con-  
trapartida, os 'antiprincípios' da 'diferença' e da 'multiplicidade', na teoria, na  
política e na vida cotidiana. Para eles, os discursos e instituições da moderni-  
dade reprimem o desejo, colonizam-no, reproduzindo subjetividades fascistas  
que são fatalmente normalizadoras e que tornam necessária uma 'micropolí-  
tica do desejo', focalizada em 'microestruturas de dominação'. Refletindo a  
fundamentação lacaniana do psiquiatria Guattari, eles propuseram a liquida-  
ção do sujeito moderno e humanista, mediante a destruição do eu e do supe-  
reu em favor de um inconsciente dinâmico. Para eles, portanto, não haveria  
um sujeito unificado, racional e expressivo, mas caberia, antes, buscar no-  
vos tipos de sujeitos, descentrados, libertos de identidades e livres para se  
tornarem dispersos e múltiplos, reconstituindo-se em novos tipos de subjeti-  
vidade (Breilh, 1999b).

Assim, teses como as de Deleuze e Guattari, apesar de sua intenção liber-  
tária, podem derivar para uma proposta conservadora, que substitui a imposi-  
ção de uma totalidade pela opressão de uma visão fragmentária – uma micro-  
política que reflete um profundo individualismo e dissolve a capacidade de  
emancipação em uma entelequia de sujeitos sem identidade, centrados em uma  
reconstituição egocêntrica. Mas também é certo que, à parte essa derivação, há  
que reconhecer que tal tese é uma voz de alerta sobre o caráter totalizante do  
pensamento do poder e acrescenta uma outra perspectiva à crítica do paradig-  
ma hegemônico da ciência.

Como se fizesse parte dos fundamentalismos da era atual, a filiação extre-  
ma às posturas microsociais do relativismo apresenta-se com um menospre-  
zo radical pelas visões da totalidade. Foi Giddens (1996) quem explicou o fun-  
damentalismo como uma postura perigosa, que tende a acentuar a pureza de  
uma doutrina e constitui um "repúdio ao diálogo". Assim, podemos concluir  
que as posturas desse tipo estão cometendo o mesmo pecado que censuraram  
nas visões totalizantes da ciência, ao absolutizarem a incerteza, o relativismo  
e a ordem individual, menosprezando qualquer construção geral. É inconcebí-  
vel uma construção plural e democrática em um mundo dissipado em milha-  
res de subjetividades desconexas, cada uma girando em torno de sua própria e  
incomensurável experiência; é a isso que pode levar o relativismo fundamen-  
ta- lista, encerrado no mundo micro e pessoal.

Maturana (1998) situa essa polémica em termos metodológicos e, ao argu-  
mentar sobre a existência de duas formas de objetividade na ciência, expressa  
que, na que denomina 'objetividade transcendental' – e que relacionaríamos  
com o positivismo –, o(a) observador(a) presume que a existência tem lugar  
independentemente do que ele(a) faz, e usa uma referência externa a uma enti-  
dade qualquer como seu argumento final para validar: trata-se de um critério

<sup>7</sup> Livro publicado 1985. Foi publicado, em 1976, no Brasil com o título *O Anti-Édipo – capitálio-  
mo e esquizofrenia*, pela Imago.

de aceitação que pressupõe a referência a alguma entidade – que pode ser a matéria, as idéias, Deus etc. – que existe independentemente do que o observador(a) faz, e, por conseguinte, presume-se um caminho explicativo que é “cego (ou surdo) à participação do observador, na constituição do que ele ou ela aceita como explicação (...) nesse caminho, portanto, as explicações supõem a posse de um acesso privilegiado a uma realidade objetiva por parte do observador que explica (...) [e] (...) é nesse caminho explicativo que uma pretensão de conhecimento revela-se uma demanda de obediência” (Maturana, 1998: 22).

É uma construção científica que também resvalou para as versões mecanicistas do marxismo.

Neste ponto, não entraremos na discussão da proposta que o referido autor enuncia como via de superação dessa ‘objetividade que obriga’; cabe apenas comentarmos as potenciais derivações emancipadoras de sua crítica, assim como as possíveis distorções dessa ruptura. Sua tese – de que não existe uma explicação última para tudo (...) os sujeitos diferentes oferecem explicações distintas, que são a mesma para um terceiro observador, e isso significa que eles não estão dando explicações diferentes para a mesma situação, e sim que os três funcionam em campos distintos mas igualmente legítimos da realidade, e explicam aspectos diferentes de suas respectivas práticas de vida (Maturana, 1998: 26) pode ser vista de duas maneiras. Se partirmos da premissa de que a produção do conhecimento científico é um processo de práxis e acumulação coletiva – ainda que realizado ou concretizado por indivíduos especializados; se partirmos de que, como já foi dito, a ordem desse processo social não é exclusivamente social nem exclusivamente coletiva, e está inscrita nas possibilidades e no horizonte de visibilidade dos modos de vida e relações de poder em respeito aos quais agem os realizadores da investigação; se pensarmos que os modelos de interpretação que usamos guardam uma relação estreita com paradigmas científicos, e que estes se desenvolvem no bojo de um clima de idéias mais fortes e de outras que são invisíveis, e de regras inconscientes que regem o discurso da ciência (a episteme); e se, por último, reconhecemos que todas essas relações epistêmicas estão inscritas em uma práxis social que oferece condições e contradições concretas, as quais reproduzem as condições de produção do conhecimento e se oferecem como condições a serem transformadas por ele. Se partirmos, enfim, de uma visão dialética do jogo e da ordem macro e micro do saber, a tese de Maturana poderá ser vista como uma ruptura com a obediência ao ponto de vista e às construções de qualquer grupo dominante, e como uma convocação a uma construção intersubjetiva, da ciência. Mas se, ao contrário, o raciocínio de Maturana for visto a partir da premissa de que fazer ciência é um processo que corresponde basicamente à ordem individual, ao livre arbítrio e à contingência, então o leremos como um argumento a favor do relativismo e cairemos na atomização do sujeito, a qual questionamos como instrumento de hegemonia.

A análise da totalidade, portanto, pode assumir uma forma conservadora ou de ruptura. É esta última que propugnamos para a epidemiologia. Uma forma dialética de olhar o geral, como lógica do heterogêneo, como movimento do diverso e como campo de criação e inovação do particular e do singular. Sem obrigar ao silêncio das diferenças, mas sem tampouco convertê-las em uma forma de fetichismo. E tudo isso tem a ver, profundamente, com a construção da ‘intersubjetividade emancipadora’ entre as classes, as etnicidades e os gêneros dominados. Foi isso que pretendeu ressaltar o renomado psiquiatra argelino Franz Fanon, quando nos desafiou, em um de seus escritos, a ‘totalizar infinitamente’, como um ato comunicativo.

Na saúde, tem sido muito claro que os sistemas de diferenças e desigualdades na qualidade de vida e na fruição/padecimento de processos benéficos/destrutivos sempre expressam a operação de um sistema de inequidade, ou seja, de concentração de poder e relações sociais de dominação. E, nesse contexto, as teses relativistas são instrumentos de obscurcimento e hegemonia. O conhecimento de saúde que almeja ser relacional e transdisciplinar e que procura descobrir a lógica de dominação subjacente exige que se trabalhe a dimensão da totalidade. Quando o conhecimento na saúde pretende converter-se em uma narrativa de emancipação, ele deve trabalhar em sincronia com as dimensões da criatividade e da ação individuais e com o movimento e a lógica do geral.

O drama social e humano de nossa época condensa a perversidade de um sistema monopolista, que ganhou penetração graças à contradição entre um poder de dominação ampliado pelos novos recursos tecnológicos e uma frágil resistência social. Daí as perplexidades de um mundo submetido a um grande processo de destruição da saúde e de pandemia, diante do qual devemos avivar a discussão de uma ‘teoria geral da saúde’. É claro que reconhecemos, juntamente com Barata (2001), que esse desafio corresponde a um verdadeiro projeto de pesquisa, mas é indispensável desenvolvê-lo.

O papel de uma metacrítica: o poder da interculturalidade para as ciências da saúde

O papel de uma narrativa emancipadora, de uma descrição metacrítica na saúde, como vimos sustentando, é assimilar todo o conhecimento emancipador proveniente das diversas fontes do saber – o conhecimento acadêmico, a ciência ancestral dos povos (‘ciência do concreto’, no sentido proposto por Lévi-Strauss) e até o saber comum, sistematizado pelas coletividades urbanas e rurais – e extrair desse acúmulo de todas as fontes o que for necessário para construir objetos/conceitos/campos de ação contra-hegemônicos, discernindo os elementos culturais que nos prendem a um passado de subordinação e que restringem nossa ação ao formal e ao funcional. Isso implica convocarmos outros atores para o trabalho de construção sobre o saber em saúde, argumento polêmico que

justifica que reconhecamos até que ponto essa integração é viável, e determinemos se uma proposta dessa magnitude não implica um radicalismo que deso-  
nhega a necessidade de uma prática científica especializada.

Não se trata exclusivamente de que o sujeito acadêmico capte e reformule os documentos e dados provenientes de outras formas de produção de saber, como parte da providência 'normal' de compilação bibliográfica e recompilação documental; trata-se, antes, do desafio de aperfeiçoar um processo intercultural que permita, como diria Walsh, a tradução recíproca de conhecimentos, a construção conjunta do objeto de transformação e do referencial interpretativo, o aparecimento de novas formas de análise e de conceitos renovados; implica a criação de um referencial epistemológico integrador, que ampare a 'negociação' dos conhecimentos, uma nova estruturação e um (in)disciplinamento das estruturas integradas, para que se atente para os significados e especificidades das zonas de contato (Walsh, 2001; Walsh, Schiwy & Castro-Gómez, 2002).<sup>5</sup> E, acrescentaríamos nós, "para que se potencialize a capacidade crítico-analítica e se renovem os paradigmas de ação a partir de uma perspectiva realmente emancipadora, prova de fogo de uma proposta intercultural que queira levar a um verdadeiro novo projeto para a saúde" (Breilh, 2001d: 40-41). É claro que essa 'negociação', mesmo que seja realizada por indivíduos ou grupos específicos nos cenários concretos de um projeto, é apenas na aparência uma negociação entre pessoas, pois, se os atores envolvidos representam posições claramente identificadas com os interesses estratégicos de sua classe social, de seu povo (em termos étnicos) ou de seu gênero, isso se constitui em uma negociação entre classes, entre etnias ou entre gêneros, ou as três coisas juntas, na maioria das vezes.

Em livro recente, no qual propusemos uma hipótese de releitura da história das idéias científicas equatorianas e uma recuperação das teses epidemiológicas de um dos personagens mais interessantes do pensamento mestiço revolucionário do século XVIII (*Eugenia Espejo: la otra memoria*), expusemos uma proposta de periodização do pensamento e, depois de definir seus critérios, assinalamos vários problemas metodológicos e obstáculos epistemológicos que se cruzam diante desse empenho. Um de tais aspectos é o que se refere ao reconhecimento dos saberes relevantes, isto é, dos tipos de materiais que devemos incluir na citada periodização: se apenas os documentos acadêmicos, ou se também os registros do conhecimento ancestral de alta sistematização, ou do conhecimento

popular cientificamente útil. Não cabe repetirmos aqui os argumentos expostos no referido livro, mas pôr em relevo vários argumentos esclarecedores.

