



Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES)

Direção Nacional (Gestão 2009-2011)

Presidente

Roberto Passos Noqueira

1º Vice-Presidente Luiz Antonio Neves

Diretora Administrativa

Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato

Diretor de Política Editorial

Paulo Duarte de Carvalho Amarante

Diretores Executivos: Ana Maria Costa Guilherme Costa Delgado Hugo Fernandes Junior Lígia Giovanella

Nelson Rodrigues dos Santos

Diretor Ad-hoc: Alcides Miranda

Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira

Conselho Fiscal

Ary Carvalho de Miranda Assis Mafort Ouverney

Lígia Bahia

Conselho Consultivo

Agleildes Aricheles Leal de Queiroz

Alcides Silva de Miranda Alberto Durán González Eleonor Minho Conill Ana Ester Melo Moreira Eymard Mourão Vasconcelos Fabíola Aquiar Nunes

Fernando Henrique de Albuquerque Maia

Julia Barban Morelli Jairnilson Silva Paim Júlio Strubing Müller Neto

Mário Scheffer

Naomar de Almeida Filho Silvio Fernandes da Silva

Volnei Garrafa

Editor Científico

Paulo Duarte de Carvalho Amarante

Conselho Editorial

Alicia Stolkiner

Angel Martinez Hernaez

Carlos Botazzo Catalina Eibenschutz

Giovanni Berlinguer

Cornelis Johannes Van Stralen

Diana Mauri

Eduardo Maia Freese de Carvalho

Hugo Spinelli José Carlos Braga José da Rocha Carvalheiro Luiz Augusto Facchini Maria Salete Bessa Jorge Paulo Marchiori Buss

Rubens de Camargo Ferreira Adorno

Sonia Maria Fleury Teixeira

Sulamis Dain

Editora Executiva

Marília Fernanda de Souza Correia

Secretaria

Secretaria Geral Mariana Faria Teixeira

Pesauisadora

Suelen Carlos de Oliveira

Estagiária

Debora Nascimento

Expediente do livro

Organização

Roberto Passos Nogueira

Fdicão

Marília Correia e Paulo Amarante

Revisão de textos, Diagramação e Capa

Zeppelini Editorial

Apoio

Ministério da Saúde

Organização Pan-Americana da Saúde

FIOCRUZ

D479 Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária/ Roberto

Passos Nogueira (Organizador) - Rio de Janeiro: Cebes, 2010

200p. 18 x 25 cm

ISBN 978-85-88422-13-1

1. Determinação, 2. Saúde, 3. Reforma Sanitária, I. Nogueira, Roberto Passos.

Sumário

A	UTORES	5
A	PRESENTAÇÃO Roberto Passos Nogueira	7
	CAPÍTULO 1 A problemática teórica da determinação social da saúde Naomar Almeida-Filho	13
	CAPÍTULO 2 Determinação social da saúde e política Paulo Fleury-Teixeira Carla Bronzo	37
	CAPÍTULO 3 El papel del trabajo en la determinación de las desigualdades en salud Reflexión crítica sobre el Informe de la Comisión de Conocimiento sobre las Condiciones de Empleo de la Organización Mundial de la Salud (Employment Conditions Knowledge Network Silvia Tamez González Catalina Eibenschutz Hartman Iliana Camacho Cuapio	60
	CAPÍTULO 4 Las tres 'S' de la determinación de la vida 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud Jaime Breilh	87
	CAPÍTULO 5 Ordem social do trabalho Madel T. Luz	126
	CAPÍTULO 6 A determinação objetal da doença Roberto Passos Nogueira	135
	CAPÍTULO 7 Medicalização e determinação social dos transtornos mentais: a questão da indústria de medicamentos na produção de saber e políticas Paulo Amarante Eduardo Henrique Guimarães Torre	151
	CAPÍTULO 8 Risco e hiperprevenção: o epidemiopoder e a promoção da saúde como prática biopolítica co formato religioso Luis David Castiel	161 m
	CAPÍTULO 9 Saúde e espaço social Ligia Maria Vieira da Silva	180

Naomar Almeida-Filho

PhD em Epidemiologia. Professor titular do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Membro do Comitê Gestor do Observatório da Equidade do Conselho Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (CDES).

Paulo Fleury-Teixeira

Filósofo e médico sanitarista. Diretor e pesquisador do Instituto de Atenção Social Integrada (IASIN). Pesquisador do Núcleo de Educação e Saúde Coletiva (Nescon/UFMG).

Carla Bronzo

Socióloga. Professora e pesquisadora da escola de governo da Fundação João Pinheiro.

Silvia Tamez González

Médica Cirujana. Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM. Profesora del Área Estado y Servicios de Salud. Depto. de Atención a la Salud. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. Miembro de ALAMES.

Catalina Eibenschutz Hartman

Médica Cirujana. Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM. Profesora del Área Estado y Servicios de Salud y de la Maestría en Desarrollo Rural. Depto. de Atención a la Salud . Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. Miembro de ALAMES.

Iliana Camacho Cuapio

Pasante de Pedagogía. Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM. Asistente de investigación. Área Estado y Servicios de Salud. Depto. de Atención a la Salud. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. Miembro de ALAMES.

Jaime Breilh

Decano del Área de Salud de la Universidad Andina Simón Bolívar – Sede Ecuador; Director Científico del CEAS.

Madel T Luz

Doutora em Ciência Política pela Universidade de São Paulo (USP). Professora titular aposentada do Insituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ).

Roberto Passos Nogueira

Doutor em Saúde Coletiva. Pesquisador do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e do Núcleo de Estudos de Saúde Pública da Universidade de Brasília (UnB).

Paulo Amarante

Doutor em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz. Professor e pesquisador titular do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (LAPS/ENSP/FIOCRUZ)

Eduardo Henrique Guimarães Torre

Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ. Pesquisador do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (LAPS/ENSP/FIOCRUZ) junto ao CNPq. Coordenador do Caps Moxuara – Espírito Santo.

Luis David Castiel

Pós-doutorado em Saúde Pública pelo Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia de la Universidad de Alicante, Espanha. Pesquisador titular da Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ). Representante do grupo da Escola Nacional de Saúde Pública na Red para el Estudio de la Malnutrición en Iberoamérica, do programa de Ciencia y Tecnología para el Desarrollo (Red Mel-CYTED).

Ligia Maria Vieira da Silva

Pós-Doutorado pela Universidade de Montreal, Canadá e pelo Centro de Sociologia Européia em Paris. Professora Associada do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA).

Repensando a determinação social da saúde

A o patrocinar o seminário que deu origem aos artigos reunidos nesta coletânea, realizado em Salvador, em 19 e 20 de março de 2010, o Centro de Estudos Brasileiros de Saúde (CEBES) se propôs a repensar a determinação social da saúde, conceito que teve notória importância na formação da epidemiologia social latino-americana e na história do movimento sanitário brasileiro.

Em 2008, a Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgou informe sobre o tema, o qual, nos países filiados a essa entidade de cooperação multilateral, foi antecedido e sucedido por uma voga de estudos acerca dos chamados 'determinantes sociais das doenças'. Mas o conceito de determinantes sociais, ao ser vulgarizado sob tal chancela oficial, reaparece nitidamente desprovido do peso teórico e político que assumira nos anos 1970 e 1980, quando se pretendia entendê-lo à luz da teoria marxista da sociedade. Com efeito, o que é apresentado sob esse rótulo consiste, em grande parte, em casos mais ou menos óbvios de causalidade social dos problemas de saúde. Por exemplo, demonstra-se com boas estatísticas que as famílias de baixa renda têm mortalidade infantil mais alta que os demais estratos da população; ou que os trabalhadores desempregados, em comparação aos empregados, são mais suscetíveis a episódios de depressão e a outros transtornos mentais.

Por outro lado, a doença continua a ser entendida como um evento clínico-biológico, enquanto suas causas são consideradas fatores sociais isolados, portanto, sem que estejam fundadas em qualquer teoria da sociedade. Avalia-se o acesso a serviços de saúde, mas nada se diz acerca da iatrogenia médica, ou seja, que a prática da medicina reconhecidamente atua como 'determinante' de inúmeras enfermidades e danos à saúde. Com isso, subentende-se que a Medicina altamente tecnificada e a lucrativa indústria que a sustenta sempre agem para o bem e em prol da saúde de todos.

Ao contrário dos esforços de investigação empreendidos pela epidemiologia social das décadas de 1970 e 1980, os estudos atuais de determinantes sociais se limitam a identificar correlações entre variáveis sociais e eventos de morbimortalidade entre os diferentes grupos da população. Assim, o que está disfarçado por trás do rótulo de determinantes sociais e de combate às iniquidades em saúde é o triunfo esmagador da visão de mundo da epidemiologia tradicional.

Ao formular esse tipo de crítica, o Cebes se sente em perfeita sintonia com sua entidade irmã de âmbito latino-americano, a Alames, que anteriormente já apontara o fato incontestável de que esse aparentemente novo campo de investigação dos determinantes sociais fortalece a perspectiva positivista que predomina na epidemiologia tradicional. Manifestamos, assim, nosso regozijo de que colegas da Alames puderam contribuir conosco no seminário de Salvador e com artigos desta coletânea.

O que propomos, então, como perspectiva alternativa nessa questão? Desde logo, parecenos recomendável abandonar de uma vez por todas a expressão 'determinantes sociais'. Essa expressão conota inevitavelmente um preconceito cientificista, subentendendo-se que, para ser válido, o conhecimento dos fenômenos da saúde deve estar sempre fundado na explicitação de relações de causalidade em sentido estrito. Este é o modelo epistemológico da física newtoniana, que foi consagrado por Kant no século 18, mas que, posteriormente, veio a ser desmascarado e combatido pelas ciências humanas que surgiram com grande vitalidade no século 20.

De nossa parte, insistimos que a saúde é um fenômeno eminentemente humano e não um fato biológico-natural. Portanto, defendemos o ponto de vista de que o esforço de entender a determinação da saúde vai muito além do emprego de esquemas de causalidade e não deve ser confundido com uma associação empiricista entre condições de saúde e fatores sociais.

Por esse motivo, no lugar de determinantes, preferimos falar de 'determinação', termo que apresenta uma longa e respeitada tradição na filosofia. Segundo o dicionário Houaiss, determinação significa: "descrição das características; especificação". Desde os tempos da escolástica medieval, 'determinatio' traduz o termo aristotélico ὀρισμός: "descrever os limites de algo, delimitar". Esta é a raiz da palavra horizonte: aquilo que limita ao longe o que pode ser visto.

A atribuição de fatores causais a um dado fenômeno é apenas uma entre múltiplas maneiras possíveis de como um estudo científico ou filosófico pode determinar um dado fenômeno, no sentido de caracterizá-lo de maneira concreta. O processo de determinar um fenômeno social é sempre o resultado de um movimento do pensamento que apreende o real de modo concreto, como síntese de "múltiplas determinações", como dizia Marx na sua crítica aos autores da tradição da economia política.

Entendemos que os estudos de determinação social da saúde devem envolver a caracterização da saúde e da doença mediante fenômenos que são próprios dos modos de convivência do homem, um ente que trabalha e desfruta da vida compartilhada com os outros, um ente político, na medida em que habita a *pólis*, como afirmava Aristóteles. Tal determinação pode ser de natureza inteiramente qualitativa, na medida em que procura caracterizar socialmente a saúde e a doença em sua complexidade histórica concreta. O sucesso desse tipo de investigação não depende necessariamente do uso de métodos estatísticos, mas da capacidade analítica de articular adequadamente uma multiplicidade de determinações que têm por base alguma teoria especificamente social da saúde e, portanto, que seja própria do homem. Parte desse esforço analítico em relação aos estudos de determinação social está dirigida justamente a retomar a contribuição do marxismo para entender fenômenos que são peculiares aos modos de trabalho e de vida da sociedade contemporânea. Mas aqui são ouvidas vozes de outros autores, tais como Heidegger, Bourdieu, Foucault, Beck e Agamben.

Queremos, por fim, concatenar trechos dos artigos da coletânea que, em conjunto, comprovam o que foi afirmado anteriormente: a tendência a recuperar criativamente o pensamento de Marx e, ao mesmo tempo, a buscar novas fontes de inspiração para interpretar facetas filosóficas e sociológicas pouco exploradas da determinação social da saúde.

Naomar Almeida-Filho. Curvas da concentração de saúde ou índices de saúde tipo Gini constituem meras aplicações das medidas de distribuição de parâmetros individuais, como status de saúde ou de acesso a recursos de saúde. (Wagstaff; van Doorslaer, 1994; 2000; Bommier; Stecklov, 2002) [...]. Quais são as limitações de tais abordagens? Liminarmente, tomam renda, produção, consumo e outros indicadores econômicos como o principal (e talvez quase o ideal) parâmetro para medidas de desigualdade na sociedade. Disso deriva, de modo mais evidente, o desdobramento de duas falácias: a) Falácia econocêntrica: implica supor em que a esfera da economia pode ser tomada como referência dominante da sociedade e que, portanto, dispositivos de explicação da dinâmica econômica das sociedades seriam adequados para compreender processos e objetos de conhecimento sobre a saúde e vida social. Mesmo que tal posição possa ser relativamente adequada para economias de mercados industriais (aquelas do mítico pleno emprego, antes das crises), a renda não parece representar medida válida e plena de acesso ao bem-estar social e aos recursos de vida (saúde incluída) em países pobres. Mediante estruturas e dinâmicas próprias, além da concentração de riqueza, outras desigualdades derivadas do ranqueamento social encontram-se ativas em sociedades flageladas pela pobreza, desemprego e exclusão social. b) A falácia econométrica: implica considerar que processos de produção de saúde, de relações sociais e de mercadorias são relativamente isonômicos e que, portanto, metodologias econométricas seriam adequadas para apreender variações e disparidades em determinantes e efeitos sobre a saúde na sociedade. Embora abordagens dimensionais possam ser válidas para produtos e outros recursos do mercado, os fenômenos da saúde-doença-cuidado têm atributos e propriedades de realização e distribuição totalmente diferentes (e não redutíveis) da renda.

Paulo Fleury-Teixeira. A inegável especificidade ontológica da formulação marxiana manifesta-se patentemente nessa definição dos indivíduos como seres sociais e do conjunto das forças produtivas e relações sociais como aspectos do desenvolvimento (logo, da objetividade) dos indivíduos sociais. Estamos aqui no plano da individualidade social, o plano da substância social autoproducente. Marx entende que o ser humano 'é atividade social autocriadora. Este é o eixo dinâmico da objetividade social', da qual tudo o mais se torna predicado (consciência, corpo e toda a natureza que se transforma em seu 'corpo inorgânico'). A sociedade, isto é, os indivíduos em interação, por meio de sua atividade produtiva, criam, dentro das condições já desenvolvidas, as próprias condições reais de existência e, assim, o próprio ser social. Correlativamente, os indivíduos humanos se formam, têm sua individualidade determinada na interação social, sua essência é o conjunto das relações sociais .

Silvia Tamez Gonzaléz. Desde nuestra perspectiva, el concepto 'relaciones laborales' (employment relations, en inglés) no sólo es ambiguo, sino que está totalmente preñado de la concepción capitalista que ve a la sociedad como si estuviera conformada por individuos iguales y libres que establecen relaciones entre ellos mediante contratos y asociaciones voluntarias. Para la Employment Conditions Knowledge Network (EMCONET), las relaciones laborales son aquellas que establecen 'un empleador' y 'un empleado' (EMPLOYMENT CONDITIONS KNOWLEDGE, 2007, p. 20). El primero contrata trabajadores para que realicen un trabajo útil para después vender un bien o servicio, mientras que el segundo contribuye con trabajo a la empresa a cambio de un salario. ¿Y el análisis de la mercancía? ¿Y la relación de explotación? Es decir, en su discurso ignoran 150 años de debate económico para que el resto de su construcción teórica pueda levantarse sin fisuras y llegar a las conclusiones 'políticamente correctas' a las que arriban. Al respecto, Breilh (2008) plantea que, la

CDSS adopta una postura neo-causalista. Así, los determinantes sociales son vistos como factores de riesgo con conexiones externas entre sí, dejándose de lado en el análisis la determinación como proceso y modo histórico estructurado y que están ausentes las categorías definitorias del conjunto y su lógica (acumulación, propiedad, relaciones sociales), el énfasis está en lo que se llama gobernanza y políticas (p.35).

Jaime Breilh. El problema sujeto a debate debería ser el de la determinación social de la vida, y no apenas el de la determinación social de la salud. Por lo pronto, bástenos con argumentar que no es completa la acción por la salud humana, sin integrarla a la lucha por la defensa de la vida en la madre naturaleza, o en otras palabras, que no es adecuado y viable para la salud colectiva en el plazo mediato, enfocar todas nuestras operaciones con un sentido antropocéntrico solo en la promoción y defensa de la vida humana, sin proteger y ampliar la reproducción de la vida en la naturaleza. Podría reforzarse este argumento diciendo: no es posible hacer una epidemiología crítica eficaz y efectiva, sin trabajar complementariamente una ecología crítica orientada a la

sustentabilidad; no es viable lograr modos de vida, plena y sostenidamente saludables, con sólo construir una sociedad solidaria, sin que ésta sea a la par sustentable.

Madel T. Luz. No momento atual do regime social de trabalho a tecnologia possibilita, por meio dos meios de telecomunicação, de informação e comunicação virtuais, que o patrão, seja ele privado ou estatal, atinja o trabalhador com exigências suplementares em seu lar, no bar, na casa dos amigos ou durante suas férias (Luz, 2008). Em outras palavras, não há mais real lazer ou descanso: o 'grande irmão' da produtividade está sempre vigilante, e já está sendo interiorizado pelo trabalhador sob forma de culpa, gerando o *workholic*, o trabalhador obsessivo que vive, pensa, sente e sonha trabalho 24 horas por dia sem pensar em descanso nem férias (Luz, 2008).

Roberto Passos Nogueira. A Medicina moderna é herdeira dos métodos da Física newtoniana. Mas não se trata jamais de um conhecimento neutro, desinteressado em seus efeitos potenciais sobre os objetos. É preciso sempre ter em vista que a determinação objetal da doença está subordinada ao propósito de estabelecer um domínio das ciências médicas sobre a pessoa humana em sua totalidade, do mesmo modo que, a partir da Física, esse domínio se deu em relação às coisas do mundo natural. As ciências médicas estabelecem esse domínio como expressão de uma vontade de poder. Trata-se da vontade 'subjetiva' de conhecer para poder controlar, e controlar para poder intervir, e intervir por meio de mudanças nos objetos identificados. O domínio é criado por uma vontade de poder da Medicina que se universalizou no mundo moderno e que todos já consideram algo benéfico, porque tal vontade se mostra efetiva, traz efeitos considerados benéficos.

Paulo Amarante e Eduardo Henrique Guimarães Torre. "Muitas pessoas que se encontram com alguma forma de sofrimento ou de mal-estar social, por sentirem-se rechaçadas, rejeitadas, inoportunas e tantas outras possibilidades, identificam-se com determinados diagnósticos na medida em que, no momento em que passam a ser consideradas doentes, deixam de ser culpadas por suas características, as quais, consideram que incomodam os demais. Outras situações de angústia, insatisfações, tristeza, entre outras, podem ser facilmente medicalizáveis. Desta forma, as pesquisas epidemiológicas podem ter muito mais um significado de produção de comportamentos patológicos do que de auferição de patologias no meio social. Muitas pessoas se apresentam como 'depressivas', 'portadoras de pânico' e 'bipolares'. Quando a OMS anuncia que, em 2020, existirão milhões de pessoas com depressão no mundo, não estaria, na verdade, construindo este cenário? Quando a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), em cooperação com o Ibope, divulga uma pesquisa que aponta para o fato de que 5 milhões de crianças têm sintomas de transtornos mentais, não estaria contribuindo para a medicalização da infância?"

Luiz David Castiel. O epidemiopoder ocupa um lugar hegemônico no confronto das definições que se autorizam para estabelecer as decisões quanto ao rumo 'correto' das políticas, dos

arcabouços administrativos legais e institucionais e das ações, baseadas nos padrões ditados pela *expertise* técnica vigente. Mais ainda, o epidemiopoder participa ativamente da geração de uma cultura científica que configura nosso pensamento e a ideia que a sociedade moderna tem a seu respeito, com base em uma ética estatística da era técnica, baseada, sobretudo, na curva normal, sem nenhuma necessidade de se referir a qualquer imperativo ético de fato (BECK, 2008). Porém, a pretendida garantia de segurança, proporcionada pela perspectiva de *expertise* técnica, vinculada ao epidemiopoder e ancorada nas noções probabilísticas de risco, se fragiliza, pois se vê obrigada a se afastar da lógica da segurança ao assumir a possibilidade de ocorrências desastrosas no horizonte, sem possibilidade de cálculos de risco e sem a capacidade de assegurar incondicionalmente a segurança almejada (BECK, 2008).

Ligia Maria Vieira da Silva. À guisa de síntese provisória pode-se dizer que a produção e a distribuição da saúde e da doença estão ligadas à relação que o homem mantém com a natureza e o mundo social por ele estruturado, por meio de suas práticas e percepções e que, por sua vez, estrutura suas disposições que correspondem a um habitus. As posições ocupadas pelos agentes nos diferentes campos do espaço social, resultado das lutas e relações estabelecidas com outros agentes, definem um universo de possíveis no que diz respeito a situações potencialmente patológicas (ambiente de trabalho, contato com micro-organismos, agentes químicos, estresse etc.). Ao mesmo tempo, as sucessivas posições ocupadas ao longo de uma trajetória individual onde é incorporada, de forma inconsciente, sob a forma de disposições, uma história coletiva, definem a normatividade dos agentes, seu sentimento de uma capacidade de ultrapassar capacidades iniciais. Além disso, essas posições e o habitus correspondente definem as tomadas de posição, os gostos, tudo o que constitui um estilo de vida: o que se come e como se come, onde se mora, as atividades cotidianas e os lazeres. Esse é seu potencial social. De outro lado, está o seu potencial genético, que define o universo de possibilidades propriamente biológicas de resistência ou de adoecimento. Seu patrimônio genético constitui a matriz biológica, suas disposições e seu potencial de reação orgânica. Na relação entre esses dois potenciais, entre esses dois universos de possíveis encontra-se o espaço da produção da saúde e da doença.

> Boa leitura! Roberto Passos Nogueira Rio de Janeiro, agosto de 2010

A problemática teórica da determinação social da saúde*

Naomar Almeida-Filho

Introdução

Nas três últimas décadas do século 20, ocorreu significativo incremento na produção científica sobre determinantes sociais da saúde em países da América Latina e do Caribe (Almeida-Filho et al., 2003). Avaliação dos eixos teóricos das publicações geradas por tais estudos demonstrou clara hegemonia de marcos referenciais vinculados ao materialismo histórico, com especial destaque para as dimensões políticas dos processos de produção (condições de trabalho) e reprodução (estrutura de classes) da sociedade. Não obstante, a análise de conteúdo desses estudos encontrou, em quase todos os países da região (exceto o Brasil e o México), predomínio de abordagens doutrinárias ou teóricas em detrimento de pesquisas empíricas com dados socioepidemiológicos (Almeida-Filho, 1999).

Desde a virada do século, especialmente nos países do Norte, observa-se um processo de franca revitalização da epidemiologia social, atualizando suas raízes neo-durkheimianas (Berkman; Kawachi, 2000; Almeida-Filho, 2004). O vetor central da produção teórica e empírica sobre determinação da saúde, doença e cuidado desloca-se para temas clássicos da pesquisa social em saúde, tais como estresse, pobreza e miséria, exclusão e marginalidade, incorporados à pauta de investigação como efeito de desigualdades sociais. Assim, a constatação de disparidades em condições

^{*}Artigo publicado originalmente na revista Saúde em Debate v. 33, n. 83, set./dez. 2009.

de saúde, acesso diferencial a serviços assistenciais e distribuição de recursos de saúde em todos os países do mundo, independentemente do grau de desenvolvimento econômico e regime político, termina por fomentar um quase monopólio do tema 'desigualdades' na epidemiologia social contemporânea (Wilkinson, 1996; Evans *et al.*, 2001; Braverman, 2006; Whitehead, 2007).

Nesse novo contexto, Diederichsen, Evans e Whitehead (2001) comentam que, em contraste com a situação anterior, o estudo das desigualdades em saúde tem sido limitado pelo pouco investimento em construção teórica. Como condição para cobrir tal lacuna, os autores propõem uma "combinação de pensamento claro, dados de boa qualidade e uma política de mobilização". Em outras palavras, para lidar (no sentido de controle, contenção, solução ou superação) com o problema das desigualdades em saúde hoje, teríamos que enfrentar, simultaneamente: uma questão teórica, uma problemática metodológica e um desafio político.

Neste texto, proponho-me a recortar a vertente da problemática teórica das desigualdades, como passo inicial para formular, de modo mais sistemático e com maior precisão, como 'pensamento claro', sua articulação ao problema da determinação social da saúde. Algumas referências, correlações e remissões à questão metodológica das desigualdades, serão pertinentes e até inevitáveis para a sustentação dos argumentos. A questão política das desigualdades, dadas minhas óbvias limitações pessoais e conjunturais, não será tratada nesta oportunidade, exceto para assinalar a necessidade de sua presença como pano de fundo que, por isso, demanda abordagem competente.

Podemos identificar a necessidade do 'pensamento claro' como índice de falta de investimento (intelectual, institucional) em teorização. Para melhor analisar essa demanda, precisamos reapreciar a questão do que constitui uma teoria. Pensemos, portanto, na teoria como basicamente um dispositivo heurístico configurado em três fases ou facetas:

- Referencial filosófico: epistemologia, lógica e método.
- Processo de problematização, definição de objeto de conhecimento e construção de conceito, incluindo terminologia.
- Quadro teórico: modelo e modelagem (determinantes, efeitos, correlatos, inclusive mensuração).

Neste texto, não serão abordados o referencial filosófico e o modelo teórico, exceto no que for relevante para o processo de problematização, definição de objeto de conhecimento e para a construção conceitual. Consequentemente, o foco da análise estará centrado na questão de como o processo de construção teórica vem sendo tipicamente realizado na literatura sobre desigualdades em Saúde, com especial atenção ao problema do rigor conceitual e, portanto, da estrutura terminológica adequada e específica.

Com esse objetivo, em primeiro lugar, será resumido o principal marco teórico que, nos países desenvolvidos e com base nas epistemologias do Norte, tem subsidiado a produção acadêmica sobre o tema desigualdades em saúde. Isso implica uma súmula, limitada e breve da teoria da justiça de John Rawls e de sua contestação/derivação – a teoria do bem-estar social (social welfare theory – SWT)

de Amartya Sen. Em segundo lugar, algumas interpretações e aplicações desse marco teórico na literatura sobre desigualdade em saúde serão discutidas. Em terceiro lugar, uma proposta de matriz semântica será apresentada de modo mais sistemático, com o intuito de contribuir para reduzir a confusão terminológica que dificulta o processo de construção teórica sobre o tema. Finalmente, este ensaio será concluído com a discussão de algumas implicações políticas dessa análise para dar continuidade ao debate sobre as perspectivas teóricas e metodológicas de estudos das desigualdades, em geral, e das desigualdades em saúde, no particular.

Conceitos de desigualdade: de John Rawls a Amartya Sen

Ao enfrentar um grande problema, sempre cabe retomar os clássicos. Consideremos primeiramente o pensamento de Aristóteles. Ele foi herdeiro direto de Platão e procurou evidenciar sua contradição com o mestre. Contrastando com o espírito sistematizador e analítico dos tratados sobre o mundo físico, preferiu, em sua teoria política, postular como as coisas deveriam ser em vez de inquirir como operavam as relações de produção e se exerciam os poderes no mundo social de sua época. Os preceitos aristotélicos de igualdade vertical e horizontal, presentes em sua obra política *Ética a Nicômaco* (ARISTÓTELES, 2007), terminaram sumarizados na máxima, hoje popular, de que "igualdade é tratar desigualmente os desiguais", e anteciparam as soluções da doutrina liberal da cidadania burguesa. Trata-se de uma aproximação essencialmente prescritiva. Claro que há muito mais no pensamento do grande exegeta, porém, para o que nos interessa no momento, basta reconhecer sua atualidade nesse tema.

Na segunda metade do século 20, o filósofo político John Rawls retoma e atualiza o prescricionismo normativo aristotélico, ao propor uma teoria da justiça que, sob forte referência kantiana, considera a categoria das liberdades básicas como definidora da autonomia individual. Para Rawls (1997), a justiça na sociedade implica um sistema de prioridades que justificaria sucessivas escolhas por valores, bens e produtos em disputa. Se os agentes sociais escolhem um bem em detrimento de outro, é porque existe forte razão para considerá-lo mais desejável e prioritário que o outro.

Rawls (1997) apresenta sua concepção geral da justiça como estruturante da sociedade contemporânea, em torno de dois princípios:

Primeiro princípio: cada pessoa deve ter direito igual ao mais amplo sistema total de liberdades básicas iguais que seja compatível com um sistema semelhante de liberdades para todos. Segundo princípio: desigualdades econômicas e sociais devem ser distribuídas de forma que, simultaneamente: a) redundem nos maiores benefícios possíveis para os menos beneficiados, e b) sejam a conseqüência do exercício de cargos e funções abertos a todos em circunstâncias de igualdade equitativa de oportunidades. (p. 239).

O segundo princípio de Rawls implica também duas regras de prioridade: prioridade da liberdade plena sobre as liberdades básicas e prioridade da justiça sobre a eficiência e o bem-estar. De acordo com a primeira regra, os princípios da justiça devem ser ordenados de modo socialmente legítimo e, portanto, as liberdades básicas podem ser restringidas apenas em benefício da liberdade para todos. Nesse caso, podem ocorrer duas situações: a restrição da liberdade para reafirmar o sistema compartilhado de liberdade; e as desigualdades como aceitáveis somente no sentido positivo, para aqueles a quem se atribui desvantagem. Conforme a segunda regra, o princípio da justiça goza de prioridade face aos princípios da eficiência e da maximização da soma de benefícios, ao tempo em que o princípio da igualdade equitativa de oportunidades tem prioridade sobre o princípio da diferença.

Bastante influente na literatura atual sobre desigualdades em saúde (FORBES; WAINWRIGHT, 2001), a teoria da justiça de Rawls propõe igualdade de oportunidades e também de distribuição de bens e serviços referentes a necessidades básicas (Daniels, 1989). Entretanto, e ironicamente, a saúde não é listada pelo autor como uma das liberdades básicas. Pelo contrário, é definida enquanto bem natural na medida em que depende dos recursos (*endowments*) individuais da saúde. Como será mostrado adiante, vários autores pretenderam preencher essa lacuna, desenvolvendo variantes da abordagem rawlsiana ao problema das desigualdades em saúde.

Cabe agora enfocar a contribuição de Amartya Sen – inicialmente em sua obra seminal intitulada *On economic inequality* (Sen, 1981) e, posteriormente, completada com *Inequality reexamined* (Sen, 1992) e *On economic inequality after a quarter century* (Foster; Sen, 1997) – que conforma o que veio a ser denominada *New social-welfare theory* (NSWT). Considerada por muitos como uma alternativa crítica à teoria rawlsiana de justiça, essa abordagem veio a tornar-se o principal vigamento da construção teórica sobre as relações entre desigualdades de renda e de saúde, que tem se tornado hegemônica na literatura recente sobre determinantes sociais em saúde.

Em uma série de conferências (*The Radcliff Lectures*, University of Warwick, 1972), Amartya Sen pretendeu enriquecer a teoria das escolhas sociais, proposta por Ken Arrow na década de 1950. Sustentado por uma formalização matemática rigorosa, a partir da crítica das abordagens utilitaristas do bem-estar econômico, Sen adota o conceito de desigualdades (*inequalities*) como complemento quase-simétrico ao conceito de bem-estar, considerando que a economia teria sido criada historicamente para servir de instrumento social de satisfação das necessidades humanas. Como plataforma conceitual para imediata e pragmática construção metodológica, Sen dialoga com a contribuição de Atkinson, visando à construção de indicadores de desigualdade de renda. Nesse sentido, propõe uma tipologia dicotômica para as desigualdades: a desigualdade objetiva e a normativa. Tal dualidade lhe permite desenvolver uma concepção metodológica integrativa das desigualdades, com duplo escopo (objetivo e normativo), conforme segue.