Vozes destacadas da epistemologia contemporânea, amplamente citadas neste trabalho, clamam por uma superação dos resíduos de Iluminismo ou eurocentrismo da ciência hegemônica. Edgar Morin (1996: 20) chamou atenção para a distância entre o trabalho científico e a realidade, ao dizer que "as ciências naturais não têm consciência de sua inscrição numa cultura, numa sociedade, numa história; as ciências não têm consciência de seu papel na sociedade; as ciências não têm consciência dos princípios ocultos que comandam suas elucubrações". Com base nisso, não é difícil compreender o sentido profundo da reivindicação, por parte de Boaventura de Sousa Santos, de uma "segunda ruptura epistemológica" que torne a pôr em contato e em fertilização cruzada o saber da ciência ocidental e os outros saberes (Santos, 1995), o que nos faz lembrar as palavras de Latour (1999), quando afirma que a desvinculação brandida como requisito da objetividade provoca exatamente o inverso, ou seja, um obstáculo ao conhecimento. Tudo isso levou à concepção equivocada de que a ciência tem de encontrar verdades absolutas, manejáveis apenas por algumas elites. Com efeito, essa manobra de criação de um mundo ficticiamente externo caminha de mãos dadas com a idéia de que esse saber devinculado é a única forma confiável de conhecer e com a idéia de que as pessoas 'debaixo' não têm capacidade nem autoridade para produzir conhecimentos cientificamente úteis (Breilh, 2001d).

Mas é evidente que uma proposta como a que estamos esboçando pode gerar confusão e mal-entendidos. O próprio Naomar de Almeida-Filho, ao responder a nosso comentário a sua exposição em debate, falou de uma "discordância radical" de nossa tese. E não é que haja uma discordância essencial, mas sim que nosso colega e companheiro balano interpretou mal o argumento, ao dizer que pressupomos que "as pessoas que são objeto da investigação [ou seja, a coletividade ou população] poderiam ser sujeitos totalmente capazes de aprender diretamente o processo de produção de conhecimento em suas próprias vidas, contextos e sistemas de pensamento" (Almeida-Filho, 2001b: 797). Nada estaria mais longe de nosso pensamento. É óbvio que a vida cotidiana e sua forma natural de conhecimento, que é o senso comum, não oferecem condições para que se passe diretamente do saber instrumental imediato para o conhecimento científico. Kosik (1983) já pusera em evidência essa impossibilidade há duas décadas, ao explicar que o motivo pelo qual não se podia construir conhecimento científico a partir da prática cotidiana e do senso comum e pelo qual não se podia penetrar na essência explicativa a partir dessas formas, era a ausência, na vida cotidiana, de uma prática especializada, que é a prática científica, sem a qual é impossível fazer ciência. De modo que, para estudar a relação entre conhecimento acadêmico e outros conhecimentos, a pergunta correta não se refere a saber se podemos combi-

<sup>5</sup> A idéia de 'indisciplinar' significaria, segundo esses autores, descolonizar o saber, mudar as formas disciplinares, as metodologias e as técnicas a fim de produzir um discurso inovador do conhecimento, superar a idéia equivocada do saber escrito como única forma crítica de pensar, incorporar outros sistemas semióticos alternativos, visuais, audiovisuais e telemáticos e resgatar a riqueza dos fluxos dialógicos entre esses outros saberes e os conhecimentos disciplinares.

nar, na produção de conhecimento, a ciência e o senso comum, mas a nos interrogarmos sobre a possibilidade de integrar o conhecimento acadêmico com outros sistemas de saber complexos e altamente sistematizados, que resumem ou acumulam uma sabedoria fundamental, tanto na dimensão filosófica quanto na mais factual e instrumental.

Claude Lévi-Strauss iniciou a recuperação científica do pensamento das comunidades primitivas e destacou sua complexidade e sistematização, desmentindo a suposta inépcia dos primitivos para o pensamento abstrato. Suas investigações provaram que não apenas existem provas linguísticas dessa capacidade, mas que as formas lógicas de interpretação da natureza nas citadas sociedades, visceralmente ligadas a sua veneração e proteção, mostram-se, afinal, mais equilibradas e sustentáveis do que a lógica deprecadora da ciência dominante, enquadrada nos padrões da sociedade ocidental de mercado. O célebre antropólogo francês estudou o Neolítico e demonstrou a extraordinária acumulação de conhecimento que foi obtida através de "séculos de observação ativa e metódica, de hipóteses arrojadas e controladas, a serem rechaçadas ou comprovadas por meio de experiências incansavelmente repetidas" (Lévi-Strauss, 1964: 31). Assim, ele reconheceu que ainda no Neolítico formou-se uma longa tradição científica, o que o levou a discernir duas formas distintas de pensamento científico, uma mais ligada à percepção e à imaginação (a ciência ocidental) e outra mais distante destas (que ele chamou de ciência do concreto). As comunidades primitivas desenvolveram uma forma diferente de construção, sentido e estrutura lógica da ciência do concreto, caracterizada, inclusive, por uma forma de generalização distinta:

cabre destacar, à guisa de ilustração, a rigorosa estrutura lógica do sistema matemático quíchua-aimará (...) a sofisticada experimentação agrícola andina (...). É claro que nenhum desses avanços edificou-se sobre a mesma lógica da ciência ocidental, mas sobre o mencionado referencial de uma ciência concreta, ligada ao mito e aos ritos religiosos. (Breilh, 2001d: 38-39)

E não se trata de resgatarmos o valor das idéias não ocidentais a partir da perspectiva da ciência ocidental; trata-se de deixarmos de supor que a única coisa válida como conhecimento para a saúde pública é aquilo que se produz no referencial da racionalidade acadêmica ocidental; trata-se de reconhecermos a força dos processos de dupla tradução e interculturalidade na produção de conhecimentos válidos para transformar o mundo (Mignolo, 2002). A dupla tradução é o processo mediante o qual dois aparelhos lógicos, duas cosmovisões, dispõem-se a se 'contaminar' mutuamente, a fim de enriquecer a visão e superar limitações. E a interculturalidade é um processo emancipador, sustentado pelo trabalho solidário a partir de várias culturas, sem a absorção de uma pela outra. Transitar por esses dois caminhos permitirá potencializar o horizonte crítico do conhecimento e alimentar uma prática de

saúde com equidade – equidade mediante a luta pela abolição de uma sociedade classista, a luta pela superação da assimetria entre os gêneros ou a luta pelo multiculturalismo emancipador.

Com toda certeza, o conhecimento em seu conjunto se enriqueceria, se indagássemos sobre o pensamento preventivo sistematizado e oralmente transmitido pelos povos indígenas, pelas coletividades afro-americanas e, mais ainda, pelos intelectuais orgânicos das comunidades populares de nossos países, se fossem mais sólidos e permanentes os espaços de comunicação ou de ação comunicativa – em termos habermasianos – entre os especialistas da ciência acadêmica e os especialistas do saber popular, e se houvesse canais diligentes para colocá-los lado a lado no esforço intercultural de construção do conhecimento e nos campos da prática.

Em nosso campo específico, portanto, trata-se de decidirmos se devem ser incorporados como materiais exclusivamente aqueles que provêm da medicina clínica ou da saúde coletiva (saúde pública) acadêmicas, ou se devemos incorporar uma perspectiva intercultural e reconhecer como válidos os materiais da saúde indígena, por exemplo, porém não apenas os que têm a ver com a aplicação extensa de certos tratamentos, e sim também os que dizem respeito ao avanço de conhecimentos e práticas comunitárias de profundo impacto preventivo. O que se almeja é enriquecer nossa visão com as contribuições da perspectiva do gênero. Em suma, o que se trata é de triangular o poder de observação e explicação dessas fontes nos projetos de ação concretos que levamos adiante para impulsionar a saúde coletiva.<sup>9</sup>

Lamentavelmente, essa relação tem sido obstaculizada pelas teorias que a ciência ocidental brande a respeito dos outros saberes, a partir de uma postura de superioridade. No mencionado ensaio sobre Espelho, passamos em revista as posições adotadas pela ciência hegemônica: primeiro a escolástica, depois o Iluminismo e o paradigma positivista, com sua postura messiânica. Levou tempo para que se chegasse a formas de abertura para o conhecimento e a racionalidade dos 'outros'. Em algumas ocasiões, tratou-se de momentos de abertura cautelosa e limitada (Nagel, 1979), enquanto noutras surgiram formulações radicais ou anarquistas do 'vale tudo' como saber científico, no intuito de romper com os moldes da ciência institucional e sua 'vã sofisticação' (Feyerabend, 1975, 1985). Mas há entre esses extremos um espaço substancial para a construção intercultural do conhecimento.

Em última instância, o que queremos apontar, pensando sobretudo nas possibilidades da 'epidemiologia crítica', é a importância da construção intercultural, porque, mesmo sabendo que a execução em si do método requer,

<sup>9</sup> Em um outro capítulo, ilustramos essa idéia com a experiência de um projeto denominado "Flor correta e flor ecológica", que vem sendo realizado com os(as) trabalhadore(a)s de uma das mais importantes regiões floricultoras do mundo (Cayambe, no Equador).



Indubitavelmente, um trabalho altamente especializado, não só no campo das ciências fácticas e naturais, mas também no das ciências sociais, a verdade é que a inovação mais profunda do conhecimento sobre saúde e a criação de uma perspectiva integrada dependerão, no futuro, da capacidade exibida pelos que produzimos conhecimento no confronto das possibilidades de nossos arsenais lógicos com as dos outros, bem como na abertura que geramos para que, nos espaços que alimentam a imaginação científica, nos cenários em que se priorizam os problemas do estudo, desenhem-se hipóteses e se concebam sistemas de observação e análise que penetrem diretamente e sem mediações paternalistas as necessidades e as ideias do povo. Como vimos dizendo, isso não implica, de maneira alguma, o desconhecimento dos requisitos e do rigor de um trabalho científico de alto nível, mas convoca a um enriquecimento, através de um processo de transparência, da relação horizontal das culturas, para forjar uma metacrítica que coloque a ciência como ferramenta de emancipação, e não, como tem ocorrido até agora, como instrumento de hegemonia. É essa a visão do multiculturalismo crítico que propugnamos fervorosamente para a epidemiologia.

#### O problema da negatividade<sup>10</sup> do conceito de saúde

A incapacidade de definir a saúde por ela mesma e a tendência persistente a defini-la pelo lado negativo da doença constituem um obstáculo ao impulso de uma nova visão, tão grave quanto o da resistência ao coletivo.

Estritamente falando, não se trata de um problema de falta de conhecimento, mas, ao contrário, do predomínio de um modo de conhecer medicalizado, que corresponde a um tipo de prática curativa e está ligado à lógica comercial na saúde.

Além disso, na era do fundamentalismo de mercado, dá-se impulso à 'puffificação' do sistema capitalista de que fala Jameson (1994), na qual se procura fazer com que a lei do mercado e do valor de troca penetre em espaços como o da saúde, espaço este que, até a década de 1980, persistia como uma zona de trégua convencionalizada como parte dos direitos sociais, enquanto vigorou o pacto do pós-guerra. Agora, a história é outra, e o sistema procura penetrar em todos os espaços, num ímpeto voraz de privatizações. Nada consegue escapar e, juntamente com os recursos estratégicos, caem os serviços 'sociais' que o

<sup>10</sup> Com um objetivo explicativo inicial, descreve-se como aceção 'negativa' da saúde aquela que se centra na doença, e como 'positiva', a que enfatiza o estado saudável. Entretanto, como veremos posteriormente, essas denominações, extraídas da física, podem induzir à confusão. É óbvio que, neste caso, a aceção de saúde positiva não se refere ao conceito filosófico em que se baseou o positivismo.

Estado benfeitor garantia até pouco tempo atrás. E é claro que, nesse contexto, há muito poucas tarefas preventivas comercializáveis que exijam a construção do pólo 'positivo' da saúde. À exceção de alguns programas comerciais de 'spas' ou de exercício físico de luxo, destinados às elites e às camadas médias altas, bem como de áreas desportivas de imenso poder comercial, que interessam aos monopólios e à burguesia, o grosso das tarefas preventivas, sobretudo das que antes começaram a ser timidamente postas a serviço das classes pobres, através de programas de seguridade social e de minguações serviços do Estado, encontra-se agora em franco processo de desmantelamento. A primeira coisa que acontece nas privatizações, quando o direito dos cidadãos à saúde se transforma, sob a égide da 'modernização', em 'necessidade relativa, a ser comprada a critério dos clientes', é que os programas de prevenção são praticamente eliminados dos pacotes básicos das apólices dos seguros privatizados. Com esse movimento, a faceta preventiva, promocional ou 'positiva' da saúde tem sofrido uma nova derrota, junto com os demais direitos humanos que vão desaparecendo.

É precisamente nesse contexto que devemos ressuscitar a luta por uma situação geral de saúde que contradiga a doutrina dos pacotes básicos, os quais já denunciámos como esteio da estratégia de uma epidemiologia dos níveis mínimos (epidemiologia da *bottom line*, ou dos mínimos de sobrevivência), apresentada no IV Congresso de Epidemiologia do Brasil (Breilh, 1998), e que é aplicada ao cálculo da redução máxima dos gastos sociais, dentro dos limites permitidos pela governabilidade e pela legitimação do sistema.

De acordo com o que já foi dito, é correto ressuscitar agora, a partir da óptica contra-hegemônica, a tese dos anos 70 que sustentava que a prevenção é subversiva, porque questiona a própria essência do sistema, ao exigir os direitos e serviços que a estrutura social nega. É por isso que vários autores retornam a esse argumento no debate atual sobre a teoria geral da saúde (Minayo, 2001; Czeresnia, 2001; Barata, 2001). E, nessa medida, concordamos com Madel Luz (2001) em sua afirmação de que a conquista dessa ansiedade positiva implica, entre outras coisas, a desconstrução da ordem médica dominante, na qual se reproduz o interesse em que continuemos a pensar na saúde apenas sob a forma da doença.

Nessa direção da análise, devemos reconhecer que, apesar dessas vozes isoladas de conscientização, no grosso da literatura científica o debate sobre a negatividade da saúde tem mostrado duas distorções: a) em geral, discute-se a negatividade da saúde apenas com referência ao conceito de saúde, quando se deveria fazê-lo em relação ao sistema multidimensional objeto/conceito-método/campo prático; b) errou-se nos próprios termos do debate conceitual, ao presumir de imediato como um assunto da ordem individual, quando, na realidade, o que precisamos esclarecer é quais são os aspectos da saúde que se definem na ordem individual-subjetiva-contingente e quais são os



resultantes da ordem coletiva-objetiva-determinada. Em páginas anteriores, explicamos vários aspectos concernentes a essa problemática, e aqui cabe acrescentar em linhas gerais alguns caminhos seguidos pela crítica epistemológica da 'negatividade' da saúde.

Dentre as várias contribuições latino-americanas, ilustraremos os termos da atividade epistemológica baseando-nos nas contribuições de Naomar de Almeida-Filho e nas nossas. De certo modo, podemos dizer que a proposta de Almeida-Filho e suas contribuições têm seguido um ciclo lógico, que vai da antropologia e da biologia críticas até essa teoria mais geral sobre a saúde. Inversamente, nossa proposta foi tecida desde a crítica da economia política e da sociologia até as especificidades do geno-fenotípico. Esses dois caminhos decerto obedeceram aos condicionamentos diferentes de nossa prática política e científica. Ambos têm oferecido contribuições que despertaram o interesse de grupos de investigação e intervenção inovadores e serviram para a construção da epidemiologia crítica. Começaremos por algumas contribuições de Almeida-Filho e encerraremos com uma breve descrição da proposta que construímos nos últimos anos. Apesar de algumas diferenças conceituais, cremos que é possível encontrar complementaridades importantes.

Em seu trabalho recente, Naomar de Almeida-Filho resgata dois pontos de suma importância: a abertura epistemológica proposta por Cangulhem para a definição da saúde por ela mesma e a busca de uma concepção que abra o objeto para sua complexidade, ponto este em que se apóia o trabalho de Samaja, que, por sua vez, respalda-se no modelo dos sistemas complexos adaptativos e em sua concepção das interfaces hierárquicas.

Para chegar a essa conclusão, Almeida-Filho percorre um ciclo lógico, alinhavado em torno de uma leitura crítica de várias contribuições da sociologia, da antropologia e da epistemologia. O fato de sua leitura ter-se construído em uma linha de análise fortemente ligada às contribuições de algumas vertentes da epistemologia europeia e anglo-saxônica não tem importância para sua contribuição, que vem a ser uma incitação oportuna a um reavivamento do debate em que nos introduzimos há algumas páginas.

Toda a primeira parte de seu ensaio é dedicada e evidenciar a incapacidade de as abordagens 'psicobiológicas' enfrentarem integralmente o objeto 'saúde', por sua concentração em processos individuais e patológicos e por sua visão negativa da saúde como ausência de doença. São propostas constituídas em torno da sociologia funcionalista, que distinguem entre a doença física e a percebida, com o objetivo de explicar a doença como uma impossibilidade de exercer funções pessoais e orgânicas. Almeida-Filho também questiona as concepções forçadas a partir da fenomenologia, centradas na idéia restritiva da saúde como ausência de doença percebida. A partir daí, a busca do autor projeta-se para as contribuições nascidas da antropologia 'psicocultural', que enfatizam o papel da cultura na construção da idéia de doença – *sickness* – mediante uma lingua-

gem compartilhada e a criação de complexos culturais 'saúde/doença/cuidados', sob a formulação doença = patologia + mal-estar (Kleinman, 1980), ou o estudo das formas de atribuição de sentido e da formação de redes semânticas (Good & Good, 1980), ou ainda a incorporação de relações sociais e de poder como determinantes dos modelos interpretativos da doença, no intuito de ultrapassar o microsocial (Young, 1982). São enfoques igualmente centrados na idéia de doença e das práticas curativas. E, até a parte final de seu inventário crítico, Almeida-Filho examina os enfoques 'semiológicos', que procuraram superar os limites microsociais das correntes anteriores, incorporando a análise da relação entre as estruturas semânticas e as estruturas hegemônicas e de poder (Good & Good, 1994), bem como as variações que questionaram a ênfase excessiva no particular, afirmando a necessidade de uma abordagem histórica macrosocial, centrada na observação das condições coletivas estruturantes e das experiências condicionantes que se combinam em sistemas de 'signos-significados-práticas de saúde' que não obedecem à lógica da medicina ocidental e que aparecem como protótipos não estáveis e difusos (Bibeau & Corin, 1995).

Almeida-Filho (2001b) reconhece que esta última visão não apenas continua enquadrada na idéia de doença, mas expressa um certo antinaturalismo que deixa de lado os elementos materiais biológicos do problema.

É então que o autor penetra na busca de uma verdadeira epistemologia da saúde, a partir da análise do pensamento de Georges Cangulhem (2000). Ele analisa a proposta do epistemólogo francês de considerar a normalidade como uma norma de vida que incorpora o saudável e o patológico, deixando a saúde de ser simplesmente vista como a obediência a uma norma ou modelo, já que dela fazem parte a desobediência e o desvio, e aborda a discussão dessa 'saúde filosófica' livre e incondicional, que se forja no cenário prático do médico frente a seu paciente e também se projeta numa saúde pública ligada às idéias de utilidade, qualidade de vida e felicidade – um processo que acaba por se realizar no fenotipo, e que é observável. Almeida-Filho reconhece a importância da abertura cangulhemiana para uma nova epistemologia, mas crítica a premissa de que essa visão estaria fundamentalmente ligada ao biológico, apesar de reconhecer que a saúde 'é a vida não só em meio ao silêncio dos órgãos, mas também em meio ao silêncio das relações sociais', e que a saúde científica deveria assimilar aspectos da saúde individual subjetiva e filosófica, de maneira a não se ver reduzida apenas à doença e aos chamados 'riscos'.

Em resumo, através de seu percurso epistemológico, Naomar de Almeida-Filho consegue, em primeiro lugar, esclarecer a impossibilidade de os modelos psicobiológicos e psicoculturais superarem as definições negativas e resolvem o 'problema kantiano' dessa resistência a conceituar a saúde por ela mesma, e, em segundo lugar, resgata a potencialidade da abertura de Cangulhem, mas assinalando sua centração no campo do biológico, da mesma maneira que Foucault voltou-se para explicações meramente sociais e discursivas.

Até sua parte final e propositiva, Almeida-Filho apóia-se na contribuição de Juan Samaja (1992, 1993, 1994), com sua idéia de 'determinação múltipla sob interfares hierárquicas', que corresponde a uma linha de reflexão teórica latino-americana importante, e que se soma a outras contribuições que abriam as portas para uma concepção integrada.

Não desenvolveremos aqui uma análise profunda da proposta almeidiana das 'formas de saúde' e de sua fundamentação na idéia das interfares hierárquicas; isso merece uma elaboração mais ampla, que estamos incorporando em outro trabalho, no qual não apenas nos aprofundamos em uma análise crítica de suas propostas e resgatamos os subsídios de outros autores latino-americanos que têm oferecido contribuições de grande interesse há várias décadas, mas também fazemos uma reflexão sobre as implicações que têm, para essa problemática, os subsídios de pensamentos 'externos' à ciência ocidental. O que interessa aqui é, em primeiro lugar, ressaltar o valor do caminho a que Naomar de Almeida-Filho nos convoca e o potencial germinativo de algumas de suas idéias para o trabalho epistemológico dos próximos anos, bem como, em segundo lugar, apenas deixar assinalados alguns aspectos de sua análise sobre uma conceitualização positiva.

Nossa proposta procurava decifrar o caráter multidimensional e contraditório de nosso objeto e reconhecer o movimento de sua complexidade em todas as dimensões da vida humana e social. Em síntese, tínhamos de selecionar um sistema de categorias analíticas que nos permitisse:

- Estabelecer o miolo e a especificidade de todo o sistema de saúde e a essência de seu movimento;
- Transpor os processos correspondentes para as múltiplas dimensões da saúde como fenômeno da sociedade em geral, de seus grupos constitutivos e das pessoas;
- Abordar os aspectos materiais e espirituais que fazem parte da saúde, distinguindo nela o que corresponde aos aspectos materiais do modo de vida (formas de trabalho e consumo), suas formas políticas e organizadoras, seus aspectos culturais e suas relações ecológicas;
- Distinguir os elementos essenciais para o desenvolvimento de uma utopia que norteie a mobilização de um bloco social democrático para a conquista de uma situação de saúde equitativa e emancipada, bem como a promoção e o aperfeiçoamento de uma vida pessoal saudável.

Em última instância, precisávamos compreender os processos específicos da saúde que se desenvolvem no movimento da vida e também desencadeiam sua negação na morte.

Estava claro para nós que a saúde é um processo multidimensional, que se realiza como objeto/conceito-método/campo prático, e que, dado o seu caráter contraditório, tínhamos de deslindar o sistema de contradições em todas essas dimensões, e não exclusivamente em uma delas. Nessa medida, desde o começo, precisávamos construir as mal-denominadas 'positividade' e 'negatividade' em cada uma dessas dimensões.

A categoria central que trabalhamos foi a da reprodução social, e dela decorreu a categoria de 'perfil epidemiológico', que formulamos como fundamento de uma teoria sobre a saúde coletiva.

Quando lançamos, em 1979, a crítica ao funcionalismo na saúde,<sup>11</sup> deixamos claro que a concepção positivista da saúde – neste ponto, referimo-nos à aceção filosófica – trabalha com a lógica formal. Para esse tipo de raciocínio, a consciência supostamente reflete os atributos dos objetos do mundo através de um processo de indução, e, para tanto, segrega-os de acordo com os princípios de 'identidade' e seus complementos – os princípios de 'contradição simples' e de 'terceiro excluído'.