Do ponto de vista da desigualdade objetiva, a qual é equivalente à variação relativa do indicador econômico considerado, a questão da desigualdade entre dois elementos x e y implica comparabilidade em escalas cardinais de ordem equivalente. Consideremos as escalas cardinais:

$$x_1 > x_2 > x_3 > ... > x_n$$

 $y_1 > y_2 > y_3 > ... > y_n$

nas quais não haverá maior problema em formular descritivamente as desigualdades x > y ou x < y.

Por outro lado, a noção de desigualdade normativa – contradomínio do conceito de bemestar social (*social welfare*) – remete à distribuição de um dado valor (e.g. renda) entre dois elementos x e y, de modo equânime. Essa categoria de desigualdade permite formalizar a questão da justiça distributiva como solução para criar equidade entre desiguais. A partir dessa análise inicial, Sen avalia criticamente alternativas redistributivas:

- igualitarismo tipo *maximin* correspondente à teoria da justiça de Rawls;
- igualitarismo probabilístico com base no teorema da equiprobabilidade.

Buscando fundamentar sua proposta teórica, Sen define o "bem-estar social" como vinculado a padrões de distribuição da riqueza, e não como efeito da renda bruta ou riqueza apropriada, introduzindo, então, a noção da renda relativa ou distribuída, aquela relacionada à ideia de justiça distributiva. Sobre esse tema, em nota de rodapé (SEN, 1981, p. 31), ainda adverte "não se deve confundir igualdade com simetria". Tendo como referência um postulado de justiça distributiva, Sen formaliza o axioma fraco da equidade (weak equity axiom):

Considere que a pessoa i tem menor nível de bem-estar que a pessoa j para cada nível de renda individual. Então para distribuir um dado total de renda entre n indivíduos incluindo i e j, a solução ótima deve dar a i um nível de renda maior que j. (SEN 1981, p. 18).

Tal problema abstrato pode ser ilustrado pelo exemplo concreto da divisão justa de uma torta, como dividir uma torta entre dois indivíduos, posto que eles não são iguais na linha de base? Como dividir 100 em 2, parte para x e parte para y? Várias opções podem servir de solução:

```
50 x, 50 y;
51 x, 49 y;
52 x, 48 y;
...
99 x, 1 y
```

Trata-se de um problema clássico de escolha social (social choice) para soluções de equidade distributiva, como possibilidade de remediar desigualdades pré-existentes. Entretanto, do ponto de vista normativo, o problema não se resolve apenas fixando critérios abstratos de valor, de fato,

Let person i have the lower level of welfare than person j for each level of individual income. Then in distributing a given total of income among n individuals including i and j, the optimal solution must give i a higher level of income than j. (Sen, 1981, p. 18).

depende da aceitabilidade ou legitimação social da solução distributiva escolhida. Como consequência, devem-se considerar os aspectos de valor econômico *versus* legitimidade social. Nesse sentido, Sen avalia cinco condições que permitem um ordenamento das prioridades de escolha.

- regra de Pareto para qualquer par x, y, se todos os indivíduos acham que x é pelo menos tão bom como y e alguns acham que x é melhor que y, então x é socialmente mais preferido que y; se é indiferente para todos, assim também o será para a sociedade;
- preferência social completa e reflexiva escolha quasi-transitiva;
- anarquia ou domínio irrestrito admite-se qualquer combinação;
- individualismo ou independência de alternativas irrelevantes o social depende do individual:
- anonimato permuta de ordenamento individual não afeta preferência social.

A regra de Pareto, conclui Sen (1981), corresponde à condição preferencialmente válida para a escolha social das soluções distributivas superadoras de desigualdades. O pressuposto dessa regra é que a sociedade significa, pelo menos, a soma de indivíduos e que, portanto, a preferência social compreende, pelo menos, a soma de preferências individuais. Sua conclusão indica uma contradição antitética na teoria econômica clássica:

Finalmente, o utilitarismo, a fé dominante da 'velha' economia do bem-estar, é demasiadamente presa à questão da soma de bem-estar para se preocupar com o problema da distribuição, e este será, na verdade, capaz de produzir resultados fortemente anti-igualitários (anti-egalitarian). (Sen, 1981, p. 23).

Visando construir uma saída metodológica para o problema teórico da natureza simultaneamente objetiva (descritiva) e normativa (política e ética) das desigualdades econômicas e sociais, Sen propõe 'amaciar' ou relativizar a medida das desigualdades, mediante as seguintes estratégias: combinando normatividade e descritividade; e usando ordenamentos parciais.

Tal como outros clássicos (vide *O capital,* de Marx), *On economic inequality* é uma obra inconclusa. Em sua parte final, que reproduz a quarta conferência Radcliff, Sen confronta noções rivais, herdadas das velhas escolas da Economia Política, sobre o que deveria constituir uma distribuição correta ou 'justa'. Uma distribuição de acordo com as necessidades; e outra de acordo com os merecimentos.

A análise de Sen converge para uma posição, em minha opinião apenas parcialmente justificada, a favor de uma distribuição orientada por necessidades. Indica momentaneamente que a distribuição baseada em mérito (desert-based), bem como suas variantes – propostas redistributivas orientadas por motivação –, não parecem apropriadas para reduzir desigualdades. Como alternativa, analisa a eficiência e justeza das soluções do tipo subsídios vinculados a motivações, tomando a Revolução Cultural na China como um caso de solução distributiva com base na motivação (identificando suas raízes aos valores da velha ideologia chinesa).

Sen privilegia sutilmente a esfera do trabalho para analisar criticamente alguns elementos estruturais da noção de desigualdades sociais. O autor recupera numa perspectiva crítica a concepção de mais-valia de Marx mais como fundamento para propostas de retribuição meritória, do que para políticas de distribuição baseada em necessidades. Analisa o texto da *Crítica do Programa de Gotha* (MARX, 1977), o qual transcreve em fragmento extenso, encontrando uma proposta de negação da noção de direitos iguais como 'direito de desigualdade' e identifica essa igualdade como uma pseudoequidade. Também observa que Marx propunha uma concepção estratégica gradual de construção do comunismo, em que a distribuição contingencial seria uma transição para a desalienação do trabalho e introduz uma proposta conceitual de substituir produtividade por habilidades, como critério de priorização da lógica distributiva.

Entretanto, em sua crítica a Marx, Sen deixa de considerar que a obra política marxista pretendia mais diagnosticar e denunciar que analisar e propor. Realmente, Marx escreveu muito sobre as desigualdades sociais na construção da sua teoria econômica da sociedade capitalista e da teoria política da história nela subsumida, e o fez sempre analiticamente (isto é, visando compreender a gênese das desigualdades sociais). Entretanto, propedeuticamente, Marx não avançou no tema da natureza e nas modalidades de tais desigualdades, apesar da referência ao conceito de 'classes sociais' que, posteriormente, orientou o conjunto de teorias críticas da sociedade de orientação marxista. De fato, o esboço do capítulo 22 de *O capital* (MARX, 1984) produziu mais controvérsias do que consenso. A despeito de ter usado profusamente referências sobre trabalho, energia e vitalidade, há nos escritos marxistas pouco sobre o tema da saúde².

Agora será avaliada a autorrevisão que Sen realiza em suas obras mais recentes sobre o tema, *Inequality reexamined* (1992) e *On economic inequality after a quarter century* (Foster; Sen, 1997).

A pergunta crucial do primeiro desses textos complementares é: igualdade de quê? Para respondê-la, Sen (1992) recorre ao conceito de diversidade (*diversity*) humana, da seguinte maneira:

As diferenças em foco são particularmente importantes por causa da extensa diversidade humana. Fossem todas as pessoas exatamente similares, igualdade em um espaço (por exemplo, nas rendas) tenderia a ser congruente com as igualdades em outros (saúde, bem-estar, felicidade). (p. 20).

Ao justificar paradoxos aparentes no tratamento dessa questão, Sen considera que desigualdade em termos de uma variável (por exemplo, renda) pode levar-nos a um sentido muito diferente de desigualdade no espaço de outra variável (por exemplo, habilidade funcional ou bemestar). Em suas palavras: "Uma das conseqüências da diversidade humana é que a igualdade num espaço tende a corresponder, de fato, a desigualdade em outro." (SEN, 1992, p. 20).

Do ponto de vista conceitual, isso implica considerar uma questão complementar: igualdade onde? Para respondê-la, Sen explicita a interessante concepção de 'espaço para a igualdade' e sua noção correlata de 'espaço avaliativo' das desigualdades. Numa perspectiva de aplicação

² Nisso, Marx também se distingue de Aristóteles e de Amartya Sen, o que *en passant* constitui interessante questão a explorar.

metodológica, introduz uma variante no uso dessa concepção, identificando variáveis focais relevantes (como por exemplo: rendas, riquezas, utilidades, recursos, liberdades, direitos, qualidade de vida etc.) e outras complementares³.

Amartya Sen retoma o corolário de que as desigualdades podem ser resultantes de quase ordenamento (*quasi-ordering*), que passa a significar, de modo mais preciso, ordenamento em espaços diversos ou dimensões simultâneas. Sem dúvida, isso implica um paradoxo na medida em que a construção de equidade em um dado espaço pode implicar desigualdades em outros espaços sociais. Trata-se de uma tentativa de considerar especificidades ou contextos na relativização das desigualdades, indicando que elas podem assumir um caráter contingente, dialético ou mesmo ambíguo.

Prosseguindo nessa vertente, no segundo texto complementar, Foster e Sen (1997) aprofundam a desconstrução dos indicadores clássicos de desigualdades a partir de uma crítica epistemológica do próprio conceito de 'indicador'. Constatando que o conceito de desigualdade porta uma ambiguidade de origem, os autores defendem que os indicadores necessários para tratar empiricamente um conceito ambíguo não devem buscar uma representação precisa, porém ilusória dos fenômenos estudados. Propõem, ao contrário, preservar aquela incerteza fundamental, em vez de tentar removê-la mediante ordenamentos arbitrários. Como é possível notar no trecho a seguir, os autores acrescentam o recurso à lógica dos sistemas borrosos para medida e avaliação das desigualdades como estratégia de incorporação da ambiguidade perdida.

Este tema é bastante central para a necessidade de acurácia descritiva na avaliação de desigualdades, que deve ser distinta de assertivas totalmente ordenadas e não ambíguas (independentemente das ambiguidades nos conceitos de base). (p. 121, tradução do autor)⁴.

Conceitos de desigualdades em saúde

A seguir serão revisados brevemente os principais aspectos conceituais do debate epistemológico dos países do Norte a respeito do tema desigualdades em saúde.

No eixo principal de sua obra, mas também em vários textos secundários específicos, Sen já utilizava numerosos exemplos do campo da saúde, em dois sentidos.

No primeiro sentido, de forma a caracterizar necessidades distintas ao comparar populações do tamanho n = 2, propôs considerar linhas de base diferentes para a avaliação das desigualdades e a escolha social de estratégias redistributivas. Nesse caso, no desenvolvimento posterior apresentado em *Inequality reexamined* (SEN, 1992), deixa espaço para se definir a saúde individual no âmbito do que chama de *capabilities*. Tal conceito, de difícil tradução ao português, algo entre

³ Nesse aspecto, curiosamente por antecipar ou dialogar com a sociologia de Bourdieu, Sen introduz o problema do 'gosto desigual' (unequal tastes) e considera seu tratamento analítico como análogo às variações de preço.

⁴This issue is quite central to the need for descriptive accuracy in inequality assessment, which has to be distinguished from fully ranked, unambiguous assertions (irrespective of the ambiguities in the underlying concepts).

'capacidades potenciais' e 'competências', constitui valiosa indicação no sentido da construção do conceito de saúde, numa direção apenas esboçada na fase mais tardia da abordagem parsoniana, conforme indicado em outro texto (Almeida-Filho, 2001).

Já no segundo, Sen propôs tomar a esfera da saúde, coletivamente definida no plano socioinstitucional, como campo de sistemas possíveis de compensação visando à equidade, dentro do aparato do *welfare state*. Sugere, então, que um serviço nacional de saúde poderia fazer parte de um sistema de justiça distributiva indireta, comparável a outros sistemas de justiça definidos pela distribuição direta de subsídios. O problema tornar-se-ia potencialmente mais complexo, por exemplo, ao considerar outras diferenças de base individual além da *capability* chamada saúde.

Em 1990, Margareth Whitehead elaborou um documento de consultoria para a Organização Mundial da Saúde, posteriormente publicado no *International Journal of Health Services* (Whitehead, 1992), que veio a se tornar a principal referência conceitual sobre equidade em saúde na literatura internacional. Como premissa básica, equidade em saúde equivaleria a justiça no que se refere a situação de saúde, qualidade de vida e sobrevivência posto que, idealmente, todos e todas as pessoas têm direito a uma justa possibilidade de realizar seu pleno potencial de saúde e que ninguém estará em desvantagem para realizar esse direito. Em termos práticos, esta aproximação conduziria a uma redução, ao máximo possível, das diferenças em saúde e no acesso a serviços de saúde.

Do ponto de vista conceitual e terminológico, Whitehead define 'equidade' (equity) por referência a dois antônimos: desigualdade (inequality) e inequidade (inequity). Para a autora, em todo e qualquer caso, o primeiro termo – desigualdade – conota as principais diferenças dimensionais, sistemáticas e evitáveis, entre os membros de uma população dada. Pelo termo ser usado às vezes num sentido puramente matemático ou epidemiológico, a autora postula que, por sua ambiguidade, não se deve utilizá-lo como conceito de base.

O segundo termo – inequidade – conota aquelas diferenças e variações que são não apenas desnecessárias e evitáveis, mas também desleais e injustas. Nesse sentido, inequidades (*inequities*) em saúde podem ser compreendidas como modalidades restritas ou algum caso particular de diferenças (*differences*) ou disparidades (*disparities*) em saúde. Trata-se de diferenças que, além de evitáveis, são também injustas. Dessa forma, o conceito se conforma a partir de critérios relevantes para identificar a dupla condição de evitabilidade e de injustiça inerente à imposição dos riscos exceto em duas situações: exposição voluntária (comportamento de risco, esportes perigosos) e risco estrutural inevitável (idade, sexo, genoma).

Em tese, a contribuição de Whitehead e seguidores recorre à ideia de justiça para distinguir inequidades de diferenças ou disparidades em saúde. Não obstante, vários autores (OSSANAI, 1994; METZGER, 1996; BAMBAS; CASAS, 2001; BRAVERMAN; TARIMO, 2002) empregam esse referencial de forma equivocada, pois referem que, para delimitar o conceito de inequidade, é preciso tomar o termo desigualdade como sinônimo de diferença ou disparidade. Conforme assinalado por Vieira-da-Silva e Almeida-Filho (2009), curiosamente, essa variação de sentido ocorre inclu-

sive em textos que trazem a própria Whitehead como coautora (Diederichsen; Evans; Whitehead, 2001; Evans *et al.*, 2001).

Daniels, Kennedy e Kawachi (2000) questionam a definição de inequidade-equidade de Whitehead no que concerne tanto a 'justiça' quanto a 'evitabilidade', pelo fato de que ambos os conceitos envolvem questões complexas e não resolvidas. No que diz respeito ao primeiro critério, esses autores o interpretam a partir da teoria de Rawls, com base no conceito liberal de autonomia, que apresenta como justiça a garantia de igualdade de oportunidades. Aplicada ao tema específico da saúde, tal conceito de justiça implica distribuição igual dos determinantes da saúde (Daniels; Kennedy; Kawachi, 2000). Nessa linha, Peter e Evans (2001) desenvolvem teoricamente a ideia de justiça a que Whitehead apenas refere. Outros trabalhos (Nunes *et al.*, 2001; Bambas; Casas, 2001) também recorrem a teorias de justiça para avaliar o que seriam diferenças evitáveis e injustas. Esses trabalhos constituem inegável contribuição à temática ao fundamentarem a relevância da análise conceitual nas investigações acerca de variações na saúde e no adoecer.

Macinko e Starfield (2002; 2003) revisaram sistematicamente a bibliografia indexada no Medline entre 1980 e 2001 e consideram que incluir justiça no conceito de equidade, como faz Whitehead e seguidores, traz problemas operacionais na medida em que recorre a "julgamentos de valor". Eles propõem usar a definição de equidade estabelecida pela *International Society for Equity in Health* (ISEqH), segundo a qual:

Equidade corresponde a ausência de diferenças sistemáticas potencialmente curáveis (remediables) em um ou mais aspectos da saúde em grupos ou subgrupos populacionais definidos socialmente, economicamente, demograficamente ou geograficamente. (International Society for Equity in Health).

Conforme analisado por Vieira-da-Silva e Almeida-Filho (2009), essa concepção não distingue equidade de igualdade ao definir a equidade como mera "ausência de diferenças". Além disso:

ao recusar entrar no debate sobre a justiça em saúde, tal posicionamento não enfrenta temas polêmicos sobre acesso e oferta de serviços, financiamento e formas de organização e controle de sistemas de saúde que constituem dilemas políticos concretos.

A definição do ISEqH tem vantagens operacionais, pois desloca o problema das diferenças para o âmbito do controle técnico (diferenças potencialmente curáveis), o que permite melhor tratamento metodológico das pesquisas sobre situações de desigualdade.

Os economistas da saúde também contribuíram para este tópico da definição, realizando uma aproximação mais instrumental ao assunto, que tipicamente concerne mais mensuração do que teorização.

Wagstaff e Van Doorslaer (1994) consideram que a saúde muitas vezes pode ser reduzida a uma escala linear, por exemplo, escores z, pressão arterial, expectativa de vida, QALYs ou DALYs.

Entretanto, dados de saúde são baseados frequentemente em categorias ordinais, tais como saúde auto-avaliada, impossível de dimensionar [...]. Quando a saúde é derivada por uma variável dicotômica, médias iguais implicam distribuições idênticas. (WAGSTAFF; VAN DORSLAER, 1994).

Os autores consideram que a saúde, entretanto, é mais difícil de medir (para dizer o mínimo) que renda e, por extensão, bem-estar social. Nesse ponto, parecem negligenciar a abordagem epidemiológica da medida em saúde, correlacionando fatores e exposições associados em modelos matemáticos e estatísticos de determinação de riscos.

Wagstaff e Van Doorslaer (2000) propõem definições cruciais do que chamam de abordagens contrastantes: 'puras desigualdades em saúde' e desigualdades socioeconômicas em saúde. Para eles, o adjetivo 'puro' indica um foco exclusivo na distribuição da própria variável de saúde dentro de uma população. Obviamente, parece quase insensato considerar mesmo longinquamente a possibilidade de pureza neste caso. A questão é se tal distribuição encontra-se de alguma maneira determinada (social ou biologicamente) ou não (distribui-se de modo aleatório). Referemse à abordagem do bem-estar social de Sen, o qual supõe que a renda pode ser medida em uma escala linear. Mas, nesse caso, o que Sen pensaria de uma noção como desigualdades 'puras'?

Daniels, Kennedy e Kawachi (2000) tinham antes argumentado que a teoria de Rawls deveria ser estendida para incluir a redução de desigualdades da saúde, como exigência direta de consistência teórica. Prosseguindo neste caminho teórico, Bommier e Stecklov (2002) propuseram que o acesso a recursos de saúde constituem uma liberdade básica rawlsiana a qual, combinada com os *endowments* da saúde, compreende uma capacidade de gerar saúde. Criticam implicitamente a proposta de Whitehead como de curto fôlego, porque "diferenças evitáveis devem ser reduzidas ou eliminadas". Estes também propõem que a abordagem SWT de Sen é inconsistente com a noção básica de distribuição justa ou equitativa de saúde. Enfim, uma abordagem ampliada da teoria de justiça poderia ser útil para o objetivo de:

Definir a distribuição da saúde na sociedade igualitária ideal como aquela onde o acesso à saúde não foi determinado pelo status ou pela renda socioeconômica. (BOMMIER; STECKLOV, 2002).

Bommier e Stecklov (2002) avançaram uma proposta de formalização baseada na definição do "acesso à saúde" (a) como liberdade básica. Entretanto, acesso não é diretamente mensurável. Também consideram que o *status* de "saúde real" (*actual health*) (h) pode ser avaliado no nível individual, mas nenhuma informação estará disponível para avaliar seus recursos individuais de saúde (*health endowment*) (e). Postulam, ainda, que a saúde pode ser medida unidimensionalmente com um coeficiente do tipo Gini, equivalente àquele gerado da medida de concentração de renda (y). Daí os seguintes pressupostos para avaliação das relações entre renda (y) e saúde (h) são derivados:

- 1. (e) é independente de (y);
- 2. (a) é idêntico para uma dada população (p);

Consequentemente, a saúde real (h) é também independente de (y).

A conclusão de Bommier e Stecklov (2002) foi de que, mesmo na sociedade igualitária ideal derivada de Rawls, ou na utopia da redistribuição politicamente concertada da sociedade de bem-estar de Sen, qualquer correlação de (h) e (y) necessariamente ainda implica, como resíduo, "desigualdade em saúde", como efeito da função (e), recursos individuais de saúde (health endowment).

Abordagens de medida da saúde a partir de definições conceituais, como as propostas pelos economistas da saúde (Wagstaff; van Doorslaer, 1994; 2000; Bommier; Stecklov, 2002), representam derivações da clássica função de desigualdade de renda de Dalton e da análise de desigualdade com base na teoria do bem-estar social de Sen. Curvas da concentração de saúde ou índices de saúde tipo Gini constituem meras aplicações das medidas de distribuição de parâmetros individuais, como *status* de saúde ou de acesso a recursos de saúde (Kawachi; Subramanian; Almeida-Filho, 2002).

Quais são as limitações de tais abordagens? Liminarmente, tomam renda, produção, consumo e outros indicadores econômicos como o principal (e talvez quase o ideal) parâmetro para medidas de desigualdade na sociedade. Disso deriva, de modo mais evidente, o desdobramento de duas falácias: a econocêntrica e a econométrica.

A falácia econocêntrica implica em supor que a esfera da economia pode ser tomada como referência dominante da sociedade e que, portanto, dispositivos de explicação da dinâmica econômica das sociedades seriam adequados para compreender processos e objetos de conhecimento sobre a saúde e vida social. Mesmo que tal posição possa ser relativamente adequada para economias de mercados industriais (aquelas do mítico pleno emprego, antes das crises), a renda não parece representar medida válida e plena de acesso ao bem-estar social e aos recursos de vida (saúde incluída) em países pobres. Mediante estruturas e dinâmicas próprias, além da concentração de riqueza, outras desigualdades derivadas do ranqueamento social encontram-se ativas em sociedades flageladas pela pobreza, desemprego e exclusão social.

A falácia econométrica implica considerar que processos de produção de saúde, de relações sociais e de mercadorias são relativamente isonômicos e que, portanto, metodologias econométricas seriam adequadas para apreender variações e disparidades em determinantes e efeitos sobre a saúde na sociedade. Embora abordagens dimensionais possam ser válidas para produtos e outros recursos do mercado, os fenômenos da saúde-doença-cuidado têm atributos e propriedades de realização e distribuição totalmente diferentes (e não redutíveis) da renda.

A refutação de ambas as falácias baseia-se na constatação, quase trivial, de que saúde não pode ser linearmente produzida, armazenada, investida, redistribuída do mesmo modo que a renda, mesmo nas versões neokeynesianas chamadas de *'Robin Hood policies'*, isto *é*, a retirada dos mais ricos e provimento para os mais pobres por subsídios ou taxação. Não obstante, a saúde pode ser tratada conceitualmente como uma espécie peculiar de capital humano, compreendendo as noções de *endowment* de Rawls ou de *capability* de Sen.

Crítica terminológica

Visando desenvolver uma crítica conceitual, com foco na matriz terminológica, comecemos tornando explícita uma definição preliminar (talvez simplista, do ponto de vista epistemológico) de objeto de inquérito ou de conhecimento:

Objeto = conceito e coisa (evento, processo, fenômenos)

Para atingir o grau de precisão necessário e possível, neste artigo é proposto um recorte, delimitando como foco a análise conceitual do objeto 'desigualdades em saúde'. Não tratarei da ontologia deste objeto particular do conhecimento, fazendo, por exemplo, a pergunta se a desigualdade em saúde constitui uma coisa material ou representa um mero efeito imaterial. Os conceitos são dispositivos linguísticos para referência do objeto, também definidos como termos na estrutura de um dado argumento.

Não obstante, ainda cabe mais uma redução de foco a ser explicitada de modo transparente. Uma análise conceitual implica dois aportes: uma aproximação ou caso particular de (a) análise semântica (explora significado, portanto referência teórica); uma aproximação ou caso particular de (b) análise da sintaxe (explora estrutura, portanto referência epistemológica). Nesse momento, não tratarei de (b), exceto no que é relevante para (a).

Enfim, uma boa teoria (válida, compreensiva, efetiva, pertinente, consistente etc.) implica necessariamente consistência terminológica. Como preliminar, pretendo demonstrar que este não é o caso da literatura sobre as relações entre desigualdades e saúde.

A questão terminológica encontra-se presente nos marcos teóricos que fundamentam a corrente principal de estudos sobre equidade, desigualdade e saúde, de Rawls a Sen.

Ao propor considerar o segundo princípio de justiça como aplicação do axioma que designa por "concepção geral de justiça como justeza" (general conception of justice as fairness), John Rawls (1996), demarca conceitualmente a justiça (justice) como uma categoria institucionalizada de justeza (fairness). Por outro lado, não distingue, com clareza e rigor, equidade (equity) de igualdade (equality), apesar de empregar consistentemente o termo desigualdades (sempre inequalities, na obra rawlsiana, e nunca inequities) como base nominal para justificar o segundo princípio de justiça. Finalmente, utiliza o termo 'diferença' (difference) para designar soluções normativas que tomam a justiça como distribuição social compensatória de bens e recursos, constituindo o princípio da diferença.

Como foi mencionado, Amartya Sen dialoga com a teoria rawlsiana e emprega o termo *equity*⁵ como equivalente à justiça distributiva, para definir o seu axioma fraco de equidade. Apesar disso, raramente emprega o significante antônimo simétrico, exceto num intrigante fragmento em que define *inequity* como "perda do bem-estar social". Sen também não parece distinguir correlatos semânticos do conceito de desigualdade (*inequality*), senão as noções de 'diferença' (*difference*), 'diversidade' (*diversity*) e pluralidade (*plurality*), equivalentes à variação individual ou contraste entre coletivos humanos. É possível observar alguns exemplos de uso, em distintos

⁵The inequity of income inequality in leading to unequal utilities (reflecting the loss of social welfare from inequality of individual utilities associated with inequality of incomes). (Foster; Sen, 1997, p. 116)

momentos de sua obra principal (SEN, 1981), de significantes associados dessa forma, sem revelar preocupação com rigor e precisão terminológica:

O fato básico da diversidade humana [...] diferimos não somente em nossa riqueza herdada, mas também nas nossas características pessoais [...], nossa diversidade pessoal. (p. 25).

Além da variação puramente individual (por exemplo, habilidades, predisposições, diferenças físicas), existem também contrastes sistemáticos entre grupos. (p. 27).

A pluralidade de variáveis focais pode fazer uma diferença grande precisamente por causa da diversidade de seres humanos. (p. 28).

Tais diversidades [são] diversidades interpessoais. (p. 30).

Especificamente no que se refere à literatura sobre as relações entre desigualdades e saúde, tomemos como ilustração do problema terminológico a sentença de abertura do capítulo central de uma influente coletânea de textos (Diederichsen; Evans; Whitehead, 2001, p. 53, tradução do autor) sobre o presente tema:

Estes achados importantes da literatura sobre determinantes sociais influenciaram grandemente – e continuarão a serem críticos para – nossa compreensão de iniquidades (inequities) em saúde [A]. Existe agora interesse crescente numa investigação mais explícita das questões complexas sobre a justeza de disparidades [disparities] em saúde [B] – pensando sobre como distinguir variações [variations] em saúde [C] de iniquidades [inequities] em saúde [A]. Fazer tal distinção em parte envolve considerar o fator que causa estes diferenciais [differentials] em saúde [D]. [...] Uma análise precisa das origens sociais de diferenciais em saúde [D], pode conseqüentemente revelar pontos de entrada na política para a ação eficaz para mudar as iniquidades [inequities] [E]. Este capítulo apresenta tal estrutura para pensar sobre a base social das desigualdades [inequalities] em saúde [F]⁶.

Vejamos a estrutura do argumento:

A é distinguível de C, por isso é recomendado 'pensar sobre como diferenciar' um do outro; consequentemente, A ≠ C;

B parece ser mais geral do que A e C, mas o texto é ambíguo posto que D não implica necessariamente um termo de maior nível da mesma ordem de A e C; assim, talvez $B \supset (A, C)$;

A e C são subtipos de D, esta é a única postulação clara em todo o sistema de proposições;

⁶These important findings from the social determinants literature have greatly influenced – and will continue to be critical to – our understanding of inequities in health [A]. There is now increasing interest in a more explicit investigation of the complex issues about the fairness of disparities in health [B] – thinking about how to differentiate variations in health [C] from inequities in health [A]. Part of making this distinction entails looking at the factor that cause these differentials in health [D]. [...] An accurate analysis of the social origins of differentials in health [D], therefore, may reveal policy entry points for effective action to redress inequities [E]. This chapter presents one such framework for thinking about the social basis of inequalities in health [F].

 $D \supset (A, C)$, consequentemente, talvez B = D. A análise das origens de D pode ajudar a mudar E; Então, $D \Longrightarrow E$.

A é um caso restrito de E, pois A é 'E na saúde';

Por analogia, D = F e talvez B = D = F, mas isso é inconsistente com aceitar E como um subconjunto de F.

A suma desta breve análise semântica revela que a amostra avaliada, mesmo de pouca amplitude textual, sofre de importantes problemas críticos, como: redundância; inconsistência; imprecisão e ambiguidade. Não obstante, esse fragmento, junto com outros exemplos, é útil para revelar a extrema riqueza semântica (ou talvez confusão terminológica) na literatura, como na série de significantes correspondentes. De fato, praticamente todos os enfoques analisados apresentam importantes inconsistências terminológicas e conceituais.

Além da confusão terminológica, a prolífica literatura sobre determinantes sociais da saúde padece de pobreza teórica, na medida em que raramente as teorias sociais e políticas cruciais são explicitadas para a compreensão do significado dos conceitos relacionados com diferenças na saúde-doença-cuidado em populações (WAINWRIGHT; FORBES, 2000; FORBES; WAINWRIGHT, 2001). Exceção parece ser a contribuição de Jaime Breilh, epidemiólogo equatoriano, que compreende uma análise do significado de variações e desigualdades na saúde e na doença frente às dimensões individuais e coletivas, situando-as historicamente em relação a agendas políticas específicas.

Breilh (2003) parte de um conceito-chave, diversidad, que corresponderia à variação em características ou atributos de uma dada população (gênero, nacionalidade, etnia, geração, cultura etc.). A desigualdade, para esse autor, corresponderia a evidências empiricamente observáveis da diversidade. Tais conceitos podem adquirir um sentido positivo em sociedades em que predominam relações solidárias e de cooperação entre gêneros e grupos étnicos. Nesse referencial, a inequidade (inequidad) seria uma categoria analítica da diversidade que marca a essência do problema da distribuição de bens na sociedade. Quando surge historicamente, a inequidade constitui o lado negativo da diversidade, tornando-se veículo de exploração e subordinação. O termo 'iniquidade', por sua vez, seria sinônimo de injustiça. As diferenças constituiriam a expressão, nos indivíduos, ou da diversidade, em sociedades solidárias, ou da inequidade, em sociedades em que haja concentração de poder (Breilh, 2003).

A distinção entre inequidade e iniquidade proposta por Breilh mostra-se de grande interesse, tendo em vista que a distribuição desigual de bens numa sociedade não teria apenas uma raiz política diretamente referida à justiça social (iniquidade), mas seria sobredeterminada estruturalmente (inequidade). Não obstante, os elementos estrutural e jurídico-político das desigualdades, tomados quase como dispositivos diagnósticos, ainda não recobrem plenamente o complexo de questões vinculadas à superação das alienações sociais. De fato, é preciso considerar os elementos simbólicos referidos à ética política e à moral social, expressos nos sentimentos de indignação e vergonha que, coletivamente organizados, constituem o eixo motriz dos processos de transformação radical das sociedades para a equidade.