Segundo o princípio de identidade, "uma coisa é sempre igual a ela mesma"; se *X* é igual a *X*, nunca pode ser 'não *X*'. Seu complemento, a contradição, sustenta que cada coisa tem sua identidade, e que as que não a têm são diferentes, sendo excluídas a identidade e a diferença, portanto, *X* não é 'não *X*'. O terceiro preceito completa o raciocínio, dizendo que uma coisa não pode fazer parte de duas classes ao mesmo tempo. É verdade que a lógica formal é válida, quando se trata de estabelecer distinções básicas no pensamento, as quais, se não existissem, nos impediriam de pensar e estabelecer identidades elementares, como a de que existe algo que se chama 'saúde' e há também algo que se chama 'doença', algo que se chama 'patologia', algo que se chama 'mal-estar', algo que é um objeto, algo que é um conceito, algo que é um campo de ação etc. Contudo, quando nos mantemos no plano lógico formal, esses elementos parecem isolados e perdemos de vista suas relações intrínsecas, com suas contradições e seu movimento. Isso porque identidade sem contradição (dialética) é silêncio; a simultaneidade sem relação intrínseca significa fragmentação e desconexão. É isso que se expressa na idéia empírica de que 'a saúde é a ausência de doença'. Por esse ângulo lógico formal, a saúde é uma coisa, com sua identidade, e a doença é outra, diferente dela; do mesmo modo, o objeto é uma coisa, e o conceito ou o campo de ação são coisas separadas. Foi então que, perante o desafio de superar essa idéia e ver a saúde dialeticamente, ou seja, com suas dimensões e movimentos múltiplos, e no intuito de decifrar seu sistema multidimensional de contradições, desenvolvemos a proposta interpretativa do 'perfil epidemiológico'. Escolhemos a idéia de 'perfil'

<sup>11</sup> Época da publicação da primeira edição do livro *Epidemiologia, economia, medicina y política*, que está agora em sua sexta edição e tem tradução em português.

para enfatizar sua condição de ser uma síntese de características essenciais, e em alguns momentos falamos de perfil epidemiológico 'de classe', para destacar o fato de que existe uma diferença substancial (não apenas de índices quantitativos) entre os padrões epidemiológicos das diferentes classes sociais.

Logo nos apercebemos do problema que acompanhava a idéia de perfil, já que, em função da influência do próprio empirismo e da epidemiologia quantitativista - que praticamente se reduz a uma estatística especial -, houve quem começasse a interpretar a idéia de perfil epidemiológico como um perfil estatístico, quase significando o contorno formado pelo nível das barras de um gráfico estatístico. Não raro, pensou-se que o que queríamos enfatizar era o perfil estatístico formado pelos índices epidemiológicos das diferentes patologias que afetam uma classe social. Agora, embora o peso dessa herança empírica não tenha sido retirado, conservamos a designação de 'perfil', uma vez que seu uso se ampliou e se enriqueceu consideravelmente desde a proposta original de 1979.

Desde seu aparecimento, a idéia de perfil epidemiológico foi a de um sistema multidimensional de contradições entre as condições que provisoriamente chamaremos de 'positivas' para a saúde e as que poderíamos denominar 'negativas', apenas para nos fazermos entender. Desde o princípio, preferimos não usar as idéias de positivo e negativo, pois nos parecia - e continua a parecer - que as concepções de 'positividade' e 'negatividade' prestavam-se a uma interpretação reducionista, que empobrecia o sentido dialético dos processos e conspirava contra a compreensão da riqueza do movimento que se queria descrever. Assim, decidimos, no começo, chamar as primeiras de 'valores da saúde' e as últimas de 'contra-valores'. Tínhamos dois motivos para fazê-lo: primeiro, introduzir a idéia de contradição entre o que é um valor que contribui favoravelmente para seu desenvolvimento, em oposição constante aos processos que conspiram contra ele; e segundo, relacionar os processos da vida e da saúde com o movimento dos valores de uso e sua negação, experimentado por cada grupo como produto de sua forma especial de reprodução social. Com efeito, no centro de nossa idéia de perfil epidemiológico estava a categoria da 'reprodução social', que se refere ao movimento de produção e consumo que ocorre na base produtiva e que, ao se desenvolver, permite que continuem a ser construídas formas de consciência, de organização e de relação com a natureza que, por sua vez, contribuem para desenvolver e transformar, em uma determinada forma de práxis, a referida base produtiva. A categoria da reprodução social permite-nos estabelecer o movimento interdependente entre a dimensão econômica da vida e as dimensões da vida cultural, da vida organizacional política e da vida ecológica dos grupos.

É verdade que, nesses anos iniciais, demos maior ênfase ao movimento econômico de produção e consumo, investigando, tanto numa como no outro, os processos favoráveis e desfavoráveis à saúde. Nessa época, além disso,

entendemos que era mais compreensível e completo nos referirmos a 'processos destrutivos' ou deteriorantes, no caso dos que provocam uma deterioração ou piora da qualidade de vida, e a 'processos protetores' ou benéficos, no caso dos que contribuem favoravelmente para seu desenvolvimento e aperfeiçoamento. Convém esclarecer que a idéia não é supor que haja processos destrutivos e processos protetores, mas que os processos do viver transformam-se em destrutividade ou proteção, conforme as relações sociais que funcionam, em campos distintos, como o mais 'geral' da sociedade em seu conjunto, o campo 'particular' de seus grupos e o campo 'singular' das pessoas em sua cotidianidade.

Anos depois, a investigação dos processos ligados ao gênero e à etnicidade, que se haviam tornado palpantes, fez-nos perceber que a categoria da classe social não esgotava a compreensão da injustiça e de seu resultado, a desigualdade, e nos levou a incorporar esses elementos no perfil epidemiológico. Dito de outra maneira, compreendemos que a classe social não esgotava toda a determinação do usufruir/padecer de processos protetores/destrutivos e das relações epidemiológicas determinantes. Havíamos percebido que as relações interêtnicas e entre gêneros também faziam parte das relações de poder e, por conseguinte, da determinação da experiência desses processos protetores e destrutivos.

Com este enfoque, estávamos conseguindo superar a orientação causal da epidemiologia positivista, porque nossa proposta não explicava o surgimento da doença como efeito de causas desconexas, que podiam ser formalmente associadas às manifestações terminais das doenças, nem propunha um tipo de intervenção concebida como ações ligadas a cada fator empírico isolado. Já em 1979, propusemos a idéia substituída de 'determinação', que nos permitiu integrar no movimento epidemiológico o dos processos protetores e destrutivos que ocorriam nas diversas dimensões da vida humana social, e que articulava os processos do movimento sociobiológico da saúde. Mais adiante essa categoria será explicada, mas desde já esclarecemos que ela nada tem a ver com o determinismo, que também questionamos nesse mesmo trabalho.

O conhecimento epidemiológico não se pode reduzir à identificação de variáveis e sua correlação, porque isso implicaria reduzir a realidade a um único plano - o dos fenômenos diretamente observáveis, ou plano empírico - , deixando de lado o plano dos processos generativos, isto é, das condições e relações determinantes. Por isso, o perfil epidemiológico relaciona todos os planos da saúde que o empirismo reduz: o da 'saúde diretamente observável' (que é o que vemos de imediato nos pacientes, como os sintomas e sinais), o da 'saúde atual' (que é uma dimensão mais ampla, incluindo as relações generativas ou determinantes e também as que fazem parte dos modos de vida das classes sociais), e o plano da 'saúde real' ou 'realidade completa da saúde' (que abarca os dois anteriores e inclui ainda as relações determinantes gerais, ou macro, bem como as determinações do passado que operam

através dos condicionamentos genéticos). Em outras palavras, o raciocínio epidemiológico deve considerar determinantes estruturais, processos generativos e, por fim, os processos específicos. Todas essas dimensões e componentes da análise se esclarecem no exemplo referente à epidemiologia da intoxicação, constante do Capítulo 8.

Em capítulos posteriores, ampliaremos uma explicação sobre nossa proposta, suas principais categorias e suas subcategorias, que nos permitem interligar o movimento geral da sociedade com as relações dos modos de vida de seus grupos e dos estilos de vida pessoais que configuram o estudo da determinação, a partir do qual é possível depreender o que chamamos de 'processos críticos de exposição', que são típicos de cada espaço social concreto e se caracterizam por mecanismos distintos, como os de 'exposição eventual' (que são as formas de exposição de tipo acidental, não ligadas a um estilo de vida), os de 'exposição crônica' (ligados a padrões estáveis, inscritos nos modos de vida ou nos estilos cotidianos), e os de 'exposição permanente', que, mais do que uma 'exposição', seriam uma 'imposição' (atuação contínua do processo destrutivo, imposta por uma situação permanente).

Por último, a partir de um enfoque dialético e praxiológico, a epidemiologia deve não apenas definir o 'objeto' de transformação de seu campo científico, mas também o 'sujeito' dessa transformação. Se nossa formulação envereda agora, apesar de todos os riscos potenciais, pela busca de um diálogo entre culturas e de uma construção intercultural da ciência, implicamos também a construção intercultural da ação. Até hoje, as tendências que predominam, na hora de nos organizarmos e agirmos, são as da confiança no especialismo, também as do sectarismo, muitas vezes, e, na melhor das hipóteses, a velha herança da frente única para tal ou qual circunstância. É por isso que, nesse aspecto, a epidemiologia crítica pode alimentar-se das recentes contribuições de uma sociologia política renovada, que resgatou uma nova visão do bloco popular de Gramsci e que discutiremos mais adiante (Hidalgo, 2000).

#### A determinação da ciência e a resistência ao coletivo

A crítica de uma disciplina científica não é um ato puramente acadêmico ou 'de laboratório'. Pensar em um novo paradigma, reconstruir as bases da ação na epidemiologia, é também um ato ético e político. Vejamos o porquê desta afirmação e as conseqüências que derivam dela.

O ponto de partida está em nos situarmos no cenário histórico como produtores de conhecimento, e em analisarmos de que maneira se dá a relação entre nosso trabalho especializado na epidemiologia e as demandas, influências e pressões em meio às quais nos movemos, nós que, por nossa afinidade acadêmica, trabalhamos na investigação dos fenômenos de saúde.

A saúde coletiva latino-americana das últimas décadas forjou-se como um campo de importante produção científica e de implementação de propostas inovadoras para a prática da saúde. Diferentemente das disciplinas clínico-cirúrgicas, fortemente ligadas à lógica da medicina comercial e privada, as que fazem parte da saúde coletiva – epidemiologia, epistemologia da saúde, ciências sociais aplicadas, planejamento e políticas e saúde dos trabalhadores (medicina do trabalho), entre outras – configuraram seus objetos/conceitos/ações sob a égide de uma lógica social que se preocupa com a implementação de sistemas solidários de proteção e promoção da saúde das coletividades e da vida humana, e assim, centenas de núcleos estatais, universitários e de organizações privadas sem fins lucrativos lançaram-se no desafio ético de construir uma práxis distinta.

Conseqüentemente, as tarefas de investigação e ensino, bem como de implementação de novas formas de intervenção por parte da saúde coletiva latino-americana, assumiram uma visão diferente da que inspira a medicina individual e as linhas mais convencionais da saúde pública, e, como seria esperável, enfrentaram a linearidade e os reducionismos dos referenciais teóricos da medicina hegemônica, bem como o utilitarismo e a falta de compromisso solidário de sua prática.

Um processo de construção contra-hegemônica dessa natureza não poderia realizar-se apenas modificando as práticas e cenários de ação, porque a implementação das novas formas de práxis exigia a coerência das novas idéias e um trabalho de reconceitualização que, a partir daí, teve como eixo básico a tarefa epistemológica.

O movimento latino-americano de saúde coletiva, em sua vertente mais acadêmica ou universitária, originou-se na tarefa precursora de várias figuras e núcleos das universidades, de entidades privadas da sociedade e de setores democráticos do Estado, bem como nas propostas alternativas de reuniões e seminários de fundação: tudo isso aconteceu já se vão quase trinta anos. Agora, começam a ser colhidos os frutos mais específicos de todo esse processo, que se materializam em textos e produtos científicos mais elaborados, vários dos quais foram moldados como importantes obras didáticas e ensaios.