As teorias de justiça distributiva que revisamos acima operam a partir de uma distinção entre igualdade e equidade, a qual se realiza tomando igualdade como *proxy* de equidade. Na medida em que equidade implica um componente estrutural do sistema de valores da sociedade, há flagrante equivalência entre os conceitos de equidade e justiça e, portanto, entre a falta de equidade e a noção de injustiça. Apesar da insistente referência a noções positivas de justiça, justeza e escolha social, a problematização teórica e metodológica dos gradientes sociais em saúde prioriza a negação, operando conceitos de desigualdade e diferença em lugar de igualdade e equidade. Tal padrão mostra-se simétrico e consistente em relação ao modo predominante de definição da saúde, como ausência de doença no campo da pesquisa em saúde individual e coletiva. Enfim, mediante os termos injustiça e doença, tanto a justiça quanto a saúde são tratadas como negatividade.

Conceitos de equidade em saúde: proposta de articulação semântica

No plano metodológico, dando seguimento a uma linha analítica em curso (Kawachi; Subramanian; Almeida-Filho, 2002; Almeida-Filho *et al.*, 2003; Almeida-Filho, 2004; Vieirada-Silva; Almeida-Filho, 2009), algumas das contribuições dos autores analisados podem ser úteis para estabelecer uma terminologia mais precisa, no sentido de construir uma matriz semântica comum, passo inicial para melhores práticas de pesquisa sobre o tema das desigualdades em saúde.

Antes de prosseguir, cabe uma consideração preliminar essencial para a proposta de articulação semântica dos conceitos de equidade em saúde objeto desta seção. No processo de construção de subjetividades e identidades individuais, a partir da interação entre diferenças e semelhanças individuais e homogeneidade e diversidade coletiva, seres humanos procuram mostrar-se diferentes de outros membros de grupos e classes sociais. Considerar tal questão significa trazer ao presente debate o conceito de 'distinção', tal como definido pelo sociólogo francês Pierre Bourdieu (1998; 2007). Em sua obra mais reconhecida, intitulada *La distinction*, Bourdieu (2007) propõe o conceito de "estratégias de distinção". Referindo-se a práticas culturais vinculadas ao estilo e ao gosto, Bourdieu (1983) afirmou que tais práticas ou estratégias:

podem ser distintivas ou distintas, mesmo quando não procuram sê-lo. A definição dominante da 'distinção' chama de distintas as condutas que distinguem [o sujeito] do comum, do vulgar, mesmo sem intenção de distinção. Nestas questões, as estratégias mais 'lucrativas' são as que não são vividas como estratégias. São as que consistem em gostar ou mesmo em 'descobrir' a cada instante, como se por acaso, o que deve ser gostado. (p. 9).

Trata-se de incorporar na pauta política da saúde coletiva diferenças e diversidades que, por se situarem predominantemente no plano simbólico, apareciam como *habitus* (outra categoria da sociologia de Bourdieu) ou como mero resíduo da vida social dos seres humanos, como por exemplo, gostos, estilos de vida, condutas de risco e idiossincrasias de base étnico-cultural. Isso implica considerar, nas séries semânticas tomadas como embasamento linguístico dos concei-

tos, um componente etnológico essencial para a compreensão da dinâmica das desigualdades em saúde na sociedade.

O Quadro 1 apresenta os principais significantes pertinentes a esta pauta temática, indicando equivalentes nos principais idiomas.

Consideremos axiomaticamente o conceito de 'disparidade' como forma geral de variações ou diferenças individuais que ganham expressão coletiva nas sociedades humanas (Braverman, 2006). As formas particulares da 'variação' e da 'variedade' compreendem justamente os objetos conceituais do presente ensaio. Alguns desses conceitos podem ser articulados numa cadeia significante de pares ou díades, a saber: semelhança/diferença; igualdade/desigualdade e equidade/inequidade. Outras manifestações das disparidades assumem definições tão peculiares que se sustentam em positividades próprias, compreendendo uma cadeia significante monádica composta pelos conceitos de diversidade, distinção e iniquidade.

Articulemos as duas séries semânticas, selecionando alguns significantes-chave. A ocorrência de variação natural ou genética, expressa em diferenças individuais, advindas da interação de processos sociais e biológicos, produz diversidade nos espaços coletivos sociais e desigualdades nas populações humanas. Por outro lado, estruturas sociais, processos políticos perversos e políticas

Quadro 1 – Equivalência semântica de termos correlatos ao conceito de 'desigualdade'.

Português	Inglês	Espanhol	Francês
Variação	Variation	Variación	Variation
Variância	Variance	Variancia	Variance
Invariância	Invariance	Invariancia	Invariance
Variedade	Variety	Variedad	Variété
Diversidade	Diversity	Diversidad	Diversité
Unidade	Unity	Unidad	Unité
Diferença	Difference	Diferencia	Différence
Semelhança	Similarity	Similitud	Similitude
Disparidade	Disparity	Disparidad	Disparité
Paridade	Parity	Paridad	Parité
Desigualdade	Inequality	Desigualdad	Inégalité
lgualdade	Equality	lgualdad	Égalité
Distinção	Distinction	Distinción	Distinction
Vulgaridade	Commonness	Vulgaridad	Vulgarité
Heterogeneidade	Heterogeneity	Heterogeneidad	Heterogeneité
Homogeneidade	Homogeneity	Homogeneidad	Homogénéité
Pluralidade	Plurality	Pluralidad	Pluralité
Singularidade	Singularity	Singularidad	Singularité
Equidade	Equity	Equidad	Équité
Iniquidade	Inequity	Iniquidad	Iniquité
Inequidade	Inequity	Inequidad	

de governo sem equidade geram desigualdades relacionadas à renda, educação e classe social, portanto inequidades, correspondendo à injustiça social. Algumas dessas desigualdades, além de injustas, são iníquas e, portanto, moralmente inaceitáveis, constituindo iniquidades que geram indignação e, potencialmente, mobilização social. Em paralelo, nos planos simbólico-culturais, ao construir identidades sociais baseadas na interação entre diferenças individuais e padrões coletivos, seres humanos afirmam, na maioria das vezes através de mecanismos não conscientes, sua distinção de outros enquanto membros de segmentos, grupos e classes sociais. O glossário resultante dessa cadeia argumentativa poderá conter as seguintes definições pertinentes:

Diversidade: variação em características (gênero, afiliação étnica, cultura, nacionalidade, geração) dos membros de uma coletividade ou população. Assim, biodiversidade é propriedade de um dado território tanto quanto etnodiversidade pode ser atributo de uma nação. Porém, por definição e respeitando as estruturas linguísticas pertinentes, semanticamente não faz sentido atribuir diversidade a sujeitos individuais.

Diferença: expressão individual de efeitos da diversidade e/ou desigualdade em sujeitos tomados como isolados. Embora diferenças biológicas frequentemente apareçam como variações naturais ou genéticas, manifestam-se mediante complexas relações entre processos sociais e biológicos nos sujeitos individuais. Diferenças podem determinar efeitos em indicadores de ocorrência cumulativa em coletividades, como medidas epidemiológicas de risco.

Distinção: atributo relacional, interpessoal, que não faz parte de diferenças naturais nem corresponde a desigualdades sociais resultantes de políticas desiguais. A busca da distinção faz parte da prática cultural cotidiana de agentes sociais, coletivamente organizados na construção individual e simbólica de sentidos mediante expressão, criação e cultivo de gostos e estilos produtores de identidades.

Desigualdade: diferenciação dimensional ou variação quantitativa em coletividades ou populações. Pode ser expressa por indicadores demográficos ou epidemiológicos (no campo da saúde), como 'evidência empírica de diferenças'. Nesse caso, pode constituir uma *capability*, no sentido de Sen, e não necessariamente corresponder ao produto de injustiças, como no uso da noção de 'saúde real', conforme visto acima.

Inequidade: denota disparidades evitáveis e injustas, expressão de desigualdades desnecessárias, do ponto de vista político em populações humanas e de agregados. Trata-se de um neologismo, correspondente a *inequity* e *inequidad*. Significa o oposto de equidade, ou seja, ausência de justiça no que diz respeito a políticas distributivas sociais e de saúde. Metodologicamente, requer desenvolvimento de indicadores de segundo nível para avaliar associação com heterogeneidades intragrupais.

Iniquidade: corresponde a inequidades que, além de evitáveis e injustas, são indignas, vergonhosas, resultante de opressão social (segregação, discriminação, perseguição) na presença de diversidade, desigualdade, diferença ou distinção. Trata-se de ausência extrema de equidade, decorrente do efeito de estruturas sociais perversas e do exercício de políticas iníquas, geradores de desigualdades sociais eticamente inaceitáveis.

Em suma, retomando a ideia de quase ordenamento em espaços ou dimensões simultâneas de Sen, trata-se de considerar os fenômenos da disparidade social em planos ou campos distintos, o conceito 'diversidade' remete primordialmente à espécie, diferença ao plano individual, desigualdade à esfera econômico-social, inequidade ao campo da justiça, iniquidade ao político, distinção ao simbólico.

Consideremos esta série semântica aplicada à questão geral das disparidades em saúde. Por um lado, as desigualdades (variação quantitativa em coletividades ou populações) podem ser expressas por indicadores demográficos ou epidemiológicos (no campo da saúde) como 'evidência empírica de diferenças', em estado de saúde e acesso ou uso de recursos assistenciais. Por outro lado, as desigualdades de saúde determinadas por aquelas relacionadas a renda, educação e classe social, são produto de injustiça social; na medida em que adquirem sentido no campo político como produto dos conflitos relacionados com a repartição da riqueza na sociedade, devem ser consideradas como inequidades em saúde. Por sua vez, as inequidades em saúde que, mais que evitáveis e injustas, são vergonhosas, indignas, nos despertam sentimentos de aversão e conformam iniquidades em saúde.

A dimensão da desigualdade em saúde constitui uma questão bioética fundamental. Nessa perspectiva, distinguir inequidade de iniquidade não expressa um mero exercício semântico. Significa introduzir, no processo de teorização, pretensamente neutro e impessoal, elementos de indignação moral e política. Tomar como referência apenas a dimensão da justiça, na esfera da equidade (e do seu oposto, a inequidade) parece insuficiente no que diz respeito ao tema da dignidade humana. A proteção dos direitos básicos de um criminoso ou a garantia das prerrogativas jurídicas de um suspeito de corrupção é certamente uma questão de equidade, posto que evoca o fundamento democrático de justiça igual para todos. Entretanto, um óbito infantil por desnutrição, uma negação de cuidado por razões mercantilistas ou uma mutilação decorrente de violência racial ou de gênero conformam eloquentes exemplos de iniquidade em saúde.

Questões complementares

Para concluir, gostaria de indicar algumas questões epistemológicas, teóricas e metodológicas capazes de alimentar um debate que precisa, neste momento de crises e transições, ser ampliado e aprofundado.

Como vimos acima, no que concerne a teorias sociais de determinação da saúde, impressiona a persistência de lacunas, omissões e desinteresses no discurso dominante sobre o tema desigualdades em saúde. Nesse sentido, entre as questões teóricas pertinentes, ressaltam: quais são as fontes de desigualdade, inequidade e iniquidade em saúde? Como a opressão e a injustiça operam na promoção e persistência das iniquidades em saúde?

Como abordar, de modo conceitualmente consistente e metodologicamente rigoroso, tais questões?

Um primeiro passo consiste em recorrer a teorias críticas da sociedade e da política capazes de explicar as práticas dos sujeitos no espaço social. A demanda conceitual concentra-se na

construção e validação de modelos explicativos eficientes dos processos históricos e sociais definidores do objeto de conhecimento em pauta, tendo como referência teorias de equidade e justiça (Heller, 1998). Em outras palavras, para compreender o papel das desigualdades na produção de doença, morbidade e mortalidade, tanto quanto saúde, qualidade e extensão da vida humana, é imperativo abordar a questão 'do quê' (estados, processos, eventos), antes de tudo, determinar ocorrência, forma e atuação dos gradientes sociais.

Como desdobramento dessa questão e para completar o esquema de investigação esboçado, vejamos um modelo de articulação dos componentes das desigualdades em saúde que poderá servir para uma compreensão mais clara de tão complexa teia de conceitos, conforme a Figura 1. Nesse esquema, os seguintes componentes da cadeia determinante das desigualdades em saúde são indicados: disponibilidade de recursos sociais (renda, poder etc.); diversidade de modo de vida; desigualdades em situação de saúde; acesso diferenciado e atuação segregada do sistema de cuidado à saúde. No que concerne aos dois últimos itens citados, uma ampliação pertinente, ainda que parcial, do escopo desse campo de indagações implicaria falar não apenas de doença, mas também de vulnerabilidade. O referencial das desigualdades sociais em saúde pode muito bem incorporar a ideia de vulnerabilidade social como um dos seus focos, agregando categorias correlatas, definidas de acordo com o plano de realidade considerado, como a fragilidade, vulnerabilidade, suscetibilidade e debilidade.

Um segundo passo será certamente o desenvolvimento de alternativas metodológicas capazes de produzir conhecimento crítico sobre o tema. No plano da articulação teórico-metodológica, é preciso definir a que nível de abstração se aplica o conceito de desigualdades em saúde. A pergunta seria: onde (no sentido de espaço social e político) operam os determinantes sociais da saúde? Em primeiro lugar, na dimensão populacional, envolvendo os níveis individual e coletivo, neste destacando as amplitudes territoriais (município, estado, país). Em segundo lugar, na dimensão social, micro (família, grupo de pares etc.) e macrossocial (estratos, classe social

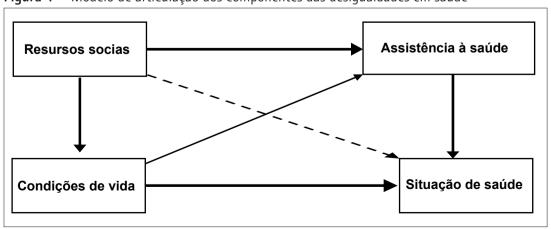


Figura 1 – Modelo de articulação dos componentes das desigualdades em saúde

etc.). Em terceiro lugar, na dimensão simbólica-cultural, reconhecendo recortes étnico-raciais (subculturas, grupos étnicos etc.).

No plano próprio da construção metodológica, que ordem de determinantes seria importante para compreender gênese e efeitos das iniquidades em saúde? Com prioridade, é necessário o estabelecimento de fontes e origens das desigualdades de modo distinto, mas complementar à aproximação necessária aos temas de natureza e componentes das desigualdades sociais em saúde do ponto de vista de sua mensuração (ASADA, 2005). Primeiro, as fontes de iniquidade em saúde pela vertente da diferença, geração e gênero; herança familiar e etnicidade. Em segundo lugar, pela vertente da distinção, religião e comunidade e comportamento e *habitus*. Em terceiro e pelo ângulo da desigualdade, ocupação e educação; renda e poder.

Ainda como desdobramento desse plano de articulação, será imprescindível investigar os efeitos dos processos sociais de produção da saúde-doença-cuidado. Pensamos que, nesse caso, é importante explorar o impacto das desigualdades na qualidade e no estilo de vida e nas condições de saúde dos sujeitos. Teoricamente, falamos da necessidade de uma abordagem das relações entre 'modo de vida' e saúde (Almeida-Filho, 2004), que pode aproveitar bastante de concepções não dimensionais, por exemplo, o conceito de *habitus* de Bourdieu (Gatrell; Popay; Thomas, 2004). Nos termos de Testa (1997), isto significa focalizar, numa imersão etnográfica na cotidianidade, as práticas da vida diária e, nelas, o efeito da distribuição desigual dos determinantes da saúde-doença-cuidado.

Comentários finais

Cabe aqui um comentário sobre a própria categoria epistemológica de 'determinação' e seu correlato 'determinante', avaliados a partir dos critérios da teoria da determinação de Bunge (1969). Bunge considera que o conhecimento sobre a gênese dos fenômenos necessita de um instrumental conceitual mais diversificado, do que a ideia de causalidade tem sido capaz de prover. Nesse sentido, é proposta a determinação como conceito geral, cujas modalidades seriam múltiplas, dando como exemplo a determinação causal, a dialética e a estrutural, dentre outras.

Aplicando de modo livre tal abordagem pluralista ao nosso tema, podemos propor que o campo da saúde sofre a ação de processos e vetores das desigualdades sociais, os quais podem ser referenciados pelas seguintes categorias de processos: determinação social da situação e das condições de saúde; produção social das práticas e das instituições de saúde e construção social dos sentidos da saúde. O diferencial semântico sugerido entre os termos 'determinação social', 'produção social' e 'construção social' pode corresponder, numa perspectiva epistemológica mais consistente, a diferentes planos de realidade e distintos efeitos da estrutura de desigualdades que, no cotidiano das sociedades contemporâneas, tornam-se fonte de injustiça e iniquidade.

Do ponto de vista da sobredeterminação da saúde-doença-cuidado, as abordagens teóricas e proto-teóricas revisadas neste ensaio situam os conceitos correlatos ao tema das desigualdades em saúde num mesmo patamar hierárquico, como se fossem expressões de processos sociais históricos equivalentes. Isto os leva a um flagrante impasse, revelando limites e lacunas

que não permitem politizar os diversos sentidos e efeitos dos modelos explicativos formulados, independentemente do rigor formal e da consistência teórica. Por esse motivo, mais importante que formalizar rigorosamente métodos para medir desigualdades em saúde certamente será compreender suas raízes e determinantes. Precisamos conhecer melhor a dinâmica da determinação social das desigualdades, inequidades e iniquidades em saúde para sermos mais eficientes no sentido de superá-las.

No atual debate conceitual sobre determinantes em saúde, no Brasil e no mundo, a quase unanimidade retórica em prol da equidade impede averiguar a sinceridade política dos que formulam discursos politicamente referenciados e que, ao mesmo tempo, até com a desculpa do interesse científico, muitas vezes apenas contemplam a persistência das iniquidades sociais no mundo. Conforme indicado em Vieira-da-Silva e Almeida-Filho (2009), os discursos do consenso pela equidade:

não obstante o amplo espectro das forças políticas que o formulam, ao tempo em que se contempla a persistência das desigualdades no mundo, mostra que outras lógicas devem orientar a formulação (ou pelo menos a implementação) das políticas públicas.

Há um grande perigo nessa retórica, deixar-nos desatentos e desarmados frente à possibilidade de se despolitizar a questão da saúde mediante a mera constatação distanciada da existência, quase naturalizada, de disparidades na ocorrência de doenças e eventos relativos à saúde.

A problematização da equidade em saúde da maneira proposta neste artigo, pelo contrário, pretende reafirmar que os gradientes socialmente perversos que permanecem em nossas sociedades refletem interações entre diferenças biológicas, distinções sociais e inequidades no plano jurídico-político, tendo como expressão concreta e empiricamente constatável, as desigualdades em saúde. Tratar essa questão do ponto de vista da crítica teórica significa um esforço inicial, no sentido de conhecer com mais profundidade para superar com mais efetividade, determinantes, estrutura e efeitos das desigualdades sociais no campo da saúde. No limite, isso implica um trabalho de construção conceitual e de mobilização para ação política capaz de tornar as diferenças mais iguais (ou menos desiguais), ou seja, promover igualdade na diferença, fazendo com que se reduza o papel das diferenças de gênero, geração, étnico-raciais, culturais e de classe social como determinantes de desigualdades econômicas, sociais e de saúde.

Referências

- Almeida-Filho, N. Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. Ciência & Saúde Coletiva, v.9, n. 4, p. 865-884, 2004.
- 2. ______. For a general theory of health: preliminary epistemological and anthropological notes. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 17, n. 4, p. 753-770, 2001.
- Desigualdades de salud en función de las condiciones de vida: análisis de la producción científica en América Latina y el Caribe y bibliografía anotada. Washington, D.C; Organização Pan-Americana de Saúde, 1999.

- Almeida-Filho, N.; Kawachi, I.; Filho, A.P.; Dachs, J.N. Research on health inequalities in Latin America and the Caribbean: bibliometric analysis (1971-2000) and descriptive content analysis (1971-1995). American Journal of Public Health, v. 93, n. 12, p. 2037-2043, 2003.
- 5. ARISTÓTELES. Ética a Nicômaco. São Paulo: EDIPRO, 2007.
- Asada, Y. A framework for measuring health inequity. Journal of Epidemiology and Community Health, v. 59, n. 8, p. 700-705, 2005.
- 7. Bambas, A.; Casas, J.A. Assessing equity in health: conceptual criteria, in equity and health. Views from the Pan American Sanitary Bureau. (Ocasional Publication No. 8), Pan-American-Health-Organization, Editor. Washington, DC: PAHO, 2001. p. 12-21.
- 8. Berkman, L.; Kawachi, I. Social epidemiology. New York: Oxford University Press, 2000.
- 9. Bommier, A.; Stecklov, G. Defining health inequality: why Rawls succeeds where social welfare theory fails. *Journal of Health Economics*, v. 21, n. 3, p. 497–513, 2002.
- 10. Bourdieu, P. A distinção: crítica social do julgamento. São Paulo: Editora Zouk, 2007.
- 11. Braveman, P. Health disparities and health equity: concepts and measurement. *Annual Review of Public Health*, v. 27, p. 167-94, 2006.
- 12. Braveman, P.; Tarimo, E. Social inequalities in health within countries: not only an issue for affluent nations. *Social Science & Medicine*, v. 54, n. 11, p. 1621–1635, 2002.
- 13. Breilh, J. Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2003.
- 14. Bunge, M. El principio de la causalidad en la ciencia moderna. Buenos Aires: Eudeba, 1969.
- 15. Daniels, N. (Ed.). Reading Rawls. Stanford California: Stanford University Press, 1989.
- 16. Daniels, N.; Kennedy, B.; Kawachi, I. Is inequality bad for our health? Boston: Beacon Press, 2000.
- 17. DIEDERICHSEN, F.; EVANS, T.; WHITEHEAD, M. Chapter 2: the social basis of disparities. In: EVANS, T.; WHITEHEAD, M.; DIDERICHSEN, F.; BHUIYA, A.; WIRTH, M. (Ed.). Challenging inequities in health. London: Oxford University Press, 2001. p. 53–64.
- 18. Evans, T.; Whitehead, M.; Diederichsen, F.; Bhuiya, A.; Wirth, M. Introduction. In: Evans, T.; Whitehead, M.; Diderichsen, F.; Bhuiya, A.; Wirth, M. (Ed.). Challenging inequities in health. London: Oxford University Press, 2001. p. 3–44.
- 19. Forbes, A.; Wainwright, S.P. On the methodological, theoretical and philosophical context of health inequalities research: a critique. Social Science and Medicine, v. 53, n. 6, p. 801-816, 2001.
- 20. Foster, J.; Sen, A. On economic inequality after a quarter century. In: Sen, A. *On economic inequality* (Expanded Edition). New York: Oxford University Press, 1997. p. 121–220.
- 21. GATRELL, A.C.; POPAY, J.; THOMAS, C. Mapping the determinants of health inequalities in social space: can Bourdieu help us? *Health & Place*, v. 10, n. 3, p. 245–257, 2004.
- 22. Heller, A. Além da justiça. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1998.
- 23. International Society for Equity in Health (ISEqH). *Definitions*. [On-line]. Available from: http://www.iseqh.org/workdef_en.htm Acesso em: 28 set. 2009.
- 24. KAWACHI, I.; SUBRAMANIAN, S.; ALMEIDA-FILHO, N. A glossary for health inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, v. 56, n. 9, p. 647-652, 2002.
- 25. MACINKO, J.A.; STARFIELD, B. Annotated bibliography on equity in health, 1980-2001. *International Journal for Equity in Health*, v. 1, n. 1, p. 1-20, 2002.
- 26. MACINKO, J.A.; SHI, L.; STARFIELD, B.; WULU JR, J.T. Income inequality and health: a critical review of the literature. *Medical Care Research and Review*, v. 60, n. 4, p. 407-452, 2003.

- 27. Marx, K. O capital: crítica da economia política. São Paulo: Abril Cultural, 1984.
- 28. ______. Crítica ao programa de Gotha. In: MARX, K.; ENGELS, F. Textos. São Paulo: Alfa-Omega, 1977.
- 29. METZGER, X. Conceptualización e indicadores para el término equidad y su aplicación en el campo de la salud. Washington: OPAS, 1996
- 30. Nogueira, M.A.; Catani, A. (Orgs.) Escritos de educação. Petrópolis: Vozes, 1998.
- 31. Nunes, A.; Santos, J.R.S.; Barata, R.B.; Vianna, S.M. Medindo as desigualdades em saúde no Brasil. Brasília: OPS/IPEA, 2001.
- OSSANAI, J. Reformas contemporáneas en el campo de la salud: en busca de la equidad. Rockville: Technical Resources International Inc., 1994.
- 33. Peter, F.; Evans, T. Ethical dimensions of health equity. In: Evans, T.; Whitehead, M.; Diderichsen, F.; Bhuiya, A.; Wirth, M. (Ed.). *Challenging inequities in health*. London: Oxford University Press, 2001. p. 25–33.
- 34. RAWLS, J. Uma teoria da justiça. São Paulo: Martins Fontes, 1997.
- 35. SEN, A. Inequality reexamined. New York: Oxford University Press, 1992.
- 36. ______. On economic inequality (expanded edition). New York: Oxford University Press, 1997.
- 37. Testa, M. Saber en salud: la construcción del conocimiento. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997.
- 38. VIEIRA-DA-SILVA, L.M.; ALMEIDA-FILHO, N. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 25, suppl. 2, p. s217-s226, 2009.
- 39. WAGSTAFF, A; VAN DOORSLAER, E. Income inequality and health: what does the literature tells us? *Annual Review of Public Health*, v. 21, p. 543–567, 2000.
- 40. ______. Measuring inequalities in health in the presence of multiple-category morbidity indicators. *Health Economics*, v. 3, n. 4, p. 281-289. 1994.
- 41. WAINWRIGHT, S.P.; FORBES, A. Philosophical problems with social research on health inequalities. *Health care analysis*, v. 8, n. 3, p. 259–277, 2000.
- 42. WILKINSON, R.G. Unhealthy societies: the afflictions of inequality. London: Routledge, 1996.
- 43. WHITEHEAD, M. A typology of actions to tackle social inequalities in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, v. 61, n. 6, p. 473-478, 2007.
- 44. _____. The concepts and principles of equity and health. International Journal of Health Services, v. 22, n. 3, p. 429-445, 1992.

Determinação social da saúde e política

Paulo Fleury-Teixeira Carla Bronzo

A determinação social dos indivíduos e de sua saúde

Assumimos neste artigo que a política e a determinação social da saúde são dimensões indissociáveis da prática e do saber humanos. Por um lado, a política é um componente essencial da determinação social dos indivíduos em geral e, portanto, também da determinação social da saúde. Por outro lado, o conhecimento, tácito e explícito, popular ou científico, e a militância técnica no campo da determinação social da saúde podem ter impacto real significativo sobre as práticas políticas. Dito de outro modo, a política tem um papel central no ordenamento social, e a saúde constitui tema bastante sensível para o universo político, ao passo que a determinação social da saúde potencializa ainda mais esse caráter crítico, pois vincula diretamente a saúde de indivíduos e populações ao ordenamento social.

De fato, a determinação social da saúde é apenas e tão somente um aspecto da determinação social dos indivíduos, da vida humana. Os meios materiais e espirituais para o desenvolvimento e a realização de capacidades a que os indivíduos têm acesso no curso de suas vidas, assim como a teia de relações peculiares nas quais cada indivíduo se forma e realiza a sua existência, definem possibilidades e formam características das existências individuais, inclusive da nossa saúde, pois definem a expressão fenotípica de nossos genótipos assim como a exposição a traumas e outros agravos que também determinam a nossa saúde.

Por um lado somos limitados pelo conjunto das possibilidades objetivas presentes para toda a sociedade, o que é um resultado do desenvolvimento histórico prévio e sempre se encontra em modificação mais ou menos acelerada. Por outro lado, somos constituídos em nossa vida social, nosso ser se forma e se realiza por meio da interação com os outros. É, portanto, na interação ou interatividade com os demais, em todas as suas dimensões, desde a atividade produtiva material até as formas mais espiritualizadas e simbólicas de nossa existência, que cada um de nós é formado e se realiza como ser humano.

A interatividade própria da existência de cada indivíduo determina-se pelas características dos grupos sociais em que ele se insere e que são determinadas pela sua inserção no ordenamento social. Pode-se, portanto, considerar a determinação social desde o seu nível mais amplo, em que encontramos as relações econômicas e macrossociais que hoje são, certamente, definidas no plano mundial; esses macrodeterminantes se farão presentes na vida individual por meio de uma imensa série de mediações, caracterizando condições comuns de existência próprias dos diversos grupos sociais. O papel, a atuação, de cada uma dessas múltiplas mediações na determinação de cada vida individual e os diversos grupos de indivíduos (grupos sociais, classes etc.) é algo da máxima complexidade e não será considerado neste artigo.

Por fim, a última mediação na determinação da vida de cada indivíduo é o próprio indivíduo. Sua atividade, suas escolhas, sua biografia, enfim, constitui a última mediação na determinação social de si. Dentro de seu patrimônio material e espiritual, dentro das condições reais de sua vida, os indivíduos humanos sempre têm a escolha entre alternativas como elemento característico e ineliminável de seu comportamento. Isto quer dizer que a sequência de determinações sociais, desde as características mais gerais da sociedade, dos macrodeterminantes socioeconômicos globais, até as mais particulares, dos pequenos grupos e das relações interpessoais conformam as individualidades, mas essas são ativas na escolha de si, manifestam-se ativamente em suas escolhas e atos. Por meio desse processo, de modo mais ou menos consciente, os indivíduos reproduzem e transformam as relações sociais, a forma, o ordenamento social em que estão inseridos.

Por isso, podemos afirmar também que a determinação social, a constituição dos indivíduos, da vida individual humana, pelas relações sociais em que eles se encontram, é uma das vias da relação bidirecional dos indivíduos com a totalidade social. A outra via é justamente a constituição da sociedade, da totalidade das relações sociais pelas escolhas e ações dos indivíduos ao longo de suas existências. A realização ativa de nossa vida, a manifestação ativa de cada um de nós, constitui, portanto, momento ativo do desenvolvimento humano genérico.

Em síntese, podemos afirmar que na efetivação e desenvolvimento de si os indivíduos organizam e transformam grupos humanos nos mais diversos níveis e, de um modo ou de outro, a própria humanidade. Dessa forma, para os próprios indivíduos, que são concentrações vivas e pontos de interação da rede social, a transformação da sociedade resulta em novas condições de ser, novas condições de sua existência, inclusive psicofisiológica; portanto, de sua saúde.

As condições materiais de produção e as características sociais gerais de uma sociedade são, efetivamente, a base para o padrão sanitário de um povo, assim como a posição de cada indiví-

duo na sociedade é uma base da própria saúde. É mais do que evidente o grande diferencial de risco ambiental ou físico a que estão cotidianamente submetidos os indivíduos, tanto em seu trabalho como no domicílio e entorno, conforme a sua posição social. Esse gradiente social se manifesta na comparação entre países e no interior dos países, na comparação entre os diversos estratos sociais. A exposição a agentes biológicos, químicos ou físicos danosos, a deficiência nutricional, o desgaste físico generalizado ou o esforço repetitivo e o estresse no trabalho, são características das condições sociais de pobreza ou miséria que ainda acometem a maior parte da população mundial. Além dessa maior exposição a riscos, a vulnerabilidade das populações carentes é ampliada pela deficiência no acesso à educação e aos serviços de saúde, o que reduz a sua capacidade de lidar positivamente com esses riscos. Por outro lado, também o grau de reconhecimento, o nível de autonomia e de segurança, assim como o balanço entre esforço e recompensa e entre expectativas, realizações e frustrações que os indivíduos obtêm no curso de suas vidas são igualmente determinantes das condições de saúde e acompanham do mesmo modo o gradiente social, ou seja, as pessoas nos níveis mais baixos da escala hierárquica de poder na sociedade estão também submetidas aos agravos oriundos da falta de perspectiva e reconhecimento na vida, da frustração e da sensação de injustiça e impotência.

Esse entendimento da determinação social dos indivíduos, de sua vida e saúde, é uma síntese que realizamos a partir da análise da obra de Marx. Uma visão mais ampla desse tema encontrase no artigo de Fleury-Teixeira (1999). Ao tratarmos da apreensão marxiana da determinação social do indivíduo, podemos considerar Hegel como principal predecessor, pois é este que melhor apreende, ainda que de forma mística, a organicidade histórica e autoconstitutiva do ser social. Hegel, e com ele toda uma tradição da filosofia crítica bastante presente ainda hoje, entende a sociabilidade constitutiva do ser humano, das individualidades humanas, apenas sob a dimensão espiritual, ou seja, racional e dialógica, apenas, pois, no nível da interação entre consciências ou subjetividades puras. Marx, ao contrário, apreende a sociabilidade como caráter ontológico próprio do ser humano desde a sua produção e reprodução material, desde o trabalho e as relações sociais que se conformam na produção.

A apreensão da universalidade humana que até então, e infelizmente ainda hoje, se vê abstraída (como vontade geral, estado, espírito universal, razão universal etc.), desde a realidade da vida produtiva mesma, em conjunto com a identificação do indivíduo, a posição dos indivíduos interativos, como a própria posição dessa universalidade, atesta a radical novidade da solução que Marx instaura. Cremos que tal concepção pode ser notada com clareza na seguinte passagem dos *Grundrisse* (grifo nosso):

toda forma de produção é um modo determinado de interação da sociedade (dos indivíduos sociais) com a natureza. Interação por meio da qual os indivíduos se apropriam de parcelas dessa natureza na efetivação de sua existência. Essa apropriação é, sempre, a produção de indivíduos sociais - formados no intercurso social, dotados de necessidades e capacidades socialmente criadas ou condicionadas. As forças produtivas e relações sociais – dois lados diferentes do desenvolvimento do

indivíduo social – aparecem ao capital meramente como meios, e são meros meios para ele produzir em suas bases limitadas. (MARX, 1973, p. 706).

A inegável especificidade ontológica da formulação marxiana manifesta-se patentemente nessa definição dos indivíduos como seres sociais e do conjunto das forças produtivas e relações sociais como aspectos do desenvolvimento (logo, da objetividade) dos indivíduos sociais. Estamos aqui no plano da individualidade social, o plano da substância social autoproducente. Marx entende que o ser humano "é atividade social autocriadora. Este é o eixo dinâmico da objetividade social", da qual tudo o mais se torna predicado (consciência, corpo e toda a natureza que se transforma em seu 'corpo inorgânico'). A sociedade, isto é, os indivíduos em interação, por meio de sua atividade produtiva, criam, dentro das condições já desenvolvidas, as próprias condições reais de existência e, assim, o próprio ser social. Correlativamente, os indivíduos humanos se formam, têm sua individualidade determinada na interação social, sua essência é o conjunto das relações sociais (MARX, VI Tese ad Feuerbach), conformando, portanto, "sínteses máximas das formas de sociabilidade" (CHASIN, 1999, p. 59).

Como afirmamos acima, o exercício ativo da subjetividade e a realização das escolhas individuais perfazem a automediação da determinação social dos próprios indivíduos. A individualidade humana é, pois, síntese dinâmica e ativa da substância social em uma determinada particularização histórica — conforme os complexos sociais que concretamente determinam e compõem sua realidade, de acordo com a mediação ativa que o próprio indivíduo exerce sobre essa determinação. Sendo o indivíduo esta última mediação particularizante da produção de si mesmo, ressalta serem os elementos (objetivos e subjetivos) mais determinantes e significativos desta automediação, elementos sociais — ou seja, objetivações e relações sociais que configuram a malha de existência efetiva desse indivíduo específico, síntese dinâmica em uma série de particularizações desde as categorias estruturantes de toda a sociedade.

É correto, portanto, dizer que o indivíduo é automediação da substância social em sua mais singular determinação da substância social em sua mais aguda particularidade que, como tal síntese dinâmica, automediadora, é momento ativo da reprodução social.

Localizamos aqui uma grande conquista teórica marxiana, a qual pode ser vista transcendendo até mesmo aspectos isolados de sua análise crítica da fisiologia da sociabilidade do capital. Trata-se da apreensão, de caráter indiscutivelmente ontológico, do homem como ser social e do matrizamento da dinâmica histórica deste ser pela "lógica onímoda do trabalho" (Chasin, 1995), vale dizer sua determinação genética como atividade autoproducente; trata-se da delucidação da estrutura da substância social, isto é, do processo de individuação, da subjetivação das categorias sociais, e da reprodução objetiva destas pela interação entre os indivíduos, desde as condições técnicas do intercâmbio material com a natureza até as formas de relação e ordenamento social em todos os seus âmbitos. Trata-se, enfim, de apanhar a individualidade humana completamente inserida na tessitura social, como elemento ou momento determinado e constitutivo dessa mesma tessitura; de apreender o homem como substância social, ser específico, com es-

trutura e dinâmica específicas – substância social que plasma a essência das individualidades em sua interatividade, ao passo que é ela mesma a existência histórica efetiva dessa interatividade de indivíduos reais. O indivíduo é o ser social; seus pensamentos, sentimentos e suas escolhas são configurações sociais determinadas. Os dramas, os sofrimentos, as paixões dos indivíduos, no que estes têm de especificamente humanos são, pois, momentos tensionados e tensiogênicos (resolutiva ou irresolutivamente) da teia social em determinado âmbito.

A questão epistemológica dos modelos da determinação social da saúde

Sustentamos, na abertura deste artigo, que a determinação social da saúde tem um potencial criticamente sensível no âmbito político. No entanto, a sensação daqueles que militam no campo da saúde coletiva é que esse potencial não se realiza atualmente. A impressão disseminada é que o amontoado de pesquisas empíricas vinculando as condições de saúde de grupos populacionais a determinantes sociais diversos não consegue atingir um significado mais ativo nos espaços de deliberação e decisão públicas.

Questiona-se se essa incoerência é devida à posição epistemológica e metodológica hoje hegemônica no campo do conhecimento sobre esses determinantes a qual, por seus vícios e lacunas, desfibraria o conteúdo político da análise.

Considerável importância tem sido dada, portanto, à discussão epistemológica e à apresentação de modelos alternativos que, representando enfoques epistemológicos, tentam explicar por que mecanismos, processos e meios ocorre a determinação social da saúde. Essa discussão epistemológica pretende ser travada dentro do campo científico da epidemiologia, com a apresentação de modelos analíticos contra-hegemônicos.

Deve-se destacar, preliminarmente, que essa abordagem não é de modo algum específica da discussão sobre a metodologia científica no âmbito da epidemiologia e da determinação social da saúde, mas de todo o campo das ciências ou da teoria social. Boaventura de Souza Santos (2002), por exemplo, clama por formulações, indagações críticas, contra-hegemônicas, com capacidade de penetrar nos pressupostos epistemológicos e ontológicos do saber constituído, indagações que uniriam ciência e virtude, introduzindo a ordem do valor e da ética nos conceitos científicos. A seu ver, essa perspectiva epistemológica superaria o uso moralizador e normatizador de conceitos científicos que culpabilizam o indivíduo por sua situação social e legitimam relações de poder, apoiados no princípio da neutralidade científica (Santos, 2002, p. 117).

Um bom exemplo dessa visão crítica no âmbito da análise da determinação social da saúde encontra-se no artigo de Almeida-Filho (2004), em que o autor discute vários modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT).

O autor denuncia que o modelo do estresse, em sua formulação original, na obra de Cassel, baseado na análise de choques culturais, apresenta uma concepção extremamente ideologizada, identificando uma harmonia idílica nos contextos sociais ditos tradicionais (algo que, curiosa e infelizmente, vemos ressurgir em teorias críticas contemporâneas de caráter ecológico e multiculturalista). Além disso, aponta que o modelo de Cassel não tem, por sua própria estrutura,

sensibilidade para as desigualdades socioeeconômicas que são tão marcantes na determinação social da saúde. Já ao comentar as formulações de Wilkinson, Marmot e outros, hoje predominante nas organizações internacionais de saúde, como a Organização Mundial de Saúde (OMS), Almeida-Filho sustenta que, nesse caso, ainda que as desigualdades sociais e carências econômicas (privação ou pobreza) sejam tomadas como conceitos fundamentais do modelo, a visão de extração funcionalista "omite os determinantes econômicos da pobreza e privação e as raízes políticas das iniquidades sociais".

Em seguida, o autor dirige seu olhar para duas concepções contra-hegemônicas da determinação social da saúde, as quais procuram se amparar no campo teórico e político marxista e marcar a assim chamada epidemiologia social, ou escola latino-americana. Trata-se dos modelos de Laurell e Breilh. O primeiro identificando como eixo da determinação social a categoria do trabalho, em que a autora identifica os diversos determinantes sociais da saúde estreitamente vinculados às condições advindas do exercício profissional. O segundo, por seu turno, procura localizar na classe social o determinante central e busca identificar perfis epidemiológicos distintos acompanhando a distinção de classes sociais no interior das sociedades. Almeida-Filho critica em ambas o caráter mono-determinista e o insucesso ao pretender superar o conceito de risco da epidemiologia tradicional.

É nesse contexto que surge, a nosso ver, a discussão epistemológica mais profunda, quando o autor critica, em ambos os modelos, a presença de 'uma epistemologia internalista e polarizadora, na medida em que admitem uma precedência formal e funcional do objeto sobre o método'. Notamos aqui um enfoque subjetivista, marcante da modernidade de extração kantiana e da pós-modernidade. O mesmo enfoque é visto também nos comentários feitos por Nogueira (2009), em cuja obra enfoca a pretensão de uma hegemonia da epidemiologia tradicional no campo da determinação social da saúde. Em seus comentários, o autor investe especialmente contra o conceito de causa e seu uso na epidemiologia que lida com os determinantes sociais da saúde. Para ele esse conceito está contaminado por uma visão biologicista da saúde e por uma posição metodológica positivista; por isso, precisa ser superado por uma apropriação ontológica do conceito de determinação.

Concordamos que sob a questão epistemológica surge um problema essencialmente ontológico, como não poderia deixar de ser. Mas temos aqui uma posição que aponta em sentido bastante diverso. Não é possível no espaço deste artigo sequer delinear a discussão sobre esse tema, apenas acentuaremos aqui um princípio fundamental da visão marxiana e, independente desta, de qualquer posição materialista. Trata-se da apreensão da independência ontológica das coisas em relação ao pensamento. Cremos que essa posição simplifica bastante o debate sobre o tema e evita muitos e graves mal-entendidos comuns nesse campo, culminando todos num certo horror à razão, à ciência e à técnica, que é tão comum a diversas escolas críticas contemporâneas. Em uma visão materialista, seja como for que as representemos, as coisas, no campo físico e social da cotidianidade, têm uma realidade que não é construída pela nossa representação. Elas têm grande independência dessa representação e o esforço cognitivo volta-se justamente para

possibilitar o encontro das lógicas próprias, das causalidades, das determinações, da legalidade enfim, que é imanente às diversas objetividades, de modo a que possamos lidar com elas de maneira mais efetiva.

É preciso salientar que essa independência da objetividade no momento cognitivo ou científico também não pode ser confundida com a redução da objetividade social ao determinismo mecânico e abstrato de fatores materiais ou econômicos. Ao contrário a sociabilidade será sempre entretecida também pelas interações subjetivas no que importam fundamentalmente as diversas representações que aí se formam. Essas representações são, assim como as condições materiais de produção, igualmente determinantes e jogam com elas uma inter-relação complexa e diversificada na constituição das sociedades.

Salienta-se ainda que o aspecto central de objetividade no conhecimento científico jamais pode ser confundido com a neutralidade política ou a irresponsabilidade social na prática científica. Devemos reconhecer que o direcionamento das pesquisas e a sua aplicação são coisas um tanto distintas do momento cognitivo propriamente dito.

O embate correto e efetivo nos parece, portanto, ser não exatamente contra a epidemiologia tradicional e nem contra o uso dessa epidemiologia para a análise dos determinantes sociais da saúde, mas contra a realidade social que produz iniquidades de toda ordem, inclusive sanitária.

O debate epistemológico, a questão metodológica e o avanço científico, em todos os âmbitos, jamais deixarão de ser relevantes ao campo teórico e prático da determinação social da saúde. Isso não nega, porém que, de muitas maneiras, estaremos sempre falando apenas o óbvio e o que todos já sabem. As condições sociais de vida expressam-se no ser de cada indivíduo humano, inclusive em sua capacidade vital, em suas capacidades psicofisiológicas. O que é óbvio aqui é que diferentes condições sociais de vida resultam, em geral, em diferentes condições de saúde e duração da vida, ou, por contraface, de adoecimento e morte. Por isso, não afirmamos que temos de deter o avanço no campo do conhecimento e do convencimento. Existem ainda aqueles que precisam de mais e mais evidências e estas devem ser detalhadas e repetidas enquanto forem relevantes socialmente. Há ainda grandes lacunas no conhecimento dos nexos, dos processos, das determinações em sua microbiologia, assim como em sua micropsicologia e microssociologia. Todos são, por sua vez, campos em que é necessário desenvolver esse conhecimento. O que se deve perceber, no entanto, é que há evidência suficiente, seja ela empírica e imediatamente acessível a todos nós em nossa vida cotidiana, ou ainda que ela seja acumulada historicamente e detalhada epidemiologicamente, para que não haja espaço para dúvida razoável no âmbito social sobre a determinação social da saúde e suas implicações concretas na vida das pessoas.

Quem duvida que o impedimento de acesso a condições básicas de existência material, a falta de educação, as condições abusivas de trabalho em todas as dimensões, a injustiça e a falta de respeito e de dignidade nas relações sociais vão levar grandes grupos de pessoas ao adoecimento e morte precoce? Esses são alguns dos macrodeterminantes sociais da saúde das pessoas. São, reiteramos, altamente evidentes, ainda que em graus diversos, apresentando-se seja na perspectiva empírico-cotidiana, histórica ou epidemiológica. Sentimos isso em nosso cotidiano,

vemos essa realidade em nossa vida prática, temos suficiente evidência da modificação histórica das condições de saúde nas nações em conformidade com a melhoria das condições sociais de vida e temos forte evidência epidemiológica da associação entre elas e a expectativa de vida ou de doença e morte.

A nosso ver, portanto, a questão central no que toca ao poder mobilizante ou socialmente ativo do conhecimento sobre a determinação social da saúde não se encontra na estrutura epistemológica subjacente à epidemiologia tradicional. Também não nos parece que a produção de modelos contra-hegemônicos para a explicação de processos e mecanismos que conformam essa determinação seja hoje a peça faltante para que se consiga esse impulso mobilizador. Consideremos essa questão brevemente, pondo primeiramente em tela o modelo que Almeida-Filho, no artigo referido, assume como uma alternativa heuristicamente superior àquelas por ele analisadas e sinteticamente expostas acima. Trata-se de uma concepção derivada de Testa e baseada no conceito de 'modo de vida'. Entendemos que esse modelo funda-se em compreensão aproximada daquela que desenvolvemos anteriormente sobre a análise marxiana. É o que atesta o seguinte trecho:

A expressão 'modo de vida' foi empregada por Marx e Engels como elemento básico de análise das formações sociais pré-capitalistas, buscando particularmente situar a natureza não somente material e física da reprodução social. Em uma definição já bastante clara e elaborada, foi referido pela primeira vez na seção de abertura de A ideologia alemã, da seguinte forma:

O modo pelo qual os homens produzem seus meios de subsistência depende, antes de tudo, da natureza dos meios que eles encontram e têm de reproduzir. Este modo de produção não deve ser considerado, simplesmente, como a reprodução da existência física dos indivíduos. Trata-se, antes, de uma forma definida de atividade destes indivíduos, uma forma definida de expressarem suas vidas, um definido modo de vida deles. Assim como os indivíduos expressam suas vidas, assim eles são. (A ideologia alemã, 1846 apud ALMEIDA-FILHO, 2004, p. 873).

Afora ressalvarmos que a apreensão marxiana da determinação social dos indivíduos e, correlativamente, do seu caráter genérico, não surge da análise das formas sociais pré-capitalistas, mas justamente da crítica da sociabilidade capitalista, essa visão é, como dito, aproximada daquela que apresentamos anteriormente. Não necessitamos avançar, pois, sobre ela; apenas destacamos que, sobretudo, procura-se aí encontrar uma determinação social da vida individual desde a produção material, mas não pelo determinismo monocausal e mecânico.

Sustentamos que essa abordagem realmente tem potencial heurístico e político para o tratamento adequado do tema. No entanto, vemos que modelos tidos com positivistas, funcionalistas e biologicistas não merecem que se lhes impute a impotência atualmente identificada no campo da determinação social da saúde e o caráter regressivo pela atribuição de responsabilidades essencialmente individuais pelos determinantes da saúde. Ao contrário, modelos como o de Wilkinson e Marmot e aquele de Dahlgren e Whitehead, adotado pela Comissão Nacional

de Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) em seu relatório de 2008, são, a nosso ver, mesmo que analiticamente pouco esclarecedores, também potencialmente úteis para a analise dos determinantes sociais da saúde e para o embate social progressista e transformador a partir do tema. Sintetizamos a seguir o modelo adotado pela CNDSS para ilustrar essa afirmação:

Os indivíduos estão na base do modelo, com suas características individuais de idade, sexo e fatores genéticos que, evidentemente, exercem influência sobre seu potencial e suas condições de saúde. Na camada imediatamente externa, aparecem o comportamento e os estilos de vida individuais. Esta camada está situada no limiar entre os fatores individuais e os DSS, já que os comportamentos dependem não apenas de opções feitas pelo livre arbítrio das pessoas, mas também de DSS, como acesso a informações, propaganda, pressão de pares, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer, entre outros. A camada seguinte destaca a influência das redes comunitárias e de apoio, cuja maior ou menor riqueza expressa o nível de coesão social que, é de fundamental importância para a saúde da sociedade como um todo. No próximo nível, estão representados os fatores relacionados a condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde e educação, indicando que as pessoas em desvantagem social apresentam diferenciais de exposição e de vulnerabilidade aos riscos à saúde, como consequiência de condições habitacionais inadequadas, exposição a condições mais perigosas ou estressantes de trabalho e acesso menor aos serviços. Finalmente, no último nível, estão situados os macro-determinantes que possuem grande influência sobre as demais camadas e estão relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade, incluindo também determinantes supranacionais como o processo de globalização. (Brasil, 2008, p. 13-14).

Concluímos que não há uma dissintonia politicamente significativa entre esse modelo que apresenta a determinação em multiníveis, ou aquele de Marmot-Wilkinson, que acentua o elo psicossocial, e, por exemplo, a apreensão da saúde como um produto das condições concretas de trabalho e de reprodução da vida em cada classe social. Ao contrário, as evidências acumuladas nos estudos de Whitehall reforçam substancialmente essa concepção.

Entendemos que, sob o prisma político, não se carece, sobretudo, de um novo foco epistemológico nem mesmo científico nesse campo. O que precisa ser provado aqui já o está suficientemente para que se tomem as decisões sociais correspondentes. Se essas decisões sociais não são tomadas não é por falta ou deficiência epistemológica ou científica. Ela nos parece ser, antes, justamente uma questão, um problema, uma falta ou deficiência social ou, se quisermos, política.

A questão política

De fato toda questão pertinente à determinação social da saúde é essencialmente uma questão social, e como assumimos no início deste artigo a política tem um papel central no ordenamento social, logo, toda questão pertinente à determinação social da saúde é também uma questão política.

A organização do trabalho e a distribuição da riqueza na sociedade, o fornecimento e o acesso a bens e serviços públicos, a distribuição de poder e de reconhecimento em uma cultura são temas políticos centrais e, simultaneamente, como vimos, grandes determinantes sociais da saúde dos indivíduos.

A questão da determinação social da saúde pode e deve, portanto, ser tratada como uma questão política. Mas, do que trata enfim a política no ordenamento social?

Existem formulações bastante opostas quanto à posição ou difusão da política na sociedade. Pode-se considerar, como cremos que Marx o faz, a política como algo restrito ao poder de estado e outros, como Foucault que, ao que nos parece, vê a política difundida em todo o corpo social.

Sem que isso represente uma crítica às formulações de corte foucaultiano, que não teria lugar neste artigo, consideramos mais apropriado aproximarmo-nos do dimensionamento marxiano da política, localizando-a na arena da decisão pública. Definimos, portanto, política como a dimensão da decisão pública, ou seja: os fóruns e mecanismos da decisão (incluindo a deliberação) pública instrumentalizada, isto é, capaz de se fazer cumprir. Trata-se, pois, do âmbito e dos procedimentos institucionalizados para a deliberação e decisão públicas, para as deliberações e decisões feitas pela sociedade ou em nome dela. Veremos adiante que essa definição está implicitamente presente em grande parte do debate contemporâneo no campo da teoria política.

Ressalta-se aqui que na definição inicial incluímos a deliberação no momento decisório. Isto foi feito com o objetivo de afirmar que não aceitamos que o dispositivo político possa ser considerado ignorando-se o momento decisório ou que qualquer transformação significativa na estrutura política possa ser realizada apenas no momento deliberativo.

Antes de considerarmos o debate contemporâneo vamos abordar, ainda que de forma extremamente sintética, a análise marxiana do estado que nos servirá como um pano de fundo para nossa aproximação desse debate, como uma ferramenta para a condução de nosso raciocínio posterior.

Por definir a política essencialmente a partir do funcionamento do estado moderno, Marx insere sua análise da política, muito pouco elaborada, reconheçamos, na crítica à formação capitalista em geral e em especial em sua crítica da alienação característica dessa sociabilidade.

A visão marxiana da política é estruturalmente ou ontologicamente negativa, a seu ver o poder de Estado é forjado pela alienação das forças sociais e representa sempre uma usurpação dessas forças. Em contrapartida, a posição comunista afirma que os indivíduos podem e devem dirigir a sua vida social sem a intermediação do Estado e nem do mercado, reapropriando-se das forças alienadas política e economicamente.

No entendimento de Marx, no capitalismo as relações concorrenciais e mercantis perfazem, na própria estrutura da reprodução material dos homens, um tecido progressivamente social. Vale dizer primeiro que a sociedade capitalista é mais social do que as formas sociais prévias ou paracapitalistas (em que podemos incluir certamente a experiência bolchevique) e que por sua estrutura mesma tende a adensar, a intensificar esse caráter social da produção e da vida humana, desenvolvendo progressivamente a interdependência dos indivíduos em todo o mundo. Por outro lado, Marx também sempre denunciou as mediações sociais aí constituídas pelo fato de

que os homens não as dirigem conscientemente, mas, ao contrário, elas se lhes impõem como uma realidade aparentemente externa, como se fossem condições naturais, inscritas nas coisas que entre si se relacionam no mercado – incluindo as próprias capacidades produtivas humanas, que como quaisquer mercadorias se encontram nessa teia de relações 'puramente objetivas'.

Na visão marxiana, a liberação formal dos indivíduos de qualquer vínculo predeterminado pela sociedade, de qualquer posição predeterminada, mais ou menos fixa, no ordenamento social, que caracterizava os modos de produção anteriores (pense-se na condição do escravo ou do servo, por exemplo) é, portanto, a sua libertação enquanto abstração, sua autonomia enquanto isolamento, indiferença e contraposição. Simultaneamente, esta é realização máxima, até o momento, dos indivíduos como seres sociais criadores das próprias condições de existência. Essa é uma contradição dinâmica e transformadora que Marx vê em movimento com a dinâmica da reprodução social capitalista. A atividade subjetiva se põe e se eleva como energia verdadeira da produção moderna, da modernidade, e por esta mesma se perverte, se autoconsome, se nega, se destrói. Correlativamente, a realização da universalidade do indivíduo se aponta como presente, real, concreta e, ao mesmo tempo, impossível, falsa, ilusória. A subjetividade ativa é, por um lado, reduzida ao prosaísmo mercantil, enquanto, por outro, é exaltada, mas sublimada, na idealidade moral e/ou política.

Coerentemente, Marx afirma, então, os limites da emancipação política, capturada como forma institucional transiente, característica de ordenamentos da dinâmica social alienados, fundada exatamente na impotência da sociabilidade em assumir plenamente a própria gestão. Em suma, Marx apreende a determinação "ontonegativa da politicidade" (Chasin, 1995, p. 367). A generalidade dos indivíduos, impedida de realizar-se conscientemente desde sua vida prática, é elevada, abstratamente, à esfera exclusiva da política, ao Estado. Enquanto na sociedade civil os indivíduos tratam-se como meros meios para seus interesses privados, cada um degrada-se a essa mera função e todos se tornam joguetes de poderes estranhos, na esfera política, no Estado, todos funcionam, por princípio, como membros da comunidade (Marx, 1982, p. 45). Persiste, portanto, mesmo sob o estado político perfeito, o estado moderno democrático, o dualismo entre vida individual e vida genérica (Marx, 1982, p. 52).

Notamos que aqui está registrado um dilema da modernidade que se expressa em todas as áreas do pensamento social moderno e contemporâneo. Trata-se do grande dilema de como estabelecer as possibilidades e as bases normativas da vida comum sobre as condições mercantis capitalistas de vida, em que os indivíduos tornam-se unidades de auto-interesse exclusivo e excludente. Sob um de seus aspectos, localizamos aí a problemática insolúvel da contraposição sempre presente entre o poder de estado e a liberdade dos indivíduos privados, configurada no mercado. A necessidade imperativa da unidade nacional e, para tanto, da unicidade política e jurídica desperta em Hobbes a concepção do estado como um poder absoluto, o único capaz de se contrapor à beligerância mutuamente destrutiva e socialmente dissolutora das individualidades assim constituídas. É essa contraditoriedade que Smith vê resolvida pelo próprio mercado, pela via mística de uma mão mágica. Misticismo que sempre será a base ingênua, fantasiosa, do

raciocínio liberal de ontem e de sempre. Vemos essa contraditoriedade se apresentar também na forma de uma aporia propriamente filosófica ou ética, quando Rousseau (1978) anuncia, em seu *Do contrato social*, que os indivíduos nascem livres e, na mesma obra, sustenta que os indivíduos apenas alcançam a liberdade quando se submetem às leis que eles próprios criam. Trata-se da aporia entre uma liberdade natural, própria de indivíduos tomados como entidades naturais, conscientes e dotados de um autointeresse exclusivo e excludente, como concebidos na economia mercantil-capitalista; e uma liberdade que apenas surge na vida social, na produção e submissão às normas comuns. Vemos que é justamente essa contradição que Kant pretende resolver com o conceito de autonomia, garantindo que os indivíduos, mesmo tomados como consciências isoladas, irão encontrar uma moralidade comum por se identificarem como seres racionais livres. Destaque-se que a solução kantiana é, apesar de seu caráter essencialmente abstrato, base para grande parte da discussão ética e política contemporânea, encontrando-se, por exemplo, na resolução para os dilemas sociais buscada por Rawls.

Deve estar claro também que a identificação do caráter ontonegativo da esfera política não responde em nada a esse dilema e, em realidade, não apreende a política em sua inteireza. A mais simples observação mostra que a produção ou o fornecimento de bens públicos requer a existência do poder público; obviamente, sempre haverá a necessidade da deliberação e da gestão públicas. Reconhecemos, por isso, a necessidade positiva da política, a sua positividade ontológica. Como então superar o dilema da autonomia e responder ao desafio da afirmação de uma ordem social baseada na liberdade?

Saindo do espaço rarefeito e irresolutivo da racionalidade pura, o problema da autonomia é radicalmente trazido ao espaço social e identifica-se, portanto, ao problema da superação da alienação, pois a superação do ordenamento social estranhado é também, necessariamente, a afirmação da liberdade individual, da livre manifestação das subjetividades ativas.

Entendemos que essa solução só pode ser encontrada na perspectiva emancipatória do autogoverno e da máxima liberdade de escolha. Vem à tona, portanto, o tema da possibilidade e da forma do governo autonômico.

Apressamo-nos a esclarecer que não comungamos com a ilusória cisão da sociabilidade em âmbitos estanques, característica de toda uma filosofia social e sociologia contemporâneas, como visto em Habermas (1997) e Giddens (1996), por exemplo. De modo que sequer podemos imaginar o governo autonômico como uma realidade sobre a base do mercado capitalista. O caráter essencialmente alienado dessa forma de organização da produção e reprodução da vida material humana necessariamente mina e invalida as pretensões emancipatórias da livre deliberação e decisão coletivas.

Entendemos, portanto, que a perspectiva emancipatória se pauta pela dupla e indissociável superação da alienação econômica e política. E, mesmo que a superação da alienação capitalista e a perspectiva autonômica da livre deliberação e decisão coletivas não se apresentem diretamente em tela no debate atual nem no horizonte prático, esse *télos* certamente pode e deve ser um norte para os nossos debates e posicionamentos.

O debate político atual: o dilema da soberania popular e a democracia deliberativa

Nas próximas linhas consideraremos alguns aspectos do debate contemporâneo sobre a política enquanto processo de discussão e decisão pública, pontuando as características e os limites da forma hegemônica da democracia representativa e a emergência de formas pautadas por outros princípios e concepções do exercício da política. Consideraremos, em especial, as propostas e experiências de democracia deliberativa, as quais exigem e buscam o exercício da autonomia individual e a construção de um espaço ou de uma esfera pública em que se produzam os ideais e as normas de regulação social acordadas pelos membros de uma coletividade.

De partida, tem-se que a concepção de Estado, ligada à noção de uma ordem política impessoal ou constitucional vigente em um determinado território, é um produto da modernidade, sendo impensável no mundo medieval, no qual a noção de direitos está ausente. A emergência do Estado moderno implica, portanto, a emergência da noção de cidadania, que traz implícita uma ideia de igualdade, principalmente civil e posteriormente política e social. Uma questão central refere-se, portanto, às relações entre Estado, autoridade independente com direito supremo de lei e administração sobre determinado território, e os indivíduos, com direitos e interesses em determinar a natureza e limitar o poder estatal, inserindo a tensão entre sua soberania e a soberania popular (Held, 1989, p. 48). Essa tensão é, claramente, aquela que identificamos acima entre a liberdade individual e o poder do Estado, traduzida para o espaço da reflexão exclusivamente política.

No debate contemporâneo, a resposta de caráter liberal e conservador a esse dilema acompanha principalmente a Weber e Schumpeter. O modelo weberiano de democracia, como explicita Held, é altamente restritivo em relação à soberania popular, na medida em que, de acordo com ele, democracia nada mais seria do que uma forma de empossar líderes políticos qualificados, reduzindo-a a igualdade formal de direitos políticos (HELD, 1987, p. 145). Na esteira dessa visão adstringente da política, a soberania popular é considerada operacionalmente impossível e socialmente indesejável, dada a complexidade social contemporânea. Encontramos, entre nós, um exemplo emblemático dessa posição na obra de Santos (2007), autor que sustenta que toda busca de extravasamento dos limites e preceitos alienantes da democracia representativa na trajetória de uma participação direta dos indivíduos na gestão de sua existência comum representariam, ao contrário de uma extensão libertadora das prerrogativas e do exercício das liberdades individuais, violentos constrangimentos aos próprios e regressiva estrada rumo ao poder autocrático. Para esse autor, portanto, qualquer alteração nos procedimentos da democracia representativa parlamentar representaria um agravo maior contra a própria democracia. Falta a Santos, no entanto, a neutralidade científica suficiente para identificar, como Weber, que nos sistemas de representação livre (em que os representantes são livres para tomarem as decisões em nome dos representados; portanto, o sistema democrático parlamentar tradicional), o representante é o senhor e o representado o dominado (WEBER, 1994, p. 194).