O trabalho epistemológico penetrou na complexa problemática de disciplinas diferentes, deslindando os fundamentos e modelos teóricos de disciplinas, seus elementos metodológicos e as perspectivas sociais de suas propostas técnicas, e com isso permitiu trabalhar novas visões, menos centradas em um empirismo funcional e mais orientadas para um trabalho ligado às metas de equidade e de reivindicação coletiva de teses solidárias para a saúde.

Samaja expôs uma análise da prática especializada da investigação, 'isso que os cientistas fazem quando investigam'. Ao fazê-lo, reconheceu os componentes do processo – o 'produto' (com seus temas e feitos), o 'método' (com sua validação e suas descobertas) e as 'condições de realização' (instituições e

técnicas) – e insistiu em que a ciência também pode ser vista como um processo entre o cientista e suas crenças, no qual este regula seu 'metabolismo' por seu meio cultural, em uma confrontação crítica de suas representações e conceitos com os que imperam na sociedade, o que, por sua vez, transforma os dele. Além disso, Samaja destacou que, embora existam vínculos profundos entre a investigação científica (ciência) e a prática profissional (técnica), não se deve assemelhar uma à outra, uma vez que elas se diferenciam pelo 'objeto' (ponto de partida e produto, que inclui, no caso da ciência, as teorias ou hipóteses encarregadas de explicar ou tornar compreensíveis os fatos e as provas empíricas), pelas 'ações' orientadas para um objetivo (a ciência é orientada para descobrir conhecimentos, ou para validar conhecimentos de fatos ou teorias que já se possuem) e pelos 'meios' de investigação (meios técnicos, normas e contextos institucionais).

Mas surge então uma pergunta crucial, que aparece não só quando se analisa o processo de investigação, mas que também fazemos ao falar da gênese e da reprodução de qualquer processo social, e que poderia ser enunciada da seguinte maneira: qual é o aspecto determinante de um processo social (como a investigação)? Será que são essencialmente determinantes os atos dos indivíduos que o realizam e a lógica interna que rege cada cenário particular ou será que o determinante são as condições sociais de um contexto histórico e a lógica dos processos do todo social? Posta em termos epidemiológicos, a pergunta poderia ser assim expressa: o conhecimento epidemiológico, em seu conteúdo, seus modelos interpretativos e suas projeções, depende essencialmente das condições particulares que caracterizam os especialistas e seus cenários de trabalho, ou depende, antes, das condições históricas da totalidade social? Trata-se de um tipo de pergunta que constitui o 'debate macro-micro' que já analisamos, uma polémica que agora volta a se apresentar quando queremos analisar a relação entre a prática especializada da investigação epidemiológica e a práxis social.

O próprio Samaja traz a solução, traduzindo o que a dialética oferece para superar os erros das abordagens que se inclinam para o micro e o indutivo, ou as que surgem por ênfase no macro e no dedutivo: "quando se pergunta pela gênese de um ser concreto", diz ele, a primeira coisa são suas partes (sua abstração), que existiram concretamente como vínculo dominante em totalidades menos desenvolvidas; ao contrário, quando se pergunta pela estrutura, a primeira coisa é tudo aquilo cuja materialização consiste precisamente em que, como vínculo mais rico, ele conseguiu subordinar suas condições de surgimento a seu princípio atual (Samaja, 1993: 119).

Portanto, não se trata de anular as partes nem o todo na explicação, não se trata de resolver se, no desenvolvimento do saber e da prática epidemiológicos, o mais importante é o que os epidemiologistas fazem quando trabalham', ou se são decisivas as condições 'externas' da práxis social; o indispensável é

entender em que medida cada dimensão incide na determinação da prática. O pensamento dialético afirma que os processos se constroem de maneira ascendente, mas se regulam de maneira descendente; é um movimento de inversão pelo qual o que vem depois, na gênese, vem a ser o primeiro no resultado.

Em seguida, Samaja fornece uma profusão de argumentos sobre as condições de realização da investigação, os quais é necessário matizar. Citando Lakatos, ele destaca a profunda interdependência entre os aspectos filosóficos e históricos na análise do desenvolvimento de qualquer ciência: "sem a história da ciência, a filosofia da ciência é vazia; sem a filosofia da ciência, a história da ciência é cega" (Samaja, 1993: parte V) o que implica que a 'metodologia' deve ser complementada por uma 'história externa', a qual, para o autor, seria uma psicologia social e política da ciência, que ligaria a citada metodologia às condições históricas sociais. Trata-se de um raciocínio que implica que toda atividade humana é produtiva, e que essa produção não é apenas de sobrevivência, mas exige uma regulamentação (operar com recursos limitados no interior de um grupo) sobre as relações dos sujeitos entre si e com as coisas. Como o próprio autor reconhece, Marx as denominou de 'relações sociais de produção', como também denominou assim o que seria, em termos jurídicos, o regime de propriedade. Essas são normas do direito real, isto é, normas que regulam qualquer atividade produtiva (Samaja, 1993).

Em outras palavras, ao reconhecer a importância das 'condições externas' no próprio processo generativo – e não se diga no de reprodução –, destaca-se que o referido processo gerativo, no caso da epidemiologia, não se reduz àquilo 'que os epidemiologistas fazem quando trabalham e investigam', mas inclui também as relações sociais mais amplas e de produção em cujo seio se realizam seus estudos e seu trabalho.

Exporemos mais adiante nossa maneira de explicar a influência das relações que chamamos de 'epistêmicas' na investigação, relações estas que marcam e condicionam os modelos científicos; mas cabe aqui estabelecer algumas nuances das explicações de Samaja, para que a linha de análise proposta por esse autor conserve seu poder explicativo.

Na Parte V do citado livro – "As condições de realização do processo de investigação" –, Samaja (1993) recupera a tese de Luciane Goldman sobre a importância da idéia de 'concepção do mundo', elaborada por W. Dilthey, para a interpretação da história das produções culturais, e resgata sua afirmação de que, para dar a essa idéia um *satz* positivo e rigoroso, que supere o caráter metafísico e puramente especulativo, é preciso retomar as investigações psicogênicas de Piaget e os estudos de história social de Lukács: de Piaget, basicamente sua idéia da relação entre as estruturas cognitivas do indivíduo e o meio ambiente; de Lukács, sua tese sobre o caráter primordial dos atos reprodutivos econômico-sociais e, em particular, sobre o conceito de classe social. São dois modelos que, segundo o autor, permitem explicar a história da ciência.

É aqui que cabem alguns reparos, sempre com a intenção de preservar o núcleo explicativo do reconhecido epistemólogo e amigo cuja obra importante estamos comentando. Embora, em seu ciclo lógico, Samaja vá e venha dialeticamente do geral para o particular e apesar da contundência e fundamentação de seus argumentos, é nossa impressão que, na hora de explicar as condições de realização da ciência, acaba predominando uma linha de análise psicogenética, é como se os condicionamentos históricos e os aspectos extra-individuais da produção científica não parassem de ingressar no núcleo da argumentação epistemológica. Vejamos por quê.

No enfoque lógico-científico de Samaja, um lugar central é ocupado pelo investigador e pela situação de seu contexto imediato, por seus anseios e vocações e pelas demandas técnicas e práticas de tal contexto; sua maior preocupação volta-se para a psicologia social da criação científica. Não há dúvida de que esses elementos, que se situam na 'ponta do iceberg' do processo científico, desembocam na compreensão das relações individualizadas da ciência e da dinâmica dos atos de criação, mas essa visão passa por cima, embora reconheça sua importância, do tratamento direto das relações condicionadoras, deixa de lado a participação determinante das pressões e condicionamentos históricos que modificam e condicionam as relações mais particulares.

Com efeito, ao falar da história da práxis de cada disciplina e de seus elementos, o autor entende como tais o 'conjunto de meios técnicos e as consequências conceituais' e dirige a ênfase da reflexão para o próprio processo de criação científica, para os condicionamentos político-técnicos do modo de pensar, ou psicologia social do processo. Mas, como o próprio Samaja deixa implícito através de sua obra, os condicionamentos da produção científica não se referem apenas às determinações do modo de pensar cientificamente de um indivíduo ou uma coletividade – descobrir e validar –, mas incluem as determinações estruturais e político-ideológicas de processos não psicológicos, como os sistemas de financiamento e poder que caracterizam os cenários em que se produz ciência, e que têm impacto não apenas nos indivíduos e grupos, mas na configuração das economias e políticas mais amplas que moldam – indiretamente – a episteme e as estruturas simbólicas em cujo seio se desenvolve essa atividade; do mesmo modo, incluem os processos da cultura em que trabalham as pessoas que fazem ciência, e também as estruturas simbólicas que condicionam, direta ou indiretamente, os processos de interpretação; e, por último, incluem as relações de poder e as tendências ideológicas dos cenários pedagógicos que participam da reprodução do pensamento social e técnico de uma sociedade. Em outras palavras, não se trata apenas de uma psicologia e uma antropologia do problema, porém de uma sociologia e uma economia política do problema; não se trata apenas de uma psicogenética do assunto, mas também de uma filosofia crítica do assunto. E esse tipo de ajustes, nós os exibimos, não porque tais idéias não sejam mencionadas na obra de Samaja, mas porque não param de se incorporar organicamente em sua idéia de práxis.

Uma práxis mais social e extra-psicogenética, menos centrada no modo de pensar da comunidade científica e de seus atores.

Nessa mesma linha de argumentação, seria possível sustentar que 'o social' ou a 'história externa', como a chama o referido autor, refere-se não apenas às mediações do econômico, do institucional e do cultural no modo de pensar dos(as) cientistas, mas também à pressão direta do poder, por meio da "ingerência direta do laboratório" (como a denominaria Franz Hinkelammert) na produção e comercialização de produtos científicos, ou por meio da ameaça implícita ou explícita do poder a membros da comunidade científica, com efeitos como a debilitação do processo crítico da intelectualidade 'pós-moderna'. Esses são temas que seria preciso desenvolver de maneira ampla e aberta, e que aparecem apenas insinuados. Justamente, um trabalho recém-publicado na conhecida revista *The Lancet*, e cujo título se traduziria por "Medicina social na América Latina: produtividade e perigos que esperitam os principais grupos nacionais", descreve a violência repressão sofrida pelos investigadores latino-americanos, em decorrência da linha crítica de sua produção científica (Waitzkin et al., 2001).

A análise da economia política da investigação, da mercantilização, apropriação, monopolização e exclusão dos recursos em uma estrutura classista, do valor de troca dos produtos científicos, do processo alienante do trabalho científico produtivo, da racionalidade econômica da investigação hegemônica, com suas consequências destrutivas para o ser humano, a ecologia etc., da coerção política e da discriminação ideológica, tudo isso são pontos fundamentais para compreender as 'condições de realização' da produção científica e para compreender a práxis; são também pontos cruciais para se abordar com profundidade a análise da história da produção de conhecimentos em campos como a epidemiologia.

Ou seja, assim como a episteme, como conjunto de condições de possibilidade do que é lícito pensar, conhecer e dizer em um dado momento histórico, faz parte do modo de vida (Moreno, 1995), e por isso os(as) cientistas produzem seu sistema de significados, seu discurso, seus modelos – que se conformam a paradigmas – no seio de uma episteme complexa, carregada, por sua vez, das contradições de poder de cada sociedade, não menos certo é que os 'pontos de crescimento da ciência, os problemas científicos cardinais', definem-se em cenários e âmbitos da realidade que não são os da comunidade científica, mas correspondem à ordem da práxis social mais ampla e a suas contradições, estabelecendo-se nos cenários do poder privado ou estatal. Assim, processos especializados, como a construção de objetos científicos e as formas de subjetividade dos trabalhadores das ciências, dependem não só da lógica interna da comunidade científica, mas das relações de força e das urgências que se dão nos cenáculos do poder.