Uma radicalização da posição liberal é, como aponta Avritzer evidenciada na produção de Antony Downs que, tratando o processo decisório na política pelos mesmos pressupostos das escolhas individuais operadas no mercado, exclui quaisquer considerações sobre os aspectos substantivos da democracia e apoiado em uma concepção exclusivamente utilitária e imediatista de racionalidade, evidencia e endossa, de forma cabal, a economização da política e anula a importância do processo de argumentação e deliberação públicas (AVRITZER, 1996).

Entendemos que essas visões de caráter conservador, elitista e, essencialmente, anti-humanista apoiam-se numa percepção hoje bastante anacrônica da complexidade social, pois justamente os desenvolvimentos dessa complexidade em seus aspectos tecnológicos e mesmo culturais têm apresentado novas e crescentes possibilidades para os processos deliberativos e decisórios diretamente sociais.

Uma posição intermediária entre essa visão estreita e alienada da política e as perspectivas mais substantivas de democratização da democracia pela via deliberativa e participativa encontrase no trabalho de Dahl (1971) que apresenta uma concepção pluralista da democracia. Assumida a impossibilidade de efetivar a democracia como governo da maioria no mundo real, como governo que expresse a soberania popular, Dahl pretende que o caráter democrático de um regime é assegurado pela existência de múltiplas minorias (HELD, 1987, p. 175). O cerne do argumento pluralista salienta a importância de grupos intermediários, grupos de interesses organizados, como um elemento positivo da prática democrática. A competição política entre partidos e grupos de interesses e entre indivíduos constitui mecanismos importantes por meio dos quais os cidadãos comuns exercem controle sobre os líderes, fazendo com que a existência de múltiplos grupos seja altamente positiva para a democracia (HELD, 1989, p. 58). A democracia é, portanto, entendida como um conjunto de estruturas institucionais que dão forma a uma intrincada teia de interesses e permite, por meio da competição, influenciar e selecionar lideranças, dando forma ao governo de múltiplas minorias, ou poliarquia. Dahl (1971) sustenta como uma das condições da poliarquia a possibilidade de os indivíduos apresentarem alternativas políticas e de se informarem a respeito delas, trazendo de volta à cena a questão da participação política, além de reconhecê-la como análise de alternativas e vocalização de preferências. Dahl ressalta, ainda, a importância da participação política para o desenvolvimento moral dos indivíduos, reintroduzindo certa substantividade na teoria democrática, ainda que não reconheça sua dimensão propriamente intersubjetiva e aborde essa normatividade restrita ao nível individual (AVRITZER, 1996, p. 97).

Entendemos que a crítica aos pressupostos das teorias acima pinceladas, as quais podem ser agrupadas sob o título de teorias realistas da democracia, abre caminhos para uma visão distinta de democracia, que tem no seu centro um compromisso fundamental com a dimensão essencialmente substantiva da política e que exige, portanto, uma visão ampliada da cidadania e do papel da participação popular.

Não desconsideramos, contudo, que a vigência da representação política tornou possível a democracia no nível do Estado-nação e significou, de fato, uma ampliação da participação popular no âmbito da formação do Estado. A cidadania política, a partir do sufrágio universal, garantiu a ampliação dessa participação. A representação, a regra da maioria e a divisão dos poderes configuram procedimentos indispensáveis às democracias modernas, mas, tais procedimentos

não são os mais adequados nem suficientes para se alcançar decisões legítimas. Podemos concluir, portanto, que os modelos realistas da política são aderentes ao conceito de democracia como método de seleção de governantes e como processo que regula a competição das elites políticas (Cohen; Arato, 1992, p. 4) e que essa abordagem é insuficiente para apreender a dimensão da política e resgatar a efetividade da democracia como forma de organização política e de ordenamento social na contemporaneidade.

Uma visão alternativa de grande importância no debate atual é aquela que concebe que o universo político não pode ser abordado plenamente por uma perspectiva centrada na ação estratégica de caráter mercantil, e pretende considerar a existência de uma dimensão autônoma deliberativa e argumentativa, a qual se contrapõe ao Estado e é distinta do mercado, sendo o debate e a deliberação pública, o coração e alma da vida democrática.

Nesse sentido, Avritzer (1996, p. 175), acompanhando a linha habermasiana, afirma que o "processo de argumentação próprio à política se distingue do princípio da barganha próprio do mercado" e que "a política implica um intercâmbio de argumento entre pessoas que se reconhecem umas às outras enquanto iguais em autoridade... A deliberação supõe um certo tipo de amizade cívica, uma atitude de abertura e persuasão... A interação estratégica, pelo contrário, pede que cada pessoa não leve em conta nenhum interesse a não ser o seu próprio. O seu meio não é o argumento, mas a barganha". O reconhecimento de um substrato normativo, de regras e valores compartilhados, no qual o 'outro' é portador de mesmos direitos, seria capaz, segundo o autor, de "fundamentar um entendimento da política enquanto constituição de formas de deliberação capazes de ultrapassar a mera agregação de interesses privados" (AVRITZER, 1996, p. 178).

Vemos que a concepção de democracia deliberativa, ao contrário da visão instrumental da política que caracteriza a abordagem realista, enfatiza os valores, os ideais e a ideia de bem comum como eixo da atividade política. Sendo assim, a democracia é descrita como uma forma de organização social cujos indivíduos operam com base no interesse público que transcende os interesses privados e egoístas. Tendo como matriz a tradição clássica republicana, essa concepção da prática democrática sustenta que a liberdade individual requer uma dedicação ampla à vida pública, estando a busca do bem comum acima dos interesses individuais (HELD,1987, p. 17). Nessa concepção, a democracia tornar-se-ia o equivalente da auto-organização política da sociedade como um todo, sendo o poder constituído pensado a partir da autodeterminação dos cidadãos e não a partir de seus representantes. Dentro dessa visão, a soberania não pode ser delegada: em seu caráter soberano, o povo não pode ter representantes. De forma geral, as visões vinculadas às concepções de democracia participativa e deliberativa sustentam um ideal da soberania popular e inserem no centro de seus esforços a justificação e a operacionalização desse ideal enquanto expressão da deliberação de todos e não só das elites. O que se pressupõe é que as decisões coletivas sobre o exercício do poder não são apenas possíveis nas sociedades complexas, mas também são necessárias para a legitimidade dos governos democráticos.

As visões de democracia deliberativa pressupõem que os cidadãos e seus representantes apresentem e discutam suas razões em fóruns públicos antes de tomar decisões que, nesse sen-

tido, não se darão unicamente a partir da competição das elites políticas no mercado político, mas sim por meio de mecanismos deliberativos, que têm como fundamento a participação e o diálogo dos cidadãos nesses fóruns. É desse processo de ampliação da informação, da transformação de preferências e da construção coletiva da vontade que emerge a legitimidade da política. No processo de discussão deliberativa, os indivíduos tornam-se mais informados sobre determinados assuntos, adquirem novas perspectivas não somente sobre possíveis alternativas, mas também sobre suas preferências. Dessa forma, a fonte de legitimidade não é dada pela vontade predeterminada de indivíduos, mas pelo processo de sua formação: uma decisão legítima, de acordo com Manin (1987, p. 352-353), não é aquela que representa simplesmente a vontade de todos, mas que resulta da deliberação de todos. A deliberação demanda a participação de todos, de forma que a decisão possa ser considerada como emanada do povo, o que resgata uma concepção original de soberania popular.

Vemos na proposição da democracia deliberativa uma formulação normativa, ética e racional, buscando numa racionalidade distinta da estratégica e mercantil um princípio discursivo (HABER-MAS, 1997) que fundamentaria uma democracia mais substantiva do que aquela que se obtém apenas com os processos representativos característicos da democracia tradicional e liberal. Essa propositura certamente abraça aspectos de grande relevância para a superação da alienação política, para a afirmação da autonomia. No entanto, é preciso atentar que depositar as esperanças em uma nova fundamentação ética e racional para a política pouco altera os processos reais de deliberação e decisão sociais e não vai muito além da afirmação de boa-fé que todos os humanistas racionalistas sempre buscam para projetar uma sociabilidade mais humanizada. Esse recurso, absolutamente crédulo em uma forma social atravessada pela mercantilização capitalista, e a exigência irrealista do consenso nos processos deliberativos fundamentais também se apresentam em Rawls (1997b), autor que certamente não pode ser classificado no campo da democracia deliberativa. Muito mais do que apenas uma coincidência, o que se nota aí são características comuns à tentativa de um tratamento racionalista da vida social. Por fim, as propostas de democracia deliberativa parecem entender, de modo quase inexplicável a nosso ver, que a auto-organização e autodeterminação social podem se realizar sobre as bases alienantes do modo de produção capitalista.

Para complementar esse breve panorama, gostaríamos de apontar que um grupo significativo de autores, dentre os quais destacamos Giddens (1996), não se antagonizam com as perspectivas de uma democracia deliberativa, mas concentram-se, fundamentalmente, em identificar e advogar a dissolução de parcelas significativas do poder na sociedade civil, numa dinâmica alcunhada pelo autor referido como democracia dialógica. Esses autores reconhecem aspectos centrais das transformações sociais em curso e as apontam como forças positivas para a transformação política, tais como a democratização da vida cotidiana, por meio da destradicionalização e reflexividade; o extravasamento da informação e os debates científicos para além dos fóruns de peritos; a perda de poder e representatividade dos partidos e estados nacionais em face da emergência e fortalecimento de instâncias da sociedade civil associadas à globalização produtiva e cultural; dentre outros. Porém, essa identificação e proposição de novas forças e

processos no cenário político não responde efetivamente ao dilema da contraposição entre a soberania do estado e a soberania popular, pois, também não enfrentam o problema da dupla alienação marcante da nossa sociabilidade, presente na decisão pública na forma da representação política e na produção e reprodução material por meio da lógica capitalista.

A transição societária social-democrática

O debate acima indicado deve ser compreendido no âmbito da transição societária que marca o mundo na contemporaneidade e que pode ser genericamente classificada sob o epíteto de social-democrática. De modo que a compreensão tanto da forma atual de exercício da política e de suas perspectivas, assim como de seu impacto sobre o ordenamento social e, portanto, sobre os determinantes sociais dos indivíduos, incluindo a sua saúde, requer uma análise, mesmo que preliminar, dessa transição.

Acreditamos que o processo social-democrático, em linhas gerais, pode ser caracterizado por algumas características centrais sinteticamente apresentadas a seguir:

- democracia formal: universalidade de direitos civis e políticos, eliminação de distinções ideológicas e culturais nesses campos. Eliminação ou redução significativa de direitos específicos de estamentos socialmente privilegiados;
- regulação pública do funcionamento da economia, ou seja, controle social da atividade econômica, com mecanismos de redução dos aspectos mais gravosos da lógica espontânea do capital, como aqueles que se apresentam nas políticas anticíclicas ou na proteção aos setores econômicos mais fragilizados na dinâmica do mercado;
- proteção social, com previdência social e mecanismos de assistência social universalizados, fornecimento e garantia de acesso a bens e serviços públicos como educação pública, transporte e outros equipamentos urbanos, prevenção de doenças e outros agravos à saúde e assistência aos doentes etc. Incluem-se aqui também as políticas de discriminação positiva, programas e ações de focalização e proteção especial a grupos socialmente excluídos ou desprivilegiados.

Identificamos esse conjunto de dinâmicas sociais inter-relacionadas mais ou menos sistematizadas em todos os autores de extração social-democrática e podemos exemplificar bem essa visão na proposta de fundação racional da estrutura social a partir de princípios de justiça que encontramos na obra de Rawls. Em sua *Teoria da justiça* esses princípios estruturantes são enunciados em uma ordem serial que deve ser respeitada na estruturação social:

Primeiro: cada pessoa deve ter um direito igual ao mais abrangente sistema de liberdades básicas iguais que seja compatível com um sistema semelhante de liberdade para as outras.

Segundo: as desigualdades sociais e econômicas devem ser ordenadas de tal modo que sejam ao mesmo tempo: a) consideradas como vantajosas para todos dentro dos limites do razoável, e b) vinculadas a posições e cargos acessíveis a todos. (1997b, p. 64).

O primeiro princípio refere-se justamente aos direitos civis e políticos acima apresentados sob o título de democracia formal. Já o segundo refere-se ao fornecimento de bens e serviços públicos, à proteção social, ao controle da economia e à implantação de medidas de discriminação positiva de modo a garantir o acesso equitativo aos cargos, ao provimento de condições básicas de vida para todos e à certificação de que as desigualdades sociais estejam presentes apenas se forem benéficas para os menos favorecidos.

Mais consistente ainda, como proposta de uma estrutura societária social-democrática (marcada pela interdeterminação e interdependência dos caracteres acima expostos), é a introdução subsequente, no livro *O liberalismo político*, da garantia de condições materiais básicas de vida para todos, da satisfação de necessidades básicas, como uma condição prévia até mesmo ao primeiro princípio, pois o autor passa a compreender que a garantia das liberdades civis e políticas requer essa base material (RAWLS, 1997a).

Sustentamos que as características que apontamos acima representam dinâmicas sociais que se complementam, interdeterminam e, em muitas dimensões, se superpõem, compondo um todo que marca realmente um processo de transição societária. Com efeito, a combinação desses processos tem garantido, para os países que os consolidaram, um desenvolvimento relativamente sustentado e um padrão de vida bastante satisfatório, em termos históricos e na comparação com outros povos, mesmo para as pessoas mais desprivilegiadas nessas sociedades, conformando um padrão social bastante distinto daquele que caracterizou o capitalismo liberal, vivenciado nesses mesmos países nas décadas que se sucederam à revolução industrial.

Esse processo é bastante visível a partir da segunda metade do século passado, mas é fato que ele vem se desenvolvendo ao longo de um período já secular, retrocedendo pelo menos à segunda metade do século 19, quando se avolumaram os movimentos sociais em defesa da regulamentação básica das condições de trabalho (incluindo-se a sua remuneração) e dos direitos civis e políticos na Europa e nos Estados Unidos. Insistimos na apreensão do processo de social-democratização em seu já longo curso histórico e na classificação da social-democracia como um padrão societário para evitarmos a sua identificação apenas ao provimento estatal de bens e serviços públicos e à presença mais ostensiva do Estado na regulação econômica, com o que atualmente se pretende distingui-la de formas aparentemente liberais de ordenamento social.

A título de ilustração, podemos afirmar, por exemplo, que apesar de todo discurso contrário e de toda a mobilização ideológica em torno do neoliberalismo, as economias desenvolvidas são hoje, em que pese suas peculiaridades e significativas diferenças, sociais-democracias relativamente bem consolidadas. Em defesa dessa tese, cremos ser notável como na recente crise nenhum desses países relutou nem um instante em lançar mão do aparentemente abandonado arsenal keynesiano, indo mesmo ao extremo da estatização aberta ou velada de parcelas não desprezíveis de seus sistemas financeiros.

Essa relativa consolidação da social-democracia como um padrão societário confirma-se pela interdeterminação dos diversos processos que a caracterizam como apontado acima. Assim é que as sociedades formalmente democráticas avançaram em seu amadurecimento institucional

pari passu com a redução da desigualdade material, até os atuais níveis de distribuição de renda, apresentando uma equidade sequer imaginável nas origens do capitalismo, mesmo depois da ocorrência de ampliações do fosso social nas décadas de 1980 e 1990 . Comprova-se, por isso mesmo, uma forte correlação negativa entre o amadurecimento democrático por um lado e a desigualdade distributiva por outro, com alguns *outliners* conhecidos, como os Estados Unidos da América. O índice de Gini nos Estados Unidos (0,4) é bem maior, certamente, do que aqueles do Japão e da Suécia (0,25 e 0,24 respectivamente), mas, lembremos, persiste muito menor do que no Brasil (0,57). É notório que os países com menor tradição democrática (à exceção daqueles oriundos do antigo bloco bolchevique) têm consistentemente índices de Gini acima de 0,4 e altos níveis de pobreza e miséria¹.

Outra característica que mostra a interdeterminação e interdependência dos diversos aspectos da social-democracia, conformando realmente um padrão societário de transição desde a forma liberal do capitalismo, é o fato de que todas as economias desenvolvidas, ou seja, todas as sociedades de social-democracia mais consolidada apresentam investimento em proteção social (previdência pública, assistência social e Saúde Pública) acima de 25% do seu Produto Interno Bruto (PIB). Esse padrão é válido mesmo para os Estados Unidos, se consideramos os dados após o efeito da tributação (ADEMA, 2006), ao passo que os países de renda média e que tradicionalmente estão em democracias ainda não estabilizadas ou em ditaduras investem abaixo de 15% do seu PIB².

Hoje é possível confirmar que mesmo a chamada onda neoliberal não alterou significativamente e não quebrou a estrutura social-democrática, em nenhuma das nações ricas. De fato essa onda se mostrou muito mais retórica do que efetiva. Tome-se, apenas a título de ilustração, a Inglaterra da dama de ferro. Época em que os gastos públicos com a proteção social continuaram crescendo como nos períodos anteriores, enquanto em 1980 eram da ordem de £90 bilhões, em 1996 já atingiam £140 bilhões (ambas as cifras em valores de 1996) (Hills, 1999, p. 82). Do mesmo modo o exemplar sistema de saúde público de acesso universal continuou intacto na Inglaterra, apesar das pretensões contrárias dos liberais no poder, até porque ele se mostra o sistema mais eficiente dentre todos os países da OCDE (Hills, 1999, p. 79). De fato, aquelas características definidoras da social-democracia não foram desmanteladas ou eliminadas em nenhuma das economias desenvolvidas.

Aspecto importante do período chamado de neoliberal, que, no entanto, não altera a análise feita ate aqui, foi a redução do controle estatal sobre o fluxo financeiro internacional e a redução de barreiras alfandegárias, o que representou condição importante para a aceleração da globalização da produção, isto é, para a mundialização da humanidade. De fato, no momento presente, um aspecto crítico da consolidação social-democrática está na mundialização acelerada da vida econômica e, correspondentemente, social na ausência de fóruns institucionais com um

¹ Esses dados são oriundos do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e podem ser consultados em: http://hdrstats.undp.org/en/indicators/147.html

² Esses últimos dados são provenientes de apanhado do autor sobre estatísticas do Banco Mundial, da Organização para Cooperação Desenvolvimento Econômico (OCDE), Eurostat e outras fontes.

mínimo de legitimidade e efetividade para reproduzirem no espaço global algumas das características da social-democracia atingidas nas nações ricas.

Afirmamos acima que o processo de social-democratização se consolidou nas nações mais ricas do mundo por meio de uma amálgama, peculiar em cada uma delas, dos traços que lhe são característicos e que a formação desse amálgama tem conformado um novo patamar societário, significativamente distinto daquele que se forjou nos primórdios do capitalismo e que podemos muito bem classificar como liberal. Contudo, é preciso também explicitar que essa formação social é essencialmente um momento de transição e como tal será sempre um híbrido internamente autocontraditado.

Um aspecto dessa contradição é que a social-democracia sempre sustentará o mercado capitalista como a forma adequada ou mesmo ideal de ordenamento da produção e distribuição da riqueza na sociedade, sobre o qual devem se impor os constrangimentos necessários para o controle das crises econômicas e a garantia de condições básicas de vida adequadas e equitativas. Mas, sabemos bem que a lógica do capital procura e encontra constantemente meios de se sobrepor a esses limites e constrangimentos, já que um dos aspectos centrais de sua natureza é justamente a tendência à superação de todos os limites institucionais ou culturais à sua livre acumulação e expansão. Outro aspecto da contradição social-democrática é a sua busca e ao mesmo tempo negação da soberania popular, o seu impulso e negação da perspectiva de intervenção direta dos indivíduos na gestão da sociedade.

Os dois aspectos da contraditoriedade estão interligados e, como temos afirmado, só podem ser superados em uma dinâmica de transformação social que abranja a ambos. A nosso ver, portanto, o processo de social-democratização deve ser conduzido à dupla superação da lógica do capital (vale dizer do império do lucro) no ordenamento da produção e reprodução material da vida humana e das formas aristocráticas de deliberação e decisão social. Deve ser conduzido, portanto, ao ordenamento social (em sua dimensão local, nacional, mas também global, mundial) pela livre deliberação e decisão públicas coletivas, o que significa também a superação da alienação e a conquista da autonomia.

Entendemos que a social-democracia pode tomar esse direcionamento na medida em que constitui um evolver impulsionado pela própria dinâmica contraditória do capitalismo, que procuramos apontar sinteticamente paginas atrás e que está bem configurada nas seguintes palavras de Marx:

Essa forma antitética é ela mesma passageira e produz sua própria negação. O resultado é: o desenvolvimento tendencial e potencialmente geral das forças de produção – da riqueza como tal – como uma base; igualmente, a universalidade de intercâmbio, logo o mercado mundial como uma base. A base como uma possibilidade do desenvolvimento universal do indivíduo, e o desenvolvimento real dos indivíduos a partir dessa base como uma constante superação de seu limite, que é reconhecido não como uma barreira, não é tomado como um limite sagrado. Não uma universalidade imaginada ou ideal dos indivíduos, mas a universalidade de suas relações reais e ideais. (1973, p. 541-542).

A dupla superação acima referida deve ser, portanto, o sentido para o qual as forças progressistas devem procurar conduzir os processos sociais e o metro pelo qual devemos julgar as configurações sociais (econômicas e, obviamente, políticas, inclusive) presentes e as suas perspectivas futuras. Aplicando esse critério à análise da situação brasileira, encontramos as seguintes características mais significativas.

Os países pobres e de renda média marcadamente não se estabeleceram sobre bases social-democráticas, sendo barbarizados por uma cultura, um padrão societário, com traços marcantes da ordem liberal que conformou o capitalismo da revolução industrial, em que a ampla liberda-de do capital é correlacionada com a restrição de direitos políticos e civis, a ausência de mecanismos seguros e suficientes de proteção social, níveis extremos de desigualdade social e todas as dramáticas condições de padecimento (incluindo-se aí o adoecimento e a morte precoce) a que estão condenados parcelas majoritárias dessas sociedades.

Temos que reconhecer, no entanto, que no Brasil entramos, nos últimos 15 anos, na senda da social-democratização e estamos nas etapas iniciais de sua consolidação. Apresentamos a seguir os traços mais marcantes desse processo.

- A consolidação da democracia política formal e a ampliação dos direitos civis;
- a ampliação da capacidade regulatória do estado sobre a economia;
- a eliminação ou restrição dos mecanismos de apropriação privada das receitas públicas e a melhoria do controle das contas públicas;
- a ampliação do controle social sobre o estado e as atividades corporativas nos setores de prestação de serviços públicos, a implantação de mecanismos de democracia participativa em diversos níveis e áreas da gestão pública especialmente no campo das políticas sociais;
- a ampliação da proteção social, incluindo-se aqui, em um conceito alargado, desde a
 assistência aos doentes e proteção à saúde e educação pública até a ampliação do direito
 à previdência social, os mecanismos de transferência de renda e a recuperação do salário
 mínimo, com a consequente melhoria das condições básicas de vida da população e posterior redução das desigualdades sociais.

Em todas essas dimensões e no conjunto da vida social, como em todo processo incipiente, temos tanto traços de avanço como graves deficiências. No entanto, apesar das ainda trágicas condições de vida de grande parte da sociedade brasileira, da injustiça, desigualdade e discriminação social que ainda marcam nosso país, esse processo de social-democratização é confirmado pelos principais indicadores sociais e econômicos e comprovado pelos recentes relatórios dos mais diversos institutos de pesquisa e estatística do país.

A conjuntura brasileira que se abre diante de nós é marcada pela perspectiva consistente de crescimento econômico sustentado e pelo fato de que no cenário político nacional as principais forças, aquelas que se apresentam efetivamente no palco da disputa presidencial em curso são, em que pese as suas diferenças, manifestamente aderentes a esse campo ideológico social democrático.

Apresenta-se diante de nós, portanto, um quadro histórico com grande potencial para ampliação das características sociais definidoras da social-democracia, uma oportunidade histórica para a conquista de um novo patamar civilizatório no país e para o encaminhamento da transformação social mundial que definimos pela dupla superação referida ao longo deste artigo.

Cremos ser suficientemente evidente para todos como a consolidação da transição social-democrática impacta positivamente a determinação social da vida e saúde das maiores parcelas da população brasileira. Não é cabível no âmbito deste artigo uma discussão mesmo que mínima sobre os diversos âmbitos dessa modificação. No entanto, dentro do setor saúde, alguns pontos possuem tal relevância que nos obrigam a mencioná-los.

Em primeiro lugar, ainda que não seja jamais desprezível a conquista de direitos formais, temos que reconhecer que a realização do sistema único de saúde é menos do que parcial, a universalidade e a integralidade são letras apagadas na vida real. De fato, é bem agora, em que já acumulamos um patamar mínimo de avanço social, que poderemos efetivamente decidir que modelo de assistência à saúde a sociedade brasileira de fato adotará, e a universalidade deve impor-se aqui não apenas como uma escolha ética de solidariedade social, mas como aquela de maior racionalidade econômica. Aspecto central neste debate devem ser a condenação e eliminação do financiamento público à assistência privada à saúde, a chamada saúde suplementar.

Em segundo lugar, os mecanismos de democracia participativa, desde aqueles tradicionais representados pelos conselhos deliberativos das instituições previdenciárias com participação corporativa, até aqueles de participação popular ou comunitária, introduzidos após a constituição de 1988, encontram-se, em sua quase totalidade, esvaziados e sem qualquer representatividade para realmente falarem em nome da população e constituírem-se em fóruns efetivamente deliberativos. Entendemos que a crítica decidida aos modelos representativos adotados nesses conselhos e o resgate destes espaços para a vida social ativa e transformadora são fundamentais para a conquista dos avanços sociais que o quadro histórico favorável nos apresenta.

Referências

- ADEMA, W. Social assistance policy development and the provision of a decent level of income in selected OECD Countries, 2006.
 Disponível em http://www.oecd.org/dataoecd/51/19/37224078.pdf. Acesso em: 28 abr. 2010.
- 2. Almeida-Filho, N. Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro out./dez., v. 9 n. 4, p. 865-884, 2004.
- 3. AVRITZER, L. A moralidade da democracia. São Paulo: Perspectiva, 1996.
- 4. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil*. Relatório Final. Ministério da Saúde: Brasília, 2008. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/determinantesdesauderelatorio.pdf. Acesso em: 28 abr. 2010.
- 5. Chasin, J. Ad Hominen rota e prospectiva de um projeto marxista. Revista Ad Hominen. São Paulo, n. 1, tomo I, p. 9-82, 1999.
- Marx: estatuto ontológico e resolução metodológica. In: Teixeira, Francisco J.S. Pensando com Marx. São Paulo: Ensaio, 1995.

- 7. COHEN, J.; ARATO, A. Civil society and political theory. Cambridge: The Mit Press, 1992.
- 8. Dahl, R.D. Polyarchy: Participation and Opposition. New Haven: Yale University Press, 1971
- 9. FLEURY-TEIXEIRA, P. A individualidade humana na obra marxiana de 1843 a 1848. São Paulo: Ad Hominen, 1999. p. 219-281.
- 10. GIDDENS, A. Para além da esquerda e da direita. São Paulo: UNESP, 1996.
- 11. Habermas, J. *Direito e democracia*: entre facticidade e validade. Tradução: Flávio Beno Siebeneichler. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1997. v. 1.
- 12. Held, D. Political Theory and the Modern State. Polity Press and Stanford University Press, 1989.
- 13. _____. Models of Democracy. Polity Press and Stanford University Press, 1987.
- 14. Hills, J. The welfare state in the UK: evolution, funding and reform (1999). *Journal of population and social security* (2002–2003). Disponível em: http://www.ipss.go.jp/syoushika/bunken/sakuin/kaigai/..%5C..%5Cdata%5Cpdf%5C14468809.pdf. Acesso em: 28 abr. 2010.
- 15. Marx, K. La question juive. *OeuvresIII* (Philosophie). Paris: Gallimard, 1982. p. 45-70.
- 16. ______. Grundrisse Foundations of the critique of political economy. New York: Vintage Books, 1973.
- 17. Nogueira, R.P. Determinantes, determiniação e determinismo sociais. Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v.33, n. 83, p. 397-406, set./dez. 2009.
- 18. RAWLS, J. O liberalismo político. Lisboa: Presença, 1997a.
- 19. _____. Uma teoria da justiça. São Paulo: Martins Fontes, 1997b.
- 20. Rousseau, J-J. Do contrato social. São Paulo: Abril Cultural, 1978.
- 21. SANTOS, B.S. Crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2002.
- 22. Santos, W.G. O paradoxo de Rousseau. Uma interpretação democrática da vontade geral. Rio de Janeiro: Rocco, 2007.
- 23. Weber, M. Economia e sociedade. 3. ed. Brasília: UnB, 1994. v. 1.

El papel del trabajo en la determinación de las desigualdades en salud: Reflexión crítica sobre el Informe de la Comisión de Conocimiento sobre las Condiciones de Empleo de la Organización Mundial de la Salud (Employment Conditions Knowledge Network)

> Silvia Tamez González Catalina Eibenschutz Hartman Iliana Camacho Cuapio

La reforma puede ser entonces un terreno de acción privilegiado no solo para atender mejor a los italianos (lo que será bastante arduo y prolongado), sino para unirlos en una obra de renovación para que la salud prevalezca sobre la enfermedad, es menester transformar profundamente el comportamiento cotidiano, el modelo de vida, la producción de consumo, la forma de participación en la actividad comunitaria, la guía política del gobierno y de las administraciones locales.

Es necesaria una profunda revolución que comprometa a los partidos, que cambie la existencia diaria de todos.

Este es el desafío.

Giovanni Berlinguer

Introducción

Los informes de la Comisión de Determinantes Sociales de Salud (CDSS), por su nombre en inglés, *Commission on Social Determinants of Health* (CSDH), promovidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), constituyeron una respuesta a la necesidad de cambiar las condiciones que configuran en el mundo una situación apremiante en lo que toca al nivel de vida de grandes grupos poblacionales y, por lo tanto, al estado de salud a nivel global.

Diversos análisis en torno a estos informes han subrayado su importancia pues aportan un abordaje diferente al modelo ecológico, tanto para la explicación de la problemática de salud como para las acciones de intervención sobre ella. Aun reconociendo los aportes brindados por la CDSS, algunos análisis consultados (Alames, 2008) también han señalado que este abordaje ha sido propuesto por la Medicina Social (MS) y la Salud Colectiva (SC) desde la década de los 1970 del siglo pasado, y también han señalado varias limitaciones del enfoque de determinantes pues ya desde entonces se han venido produciendo sucesivas propuestas desde la perspectiva de la determinación del proceso salud-enfermedad.

Sin embargo, a partir de la publicación del informe de la CDSS, sus planteamientos están sirviendo de base en el quehacer de muchos Gobiernos, de los estudiosos y profesionales en el campo y también como base para retroalimentar modificaciones en los sistemas de salud.

En el taller latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud (DSS) de la ALAMES realizado en México, en 2008, el eje de la reflexión sobre el informe final de la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS tuvo como marco:

[...] establecer lo que es inherente a la sociedad capitalista en términos de sus formas de división del trabajo, de propiedad, y de poder, así como sus formas de reproducción, para de ahí explicar cómo es que se producen las abismales diferencias en la calidad de vida de distintas clases sociales, géneros y de etnias. A su vez, se busca explicar las formas a través de las cuales los individuos y colectividades crean un conjunto de sentidos y significados de la salud y la vida que se materializan en prácticas en salud, que al interactuar con las condiciones de vida, determinadas por las formas de organización social, conforman modos de vida. (ALAMES, 2008).

Lo que se pretende con este trabajo es proponer una reflexión que pensamos es crucial en este momento para nuestra región latinoamericana y que consiste en analizar los posibles vínculos entre el mundo laboral y los sistemas de salud, en la perspectiva de un mejoramiento real de las condiciones de vida y de salud de la población.

Para tal efecto, en este documento, presentamos una descripción y algunas reflexiones respecto al Informe de la Comisión de Conocimiento sobre las Condiciones de Empleo (*Employment Conditions Knowledge Network*, EMCONET, por sus siglas en inglés) que hace parte del informe final de la CDSS. Es importante señalar que el informe de la EMCONET es un documento muy amplio y en algunos aspectos muy exhaustivo y con muchísima documentación, imposible de abarcar en su totalidad en un trabajo de esta naturaleza.

Es decir, de los seis apartados del Informe, fueron retomados para este análisis, la Introducción en la que se expone el contexto, se presentan y argumentan las categorías principales de análisis y los objetivos; el apartado dos, que detalla el método de análisis para la obtención de su propuesta teórica; el capítulo tres, de resultados, específicamente en lo que se refiere a su propuesta teórica y por último, el apartado de recomendaciones.

El eje del análisis del documento de la Red de Conocimiento sobre las Condiciones de Empleo gira alrededor de la idea que en su contenido nunca hace referencia clara al sistema capitalista y a las relaciones de capitalismo salvaje que definen la lógica social como principal origen de las desigualdades en nuestros países, ni mucho menos se habla de la necesidad de un cambio social profundo como solución real a los problemas tan abundantes y acertadamente documentados. Si bien se hacen llamados para aliviar la situación a lo largo de todo el documento, esta convocatoria queda solamente como una denuncia en base a evidencias de una situación catastrófica en el mundo del trabajo y de la salud de los trabajadores y sus familias.

A través de esta crítica se pretende visualizar y exponer elementos que permitan la construcción de ideas en la perspectiva de contribuir a la propuesta de un sistema de salud que, además de asumir una posición teórica respecto a las desigualdades de salud, nos permita avanzar en la lucha por disminuir las desigualdades sociales.

Esta no es una tarea fácil ni que pueda lograrse con un documento de estas características, pero pensamos que en este espacio, el *Centro Brasileiro de Estudos de Saúde* (CEBES) ha puesto en concurso sus mejores oficios para avanzar en este camino a través de la exposición y el debate de ideas con una voluntad política de transformación. Esperamos aportar a este esfuerzo.

Red de conocimiento de las condiciones de empleo Contexto

Este apartado inicia con afirmaciones tan prometedoras como que "[...] El cómo las inequidades en salud son abordadas en una sociedad es un asunto político" y que dichas inequidades "[...] bien pueden ser aceptadas como un resultado inevitable de diferencias genéticas, de conductas individuales y el mercado económico o pueden ser vistas como un producto social que debe ser remediado" y también que, "el reconocimiento explícito de que la reducción de las inequidades de salud depende, en gran medida, de la distribución de poder entre los diferentes actores políticos y del rol del Estado" (EMPLOYMENT CONDITIONS KNOWLEDGE NETWORK, 2007, p. 20).

Sin embargo, la idea central en la que descansan los principales problemas para poder considerar el trabajo como un determinante social de las inequidades de salud se reduce, posteriormente, a la falta de información en salud pública en los países pobres, que es dónde se encuentra la mayor parte de trabajo esclavo e infantil; falta de información estadística en los mismos países; falta de formación social de los epidemiólogos; bajos recursos de los investigadores interesados en estos temas y, por lo tanto, bajo desarrollo de teoría dedicada a estudiar este tipo de problemas.

Desde nuestro punto de vista, el contexto presentado no cumple su función pues se limita a presentar los principales conceptos y objetivos del estudio y las limitaciones metodológicas que

de inicio tuvieron para realizarlo. Se enfatizan también las dificultades que ofrece la comparación entre países de diferentes niveles de desarrollo, debido, fundamentalmente, a la insuficiencia de los sistemas de información en salud pública y de los asuntos laborales en los países de "bajo desarrollo", ubicados sobre todo en Asia, África y América Latina.

Es decir, en este apartado se mencionan aspectos reales pero que son resultados precisamente de la asimetría en la distribución de la riqueza social y por supuesto de la inequidad de poder que determina dicha distribución.

Existen varios aspectos que no son considerados en lo que se llama contexto. En primer lugar, llama la atención que nunca se hace referencia al proceso capitalista de trabajo y a los cambios que ha sufrido a causa de la crisis global de este modelo de acumulación y del papel que han jugado los organismos internacionales que regulan las economías, especialmente el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional.

En consecuencia, pierden de vista que, tal y como Michel Marmot concluye en el informe en el que analiza las políticas del FMI, la crisis global y la escasez de los recursos para la salud (ACTION FOR GLOBAL HEALTH, 2010), mientras no se modifiquen o contrarresten de manera efectiva las condiciones impuestas por estos organismos, la mayoría de las propuestas carecen de viabilidad.

En este escenario de crisis global, es claro que los grandes capitales "buscarán apalancarse y recomponer sus tasas de ganancia mediante mecanismos que conllevan un serio peligro para la salud y los ecosistemas" (BREILH, 2008).

Los conceptos

En un segundo momento y dentro del mismo capítulo de contexto, el Informe señala que, en general, los textos y estudios de salud laboral y trabajo no hacen ninguna referencia a la importancia de las condiciones laborales como determinantes sociales de la salud en general y como fuente de inequidades sociales en salud y plantea la necesidad de establecer relación entre estas categorías.

Derivado de la consideración anterior, se proponen algunos conceptos que, desde el punto de vista de los autores, posibilitan el establecimiento de vínculos entre ambos niveles de análisis. Los conceptos propuestos son: relaciones laborales, condiciones laborales y condiciones de trabajo, que si bien son conceptos diferentes están estrechamente relacionados entre sí.

Las relaciones de trabajo o laborales son definidas como relaciones entre los empresarios y los trabajadores, las cuales tienen que ser establecidas por contrato. Llama la atención que no existe una definición precisa de este concepto y mucho menos se ofrece algo que se acerque a una forma operativa de estudiarlas, pues da la impresión que los conceptos fueron tomados del marxismo pero que existe cierta timidez, por decirlo de algún modo, en el manejo de las categorías y la resultante es un lenguaje ambiguo.

Desde nuestra perspectiva, el concepto 'relaciones laborales' (*employment relations*, en inglés) no sólo es ambiguo, sino que está totalmente preñado de la concepción capitalista que ve a la sociedad como si estuviera conformada por individuos iguales y libres que establecen relaciones

entre ellos mediante contratos y asociaciones voluntarias. Para la *Employment Conditions Knowled-ge Network* (EMCONET), las relaciones laborales son aquellas que establecen 'un empleador' y 'un empleado' (EMPLOYMENT CONDITIONS KNOWLEDGE, 2007, p. 20). El primero contrata trabajadores para que realicen un trabajo útil para después vender un bien o servicio, mientras que el segundo contribuye con trabajo a la empresa a cambio de un salario. ¿Y el análisis de la mercancía? ¿Y la relación de explotación? Es decir, en su discurso ignoran 150 años de debate económico para que el resto de su construcción teórica pueda levantarse sin fisuras y llegar a las conclusiones 'políticamente correctas' a las que arriban. Al respecto, Breilh (2008) plantea que, la

CDSS adopta una postura neo-causalista. Así, los determinantes sociales son vistos como factores de riesgo con conexiones externas entre sí, dejándose de lado en el análisis la determinación como proceso y modo histórico estructurado y que están ausentes las categorías definitorias del conjunto y su lógica (acumulación, propiedad, relaciones sociales), el énfasis está en lo que se llama gobernanza y políticas. (p. 35).

Por otro lado, al decir de los autores, este concepto (relaciones laborales) ofrece muchas dificultades para su operación y, por esa razón, consideran que el análisis del segundo concepto – condiciones de empleo – permite captar la problemática de la relación entre trabajo e inequidades en salud y propone las siguientes categorías para estudiarlo: desempleo, empleo precario, empleo informal y autoempleo (*informal job*), trabajo infantil, trabajo esclavo y forzado. Por su parte, en el nivel más concreto, se encuentran las condiciones de trabajo que corresponden a la denominada teoría del riesgo, pues se consideran riesgos físicos, químicos, biológicos, psicosociales, etc., es decir, el entorno más inmediato en la realización de la actividad laboral.

Las relaciones inequitativas de origen en el capitalismo no son expuestas con claridad, pues en ningún lado se hace referencia a que son las relaciones sociales de producción o lo que ellos llaman relaciones laborales, las que intrínsecamente contienen las condiciones para la acumulación de poder por parte de los representantes del capital, incluyendo al propio Estado. Así, la propuesta de los conceptos termina quedando como una clasificación más con un nivel de generalidad que permite su estudio pero sin profundidad.

Es pertinente mencionar que las condiciones laborales o de empleo se remiten al concepto de trabajo justo¹ como principal referente de la definición de las otras categorías (desempleo, traba-

[&]quot;El empleo justo implica una justa relación entre patrones y empleados que debe tener las siguientes características. (1) libertad de coacción, que excluye todas las formas de trabajo forzado como el trabajo forzado, el trabajo esclavo o el trabajo infantil, así como las disposiciones de trabajo que son muy desequilibradas y que los trabajadores son incapaces o tienen miedo para defender sus derechos; (2) seguridad en el puesto en términos de contratos y condiciones de empleo seguras; (3) ingreso justo, es decir suficiente para garantizar un sustento adecuado en relación con las necesidades de sociedad; (4) la protección de trabajo y la disponibilidad de ventajas sociales incluyendo las provisiones que permiten la armonía entre la vida laboral y la vida de familia y el ingreso de retiro; (5) respeto a la dignidad en el trabajo, de modo que los trabajadores no sean distinguidos debido a su género, identidad étnica, raza, o la clase social; (6) participación en el lugar de trabajo, una dimensión que permite a trabajadores tener sus propios representantes y negociar su empleo y condiciones de trabajo en conjunto dentro de un marco regulado; y (7) el enriquecimiento de las tareas y la carencia de enajenación, donde el trabajo en osólo el medio de sustento; más bien los empleos deberían ser una parte incorporada posible de existencia humana que no sofoca las capacidades productivas y creativas de seres humanos". (EMCONET, 2007, p. 23)

jo precario, informal, etc.,), y no al de trabajo justo propuesto por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) pues consideran que es más amplio e integral.

Este concepto actualmente está siendo utilizado en muchos análisis y propuestas dentro del campo de las ciencias sociales y de la salud laboral, pero sin incorporar las relaciones de propiedad en sentido amplio. Así, el concepto termina siendo una utopía frente a las desigualdades que producen abismos entre los diferentes grupos sociales e incluso entre los diferentes países.

En síntesis, desde la perspectiva de la MS y SCL partimos del supuesto teórico de que es necesario

[...] establecer lo que es inherente a la sociedad capitalista, en términos de sus formas de división del trabajo, de propiedad y de poder, incorporando los conceptos de explotación, exclusión y despojo para explicar, desde allí, las diferencias en la calidad de vida, de clases sociales, géneros y etnias. (Alames, 2008).

Lo metodológico – el proceso de generación del conocimiento Los criterios de clasificación

La metodología de este informe fue sumamente laboriosa y compleja, razón por la cual esta sección se denominó 'proceso de generación de conocimiento'. En esta se reitera que el principal objetivo de este trabajo fue establecer vínculos entre situación laboral y las desigualdades sociales y en salud y se aclara que los autores hicieron un importante esfuerzo por evitar los estrechos estándares del 'mundo occidental'.

Nuevamente, se señalan las diferencias entre los países desarrollados y los países pobres y tomando en cuenta las características de su fuerza laboral y de los mercados de trabajo los que clasifican como semiperiféricos y periféricos. Es conveniente mencionar que algunos de los criterios empleados para clasificar a los países dentro de estas categorías no son aplicables a todos los países pobres. En este sentido, uno de los ejemplos ilustrativos es la afirmación de que la mayor parte de su fuerza de trabajo está dedicada a labores agrícolas. Esto no es cierto para el conjunto de este tipo de países.

Por ejemplo, en México, ya desde antes de la firma del Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN) en la década de los 1990, junto con el crecimiento del desempleo, se observaba una marcada tendencia hacia la tercerización de la economía, proceso que se ha acentuado mucho más con la firma de ese tratado ya que ha implicado el desmantelamiento de la actividad agrícola de pequeños productores al canalizar la mayor parte de la llamada ayuda para la producción a los grandes terratenientes o rentistas (BARTRA, 2006), dificultando el crecimiento de industrias antes consolidadas como, por ejemplo, la producción de granos y de leche.

Lo mismo pasa en Argentina dónde la producción de soya a gran escala por parte de Monsanto ha desplazado a población dedicada a la producción de leche y de carne. Así tenemos que ese país es el segundo productor mundial de transgénicos y tercero en la producción mundial

de soya. Especialistas en el tema señalan que en la actualidad esa nación está expuesta a los ataques

cada vez más agresivos de Monsanto para cobrar lo que según la multinacional 'le pertenece' en concepto de regalías por el uso de su patente sobre la soya transgénica. (RIBEIRO, 2005).

La autora de este documento considera que se trata de una 'afirmación temeraria' pues esa transnacional no cuenta con patente de soya válida en Argentina (RIBERO, 2005).

Estos ejemplos nos muestra que los criterios empleados para la clasificación de los países no conducen a una explicación cabal de los diferentes ámbitos del proceso de trabajo en cada uno de ellos. Sin duda, esto es consecuencia del punto de partida teórico adoptado por la comisión. Es decir, el informe no retoma planteamientos de la MS y SCL que ofrecerían criterios más explicativos para la caracterización del proceso productivo, colocando categorías como aceleración y despojo en la comprensión de estos fenómenos.

De acuerdo con Breilh y Tilleria (2009),

[...] Con seguridad algunos capitales afectados por la crisis buscarán recuperar sus pérdidas acrecentando sus inversiones en ramas seguras como los monopolios de alimentos vitales, las semillas, los productos genéticamente modificados, el agua y el monopolio de los recursos genómicos. (p.12).

Por otra parte, en la discusión de los criterios clasificatorios, se atribuye a los países pobres la ausencia de sistemas universales de salud, sin embargo se hace la aclaración de que en Sri Lanka, Cuba, Brasil, Chile y Costa Rica existen sistemas universales de salud. Al respecto, hay dos aspectos que resaltar: en primer lugar, cuatro de estos cinco países forman parte de nuestra región y, en segundo, al incorporar a Cuba dentro de este grupo sin tomar en cuenta la diferencia de sistema político y de los perfiles epidemiológicos entre esos cinco países, los autores caen en los mismos errores que critican al descontextualizar históricamente el análisis.

Para una visión latinoamericana, este tipo de análisis plantea una preocupación central. Como se afirmó en el documento de las conclusiones del taller realizado en México en octubre de 2008, creemos que esta caracterización carece de utilidad para entender la región latinoamericana y mucho menos para estudiarla, pues parte de una perspectiva de la epidemiología social europea, es decir,

[...] prestan muy poca atención a lo que la sociedad actual es, centrándose en lo que produce en términos del modelo educación – ocupación – ingreso. Se basan fundamentalmente en la sociología funcionalista, de acuerdo a la cual, la estratificación socioeconómica deriva en la relación entre escolaridad, ocupación e ingreso. Así, para ellos, uno de los puntos centrales de lo que definiría la justicia o injusticia social es el hecho de que la sociedad brinde por igual una buena educación que les garantice mejores empleos y por tanto mayores ingresos, que a su vez permitan contar con

mejores condiciones materiales y por tanto mejor salud. Así, las transformaciones que logran verse desde esta óptica, son solo las mejoras posibles dentro de una sociedad inherentemente inequitativa, a la que se le han limado sus aristas más agresivas y letales, como por ejemplo, el trabajo forzado, el trabajo infantil, el trabajo peligroso, etc. (Alames, 2008).

Las fuentes y la construcción de los datos

En un nivel de menor generalidad y en lo que parece ser una crítica al enfoque positivista de una gran parte de la literatura científica sobre el tema, se desarrolla en la introducción a este capítulo. Se refiere que los procedimientos para reunir la información de este informe consistieron en muchas y diversas actividades para la revisión sistemática de resultados en publicaciones, usando una aproximación 'basada en evidencias'. Al respecto, se hace la aclaración de que su método fue diferente al convencional.

Se considera que el significado de 'revisión sistemática' tiene diversas interpretaciones. Para el caso del Informe en cuestión, se realizaron varias actividades. Entre estas, una extensa y sistemática búsqueda de literatura científica con enfoque crítico para encontrar los estudios relevantes, una evaluación de la calidad de esos estudios y una síntesis de los hallazgos considerados más valiosos.

Al respecto, se menciona que las fuentes de información incluyeron a expertos, investigadores, activistas, representantes de los gobiernos, organismos internacionales, grupos de la sociedad civil, movimientos sociales, sindicatos y organizaciones no gubernamentales y que, para lograr la interacción, se realizaron varios eventos formales e informales de debate y elaboración. Es decir, utilizaron fuentes formales e informales de información.

En seguida, se afirma que esta aproximación es diferente a la tradicional debido a que esta última, es "producida por expertos en la temática, con criterios de replicabilidad, científica y transparente en su diseño para minimizar sesgos" y ejemplifica al respecto con el uso de algoritmos para evaluar la consistencia de algún modelo matemático en análisis multivariado. Señalan también que estos métodos a menudo subestiman el papel de la teoría y se centran más en datos estadísticamente significativos que en los caminos, procesos y mecanismos que pueden ser usados para la intervención; comentan la ausencia de contexto de estas visiones y por lo tanto, la tendencia a considerar solamente variaciones a nivel de los individuos.

Además, a contracorriente del llamado método convencional, en su revisión, los autores del Informe consideraron aproximaciones cuantitativas, cualitativas y conocimiento narrativo de disciplinas de la epidemiología, salud pública y de las ciencias sociales.

Los objetivos del informe se refieren a tres aspectos fundamentales: identificación de la relación entre situación laboral e inequidades en salud, mecanismos de intervención y propuesta de políticas laborales para atacar el problema y, como consecuencia de los dos anteriores, dar respuesta a la necesidad de un enfoque alternativo. Dicho enfoque se basa en dos aspectos centrales que son: construcción de teoría y producción de conocimiento transdisciplinario. El

primer aspecto consiste en la clarificación de conceptos y en la creación de un modelo teórico que muestre la interacción entre relaciones y condiciones de empleo y mecanismos sociales y desigualdades en salud en un contexto que denominan de 'multinivel'.

Se buscaba que la literatura seleccionada pudiera dar respuesta a varias necesidades, estando entre las más importantes: una perspectiva histórica sobre las relaciones de empleo; identificación de actores políticos y decisiones gubernamentales cruciales en el desarrollo del mercado de trabajo y las políticas del Estado dirigidas a dimensiones específicas de empleo; la relación de todo esto con las desigualdades en salud; estudio de diferentes situaciones de mercado de trabajo; identificación de diferentes caminos, efectos y mecanismos de las condiciones de empleo en la salud; incorporación de enfoques que abarcan la diferencias entre clase social, raza, género, edad y migración; conocimientos que sirvan para la instrumentación y generalización de medidas de intervención; identificación de la variedad de fuentes de información así como permitir la participación de un amplio número de grupos sociales.

De esta manera, construyeron un escenario mundial general en el que se señalan los países dónde se establecieron grupos de trabajo, destinados a evaluar diferentes aspectos que involucraba la propuesta. En dicho escenario, destaca que toda Europa del Este, gran parte del continente asiático y México en el continente americano, no tuvieron participación en el estudio. Llama también la atención que solo se señalan dos sitos de participación de la sociedad civil, uno en Suramérica y otro en la India.

Así, los resultados del enfoque teórico y los procedimientos arriba reseñados son comentados a continuación.

Resultados

Modelos de análisis

Uno de los aportes interesantes consiste en la propuesta de dos modelos de análisis que muestran la interacción entre condiciones de empleo 'claves', mecanismos sociales y resultados de inequidades en salud en un contexto de 'multinivel'.

Un primer enfoque 'macro' que aborda la relación entre empleo y desigualdades de salud y coloca en la primera columna del diagrama, relaciones de poder entre los 'mercados de trabajo', la actuación del Estado y de la sociedad civil. Respecto al mercado de trabajo, incorpora regulaciones de trabajo, negociación colectiva y poder de sindicatos. Sobre el Estado, subraya sobre todo, su grado de desarrollo como garante del bienestar e incorpora la noción de su poder distributivo a través de política social. En este marco global, el bienestar de los trabajadores depende tanto del funcionamiento del mercado de trabajo, como de la política de protección social del Estado y se afirma que estos aspectos pueden modificar la estratificación social y, por lo tanto, las desigualdades sociales y de salud (Figura 1).

Sin embargo, aunque este esquema parece bastante amplio en términos sociales, los problemas de enfoque señalados en el apartado anterior conducen a que las relaciones de propiedad entre los diferentes actores queden opacadas por el interesante, pero insuficiente, esquema de

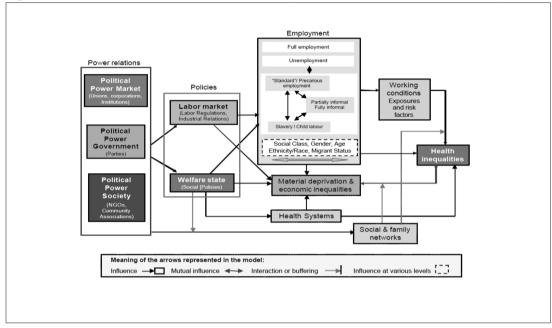


Figura 1 - Macro-theoretical framework of employment relations and health inequalities

Fuente: Employment Conditions Knowledge Network 2007 p. 31

las relaciones de poder entre los distintos actores políticos: sindicatos, empresas, agencias, gobierno, ONGs, etc.

Pareciera que para la EMCONET, las desigualdades de poder se derivan exclusivamente de la capacidad de negociación, o de la legitimidad institucional de los actores en pugna, y no, como en realidad ocurre en el capitalismo, de la extensión de la propiedad privada sobre los medios de producción por parte de los capitalistas, frente al 'no-thing, only his working force' de los trabajadores, que aunque organizados en sindicatos y confederaciones no cuentan con los medios de vida (la tierra, la fábrica, el transporte, la ciencia, etc.) para enfrentar política y económicamente en igualdad de condiciones a la clase capitalista y sus agentes.

En un segundo modelo, denominado 'micro' se sitúan como aspectos preponderantes las condiciones de empleo, desglosadas en las categorías correspondientes; en seguida y en estrecho vínculo con la columna anterior, se encuentran las condiciones de trabajo que afectan, a través de relaciones directas e indirectas, las condiciones de salud individuales. Se considera acertadamente que este marco conceptual proporciona un instrumento para evaluar los vínculos potenciales entre condiciones de empleo y desigualdades de salud a través de aspectos conductuales, psicosociales, y fisiológicos.

En este esquema, la deprivación material y las desigualdades económicas son consideradas resultado de las condiciones de empleo (por ejemplo, nutrición, vivienda, ambiente físico, etc.). Todos estos aspectos pueden tener un efecto importante sobre enfermedades crónicas y salud mental vía varios factores psicosociales, estilos de vida, y cambios fisiopatológicos. Esta

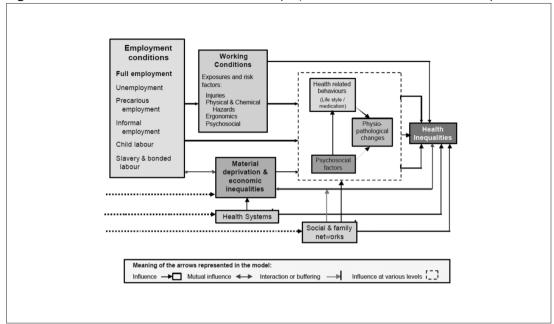


Figura 2 – Micro-theoretical framework of employment conditions and health inequalities

Fuente: Employment Conditions Knowledge Network, 2007.

perspectiva también incorpora como componente importante el acceso a sistemas de salud y asistencia médica (Figura 2).

Reconocemos que estos modelos conceptuales ofrecen una visión amplia que facilita la sistematización en el estudio de los problemas de salud en el trabajo, es claro que esta propuesta corresponde a perspectivas que pretenden dotar al capitalismo de un 'rostro humano'. Sin embargo, desde una mirada teórica, lo más importante a tener en cuenta, es que el análisis realizado para evaluar las experiencias concretas se retomó fundamentalmente el modelo correspondiente al nivel 'micro', lo cual permite eludir los aspectos determinantes considerados en la visión 'macro'.

Al respecto, la corriente de la MS y la SCL ha abordado el problema de la relación entre la organización social y la salud-enfermedad de los colectivos, enfrentando dos grandes retos. En primer lugar, generar una teoría que explique las inequidades y las desigualdades de la salud como procesos sociales, no como procesos meramente naturales, y segundo desarrollar una metodología que permitiera explicar la determinación social del proceso salud-enfermedadatención, hacerlos visibles y de este modo dar herramientas a los movimientos sociales para actuar frente a ellos (González, 2008).

Sin dejar de reconocer los esfuerzos teóricos de diversos pensadores latinoamericanos, nos interesa señalar los aportes de tres autores que han propuesto modelos que permitan tanto el estudio y la develación de las desigualdades, así como evidenciar que éstas tienen como raíz la inequidad social y las relaciones económico—sociales opresivas (González; García; Tinoco, 2009).

Por su parte, las aportaciones de Cristina Laurell (1982) pusieron énfasis en el carácter histórico del proceso salud-enfermedad, así como en la categoría del desgaste o consumo de la fuerza de trabajo de los productores directos como término central que posibilite la formulación de perfiles patológicos según las distintas formas de desgaste de los obreros. Reconociendo los aciertos de esta propuesta, consideramos que esta posición conserva una visión determinista del proceso salud-enfermedad y excluye aspectos como la cultura y la constitución subjetiva de las clases sociales (Figura 3).

Desde la perspectiva de Jaime Breilh, el proceso salud-enfermedad puede ser estudiado a través de lo que llamó 'el perfil epidemiológico de clase' fundamentado a partir del concepto de reproducción social, al cual ha incorporado las categorías de etnia y género las cuales junto con la de clase social permiten explicar cómo se estructuran las relaciones de poder de las que depende la distribución epidemiológica (Figura 4). Estas tres fuentes de inequidad no se desarrollan aisladas puesto que

comparten una misma raíz germinal que es la acumulación y concentración de poder y porque los mecanismos de reproducción social de los tres tipos de inequidad se interrelacionan. (Breilh, 2003, p. 219).

Recientemente este pensador recupera la evolución que ha seguido el proceso de trabajo en los últimos 30 años e incorpora categorías como aceleración global y despojo para explicar la situación en América Latina y señala como fundamental

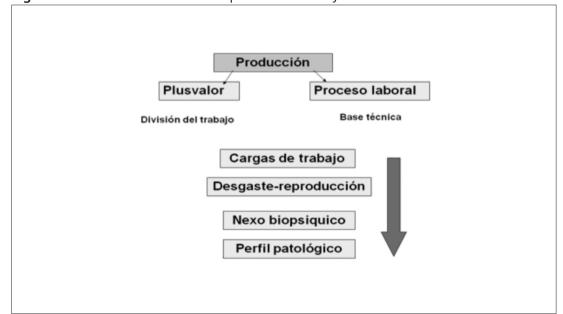


Figura 3 – Modelo centrado en el proceso de trabajo

Fuente: Cuadro elaborado por González, 2008.

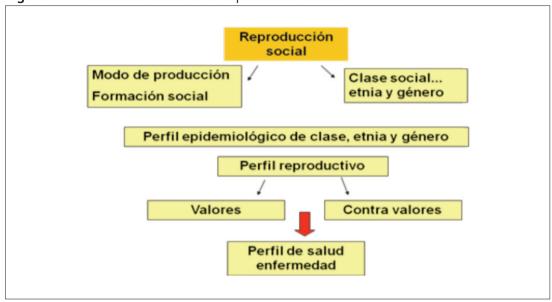


Figura 4 – Modelo centrado en la reproducción social

Fuente: Cuadro elaborado por González, 2008.

empezar estudiando la aceleración global como determinante de la salud en la dimensión general de la sociedad [...] a este nivel se explican las fuerzas motoras del cambio de ritmo que ha experimentado la acumulación de capital [...] y ha provocado una perdida creciente del control soberano de la sociedad y de los grupos sobre la vida y su contenido. (Breilh, 2009, p.39).

Como se puede apreciar en la Figura 5, aparecen las dimensiones centrales del análisis, los puntos señalados con las letras A-F representan los principales procesos determinantes y señalados con los números del 1-5 los procesos mediadores generales. Destaca también que no sólo deben estudiarse los impactos destructivos, sino también recuperar los procesos protectores que los contrarrestan.

Naomar de Almeida aporta a la epidemiología crítica la propuesta de la etnoepidemiología o la epidemiología del modo de vida. La reproducción social de lo cotidiano y los elementos culturales intervienen en las diferentes configuraciones del riesgo y de la defensa o protección de la salud (Figura 6). Este autor defiende la necesidad y posibilidad de generar nuevos paradigmas, sus recientes estudios representan un esfuerzo por incorporar elementos constitutivos del paradigma de la complejidad y sus posibles aplicaciones a la problemática de la salud en poblaciones (DE ALMEIDA-FILHO, 2006).

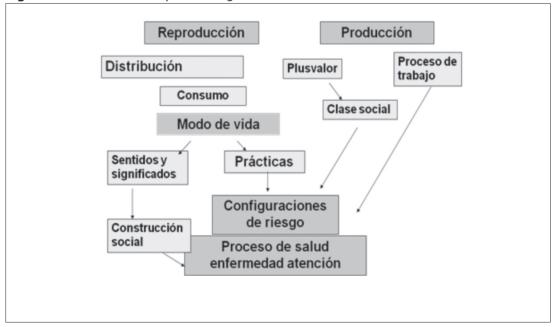
Frente a los modelos y paradigmas hegemónicos en salud, la perspectiva desde Latinoamérica ha generado marcos de reflexión y acción más amplios y cercanos a la realidad y problemática social de los pueblos de nuestra región. Aun frente a la apropiación tergiversada que del discurso de la MS y SCL han hecho organismos internacionales, se ha continuado contracorriente en la construcción teórica y sobre todo en el compromiso de fortalecer los elementos de defensa sobre lo que atenta contra la salud de los colectivos.

Aceleración global a) recomposición productiva (tecnología para aceleración flujos); persistencia de tecnologías malsanas b) despojo de recursos vitales y público c) fundamentalismo de mercado [1] Desestructuración, descapitaliza-ción pequeñas medianas economías [A] Globalización de control monopolico y mercados / regionalización (tovotización, deslocación productiva) [2] Desregulación /flexibilización laboral Deterioro trabajo y consumo [B] Exclusión (migración) [3] Destrucción soportes y organiza-[C] Pérdida de soberanía ción social: comunitarias; sindicales (C) Pérdida de soberanía [4] Lógica mercantil en salud [D] Sobreprotección Inversiones (5) Destrucción de ecosistemas / bio-[E] Restricción / cancelación acciov patrones contaminación (biológicasnes públicas y espacio de políticas transgénicas) [F] Construcción espacios malsa nos / ecosistemas insalubres [6] Modos de vida malsanos, patro-nes de exposicion y vulnerabilidad [7] Patrones de impacto en salud

Figura 5 – Modelo de aceleración global y salud en América Latina

Fuente: Breilh y Tilleria, 2009.

Figura 6 - Modelo etnoepidemiológico



Fuente: Cuadro elaborado por González, 2008.

Latinoamérica dentro del sistema global

Una tipología para abordar el estudio del mundo laboral

Basado en este modelo teórico y atendiendo a la necesidad de contender con las complejas diferencias entre los países, en lo relativo a disposiciones institucionales, niveles de desigualdad, mercados de trabajo y funcionamiento de los regímenes de bienestar, se desarrolló por parte de la Comisión una tipología de países que descansa en las relaciones de empleo predominantes.

Respondiendo al modelo 'macro', se asumieron dos criterios generales para la tipificación: mercados laborales y desarrollo del Estado. Sin embargo, por razones que no quedan claras en el documento, se establece como eje para este ejercicio la categoría de relaciones laborales pues se considera que sintetiza las relaciones entre los mercados de trabajo y el Estado.

Llama la atención que, a pesar del énfasis en la crítica respecto a los métodos estadísticos para juzgar la solidez científica, la evaluación del concepto relaciones laborales se realizó a partir de un procedimiento de análisis multivariado. Los aspectos incorporados al modelo fueron: a) trabajo informal como % del PIB; b) para evaluar la desigualdad en los mercados de trabajo: trabajo infantil, trabajadores pobres, porcentaje de trabajadores sobre población total y participación de la fuerza laboral por género; c) estado de salud de la población y; d) densidad de sindicalización y cobertura de negociación colectiva. Esta última variable finalmente no fue introducida en el modelo por ausencia de información consistente.