Mas o fato de existirem esses condicionamentos sócio-históricos não significa que os indivíduos e as comunidades de especialistas não possam produ-



zir contra a corrente e não possam construir uma prática científica anti-hegemonia. Todavia, essa construção só é historicamente sustentável quando os movimentos organizados e o pensamento crítico não estão divorciados. Como explicou Gramsci ao desenvolver sua idéia dos 'intelectuais orgânicos', só quando o movimento organizado é perpassado pelo pensamento crítico e só quando o pensamento crítico se faz povo é que se constrói uma hegemonia de sinal contrário, e os intelectuais passam a ser intelectuais orgânicos de um movimento emancipador (Kanoussi, 2000). Uma disciplina como a epidemiologia, que trabalha na busca dos modos de geração do sofrimento humano, pode ser uma ferramenta importante da contra-hegemonia.

A epistemologia e a história nos ensinam que a ciência e os processos de depuração conceitual formulados a partir de um horizonte emancipador estão estreitamente ligados à necessidade de avanços práticos das coletividades que desenvolvem seu processo em meio à hegemonia, e estão preñes de intencionalidade e condicionados pelo horizonte de visibilidade de sua posição social, um horizonte que depende muito das condições epistêmicas – no sentido foucaultiano – bem como das articulações práticas dos cientistas. Foi nessa medida que surgiu o questionamento que expusemos antes, a respeito de saber se o 'ponto de partida' único ou mais importante do processo crítico é o inventário dos subsídios do pensamento europeu, ou se não existiria a necessidade de pensarmos nosso modelo e orientarmos nossas reflexões para além desse ponto de vista único, numa construção intercultural e na perspectiva de um multiculturalismo crítico que recupere a memória total da luta pela saúde.

Para orientar o trabalho atual, temos de esclarecer seu caráter, seu conteúdo e sua direção, e isso não pode ser feito senão por uma perspectiva democrática e integrada, e não apenas a partir da comunidade científica e de uma visão exclusivamente inspirada nos problemas cardiais e nos pontos de crescimento estabelecidos pela epistemologia europeia, por mais importante que esta seja. Para estabelecer a que nos referimos ao falar em uma teoria geral da saúde – qual é a diferença entre uma teoria geral abrangente e inovadora e um relato matriz unilateral e hegemônico sobre a saúde? – e para analisar quem devemos convidar para esse esforço, é preciso convocarmos ao debate de outras perspectivas societárias, e isso não é somente um problema logístico de ordem prática, mas também um problema teórico-político, que nos exige a resolução de problemas ontológicos, epistemológicos e praxiológicos.<sup>12</sup> Como vimos argumentando, é possível, com fins analíticos, separar o estudo do ser (ontolo-

gia), do pensar (epistemologia) e do fazer (praxiologia), mas sempre lembrando que essas dimensões compõem uma unidade dialética.

#### A NECESSIDADE DE SUPERAR A NOÇÃO DE OBJETO EPIDEMIOLÓGICO COMO FATOR E O REDUCTIONISMO CAUSAL. O ONTOLÓGICO NO NOVO PARADIGMA

No 'ontológico', temos de trabalhar na construção do objeto da epidemiologia, à luz das novas possibilidades e recorres agora permitidos por uma visão enriquecida pelo avanço dos saberes na saúde e na epistemologia. Um aspecto nodal desse esforço é a necessidade de explicar o complexo processo de determinação da saúde coletiva, superando o reductionismo causal. Apesar dos valiosos subsídios já acumulados a partir da epidemiologia crítica,<sup>13</sup> dentro e fora da América Latina, esse problema central da disciplina ainda não foi suficientemente trabalhado.

Acontece que o momento atual é propício para impulsionar a construção de um modelo interpretativo livre dos obstáculos e reductionismos da 'teoria causalista' e da 'teoria convencional de risco', de maneira a colher e articular as propostas inovadoras que vêm circulando, submetendo-as, é claro, a um olhar crítico. Sustenta-se nestas páginas a necessidade de uma proposta sobre a 'determinação epidemiológica como movimento complexo', isto é, com todas as facetas que configuram os processos de movimento complexo: dimensionalidade, movimento, abertura sistêmica, domínios, hierarquia e ordens, relações de regularidade/incerteza, possibilidades e limites da descontinuidade e da emergência (Morin, 1996; Almeida-Filho, 2001a).

A proposição baseia-se na idéia de renovar a categoria de perfil epidemiológico (Breilh, 1979, 1997a), abrindo-a para a visão trazida pelas contribuições da epistemologia geral, a partir da óptica do realismo dialético (Marcovic, 1972; Bhaskar, 1986) ou especificamente do campo da saúde (Almeida-Filho, 1989, 1992a, 1997, 1999, 2000; Breilh, 1996, 1997a, 1998, 1999a, 2000). Isso implica articular movimento, dimensionalidade, domínios e relações com o processo multidimensional contido no perfil epidemiológico e que expressa os modos de devir da saúde coletiva, com suas formas de movimento (abertura sistêmica<sup>14</sup>/retroação, reprodução/gênese, dinamismo regular/irregular, movimento regulado/incerto), seus recorres genéticos, sua estrutura

<sup>12</sup> A 'ontologia' refere-se à análise dos conceitos, idéias e explicações do modo de ser de uma realidade. A 'epistemologia' refere-se à análise dos processos, da lógica, das operações e práticas ligadas à construção do saber em uma formação social. A 'praxiologia' refere-se à análise das formas de prática e de sua importância para a vida econômica, social e política do saber e das relações com a natureza.

<sup>13</sup> A epidemiologia crítica, como corrente contra-hegemonia e plural gerada a partir dos anos 70, incorpora subsídios teóricos latino-americanos – Rodríguez, Laurell, Breilh, Almeida-Filho, Samaja, Castellanos e vários outros – ou provenientes de países externos a essa região (Bertlinguer, Krüger, Wing e muitos mais).

<sup>14</sup> Sistemas abertos que existem na realidade, a qual não se reduz aos sistemas fechados que são absolutizados pelo pensamento positivista.



hierárquica, suas ordens (macro/micro, social/biológico) e seu grau de ligação (diversidade/unidade).

O que dissemos até aqui acarreta também a necessidade de abordar o debate atual sobre a 'complexidade' e de articular uma nova visão dela, no que diz respeito a) às relações entre a determinação por processos macrosociais e microsociais, sem absolutizar a determinação da totalidade estrutural nem tampouco superestimar o peso do microcosmo individual e cotidiano; b) a incorporar a diversidade, mas sem perder de vista as formas de ligação; c) a romper o referencial rígido das certezas e simplificações neopositivistas, mas sem perder de vista os momentos de regularidade e o funcionamento das leis, que não se reduzem a expressar conjunções constantes (Bhaskar, 1986), como faz a 'teoria do risco' ao colocar num plano central a contingência, que limita a interpretação do devir da saúde. Temos de esclarecer uma visão nítida e operacionalizável da complexidade, para buscar um princípio de explicação mais rico que o da simplificação (separação/redução) – que foi o que se impôs na epidemiologia empírico-analítica –, mas numa reformulação que não caia na rigidez de um determinismo qualquer, nem na ambiguidade e fragmentação insolúveis do relativismo e do construtivismo culturalista na saúde.

A superação da epidemiologia positivista implica também a necessidade de repensar categorias básicas da disciplina, como a de 'exposição', pois a versão desta que tem sido convencionalmente usada é uma versão reducionista, que se adapta na perfeição ao paradigma dos fatores de risco. Teremos de analisar de que maneira, amparado pela idéia de risco como relação extrema e contingente, isso serve para introduzir a noção empírica de exposição e para fazer esquecer que, no âmbito de uma sociedade e da lógica global de seu sistema, desenvolvem-se modos típicos de vida grupal que determinam o predomínio de certos processos críticos de exposição, bem como tipos de exposição que podem ser eventuais, crônicos ou permanentes; no caso destes últimos, mais que de uma 'ex'posição, estamos falando de uma 'im'posição de processos, que desencadeiam outros processos nos genótipos e fenótipos dos membros desses grupos, os quais, de acordo com seus estilos de vida cotidianos e com sua história de vida, têm vulnerabilidades e proteções próprias. A análise do objeto epidemiológico move-se, portanto, entre as dimensões geral, particular e singular, entre o macro e o micro, entre o social e o biológico. Essa é sua amplitude e, ao mesmo tempo, sua especificidade.

Nesta linha de reflexão, nossa proposta defende a necessidade de não exagerar o peso do objetivo como realidade exclusivamente factual, nem o do subjetivo como abstrações *a priori* no conhecimento, mas procura entender o sentido recíproco que eles têm na práxis; do mesmo modo, também não exagera a visão epistemológica de alguns setores atuais que carregam suas interpretações nos aspectos do relativismo (indeterminismo, descontinuidade, não-li-

nearidade) como caracteres absolutos e intrínsecos em si. Em vez de empobrecer o olhar epistemológico por meio desse recorre parcial, devemos buscar as potencialidades dessas manifestações da vida social no movimento dialético da realidade, nunca descuidando dos vínculos do paradigma em processo de construção com a luta epistêmica e a práxis histórica.

#### A NECESSIDADE DE UMA VISÃO METACRÍTICA: O EPISTEMOLÓGICO NO NOVO PARADIGMA

Na dimensão 'epistemológica' da epidemiologia, propomos aprofundar-nos aqui na relação sujeito-objeto, a partir da perspectiva teórica do realismo dialético,<sup>15</sup> do qual tem profundas marcas o pensamento de vários criadores da idéia moderna de emancipação – como Karl Marx e outros que, dentro ou fora de sua perspectiva ideológica, inspiraram-se nele – para questionar a racionalidade científica da sociedade capitalista.

Essa problemática tem duas dimensões: primeiro, há que 'resgatar' ou reconhecer a subjetividade histórica, ameaçada desde anos anteriores pela teoria indutiva ou reflexiva do positivismo, bem como, em anos mais recentes, pelas teses da 'dissolução' do sujeito (Lyotard, 1986). A nosso ver, a relação dinâmica entre sujeito e objeto no referencial do realismo dialético é um ponto reconhecido, mas ainda não resolvido na epidemiologia; além disso, também é indispensável trabalharmos na superação das visões reducionistas de toda sorte de monismos subjetivos – monismo positivista, monismo culturalista, monismo do historicismo marxista, monismo patriarcal etc. Isso implica distinguir entre os processos de 'metassubjetividade', 'epissubjetividade' e 'intersubjetividade', que são momentos distintos de construção do pensamento, passíveis de ser aplicados aos problemas ontológicos da complexidade, da hierarquia e da conexão dos processos de saúde (como se propõe mais adiante).

Um aspecto-chave inscrito no atual debate epistemológico entre o pós-modernismo conservador e as interpretações epistemológicas progressistas é se existe ou não necessidade de uma 'metanarrativa', de uma 'narrativa metacrítica' (McLaren, 1997) para o pensamento científico que seja mais do que o somatório das visões, mas se alimente de fontes multiculturais e permita

<sup>15</sup> Utilizamos a designação 'realismo dialético', em vez de materialismo dialético, porque ela enfatiza o conceito de realidade e não o de matéria, e abre possibilidades para o estudo da relação sujeito-objeto que a dialética marxista atual requer para uma nova epistemologia, liberta de um certo objetivismo, e para o estudo da complexidade real nas dimensões empírica, atual e global, para as quais Bhaskar chamou atenção. Também poderíamos usar a categoria mais clássica de 'materialismo', porém insistindo em que convém compreender como materialidade a subjetividade e todas as relações objetivo-subjetivas.

articular sua integração e sua coerência, isso caminha de mãos dadas com a urgência de abordar as formas de síntese e relação entre os saberes e no interior do saber acadêmico, por meio da interdisciplinaridade, em direção à transdisciplinaridade, ou, como temos preferido chamá-la, à multidisciplinaridade,<sup>16</sup> ou seja, àquilo que definimos como um enfoque crítico (às vezes metacrítico) e multicultural,<sup>17</sup> este último exigindo a inter-relação, ora estratégica, ora comunicativa ou simétrica, entre os saberes e projetos dos diferentes setores sociais, identificando com a intencionalidade emancipadora o lugar que eles ocupam na estrutura de poder. Só dessa maneira é que o conteúdo e a direção do saber são democráticos e libertários, tornando-se possível compreender a sociedade como uma totalidade, mediante um discurso de articulação dos discursos 'dos(as) outros(as)', a fim de superar tanto o método objetivista – realismo acrítico, tipicamente ligado à teoria reflexa do conhecimento positivista – quanto o método subjetivista – o não-realismo culturalista, com seus traços de relativismo e solipsismo<sup>18</sup> no conhecimento –, que têm sido hegemônicos nas ciências sociais (Marcovici, 1972; Herculano, 2000). Trata-se de uma linha de raciocínio que sustenta a necessidade de abordar o problema básico da articulação entre o paradigma interpretativo e a práxis.

Para o tratamento epistemológico exposto, é preciso examinar com olhos do novo milênio a bibliografia que já incorporamos à reflexão em épocas anteriores (Breilh, 1979, 1991a), quando nos foram especialmente úteis as contribuições no campo da lógica (Kopin, 1981; Kosik, 1983; Novack, 1986); no campo das novas ciências biológicas (Levins & Lewontin, 1985; Penchaszadeh, 1994); a vastíssima bibliografia sobre a economia política, a ciência do Estado e o debate filosófico (produção de Marx e muitos de seus seguidores); as contribuições da nova demografia (Secombe, 1973; Dierckxsens, 1979); as visões renovadas sobre as ciências do espaço (Harvey, 1973; Santos, 1985, 1997; Castells, 1974; Pradilla, 1984); e, é claro, as contribuições fundamentais da saúde coletiva latino-americana – lista demasiadamente longa que não tentaremos compendiar aqui, para evitar omissões involuntárias – na qual já se podem distinguir alguns clássicos da medicina social e da epidemiologia crítica.

<sup>16</sup> Aludimos neste ponto à já citada proposta de Almeida-Filho (1997), embora com algumas modificações interpretativas.

<sup>17</sup> Uma narrativa metacrítica com enfoque multicultural não implica configurar um 'discurso-matriz' ou 'narrativa mestra' que reimplante o monismo que se pretende superar.

<sup>18</sup> Relativismo que exagera a idéia de que o mundo conhecido depende da realidade e da situação do conhecedor. Solipsismo como teoria que considera o próprio eu, na ordem gnosiológica, como a única realidade objetiva.

ca da América Latina.<sup>19</sup> Trata-se de um saber contra-hegemônico acumulado que constitui, junto às contribuições feitas a partir de outras latitudes, um rico acervo, que deverá contrapor-se à biblioteca mais recente das novas gerações, as quais, em vários de nossos países, continuam a preparar o terreno para o pensamento crítico na saúde.

#### A EPIDEMIOLOGIA E A LUTA CONTRA A TRÍPLICE INEQUIDADE: O PRAXIOLÓGICO NO NOVO PARADIGMA

Com base no que já foi dito e partindo das novas experiências organizacionais de nossos povos mobilizados, propõe-se então desembocar na construção de uma abordagem 'praxiológica' que facilite uma transformação radical da prática epidemiológica funcionalista, bem como um reposicionamento da epidemiologia perante o poder. Isso porque, pela perspectiva de uma abordagem praxiológica, o tema da direcionalidade da ação e do reconhecimento explícito de um sujeito histórico, ou, melhor dizendo, de um bloco histórico de sujeitos complementares, é básico. E ocorre que a dissolução do 'projeto histórico' e do 'sujeito' desse projeto são as pedras angulares da desconstrução do mais regressivo pós-modernismo, que se apresenta como uma negação do peso de qualquer realidade objetiva total, mas acaba incorrendo no pecado duplo de reinserir outra forma de finalismo – a da incerteza e descontinuidade absolutas – e de abandonar qualquer utopia sobre o geral.

Ao falar de emancipação, devemos ter o cuidado de abarcar todas as dimensões da estrutura de opressão – de classe, de gênero e de etnicidade – como um projeto global de transformação. A ausência desse 'projeto' e de sua fundamentação provoca uma fragmentação dos objetos e dos sujeitos e nos condena à 'tiranía da particularidade', favorecendo a permanência das mesmas regras do jogo do sistema dominante, o que é um remédio pior do que o mal do finalismo estruturalista que almejamos superar. Uma epidemiologia que pense em si dessa forma e se sujeite a esse quadro de referência só pode ser uma epidemiologia funcionalista, que, mesmo que se multiplique sob muitas denominações, será apenas um refrescamento da velha epidemiologia.

Em outras palavras, nossos esforços devem orientar-se para se aprofundar na construção integral da nova epidemiologia crítica e para a ruptura tanto

<sup>19</sup> Atualmente, está em andamento um projeto internacional de recompilação bibliográfica e tradução de clássicos da saúde coletiva latino-americana, coordenado por Howard Waitzkin, da Universidade de Novo México – no qual selecionou-se uma lista importante de livros e artigos fundamentais, produzidos por autores da saúde coletiva da Argentina, Brasil, Colômbia, Equador, México e outros países. Seu portal na Internet pode ser visitado em <<http://hsc.unm.edu/webdev/lasam>>.

do molde empirista quanto do molde formalista da velha epidemiologia, que analisaremos mais adiante.<sup>20</sup>

As reflexões anteriores descrevem o perfil do trabalho a ser feito diante do avanço do saber acadêmico da epidemiologia 'ocidental', que se realizou graças a um processo de constituição do discurso científico – que se daria, segundo Foucault, pela passagem de uma 'formação discursiva' para uma 'disciplina', até finalmente configurar uma 'ciência' –, como foi descrito, no caso da epidemiologia, por Barata (1995).

Bachelard (1981) chamou de 'corrente epistemológica' esse processo de identificação e constituição dos corpos científicos. Agora, no entanto, reaparece a necessidade de recuperar a riqueza do saber do povo e de algumas formas de ciência não ocidentais que se devem articular com o conhecimento científico. Essa recuperação tem sido delineada em momentos distintos e a partir de diferentes posturas ideológico-conceituais.

Marx lançou as bases de uma interpretação do conhecimento livre da tirania do objeto e dos referenciais subjetivos apriorísticos, e ligou o processo de conhecimento à práxis e aos modos de vida, com o que abriu caminho para uma deselitização do processo cognitivo e para a compreensão da transição da consciência 'em si' para a consciência 'para si', sendo esta última a consciência em torno dos interesses e da organicidade política da ação transformadora (Marx, 1976a, 1976b). Na década de 1970 e a partir do estruturalismo, Lévi-Strauss tomou a concepção monista e linear sobre o desenvolvimento do saber, e resgatou a riqueza, a complexidade e a capacidade de abstração expressas no pensamento dos povos 'primitivos' (Lévi-Strauss, 1964). Anos depois, surgiram, por exemplo, diversos livros de Foucault, desde a *História da Loucura* (1961), passando por *O Nascimento da Clínica* (1963) e *As Palavras e as Coisas* (1966), até chegar à *Arqueologia do Saber* (1969), onde se desenvolve um método epistemológico que, mais uma vez, não privilegia a ciência *versus* a não ciência, mas observa as relações entre os saberes, com suas compatibilidades e incompatibilidades; que não sanciona nem invalida estes ou aqueles, mas permite estabelecer regularidades como formações discursivas distintas. Na década de 1970, surgiu um outro tipo de enfoque, que impeliu a uma crítica anarquista da suposta supremacia da ciência e de seu caráter opressor

<sup>20</sup> O enfoque metodológico empirista caracteriza-se por uma ontologia atomista, uma metodologia associativa fatorial e uma prática funcional circunscrita à correção pontual de fatores. O enfoque metodológico formalista é dado por uma ontologia discursiva e simbólica e por uma metodologia de recorte descontextualizado de construções subjetivas – relativismo, culturalismo e solipsismo –, que, embora impulsionam o sujeito do conhecimento, reduzem esse sujeito a seu âmbito local e aos relatos diversos, mas desconexos, do mundo microsocial, ligando-se a uma concepção fragmentada da prática, circunscrita às concepções culturais e aos limites das percepções imediatas de cada grupo.

e afirmou a inexistência de métodos universais e o fato de que, em todos os saberes, há conhecimentos que devem triangular-se de maneira não hierárquica (Fejerabend, 1975, 1985). Por fim, para tipificar uma postura mais recente, Boaventura de Sousa Santos denominou de "segundo corte epistemológico" o processo de reencontro da ciência com o senso comum<sup>21</sup> (Santos, 1995) – um novo vínculo entre uma ciência que se renova e um saber popular mais evoluído, capazes de produzir juntos uma nova forma de conhecimento, mas sem que nenhum dos dois perca sua plena potencialidade e suas peculiaridades.

Essa revalorização dos outros saberes<sup>22</sup> e a superação dos rígidos moldes do cientificismo são o que alguns denominaram, em anos recentes, 'ciência pós-moderna' – outros utilizam a denominação 'pós-normal', em uma clara alusão ao conceito kuhniano de 'paradigma normal' ou positivista da atualidade. Nós, diante das confusões que tais conceitos podem acarretar, preferimos falar de uma tendência emancipadora da ciência, ligada às formas emancipadoras do pensamento popular e à busca de uma nova configuração do conhecimento humano gerado nos espaços democráticos do mundo acadêmico e das coletividades organizadas, e com um projeto de emancipação coletiva e individual, bem como de construção contra-hegemônica, porém em termos de um *status* de equidade entre os discursos.

#### AFINAL, POR QUE 'MODOS DE VIDA' E NÃO 'FATORES CAUSAIS DE RISCO'?

Quando publicamos, em 1979, nossa primeira crítica à epidemiologia dos 'fatores causais de risco', e propusemos uma epidemiologia dos 'modos de vida ou de reprodução social', pretendíamos lançar as bases de uma linha de renovação profunda do 'objeto/conceito/campo' da saúde em geral, e estávamos iniciando uma luta contra a epidemiologia funcionalista.

Naquela época, com exceção de Cristina Laurell e seus trabalhos pioneiros sobre a transformação epidemiológica da modernização do campo no México (Laurell et al., 1976), praticamente ninguém na América Latina se havia ocupado sistematicamente com uma crítica à epidemiologia positivista.

A partir desse primeiro texto do final da década de 1970, iniciamos a construção de uma proposta que permitisse pensar na epidemiologia sem a camisa-

<sup>21</sup> Veremos posteriormente que não se trata simplesmente de um novo vínculo da ciência com o senso comum, e sim com o saber popular sistematizado.

<sup>22</sup> O saber de terceiros que é mais relevante para a saúde corresponde, essencialmente, às formas sistematizadas do conhecimento popular, como podem ser os conhecimentos da natureza e das ervas, os paradigmas interpretativos da saúde e das relações harmoniosas com a natureza, as concepções sobre modos de vida e padrões solidários de trabalho e consumo, as formas de controle coletivo da gestão etc.

de-força das chamadas 'causas' ou 'fatores' com que o positivismo havia congelado a realidade e seu movimento, para ligar a prática ao manejo de 'funções sociais' e medidas de restabelecimento do 'equilíbrio social'. Aquela não era, como agora, uma época em que o discurso positivista estivesse em crise: ao contrário, ele era a escola vigente no mundo acadêmico e o paradigma de todas as investigações institucionais.

A influência importante de um núcleo de contestação da então progressista área de recursos humanos da Organização Pan-americana da Saúde, encabeçado por Juan César García, María Isabel Rodríguez e Miguel Máquez, havia estimulado uns poucos grupos latino-americanos a assumirem a crítica em diversos campos disciplinares. Nossa opção foi a epidemiologia e, para institucionalizar esse esforço, propusemos a outras pessoas a formação do Centro de Estudos e Assessoria em Saúde (Ceas).<sup>23</sup> Tamanho atrevido, partindo de um país pequeno e pobre do chamado Terceiro Mundo, chegava quase a parecer um contra-senso, quando as universidades e centros acadêmicos de prestígio consolidavam a sofisticação de modelos empíricos formais e exerciam uma hegemonia acachapante. A força, entretanto, não estava entalada em conhecimentos ou tecnologia, mas era produto, talvez, do horizonte renovado de visibilidade que emanava dos esforços emancipadores da década de 1970, anos esses de comoção social e de luta contra a dominação norte-americana no ensino superior.