Bajo estos parámetros, de 137 países caracterizados como pobres, se analizaron 88 periféricos y 44 semiperiféricos y con el resultado de este análisis, se produjo una clasificación que ordena las economías estudiadas en tres grupos (Employment Conditions Knowledge Network, 2007, p. 42):

Primer grupo: Países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE)

Instituciones laborales social demócratas: Suiza, Dinamarca y Noruega.

Instituciones laborales corporativistas: Francia, Alemania, Austria y España.

Instituciones laborales liberales: Estados Unidos, Gran Bretaña y Canadá.

Segundo grupo: países semiperiféricos

Instituciones laborales informales: Chile, Hungría, Polonia y Malasia.

Mercado laboral informal más exitoso: Turquía, Tailandia, Sudáfrica y Venezuela.

Mercado laboral informal menos exitoso: Botswana, Gabor y El Salvador.

Tercer grupo: países periféricos

Mercado informal más exitoso: Indonesia, India, Armenia, Pakistán, Bulgaria, Tajikistán, Sudán, Sri Lanka y Mauritania.

Mercado inseguro: Nigeria², Jordania, Algeria, Marruecos, Egipto, República Árabe, Irán y República Islámica.

²Llama la atención que Nigeria aparece en dos grupos de países periféricos y en el informe no se encuentra explicación a este hecho, lo que hace pensar que se trata de un error de edición.

Mercado muy inseguro: Etiopía, Ghana, Kenya, Bhutan, Nigeria, China, Bangladesh y Angola.

Los países semiperiféricos son caracterizados por incentivar la informalidad pero manteniendo algún grado de estabilidad y legalidad en el de mercado de trabajo y los ubica con menos distancia de países de OCDE. Mencionan a Chile³ como representante de este tipo de países y señalan que ahí han desarrollado sus propias formas de instituciones de Estado de bienestar también. En este rubro se clasifican sólo tres países de América Latina, a saber: Chile, Venezuela y El Salvador.

Por su parte, los países periféricos están caracterizados como de una inestabilidad total en sus mercados de trabajo. En ellos, existen altos niveles de trabajo informal y las leyes que brindan protección a los trabajadores son imposibles de aplicar debido a diversas razones como guerras, inestabilidad política, regímenes autoritarios e intervenciones extranjeras (EMPLOYMENT CONDITIONS KNOWLEDGE NETWORK, 2007, p. 41).

Sorprendentemente, en este rubro no aparece ningún país latinoamericano, lo que despierta ciertas dudas⁴ respecto a la precisión de los criterios de clasificación, pues, a pesar de que no hay guerras y aparentemente tampoco regímenes militares, el contexto de aplicación de las leyes laborales es totalmente adverso pues el primer problema con el que se tiene que contender en la mayoría de los países de la región es el desempleo. Ejemplo muy ilustrativo de lo anterior es el despido de 45 mil trabajadores electricistas el año pasado en México a partir de un decreto presidencial, lo que significó un golpe muy duro al sindicalismo mexicano independiente, ya que se trata de uno de los sindicatos más grandes y combativos del país.

De estos países se seleccionaron seis para estudiar con mayor detalle. Suiza y Estados Unidos como representantes de los países desarrollados; Chile, Turquía y Nigeria como semiperiféricos y Etiopía como prototipo de los países periféricos. Es decir, la región latinoamericana está bastante subrepresentada. De acuerdo a la CDSS, esta tipología ofrece información valiosa para el análisis de la regulación del mercado de trabajo a nivel mundial y muestra que el grupo de países según características de mercado de trabajo varía enormemente entre los periféricos y semiperiféricos, considerados respectivamente de bajo y medio ingreso y los países de la OCDE.

Posteriormente, en el apartado dónde se analiza el crecimiento del empleo informal de acuerdo al sexo, dentro de los periodos de 1984-1990 y 1996-2001, se presenta otra información referente a nuestra región. En este análisis aparecen ocho países clasificados como de ingreso medio bajo (Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Honduras, Nicaragua, Paraguay y Perú) y seis como de ingreso medio alto (Argentina, Chile, México, Costa Rica, Uruguay y Venezuela). En la distribución, se aprecian aumentos del empleo informal en casi todos los países, a excepción de Ecuador, para los hombres y en el caso de las mujeres también, excepto en Honduras, Paraguay, Argentina, Chile y Uruguay (Employment Conditions Knowledge Network, 2007, p. 64-65).

³ En esta clasificación, por ejemplo, no se incorpora el hecho de la privatización generalizada en ese país y especialmente la del sistema de salud.

⁴ Entendemos que esto puede ser consecuencia de que, como se señaló arriba, la información sobre sindicalización no fue incluida por no contar con datos suficientes en todos los países.

Consideramos que esta visión nos ofrece una perspectiva insuficiente y fragmentada de lo que sucede en América Latina ya que, además se elige como estudio de caso a Chile, debido a que el criterio fue su capacidad de representar un rubro de la tipología diseñada para la caracterización del problema y, por supuesto, la disponibilidad de información confiable. Por otra parte, la ubicación de Brasil en el rubro de países de ingreso medio-bajo junto con otros como Paraguay y Honduras plantea dudas de la pertinencia de sus criterios de clasificación.

Tal vez desde la perspectiva latinoamericana sería necesario tener presente la pregunta lo que ha significado el cambio de modelo de acumulación capitalista durante el neoliberalismo para la región. Pensamos que hay visiones consideradas marxistas que dan mejor cuenta de ese fenómeno en la región como la de Breilh en su libro más reciente (BREILH; TILLERÍA, 2009).

La concepción de economía global

El Informe considera que los efectos en salud de disposiciones de trabajo particulares deben ser vistos en un contexto histórico. Uno de los aciertos consiste en que, tanto la influencia creciente de corporaciones poderosas como el abandono de la política Keynesiana en favor de la ideología y políticas neo-liberales, se ponderan como factores que influyen importantemente en las relaciones y condiciones laborales durante los últimos 30 años, colocando la racionalidad macroeconómica como el criterio de validez para todos los aspectos de vida social, universalizando así la dependencia social del mercado, o dicho de otra forma, la subsunción de la esfera de lo social a la dinámica e intereses del capital (EMPLOYMENT CONDITIONS KNOWLEDGE NETWORK, 2007, p. 102).

Se reporta que, en países desarrollados, los resultados de estos cambios han sido entre otros, reducción de la red de bienestar para los desempleados, pérdidas de puestos de trabajo, crecimiento en inseguridad en el trabajo, crecimiento de empleo precario, debilitamiento de protecciones reguladoras como, por ejemplo, el seguro de desempleo y renacimiento sin precedentes de la economía informal, incluyendo trabajo en casa y trabajo infantil. Además, se menciona que factores como crecimiento de mano de obra femenina y envejecimiento de la población han hecho más complejo el panorama.

Al igual que en los fenómenos referidos arriba tanto en países desarrollados como en los denominados por los autores 'pobres', el predominio del neoliberalismo ha configurado un nuevo modelo de desarrollo económico orientado a la productividad y suministro de productos a mercados globales, interés por atraer los capitales de ultramar y empleo de zonas corporativas 'amistosas', escasamente reguladas. También se incluyen ventajas exorbitantes para la exportación de productos, sin considerar los efectos sobre las economías y el mercado de trabajo a nivel local y mucho menos los problemas ambientales que se generan.

Otro de los aspectos en lo que tenemos coincidencia es que estos cambios en los procesos de trabajo van acompañados de fenómenos a nivel de política social y económica como reducciones presupuestarias en el sector público, con las consiguientes implicaciones para educación, salud, vivienda, etc., acrecentando la desigualdad existente. Así, tenemos que la economía formal

se ha contraído con un alto grado de 'externalización' conocida comúnmente como 'outsourcing' y con un substancial crecimiento de la economía informal, generalmente exenta de la mayor parte de formas de protección social. La explotación de grupos vulnerables como mujeres, niños e inmigrantes se acentúa en un ambiente laboral que, en el mejor de los casos, corresponde a las condiciones de los países desarrollados hace más de un siglo.

También se hace una tímida crítica al papel de los organismos internacionales creados para posibilitar la operación de esas condiciones de producción e intercambio en el mundo capitalista, concretamente el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, al afirmar que "en general no han propiciado la extensión o mejora de marcos de protección social, ni en los países desarrollados ni en los pobres". En una publicación posterior (ACTION FOR GLOBAL HEALTH, 2010) en la que se analiza concretamente el papel del FMI respecto a la escasez de los trabajadores de la salud en los países estudiados (que asciende a más de 4 millones), el autor señala que mientras se privilegien las políticas macro económicas y el pago de la deuda de los países pobres y dicho organismo no flexibilice sus políticas de ajuste, no será posible contender contra ese problema en particular y contra muchos otros en general.

También se critica que a pesar del crecimiento económico continuo registrado a nivel mundial durante 2006 y 2007, precisamente en ese período, el desempleo alcanzó niveles muy altos (EMPLOYMENT CONDITIONS KNOWLEDGE NETWORK, 2007, p. 16). Lo que nunca se señala claramente es la ineficacia del capitalismo para producir bienestar, aún en épocas de crecimiento económico. Así, el desempleo, subempleo y el trabajo precario representan la única forma de sobrevivir para la mayoría de los trabajadores y sus familias. Se señala que aproximadamente un cuarto de la población trabajadora a nivel mundial vive en hogares considerados 'pobres', lo cual parece una cifra conservadora frente a las proyecciones del informe de la OIT en el cual se señala que, para 2009,

el número de trabajadores pobres (personas que no ganan lo suficiente para mantenerse a sí mismos y a sus familias por encima del umbral de la pobreza de 2 dólares al día por persona) puede aumentar hasta alcanzar un total de 1.400 millones. (Organización Internacional del Trabajo, 2009, p. 12).

La documentación del crecimiento de la economía informal también es un acierto del Informe, señalando que a finales de los años 1990, esta actividad de la mano de obra no agrícola⁵ alcanzó niveles muy altos pues en América Latina representó el 55%; en Asia entre 45 y el 85% y en África un 80%. Aquí hay que recordar que la principal característica del empleo informal es la carencia de cualquier regulación estatutaria para proteger condiciones de trabajo, salarios, salud ocupacional y riesgos de trabajo, así como ausencia de sindicalización. Esta situación es sobre todo inquietante si se considera además que la mayoría de los trabajos forzados y de esclavos lo realizan mujeres y niños.

⁵En esta información se aprecia contradicción con lo expuesto respecto a los criterios de clasificación de los países periféricos, pues uno de esos criterios es el predominio de la fuerza de trabajo agrícola.

Las cifras que ilustran esta situación representan una realidad alarmante pues se calcula que de 317 millones de niños entre 5 y 17 años que trabajan, aproximadamente 126 millones realizan actividades muy peligrosas. El documento también señala que, a escala mundial, se estima que hay aproximadamente 28 millones víctimas de esclavitud y que 5.7 millones de niños están en el trabajo forzado.

El impacto en la salud de los trabajadores

Este apartado constituye un acierto del informe pues presenta información epidemiológica muy completa sobre la salud de los trabajadores y sus familias.

En términos generales, se exponen diversos datos que ejemplifican que la desigualdad en el empleo determina no solo una exposición diferencial a condiciones generales de vida sino también a riesgos de trabajo específicos. En este sentido, se sabe que, por ejemplo, el trabajo temporal impone condiciones que implican más frecuentemente posiciones dolorosas, ruido intenso, trabajo repetitivo, mayor accidentabilidad y sobre todo, escaso control sobre la actividad laboral.

Así mismo, tanto para hombres como para mujeres, se ha reportado una fuerte asociación entre empleos informales, mortalidad excesiva y pérdida de años saludables de vida para todas las enfermedades, incluyendo las mentales. De otro lado, el trabajo infantil ha sido asociado con problemas de desarrollo físico, fisiológico, mental y social de niños, además de problemas de salud que aparecen hasta la edad adulta, tales como talla reducida y consumo de alcohol y drogas. Para ilustrar lo anterior, a continuación se presenta un breve panorama estadístico de la situación de salud de los trabajadores realizado con datos presentados en el Informe.

Para juzgar la información que se presenta, se menciona que es necesario tener en cuenta que cuando hablamos de la salud de los trabajadores, nos estamos refiriendo a una población de más de tres mil millones de personas que constituyen alrededor de la mitad de la población mundial y que existen estudios que muestran que alrededor de la mitad de estos tres mil millones se exponen a altos niveles de riesgos ocupacionales.

Por otra parte, ya hace varias décadas, Marie Jahoda observó en Canadá que la desnutrición, el bajo peso al nacer, la enfermedad cardiovascular y la ansiedad se presentan con mucha mayor frecuencia en los desempleados. Así mismo, algunos autores mostraron que la enfermedad mental en hombres desempleados es significativamente mayor que en los empleados (EMPLOYMENT CONDITIONS KNOWLEDGE NETWORK, 2007).

En la actualidad, algunas evaluaciones reportan que se registran al año 264 millones de eventos que causan al menos tres días de incapacidad, es decir 700 mil trabajadores lesionados por día; respecto a los eventos fatales, existen estimaciones que señalan que anualmente ocurren 350 mil accidentes fatales, lo que significa que todos los días mueren en el mundo 970 trabajadores por esta causa. Más aún, las muertes relacionadas con el trabajo, incluyendo accidentes, pero también aquellas causadas por cáncer, enfermedad cardiovascular y otras enfermedades ascienden a dos millones anualmente, es decir, cada día, mueren 5,000 trabajadores a causa de

su trabajo. De estas muertes, las principales causas son accidentes con el 41%, seguidas por Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) con 40% y cáncer de tráquea, bronquios o pulmones con el 13%, que en conjunto, se traducen en 22 millones de años de vida saludable perdidos. A su vez, Concha-Barrientos (2005) ha calculado que, en total, las lesiones fatales y no fatales del trabajo representan el 8.8% de la carga global de mortalidad.

En cuanto a la distribución geográfica de este fenómeno existe algunas reveladoras estimaciones del Banco Mundial, las cuales indican que en China y India el riesgo de lesiones fatales y no fatales a causa del trabajo, es dos y media veces más alta que en Europa y Norteamérica. Además, esta diferencia es cinco veces más alta en el caso de África Sub-Sahariana.

Así mismo, los países ricos tienen las tasas más bajas. Por ejemplo, Suecia y el Reino Unido reportan, respectivamente, una tasa de lesiones fatales de 1.9 y 0.8 por cada 100 mil trabajadores, mientras que en Mozambique, Kenya y Bolivia, estos eventos pueden alcanzar una tasa de hasta 21.9 por 100 mil trabajadores. Otros ejemplos reveladores en relación a la distribución en función del nivel de desarrollo de los países muestran que, en México, las lesiones fatales son tres veces más altas que en Estados Unidos (15.9 *versus* 5.2). Comparando Marruecos y España las diferencias son aún más dramáticas registrando una tasa de lesiones fatales de 47.8 por 100 mil trabajadores, en el primer país, contra 8.9, en el segundo, es decir, una diferencia cinco veces mayor (Employment Conditions Knowledge Network, 2007, p. 79).

Desde luego, los costos económicos que representan para la sociedad estos riesgos son muy altos. Así, tenemos que los costos por compensaciones, pérdida de tiempo, interrupción de la producción, capacitación y gastos médicos representan el 4% del PIB global anual, lo que en 2001 representó la exorbitante suma de 1,250 billones de dólares, 20 veces mayor que la asistencia oficial destinada al desarrollo.

Por su parte, desde la perspectiva de las enfermedades de trabajo, el panorama tampoco es muy alentador. Es sabido que, tanto en países desarrollados como no desarrollados, millones de trabajadores se exponen a miles de substancias químicas, cientos de agentes biológicos y docenas de factores físicos con efectos importantes para su salud. Al respecto, se tiene que reconocer que, aún en países como Estados Unidos y algunos de la Unión Europea, existe una fuerte necesidad de prevenir las enfermedades profesionales causadas por factores físicos, químicos o biológicos.

A este respecto, en España se calcula que el 25,4% de los trabajadores están expuestos a carcinógenos, lo que puede ascender al 52% en los sectores más peligrosos. En este país también se reportaron cerca de 30 mil enfermedades laborales en 2004, pero otros análisis más precisos han estimado que realmente se producen 80 mil enfermedades de trabajo anualmente, de las cuales, 16 mil son fatales (Employment Conditions Knowledge Network, 2007, p. 80).

Por su parte, datos de la OMS señalan que un cuarto de la fuerza de trabajo de los países desarrollados y poco más de tres cuartos en los países pobres está expuesta al alto riesgo por exposición a factores físicos (maquinaria en movimiento, ruido, vibraciones radiaciones ionizantes y no ionizantes, polvos, etc.) y prácticamente el total de los trabajadores de la minería y

la construcción. Destaca entre los riesgos físicos, las fibras de asbesto, pues se calcula que más de 125 millones se exponen a esta fibra en su lugar de trabajo y por lo menos se producen 90 mil muertes cada año por cáncer pulmonar, mesotelioma y asbestosis resultantes de la exposición profesional (EMPLOYMENT CONDITIONS KNOWLEDGE NETWORK, 2007, p. 90).

En fin, sería posible seguir enunciando evidencias sobre la magnitud del problema de salud de los trabajadores y sus familias. Sin embargo, creemos que los datos arriba presentados reflejan con elocuencia lo grave de este problema. En ese sentido, se aconseja consultar el documento original pues tiene información muy valiosa en los estudios de caso.

Recomendaciones

La EMCONET parte de la premisa de que el mercado no puede regular las relaciones laborales y propiciar el incremento del empleo justo y que, por lo tanto, el Estado debe jugar un papel fundamental incluyendo entre sus objetivos la protección a la salud de la población, especialmente de los grupos vulnerables. Así mismo, se reconoce que las medidas voluntarias de los patrones y las corporaciones tienen un papel importante, pero se argumenta que son demasiado fragmentados y débiles para modificar consistentemente las condiciones de empleo y del mercado de trabajo. También se plantea que, históricamente, este papel ha recaído en 'los gobiernos y sus agencias' y en algunos casos en respuesta a la presión de los sindicatos y de la 'comunidad'. Por supuesto, se hace también referencia a la necesidad de impulsar medidas de alivio a la pobreza, promoción de educación universal y de instalaciones de salud pública.

Al respecto, llama la atención que se hable de los gobiernos y no de los Estados y que se designe lo que debiera ser la sociedad civil con un nombre tan inespecífico y abstracto como 'comunidad'. Por lo tanto, tampoco se recurre a la soberanía de los países como requisito indispensable para proporcionar a los gobiernos un ámbito propicio para modificar la situación actual del mundo del trabajo.

A continuación, presentamos una síntesis⁶ de las recomendaciones del informe con algunas reflexiones con la idea de identificar aquellas propuestas que pudieran ser de utilidad en la propuesta y puesta en marcha de una reforma de los servicios de salud en Latinoamérica, enfatizando en aquellas medidas que involucran al sector productivo.

Derivadas de la relación capital-trabajo

Es necesario un balance más equitativo de poder en las relaciones laborales en la mayor parte de las naciones para propiciar crecimiento de trabajo justo y mejorar la salud; la búsqueda de desarrollo económico en los países no tiene que ser a costa de la salud de la gente que hace este desarrollo posible. Se propone desarrollar programas de capacitación y empoderamiento, incluyendo contenidos de salud y seguridad ocupacional dirigidos a trabajadores informales y movimientos sociales; apoyo a contratos colectivos para la producción basada en solidaridad (cooperativas).

⁶ La clasificación es de las autoras de este trabajo.

Como muchas de las recomendaciones que aparecen en el documento, la que se refiere a un balance más equitativo del poder, quedan como un recurso retórico pues esto no es posible si no se realizan cambios profundos en el proceso de trabajo. Por el contrario, el punto en que se considera una política de formación de trabajadores informales y de movimientos sociales se visualiza como una actividad factible y de gran importancia para el diseño de un sistema de salud que contemple no sólo a los trabajadores formales y sus organizaciones.

Derivadas de política social y económica

Dentro de estas políticas hay propuestas de orden general que se refieren lógicamente al impulso del pleno empleo y a la realización de campañas de diseminación sobre el empleo y las condiciones de trabajo como determinantes de las inequidades en salud. De manera casual y hasta cierto punto aislada se menciona la conveniencia de promover el seguro de desempleo, la cual consideramos es una de las medidas indispensables para la promoción y conservación de condiciones aceptables de salud. Desde nuestra perspectiva, todas estas propuestas no son posibles fuera de un proyecto de reforma profunda del Estado.

En un nivel más concreto, encontramos que muchas de las propuestas están dirigidas a los trabajadores informales, con la intención de hacer políticamente visibles sus intereses y necesidades, los cuales desde nuestro punto de vista son correctos y pueden ser viables con voluntad política.

Dentro de éstas destacan, por ejemplo, desarrollo de políticas orientadas a la reducción de los negocios informales libres de impuestos para 'firmas familiares y pequeñas' no registradas; apoyo a la creación de organizaciones informales de trabajadores basadas en características ocupacionales relevantes (trabajadoras domésticas, conductores de taxis, etc.), lugar de trabajo (mercados, granjeros, calles), trabajadores migrantes y producción en cadena (cadena de la industria alimentaria compuestas por pequeños agricultores), etc.

Otras propuestas que resultan viables y pertinentes, por supuesto, en presencia de un Estado fuerte, son las que se refieren al trabajo infantil y esclavo dentro de las cuales se encuentran entre otras: desarrollo de programas tendientes a una disminución drástica del trabajo infantil, como por ejemplo, aumentar la conciencia de los padres acerca de los problemas de salud causados por el trabajo infantil, programas de becas para familias con hijos en edad de estudiar, regulación eficiente, etc. En este rubro se hace referencia a la necesidad de realizar reformas agrarias en países en desarrollo dirigidas a disminuir el trabajo esclavo en áreas de conflictos rurales. Sin embargo, esto es imposible sin la modificación del trabajo capitalista.

Se enfatiza la necesidad de incentivar y abrir espacios políticos para los sindicatos y los movimientos sociales como organizaciones de lucha por la defensa de mejores condiciones de trabajo y de vida. Sin embargo, en la mayoría de los países latinoamericanos, esta medida carece de viabilidad en tanto no haya un cambio real de las relaciones de poder. Ejemplo de lo anterior es lo sucedido en México en octubre del 2009 cuando fueron cesados cerca de 45 mil trabajadores electricistas integrantes de tal vez el sindicato independiente más fuerte del país. Es decir, en varios países de la región existe una ofensiva de desmantelamiento de las organizaciones sindicales.

Se hacen llamadas de atención muy diversas a la necesidad de reforzar el papel del Estado para impulsar y garantizar la participación de todos los actores sociales involucrados con el mundo del trabajo, así como de la necesidad de diseñar políticas tendientes a la existencia de sistemas de información estadística confiables.

Del papel de las agencias internacionales

En este renglón, la EMCONET también hace muchas y muy variadas sugerencias. Las instituciones de regulación del mundo del trabajo deben reconocer el trabajo justo como un derecho humano universal; diseño de políticas de empleo para trabajadores jóvenes en países en desarrollo y países pobres y para trabajadores viejos y jóvenes en países desarrollados; promoción de políticas de educación universal para eliminar el trabajo infantil; leyes nacionales e internacionales tendientes a eliminar el trabajo esclavo; desarrollo de campañas internacionales para aumentar la conciencia sobre tráfico sexual, así como apoyo y ayuda para aquellos que están buscándola.

Las agencias gubernamentales y de salud deben establecer una vigilancia adecuada de los sistemas de información y de los programas de investigación para reunir datos de salud derivados de las formas 'no estandarizadas' de empleo y de empleo precario y que también incluyan salud y equidad en salud entre los trabajadores. Así mismo, se deben promover sistemas orientados a dar seguimiento del impacto de políticas y programas para mitigar y reducir las inequidades en salud entre los trabajadores. La Organización de Naciones Unidas (ONU) y otras agencias internacionales deben tener poder real de influir en la adopción de prácticas de empleo justo entre los países miembros. Se consideran esenciales estándares de cumplimiento con sanciones efectivas a nivel nacional e internacional para aliviar la pobreza en los países en desarrollo.

Consideramos políticamente correctas estas propuestas, sin embargo, creemos que las reflexiones realizadas recientemente en el reporte The IMF, the Global Crisis & Human Resources for Health: Still Constraining Policy Space (Action for Global Health, 2010) son prioritarias pues siendo el FMI un organismo que regula la dinámica macroeconómica en los países, sería el responsable de propiciar un ámbito mucho más flexible en lo económico para la puesta en marcha de muchas de las sugerencias de todo este capítulo.

Al respecto, en este reporte se hacen las siguientes recomendaciones: el FMI debe reconsiderar su visión de ataque al déficit fiscal y de la inflación y permitir préstamos a los gobiernos para explorar más opciones en términos del gasto público y del desarrollo de estrategias de desarrollo; y los financiadores en los gobiernos deben examinar las bases empíricas para la política macro-económica del FMI y condicionar y detener a este organismo como el gran organizador (gatekeeper) para sus decisiones de ayuda.

De los servicios de salud y seguridad social

Acertadamente se menciona que la salud de los trabajadores debe ser un tema de salud pública independientemente de las condiciones de empleo. Se señala que el sector salud debe asumir un papel fundamental en el logro de la equidad en salud para los trabajadores y sus familias.

En esta dirección, se deben realizar debates para esclarecer cuál es el efecto que los modelos de desarrollo económico, mercado de trabajo, normas y regulación de condiciones de empleo tienen sobre la protección y promoción de la salud de los trabajadores y sus familias. Pensamos que esto solo es posible dentro del marco de un sistema de salud y seguridad social universal, en el que deben ser incorporados programas de salud y seguridad ocupacional integrados a la Atención Primaria de Salud.

Un grupo de propuestas acertadas aparentemente podrían tener origen en la experiencia de la Reforma Sanitaria italiana en 1978, ya que se afirma que la estrategia del modelo de atención primaria tiene la capacidad y responsabilidad de cubrir a este sector con intervenciones preventivas y curativas y con el apoyo de re-inserción en el empleo; sin embargo, el principal garante de salud y de equidad en salud para los trabajadores son los mismos trabajadores. La salud no debe ser delegada. Por esta razón, la sociedad entera debe garantizar el derecho a conocer los riesgos generados por las condiciones de empleo y de trabajo y debe de proveerlos con las herramientas de participación y real influencia en la negociación y modificación de las condiciones de empleo y de trabajo.

Al respecto, en una breve revisión de dicha reforma encontramos los siguientes elementos que pueden servir para una mejor articulación de las propuestas referidas por la EMCONET sobre los servicios de salud (Berlinguer, 1983).

Habría que recordar y tener muy presente que el proyecto de Reforma Sanitaria italiana se dio dentro de un contexto de reforma estructural del estado, asumido explícitamente como tal en su diseño. Dicha reforma contemplaba como aspectos fundamentales la lucha parlamentaria y la transformación de las instituciones con amplia participación de los trabajadores y sus organizaciones, así como la creación por parte del Estado y sus instituciones de condiciones para propiciar los movimientos sociales de la salud.

Dentro del contexto de este trabajo resulta interesante el hecho de que el segundo objetivo de la reforma italiana hace alusión a la necesidad de

lograr seguridad en el trabajo con participación de los trabajadores para prevenir y eliminar las condiciones perjudiciales de salud y garantizar en las fábricas y sitios de trabajo los instrumentos necesarios (Berlinger, 1983)

Es decir, se puede considerar que uno de los ejes importantes de la reforma fue la salud de los trabajadores y la participación activa de sus organizaciones (sindicatos y partidos políticos) en la conducción del proceso⁷.

Paralelamente al eje sobre trabajo el proyecto de Reforma Sanitaria en Italia contemplaba otros aspectos igualmente importantes: superar desequilibrios territoriales de las condiciones socio-sanitarias del país. La libre elección responsable de procrear (aborto), así como la protección materno-infantil. Promoción de la salud del preescolar y escolar, así como favorecer la integración de los inválidos. Protección sanitaria del deporte. Protección a la salud de los ancianos. Salud mental preventiva insertando los servicios psiquiátricos en los servicios generales evitando cualquier forma de discriminación y segregación. Identificación y eliminación de las causas de contaminación de aire, aqua y suelo (Berlinquer, 1983).

Para la evaluación y ponderación de la viabilidad de estas propuestas, hay que tener en cuenta la situación real de los sistemas de salud en América Latina y el hecho de que en la mayoría de los países de la región nunca ha conseguido operar una política verdadera de Atención Primaria y, en segundo lugar, que debido a intereses económicos de los empresarios, la salud de los trabajadores siempre ha sido tratada al margen de la política del sector salud en su conjunto.

Derivadas de el papel de la academia

También en este apartado se realizan abundantes y variadas recomendaciones como podemos apreciar enseguida.

Se requieren más investigaciones longitudinales y revisiones científicas en relación a los problemas como mediadores entre dimensiones del empleo, su interrelación, y algunos de los efectos en salud. Estos estudios deben ser estratificados por clase social, género, edad, raza, etnicidad y migración; se requiere mucho más investigación acerca de las consecuencias en salud pública y en las inequidades en salud de las relaciones laborales en países de mediano y bajo ingreso; se requieren marcos teóricos para mostrar los vínculos y caminos que provocan que las dimensiones laborales impacten negativamente la salud.

Se menciona también la necesidad de generar modelos que especifiquen cómo los procesos macro-sociales, que operan a nivel nacional y regional, interactúan con situaciones individuales de trabajo y salud, así como modelos para guiar las intervenciones públicas en salud y las evaluaciones de políticas de intervención a varios niveles.

Respecto a la formación de recursos se señala que es necesario generar educación y capacitación en epidemiología social, con énfasis en la salud de los trabajadores y las condiciones de empleo, dirigidas a profesionales de la salud y a trabajadores.

Como se dijo en el apartado donde se analiza el contexto, es difícil estar en desacuerdo con las propuestas, sin embargo, no hay que dejar de considerar que, tal y como se afirma en el mismo Informe, el problema fundamental no es de generación de conocimiento sino de decisión política. No obstante, coincidimos con que sería conveniente estimular la producción científica sobre el tema de la relación entre inequidades sociales y salud, incluyendo la categoría del trabajo como un asunto central de la determinación.

Conclusiones

Las recomendaciones parecen una carta, bastante extensa por cierto, de buenas intenciones con las que nadie puede estar en desacuerdo y que, en el mejor de los casos, serán atendidas en algunos países de las llamadas economías consolidadas, pero que seguramente servirán de referencia vaga para la demagogia del discurso de algunos políticos como el caso del Programa de Alma Ata y ahora las más recientes Objetivos del Milenio. Además, como consecuencia del marco conceptual impreciso y ambiguo, las propuestas, si bien acertadas, están poco articuladas pues el eje analítico utilizado no permite plantear las soluciones reales al problema de salud a nivel mundial pero sobre todo en las economías denominadas como periféricas en un mundo parcialmente globalizado.

A manera de conclusión y a contracorriente de lo que plantea el informe, es necesario decir claramente que en el actual modelo de acumulación no puede haber relación laboral justa, pues ésta descansa sobre la explotación del trabajo humano por parte del capital y sobre la existencia de una población excedente que sirve, en el mejor de los casos, de 'ejército industrial de reserva' para satisfacer las necesidades de la acumulación capitalista. El empleo justo y el crecimiento económico para todos son otras tantas de las ficciones de la economía neoliberal.

Hay que tener presente que un contexto de globalización es más claro que:

[...] Para el capital internacional, es cuestión de vida o muerte apropiarse no sólo del tiempo de trabajo excedente extraído mediante la explotación de la fuerza de trabajo, sino también del tiempo de trabajo necesario para la propia reproducción del obrero, aunque eso suponga el acortamiento del tiempo de vida útil del mismo. Las necesidades humanas están completas y como nunca subordinadas a las necesidades del capital. Es una lucha de vida o muerte. En esta lucha, nuestra práctica profesional y científica tiene que optar contra las tendencias ideológicas dominantes, a favor de la vida. (Tamez y Pérez, 2009, p.9).