Embora os tempos tenham mudado radicalmente e nossas propostas haviam amadurecido, o desafio, em essência, continua hoje a ser o mesmo: persistir na construção de um objeto/conceito/campo de saúde contra-hegemônico, ligado ao processo emancipador da América Latina.

E não é que não saibamos distinguir entre as regras e possibilidades do discurso científico e do discurso político, nem que propugnemos pelo caminho pouco sério e rigoroso de uma polarização gratuita da ciência. Ao contrário, o que acontece é que, quando olhamos, a partir do próprio 'interior' da ciência e de uma reflexão cuidadosa sobre seus paradigmas, para as possibilidades da epidemiologia clássica – e a despeito dos novos equipamentos e avanços instrumentais que ela possa ter conseguido – o que se nos torna visível é o fato de que a construção do objeto/conceito/campo de saúde que ela utiliza, e que poderíamos traduzir como o conjunto coerente 'fator causal/paradigma de risco/ação funcionalista', não nos permite penetrar na realidade para apoiar sua transformação, e constitui, ao contrário, um instrumento de mediação e hegemonia. Já vislumbrávamos isso nos anos 70, mas agora se fortaleceram nossos argumentos e nossos instrumentos próprios, e cresceu o horizonte de visibilidade a partir do qual apontamos para a transformação do paradigma, não

<sup>23</sup> O Ceas foi uma das primeiras, senão a primeira ONG contra-hegemônica da América Latina, criada em 1978.

apenas graças à acumulação das anomalias, paradoxos, zonas obscuras e erros interpretativos da epidemiologia funcionalista, mas também graças ao influxo emancipador que emana da luta de nosso povo.

A unidade coerente da velha epidemiologia – que nem por isso perdeu sua preeminência – é, portanto, a idéia da realidade como dividida em 'fatores', a concepção causalista do modelo dos fatores de 'risco' e a redução da ação à correção funcional dos riscos, a fim de manter o *status quo*. A unidade coerente da epidemiologia crítica é a concepção da realidade como um processo que se desenrola como um movimento organizado em torno de 'modos de vida' ou de 'reprodução social', com suas contradições e relações: é a concepção dialética de que esses são modos de *devenir* ou determinações das condições de vida e dos confrontos que vêm finalmente a ocorrer em nossos genótipos e fenótipos; e é a projeção da ação na saúde como uma ruptura com os processos que destroem nossa saúde e nos impedem de nos emanciparmos (prevenção), e uma ruptura a favor dos processos que nos protegem e aperfeiçoam, tanto coletiva quanto individualmente (promoção). O restante deste ensaio é dedicado a examinar como uma ontologia calcada em fatores, uma epistemologia centrada na teoria do risco e uma prática funcionalista constituem o triângulo coeso da epidemiologia do poder.

Durante esses anos e através de nossa experiência docente em diversos países, pudemos constatar que os profissionais de saúde, e sobretudo os formados em faculdades de medicina, trazem profundamente arraigada na consciência a idéia fatorial ou causal, tanto assim que, com o tempo, surgiram-nos a convicção de que existe uma resistência ao movimento, à idéia de processo, enquanto persiste e é recitada de mil maneiras a tendência a buscar e isolar 'fatores de adoecimento', geralmente conhecidos como 'fatores causais'. E essa não é uma operação gratuita nem ingênua, mas uma expressão filosófica que ratifica a idéia positivista de um mundo fragmentado. A pergunta que surge naturalmente é: mas, não seria essa operação de isolar fatores e convertê-los metodologicamente em variáveis um procedimento inevitável da observação e da análise? A resposta é um 'não' taxativo. Como já explicamos essa maneira de proceder resulta, em primeiro lugar, da aplicação de uma lógica formal que classifica os fenômenos como entidades isoladas: uma vez fracionada a realidade, aplica-se então a idéia de variação ou variabilidade, mas apenas como mudanças de quantidade possíveis na faixa que permite o aparecimento desse fenômeno 'identificado'. Assim, quando se deseja 'conectar' esse fenômeno ou fator causal com outro fenômeno, que pode ser um indicador de doença, o que se faz é ver se eles estão associados ou não e, para tanto, aplica-se um teste matemático, seja sob a forma de um mapa de contingências, seja como um sistema de correlações que pode ser uma regressão de diversos tipos, seja como uma prova de análise fatorial, quando se deseja formar pacotes de variáveis. Em todos esses casos, a operação é essencialmente a mesma, pois procura

apenas demonstrar uma associação significativa entre variáveis e, a partir daí, uma conjunção constante.

Veremos dentro em pouco que esses passos fazem parte de um processo de redução da realidade, mas por ora cabe apenas ressaltar o fato de que, com essas operações, a visão positivista consegue produzir dois efeitos cognitivos: fracionar e desvincular, ou vincular com fenômenos isolados, e nunca fazer uma integração em processos generativos dos modos de vida e das relações sociais. Embora, na corrente empirista, possam sofisticar-se os modelos matemáticos formais que associam grupos de variáveis, a redução e o fracionamento persistem e produzem o efeito implícito de 'dividir para obscurecer', dificultando a integração, no pensamento, do movimento das contradições gerais da sociedade, região ou espaço social estudado com os modos de vida típicos de seus grupos constitutivos, dos estilos de vida cotidianos das pessoas, e de tudo isso em sua relação com o modo de desenvolvimento dos processos de luta e oposição entre as defesas e tendências fisiológicas que atuam permanentemente no genótipo e no fenótipo das pessoas e com os processos fisiopatológicos que acarretam a deterioração geno-fenotípica.

É fundamental deixar claro que aqui não se trata de argumentar a favor de uma investigação epidemiológica em que se prescindia de variáveis e modelos matemáticos, mas de que esses instrumentos e operações, que efetivamente nos servem para o manejo e análise do referencial empírico, não substituem nem se antecipem à análise das determinações do movimento e das relações generativas que vimos descrevendo; trata-se de que essas operações empíricas sejam concebidas e trabalhem em relação a essa análise e, portanto, não desbanquem todo o método, substituindo a análise atributiva e os procedimentos qualitativos. A escolha, medição e correlação das variáveis e o estudo da variação e correlação entre elas não esgotam a observação epidemiológica, pelas mesmas razões que os questionários de uma pesquisa aplicada a uma amostra populacional não bastam para pensar no objeto saúde e construí-lo, com todas as suas dimensões e colhendo simultaneamente a história do todo e das partes. Por mais aperfeiçoadas e exatas que sejam essas operações empíricas, elas não podem ser o ponto de partida nem o ponto de chegada metodológicos. A complexidade e o movimento do objeto epidemiológico requerem a triangulação de processos metodológicos atributivos e formais, de raciocínios sociocômicos e antropológicos e de recursos das ciências sociais ligados aos das ciências biológicas, os quais se organizam e se sucedam de acordo com os princípios interpretativos do movimento e as categorias e relações formuladas por nosso modelo.

As categorias de que precisamos para descrever esses elementos, com seu movimento e suas relações, foram-se estabelecendo conforme o avanço de nossa prática contra-hegemônica e o que ela nos exigiu compreender: a 'lógica

determinante' do conjunto; os 'modos de vida' ou de 'reprodução social' dos grupos; os 'estilos de vida' cotidianos das pessoas; os 'processos críticos' que devemos examinar em um espaço de ação; os 'padrões típicos de exposição' (e imposição) gerados no movimento dos modos de vida; e as dimensões da saúde que devem ser discernidas, para abarcar os planos de nosso objeto como 'saúde real/saúde atual/saúde observável'. Estas, em síntese, são algumas das ferramentas conceituais que tornaram possível pensar dialeticamente num objeto que se move entre as características de ser, a um tempo, simples e complexo, determinado e contingente ou interno, social e biológico, e geral, particular e singular.

Pois bem, voltando à visão positivista que concebe a produção de um estado de saúde como resultado da operação de fatores causais, dissemos que seu correlato interpretativo é o paradigma do risco, ou teoria dos fatores de risco. Este não é o momento de ampliarmos uma explicação sobre o tema, interessando-nos mencionar aqui apenas a coerência existente entre a citada idéia dos 'fatores causais' e uma teoria que designa esses fatores como 'riscos', ou seja, como possibilidades ou eventos contingentes. Assim, levando adiante essa lógica, diríamos que, se os fenômenos da realidade desenvolvem-se em isolamento e só se tocam ou se conjugam por vínculos externos, fica excluída a idéia de modo de transformação, pois o que interessa são as partes movendo-se como partículas, e não o todo desenvolvendo-se de uma certa maneira. Dito de outra forma, se omito na saúde sua condição de processo dialético e multidimensional, se fragmento suas partes, e se assumo ou aplico a idéia ou noção de risco para expressar a lógica que une essas partes, estou deslocando para fora de minha análise a idéia de modo de transformação. No positivismo, o que une as partes da saúde como objeto é o risco, isto é, a possibilidade ou contingência do que possa relacionar-se, tocar-se, configurar uma conjunção de causa e efeito, e com isso, posso assinalar ou 'culpar' essa 'causa' ou 'fator' isolado pela geração da doença, donde fica de fora o modo social de devir, o sistema social com seus processos determinantes, em minha análise da doença. O método positivista e toda a visão que se articula em torno de partes, de microconstruções, são, sem dúvida alguma, uma forma lógico-cinética e uma expliação do sistema social e suas contradições como determinantes da saúde.

É por isso que as escolas funcionalistas de pensamento científico acolhem como paradigma natural o positivismo, e é por isso que, nos últimos anos, elas se animaram a acoplar um complemento fenomenológico, a fim de produzir no discurso e nos fenômenos qualitativos hoje aceitos como objeto científico o mesmo feticismo que o positivismo provocou no manejo dos dados quantitativos. O que interessa é descrever partes, e não compreender formas de movimento.

Por último, articula-se com a idéia de objeto como fator e com o conceito de risco como explicação a idéia de 'função social', como natureza essencial da ação epidemiológica, e com isso se fecha o círculo lógico do pensamento dominante.

Com efeito, se um fator de risco, convertido em variável, passa a integrar um modelo matemático formal, e se uma ou várias dessas variáveis adquirem um 'peso' maior na explicação da variância de 'y', eles passam imediatamente a constituir fatores de alto risco, passam a ser as causas do problema, e toda a lógica da ação orienta-se para procurar modificá-los como processos isolados; assim, fica excluída qualquer ação sobre as formas da vida social e sobre os processos generativos, porque temos de agir sobre os pontos altos do *teberg*, sobre as manifestações visíveis, fatoradas, da realidade empírica. Com isso, a epidemiologia é convertida numa técnica empírica, ou, na melhor das hipóteses, numa ciência descritiva, reduzida à construção de modelos de associação e conjunção constantes – modelos não raro muito sofisticados, que trabalham com associações reais, uma vez que o fato de serem fenômenos empíricos não significa que eles não existam efetivamente. Mas, com esse tipo de investigação, ficamos atados à cosmética social, ao funcionalismo, e distantes do potencial da epidemiologia como ciência explicativa, capaz de oferecer subsídios valiosos para a transformação do objeto/conceito/campo da saúde e para a emancipação.

Em última instância, e por tudo que foi dito, podemos afirmar que este livro se constrói como um argumento renovado a favor de uma epidemiologia crítica – a dos modos de vida e da integração intercultural de um bloco social de emancipação – e, ao mesmo tempo, como um argumento contrário à velha epidemiologia, a dos fatores de risco e dos ajustes funcionais que agem no sentido de favorecer a persistência e a legitimação de um sistema essencialmente patogênico.