Referencias

- 1. Action for Global Health. *The IMF, the Global Crisis & Human Resources for Health*: Still Constraining Policy Space. United Kingdom: Action for Global Health- The Stop AIDS Campaign, 2010. Disponible en: http://www.actionforglobalhealth.eu/index.php?id=180&tx_ttnews%5Btt_news%5D=8&tcHash=5f3a07a94a995b3648507177cc2252d5. Accesado en: 2 marzo 2010
- 2. ALAMES. Conclusiones del Taller Latinoamericano sobre DSS. Realizado en México, D.F. Septiembre-octubre, 2008. (En prensa).
- 3. BARTRA, A. El capital en su laberinto. De la renta de la tierra a la renta de la vida. México: UACM-Itaca-CEDRSSA, 2006.
- 4. Berlinguer, G. Reforma Sanitaria en Italia. Sinaloa, México: UAS, 1983.
- 5. Breilh, J. *Una perspectiva emancipadora de la investigación y acción, basada en la determinación social de la salud*. Ponencia presentada en el Taller Latinoamericano de DSS. Realizado en México, D.F., 29 septiembre 3 octubre, 2008.
- 6. ______. Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar, 2003.
- 7. Breilh, J.; Tilleria, Y. Aceleración global y despojo en Ecuador. El retroceso del derecho a la salud en la era neoliberal. Quito, Ecuador: UASB-Abya Yala, 2009.
- 8. CONCHA-BARRIENTOS M.; NELSON DI.; FINGERHUT M.; DRISCOLL T.; LEIGH J. The global burden due to occupational injury. *American Journal of Industrial Medicine*, v. 48, n. 6, p. 470-448, 2005.
- DE ALMEIDA-FILHO, N. Complejidad y transdisciplinariedad en la Salud Colectiva: evaluación de conceptos y aplicaciones. Salud Colectiva, v. 2, n. 2, p. 123-146, 2006.
- La ciencia tímida: ensayos de deconstrucción de la epidemiologia. Buenos Aires: Lugar: Universidad Nacional de Lanus, 2000.
- 11. EMPLOYMENT CONDITIONS KNOWLEDGE NETWORK. (EMCONET) WHO-CSDH. 2007. Employment Conditions and Health Inequalities. Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health (CSDH). Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/resources/articles/emconet_who_report.pdf Accessado en: 20 jul 2010.

- 12. González, G. R. *Organización Social, Calidad de Vida, Salud y enfermedad.* Presentación realizada en el Diplomado de salud Colectiva, UAM-ALAMES. Febrero 2008. Disponible en: http://www.diplomadosaludcolectiva.blogspot.com/2008_02_01_archive.html. Accesado en: 2 marzo 2010.
- 13. González, G. R.; García G. J.; Tinoco M. A. La inequidad por clase, etnia y género expresada en el desmedro. Ponencia presentada en el XI Congreso de Medicina Social y Salud Colectiva, ALAMES. Bogotá, Colombia. 14 al 19 de noviembre 2009.
- 14. LAURELL, C. La salud: enfermedad como proceso social. Revista Latinoamericana de Salud, n. 2, México, Nueva Imagen, 1982.
- 15. Organización Internacional del Trabajo. *Informe de Tendencias Mundiales del Empleo*, enero 2009. Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_103599.pdf. Accessado en: 2 marzo 2010
- 16. RIBEIRO, S. 2005. Monsanto y la soya argentina. Disponible en: http://www.rebelion.org/noticia.php?id=13032>. Accesado en: 5 marzo 2010
- 17. Tamez, S.; Pérez, J. La sociedad del riesgo y las inequidades en la salud de los trabajadores. Séptimo Seminario Internacional: Trabajo, Crisis Global y Salud. Doctorado Interfacultades en Salud Pública. Bogotá. 19–23 de octubre de 2009. (En prensa).

Las tres 'S' de la determinación de la vida*: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud

Jaime Breilh

Un contexto que obliga

La convocatoria a rediscutir ahora la determinación social de la salud viene en un momento muy oportuno respecto a la lucha democrática de América Latina. La región se encuentra en una meseta histórica, con algunas potencialidades de avanzar en un proyecto de desarrollo soberano, pero profundamente amenazada y vulnerable.

Pero esta reflexión, que es en gran medida un debate acerca de la ciencia epidemiológica, no puede realizarse al margen de los procesos históricos que marcan las bases materiales y espirituales de la época. Es de elemental coherencia aprehender dichos procesos, puesto que explican la determinación histórico-social del pensamiento y de las prácticas.

Si leemos con cuidado las claves actuales de la realidad, y tomamos en serio el pensamiento crítico, podremos tomar distancia de los enfoques y pulsiones de esa epidemiología *light* que se cultiva en los espacios tecnocráticos y burocráticos, y enfocarnos más bien en el afinamiento y avance de la epidemiología como una herramienta contrahegemónica, auténticamente 'colectiva', para la defensa y promoción de la vida.

Desde el horizonte de visibilidad del Sur profundo de América, reconocemos amenazas preocupantes para la construcción de esa 'otra América posible'; por la que hemos luchado tanto, donde haya espacios sustentables y solidarios para la vida y el derecho a la salud.

La historia nos enseña que los aprietos de los poderosos los pagan los pobres con su salud y su vida. Vemos ahora como la aceleración global de la acumulación económica agudizó las

^{*}Conferencia en el Seminario "Rediscutindo a questão da determinação social da saúde", organizado por el Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES, Salvador (Bahía – Brasil), 19-20 marzo, 2010.

contradicciones de los países de la periferia, estrechando cada vez más los espacios para la vida y la salud. Es un hecho que la crisis del capitalismo del primer mundo, que tanto nos golpea, está lejos de resolverse. El paliativo de la estatización de la deuda privada en Estados Unidos y los países de Europa, ahora se ha proyectado a la virtual quiebra de esos estados, cuya deuda pública equivale o supera en muchos casos al PIB. Aun la economía "fuerte" del euro ha sido colocada en tensión extrema, por la conjura ciega de los insaciables capitales especulativos (Martínez, 2009). El asunto es tan grave que pareciera que el capitalismo avanza hacia el llamado 'sexto ciclo' (Kondratieff, 1956), presagiándose una eventual caída del sistema, que bien podría arrastrarnos hacia un mundo inviable no ya solamente por la vía del desempleo y la caía de salarios, sino por el desate de un desastre humano y ecológico instituido (pandemias, destrucción ecológica y guerra nuclear) (Martínez, 2009, p. 90). Esa es la cruda realidad a la que nos vemos avocados al hacer epidemiología, diseñar proyectos y programas de salud.

Ahora bien, los problemas estructurales del Norte y los del Sur confluyeron para provocar una crisis de hegemonía, la cual facilitó el fortalecimiento de movimientos nacionales que crecieron en rechazo al neoliberalismo, y que gestaron la elección de un conjunto de gobiernos progresistas en el Sur americano. Esos gobiernos avanzaron en la dirección de revertir las recetas más letales del neoliberalismo, y han alcanzado a implementar algunas políticas nacionalistas y redistributivas en medio de estos años difíciles, pero prácticamente han fracasado en la conformación de espacios y organizaciones sustentables de ejercicio autárquico de una conducción público-social de la política. El fracaso no es solamente fruto de las distorsiones caudillistas y populistas, sino que es el resultado de una construcción no revolucionaria de la política, que se ha montado sobre un movimientismo alrededor de los caudillos, y no sobre la confluencia de una fuerte organización política – partidos, gremios, organizaciones sociales – y unas ideas emancipatorias. En el campo de la salud, la ausencia de esos dos ingredientes es evidente y, al menos en el terreno de las ideas, la debilidad o ausencia de una ciencia crítica contribuye a explicar la limitación de las demandas en salud; cuestión altamente preocupante cuando se analiza el futuro que se abre ante nuestros ojos.

En la actualidad, el capitalismo del despojo ('pilagem') persiste y, aunque herido, está logrando movilizar su fuerza política y militar para detener el débil proceso de liberación del Sur americano y montar una geopolítica de contención que, de lograr sus objetivos, significará un serio golpe para los proyectos progresistas en general y de la salud colectiva específicamente. Este es un elemento vital de cualquier análisis responsable por la determinación social.

En efecto, ante la pérdida de terreno en la esfera económica, el Norte imperial vitaliza su control sobre sus espacios históricos de colonización. En el último año, cada avance nuestro contra los monopolios, o cada avance de nuestra autonomía, ha sido compensado con maniobras de fuerza; cada conquista del Sur hacia el manejo soberano del petróleo y los minerales, cada movimiento nacionalista, es seguido de operaciones del Norte imperial para consolidar su dominio. No hay tregua ni respiro para los pueblos que buscan emanciparse.

Es así como, se expandieron un conjunto de bases militares para cercar al conjunto de gobiernos progresistas de América Latina. Las operaciones militares de gran escala, se reflejan en el emplazamiento de 13 bases militares norteamericanas tipo *foreign operating location* (FOL), que ahora nos rodean: siete instaladas en la Colombia de Uribe en respuesta al cierre soberano de la base de Manta (Ecuador); la consolidación de la base de Soto Cano lograda gracias al golpe militar en Honduras; el logro de la cesión por parte del neoliberal presidente de Panamá de cuatro instalaciones; la ocupación de Haití a pretexto de apoyo filantrópico ante el desastre telúrico - mostrando una vez más, cuanta razón tenía Naomi Klein (2008) al denunciar el auge del capitalismo del shock y del desastre (Klein, 2008) -; las dos bases antillanas de Aruba y Curazao. Nos atenazan ahora con un círculo de fuego que engloba el perímetro del Sur latinoamericano (RAMONET, 2010).

La cuestión de fondo es la preocupación estratégica por los recursos vitales de América Latina. Al margen de cuanto nos simpatice o no el líder de la revolución bolivariana, el hecho es que el propio Servicio Geológico de los Estados Unidos ha calculado la reserva venezolana de crudo en más de medio billón de barriles, desplazando a Arabia Saudí del primer lugar del mundo (Zibechi, 2010a). Cosa similar pasa con la ampliación de la reserva petrolera atlántica del Brasil o los yacimientos de oro, cobre, uranio, litio, denunciados en Bolivia, Ecuador y otros países. A su vez, los vastos territorios de cultivos agroindustriales, de biocombustibles como los de Argentina y Brasil son ya escenarios de expansión de las gigantes transnacionales de la alimentación y los agrotóxicos, que se expanden mediante sistemas agrícolas cada vez más destructivos para la salud humana y los ecosistemas. En ese tipo de escenario, aparece lo que se ha llamado 'extractivismo progresista' (Gudynas, 2010).

A los fenómenos anteriores, se suma la urgencia del primer mundo instituido para reposicionar su fuerza ante el avance descollante de economías emergentes como la del Brasil y el ascenso de los capitales financieros y aeronáuticos brasileños a peldaños mayores que los de Norte América; hechos estos que suscitan también una contraofensiva geopolítica (ZIBECHI, 2010a). Y no sería completo este panorama de amenaza e intimidación – que lo traemos a colación por que presagia procesos históricos que marcarán la determinación social de la vida y la salud colectiva en los próximos años –, si no miramos la otra cara preocupante de la realidad, que es la fragilidad de los movimientos sociales y de las instituciones y espacios que defienden el bien común.

Los hechos históricos parecieran indicar que las fuerzas progresivas de América Latina aun no han logrado consolidar en el plano internacional los soportes político-organizativos ni institucionales sustentables necesarios para un desarrollo soberano. No hemos logrado implementar los elementos estratégicos que son necesarios para afrontar las amenazas que se ciernen en el horizonte. Por un lado, si bien los estados latinoamericanos han dado pasos interesantes, no es suficiente lo que se ha logrado para consensuar y ratificar formalmente las nuevas bases de integración alternativa – como la Unión de Nacionales Suramericanas (UNASUR), o la Alianza Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América (ALBA), y los correspondientes instrumentos de concertación política gubernamental (Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños). A su vez, en el ámbito internacional de los movimientos sociales, espacios como el emblemático Foro Social Mundial parecieran estar encaminándose hacia un proceso de declive (ZIBECHI,

2010b). A nivel nacional, en la mayoría de países, incluidos aquellos donde se eligieron regímenes democráticos de desarrollismo nacionalista, no hay una correspondencia entre la conquista de espacios de poder público y el grado de desarrollo político de los sujetos sociales. Siendo salud uno de los sectores que mejor ilustran la falta de desarrollo organizativo e ideológico de las bases sociales.

La paradoja mayor del momento actual es que justamente cuando la investigación ha comenzado a poner al desnudo la destructividad de la economía extractiva y agroindustrial de gran escala, y cuando los movimientos sociales han logrado algunas conquistas jurídicas en los derechos de la salud y la naturaleza¹, es cuando los gobiernos y las empresas, no sólo privadas sino también las públicas, reafirman el modelo civilizatorio imperante, su lógica productivista, su modelo energético no sustentable, y esgrimen la producción petrolera, minera y agroindustrial como la única vía para afrontar la crisis y enfrentar las apremiantes necesidades del desarrollo. Las mayores reservas petroleras, minerales y espacios agrícolas suramericanos radican justamente en los países donde podrían sentarse las bases de un nuevo modelo de sociedad, en cuyo marco sea viable el *sumak kawsay* o 'buen vivir', y se conquisten modos de vivir sustentables y saludables. Todo esto obviamente encarna serias implicaciones para el futuro de la salud colectiva y de la epidemiología.

En fin, ese es el contexto que enmarca la convocatoria que se nos ha formulado para rediscutir la determinación social de la salud y superar la noción positivista de los 'determinantes sociales de la salud'.

Historia *non santa* de la epidemiología funcional: diagnósticos sesgados, construcción de la duda y quiebre ético

Un punto de referencia para nuestro análisis sobre la proyección social de la epidemiología es reconocer que la salud pública convencional ha jugado un papel importante en la construcción de hegemonía, por que al operar con aspectos de marcada valoración moral como la vida, el bienestar y la salud, las instituciones públicas ligadas a la salud, el aparato educativo y los medios de comunicación han contribuido a la dirección intelectual y moral de las clases dirigentes sobre nuestras sociedades, mediante programas y propaganda de la salud pública oficial, apoyados por universidades y organizaciones no gubernamentales conservadoras.

En todos los tiempos, el poder aplicó la epidemiología para sus fines. Un ejemplo histórico evidente de la capacidad de la salud pública funcional para operar a favor del interés estratégico de los poderosos y forjar hegemonía es el papel de la salud pública mexicana de comienzos del siglo 20 que, manipulada por la Fundación Rockefeller y utilizando como pretexto la epidemia de fiebre amarilla que asolaba al México revolucionario, logró revertir la mala imagen de la *Standard Oil* (propiedad de la familia Rockefeller) y apoyar la entrada de los norteamericanos en

¹Los procesos constituyentes lograron plasmar en las constituciones de varios países avances importantes en los derechos sociales, de salud y de la naturaleza (i.e Bolivia, Brasil, Ecuador).

México, mediante la penetración y el ablandamiento mediante una "inocente" filantropía, ante dicha epidemia (SOLÓRZANO, 1997).

El expediente hegemonizador de la salud pública, y especialmente el de la epidemiología como constructora de imágenes de salud convenientes al poder han crecido y se han multiplicado. Unas veces tornando invisibles los procesos estructurales que determinan la salud, otras sembrando dudas sobre diagnósticos en que las comunidades basan sus reclamos, y en otras oportunidades, forjando eventos supuestamente epidémicos. El caso reciente más llamativo fue el uso de la vieja epidemiología en la fundamentación de una campaña mediática de pánico alrededor de una leve irrupción de la gripe porcícola (AH1N1) que, a pesar de su limitado impacto en la salud, fue presentada por los voceros oficiales como una pandemia viral 'devastadora', lo cual terminó justificando millonarios negocios de empresas como Roche y GlaxoSmithKline. En Europa hay un malestar creciente y preocupación por lo que se ha denominado las presiones del *lobbying* de las transnacionales sobre las decisiones de la OMS y el British Medical Journal recoge las denuncias sobre las anomalias de los procedimientos irregulares de la epidemiología oficial de México sobre el foco original de la pandemia porcina (LAURELL e HERRERA, 2010).

En otras palabras, hay una historia *non santa* de la epidemiología de la que debemos tomar conciencia, no sólo para profundizar en el análisis de las políticas involucradas, sino por que ese tipo de distorsiones de la visión y quehacer epidemiológicos se fundan en formas erradas de comprender la determinación de la salud.

Hay que reconocer, entonces, que si bien las urgencias y desafíos para la epidemiología se han complejizado, ningún desafío es tan grande y difícil como el desburocratizar la epidemiología y devolverle sus raíces humanas.

La epidemiología como brazo 'diagnóstico' de la salud colectiva sufre las tensiones, impulsos y obstáculos de todo conocimiento que contribuye a definir la imagen de la realidad, así como del éxito o fracaso de las políticas. La información epidemiológica se torna cada vez más un instrumento socialmente valorado, pues sustenta - según cómo esté estructurada -, argumentos sobre la eficacia de las políticas, o sobre su fracaso. Con la epidemiología, se pueden construir informes o peritajes permisivos a favor de las grandes empresas, o se puede defender la vida de las colectividades. Esa circunstancia histórica nos llevó a sostener a comienzos de la era neoliberal que la epidemiología se construye 'entrefuegos' (BREILH, 1987). En este punto nos atrevemos a pronosticar que, de darse un nuevo giro del timón político en América Latina hacia gobiernos que vuelvan al capitalismo acelerado y agresivo, entre las primeras víctimas, epistemológicamente hablando, estará nuevamente la determinación social de la salud.

En el marco de esa peligrosa realidad es que surge la rediscusión de la perspectiva de la determinación social. A nuestro modo de ver, estamos ahora rediscutiendo los enfoques de la determinación movidos por dos presiones principales: por un lado, para algunos, la influencia de la Comisión de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre "los determinantes sociales", que sin duda activó esa preocupación; para otros, que hemos empujado la noción de "la deter-

minación social", la necesidad de vitalizar una línea cuya construcción la iniciamos en los años 1970. Estos son dos motivaciones válidas, dos móviles para poner a punto el debate.

Sea cual sea el móvil que nos inspire, el hecho es que se hace urgente impulsar una epidemiología que contribuya a explicar, que integre las distintas miradas desde las cuales se puede observar la afectación de la vida, y que apoye la movilización social organizada. Nuestro quehacer epistemológico y perfeccionamiento metodológico, si bien encarnan un desafío académico serio, deben realizarse en el seno de la praxis, junto a las organizaciones sociales en lucha, sin aislarse como un fenómeno academicista. En otras palabras, el esclarecimiento conceptual y la consolidación metodológica del trabajo de investigación sobre la determinación social de la salud tienen que darse en íntima relación con las pulsiones y necesidades estratégicas de la lucha colectiva, o nos expondremos nuevamente a la hegemonía de esa epidemiología funcionalista que se impuso en las instituciones de gobierno y en varias universidades, denostando la vertiente progresiva latinoamericana.

Diez tesis sobre la determinación de la vida y la salud

El problema sujeto a debate debería ser el de la determinación social de la vida, y no apenas el de la determinación social de la salud. Por lo pronto, bástenos con argumentar que no es completa la acción por la salud humana, sin integrarla a la lucha por la defensa de la vida en la madre naturaleza, o en otras palabras, que no es adecuado y viable para la salud colectiva en el plazo mediato, enfocar todas nuestras operaciones con un sentido antropocéntrico solo en la promoción y defensa de la vida humana, sin proteger y ampliar la reproducción de la vida en la naturaleza. Podría reforzarse este argumento diciendo: no es posible hacer una epidemiología crítica eficaz y efectiva, sin trabajar complementariamente una ecología crítica orientada a la sustentabilidad; no es viable lograr modos de vida, plena y sostenidamente saludables, con sólo construir una sociedad solidaria, sin que ésta sea a la par sustentable.

Por tanto, las tesis que aquí se enuncian plantean un giro, o mejor, un ascenso del objeto de conocimiento y transformación de la epidemiología de la salud a una 'epidemoecología' de la vida; giro que implica la necesidad de reconstruir también el sujeto del conocimiento, y naturalmente ampliar el ámbito de análisis de las líneas de praxis/incidencia. Abogamos, entonces, porque trabajemos tres replanteamientos, que se penetran mutuamente: un cambio de objeto, cambio de sujeto(s) y cambio de praxis.

De ser así, tendremos que concluir que las preguntas científicas deben cambiar, tanto como debe cambiar nuestra metodología debida, y como deben transformarse los escenarios y bases sociales desde los cuales formulamos nuestras preguntas epidemiológicas.

Por ese camino nos vemos abocados a nuevas urgencias y a un desafío más complejo, que implica, además la conciencia de que, si bien todos nosotros hemos crecido en el culto a la excelencia académica, ahora las condiciones de un mundo colocado al borde de su destrucción, nos exigen más que antes no confundir dicha excelencia, con un elitismo que se desentiende respecto a la lucha por la vida y que oculta su irresponsabilidad en el rigor incompleto de un preciosismo técnico.

A continuación, se resumen diez tesis o puntos de reflexión que las consideramos relevantes para repensar la determinación social de la vida y la salud.

Tesis 1 - El pensamiento epidemiológico actual está sujeto a una determinación social predominantemente pragmática y funcionalista

El papel de la ciencia es conocer para transformar. Las explicaciones van entrañablemente unidas a las acciones. La praxis no es externa y posterior al conocimiento; el conocimiento/investigación y la incidencia se implican mutuamente. Hay una interdependencia entre cómo 'miramos' la realidad, cómo la 'pensamos' y como 'actuamos' en ella. La investigación define el objeto, su naturaleza, extensión y profundidad, y desentraña los procesos críticos que lo conforman, en un espacio de acción. Pensar el objeto epidemiológico es atribuirle características y relaciones, es comprender su movimiento y desentrañar su complejidad, sus dimensiones, pero implica a la vez pensar en su transformación. Al pensar científicamente en los objetos de la vida y la salud, se aplica una matriz disciplinar y una metodología, pero a la vez aplicamos – sepámoslo o no – una perspectiva ética y un conjunto de valores sobre la práctica. (Figura 1)

Pero todas esas operaciones ocurren en un espacio social concreto, donde existen diversos tipos de sujetos sociales, con sus intereses inmediatos y estratégicos. Un espacio donde, por tanto, ocurren relaciones de poder y contradicción entre intereses opuestos. Y entonces, el horizonte de visibilidad del proceso en su conjunto, así como sus proyecciones estratégicas se definen en la convergencia entre nuestro modo de pensar sobre el objeto y las relaciones de poder del espacio de praxis.

De ese modo, la investigación epidemiológica siempre es instrumentada al servicio de intereses estratégicos y determinada por las relaciones de poder del contexto: condiciones 'generales' de la sociedad más amplia, estrechamente vinculadas a las condiciones 'particulares' directamente ligadas al trabajo científico (relacionadas con los modos de vivir, hacer, y pensar de los

Cómo miramos Objeto 3 Qué incluimos, qué dejamos Campo fuera (Processos críticos) Cómo actuamos Contenido y sujetos de nuestras Concepto | Cómo pensamos acciones: sus Perguntas. Modos de pensar, relaciones; vínculos observar; Critérios de estratégicos. demostración

Figura 1 - Conocimiento - acción

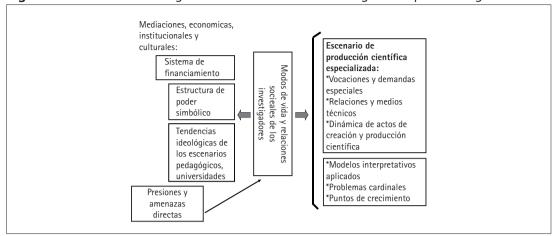


Figura 2 – Determinación general e interna de la investigación epidemiológica

científicos). Es por eso que el espacio de la praxis de los científicos, está cruzado por relaciones sociales, por las correspondientes presiones y aun amenazas del poder. (Figura 2).

En el momento actual, el peso de la acumulación de capital acelerada – como base material económica – y de una cultura proclive al modelo civilizatorio que domina, han terminado moldeando espacios institucionales, técnicos, y universidades, funcionales al poder, donde no hay mayor espacio para el pensamiento crítico en la epidemiología, fomentándose por esa vía un reafianzamiento del neofuncionalismo, tanto en las ciencias sociales como en las naturales.

Por consiguiente, la integración del modelo crítico de la determinación social de la salud en la docencia y en los espacios de gestión presupone rupturas epistemológicas e ideológicas con ese marco institucional y cultural, y la implementación de programas de investigación enraizados en la lucha de la gente, de largo aliento, para que las creativas propuestas que surgen en los foros y espacios académicos no vuelvan a ser marginadas como sucedió con nuestra producción a partir de los años 1980.

Tesis 2 - El modelo civilizatorio actual y el sistema de aceleración económica y despojo (pillaje) que lo sostiene son el gran eje de la determinación social, y son incompatibles con el buen vivir y los modos de vida saludables

La notable expansión de la economía de gran escala en las últimas tres décadas ha desatado en todo el globo un conjunto de mecanismos y estrategias para acelerar la imposición de un modelo civilizatorio que niega la vida. En el fondo de la crisis de reproducción del capitalismo, está el hecho inherente a la propia naturaleza del capital, como 'trabajo muerto', que orienta su fuerza productiva a la generación de objetos y medios de producción (trabajo muerto), en lugar de enfocarse en la producción de los sujetos y la vida (trabajo vivo). Este principio interpretativo de una sociedad para la vida en libertad entra en el inventario que lo mucho que debemos a Marx – el mayor crítico de la modernidad –, quien discute las condiciones netas para la reproducción de la vida: una economía vital (sustentable); una política de la vida (solidaria), una cultura de la vida (libertaria).

El modelo de acumulación acelerada acrecentó la imposición a la humanidad de una economía de la muerte, que administra las necesidades para generar más capital, es decir más trabajo muerto, que aplica el capital para extraer trabajo vivo del trabajador, planifica la muerte de los objetos para que nos veamos obligados a acortar los ciclos de compra/consumo (obsolescencia planificada), acelera la imposición de una cultura productivista extrema, y asume los bienes de la madre naturaleza como valores de cambio; un modelo de sociedad, en definitiva, que no resuelve el problema de la escasez, sino que la agudiza, e incrementa los abismos entre clases sociales y entre la sociedad y la naturaleza. El ejemplo sine qua non de esa 'civilización de la muerte', que se esconde tras de alguna ciencia y la tecnología, es la fuerza y modelo productivo construidos alrededor de las ingenierías extractivistas, la ingeniería química, las ingenierías automotriz, genética y nanotecnología, que son expresión máxima de la ciencia y la tecnología de la modernidad capitalista del siglo 20.2

Las grandes corporaciones y sus contrapartes nacionales han colocado la biosfera al borde de una catástrofe de proyecciones aun inimaginables. Un escenario funesto en el cual, desde una perspectiva epidemiológica crítica y centrada en la preocupación por la determinación social de la vida, es necesario plantearse: ¿Si hay realmente espacio para la vida en un sistema social centrado en la búsqueda frenética de la ganancia y productividad de las grandes empresas?; ¿Si los modos de vida que ha impuesto el sistema de acumulación acelerada, tanto en las grandes urbes, como en los espacios de la nueva ruralidad agroindustrial, ofrecen cabida para la vigencia del derecho a la salud? Cabe que nos preguntemos: ¿Qué papel corresponde a la epidemiología crítica frente a la civilización de la muerte?

Tesis 3 - Hay que superar la noción empírica de los 'espacios saludables' e introducir la perspectiva crítica de los requisitos reales de una sociedad para la vida (las 3 's')

El gran movimiento de la vida forma una unidad dinámica, la vida sobre el planeta se desarrolla bajo la determinación de un gran movimiento metabólico. Es una de las expresiones más amplias de la determinación social de la vida.

Desde el punto de vista del materialismo histórico, ese metabolismo es un proceso complejo, interdependiente, que vincula a los seres humanos con la naturaleza a través del trabajo (FOSTER, 2005, p. 246). Pero la contribución mayor del marxismo fue establecer que esa dinámica sólo puede asociarse a la libertad y desalienarse, si los productores asociados gobiernan el metabolismo humano con la naturaleza de un modo racional, poniéndolo bajo su propio control colectivo, en vez de estar dominados por él como una fuerza ciega; realizándolo con el menor gasto de energía y en las condiciones más dignas y apropiadas para su propia naturaleza. (MARX, 1975).

Dicho proceso, definido como un metabolismo, entre el ser humano y la naturaleza implica que

²Sintesis de las contribuciones del marxismo a la ciencia de la vida esbozada en conferencia de Andrés Barreda (Universidad Andina Simón Bolívar, Quito (12-08-2009); resumiendo las tesis que constan en "El Capital", tomo 3, capítulo 48; los "Elementos Fundamentales para la Crítica de la Economía Política (Borrador 1857-58). Buenos Aires: Siglo XXI, 1972 (3era ed).

[...] el ser humano, por medio de sus propias acciones, media, regula y controla el metabolismo que se produce entre él y la naturaleza...a través de ese movimiento actúa sobre la naturaleza exterior y la cambia, y de ese modo, cambia simultáneamente su propia naturaleza. (MARX, 1976, p. 215).

El ser humano establece con la naturaleza un intercambio dinámico doble: un intercambio material específico, ecológico, y un intercambio social general regulador, de relaciones universales, de necesidades de todos los aspectos y de capacidades universales (MARX, 1972).

Ahí están dos claves fundamentales para el quehacer futuro de la epidemiología crítica y la ecología política: a) el metabolismo de la vida es más que un intercambio material específico, ecológico, pues constituye un proceso social general regulador; y b) precisamente por lo dicho, no se reduce a una relación material económica sino que presupone relaciones políticas – en el sentido de la política como gestión en pro de la vida – y culturales (imaginario sobre la naturaleza y nuestra relación con ella). Punto en el cual se proyecta una interfase interpretativa con la filosofía indígena andina, por ejemplo, para la cual

aquí, en nuestro planeta, la Pacha Mama es nuestra sagrada Madre Tierra. Los árboles y las plantas, así como los animales y todo ser viviente son también nuestros parientes, ya sea como padres, madres o como hermanos/as. Dentro de este gran concierto familiar no podríamos nosotros crear nada que dañe o atente contra la naturaleza, porque así, también, dañaríamos a todo ser viviente, incluidos nosotros mismos. Por eso, toda nuestra relación con el cosmos y naturaleza es siempre de armonía, reciprocidad y convivencia. Y de este espíritu gozan todas nuestras ciencias y tecnologías que muchos lo llaman ecológicas. (PALOMINO FLORES, 2009).

La actividad humana se orienta en principio hacia el desarrollo y cuidado de la vida y el compartir los recursos de la vida, y debería cuidar el intercambio de la vida que producimos, formamos y regresamos a la naturaleza. Pero con el advenimiento de un sistema de concentración privada de la propiedad y luego de acumulación de trabajo pretérito objetivado en productos, la humanidad da un salto y rompe esa "...compleja red de interacciones necesarias para la vida", produciéndose una "fractura entre los seres humanos y las condiciones naturales que constituyen la base de su existencia" (Foster, 2004, pp. 252-3).

La primera 'S' de la vida, entonces, es la sustentabilidad. Debe repensar en referencia a los conceptos que hemos enunciado, aclarando las ambigüedades y distorsiones que se han hecho actualmente evidentes. Es especialmente importante la confusión creada por el uso indiscriminado de las nociones de 'sustentabilidad' y 'sostenibilidad'. La noción de lo sostenible forma parte del paradigma de la 'sostenibilidad'. El énfasis semántico de "sostener" se relaciona con las nociones de 'mantener' o 'continuar'. La noción de lo sustentable, en cambio, forma parte del paradigma de la sustentabilidad, y se relaciona con las nociones de 'sustentar' o 'fundamentar'. El paradigma de la sostenibilidad se liga imperceptiblemente con la idea de mantener el modelo social imperante, pero ajustando ciertos parámetros "desajustados" para permitir la continui-

dad. En cambio, el paradigma de la sustentabilidad se inclina hacia la búsqueda de cambios profundos sociales y filosóficos, no sólo para un desarrollo sustentable, sino para la creación de sociedades sustentables. La 'sustentabilidad' ('paradigma de la transformación') es un concepto multidimensional que implica un conjunto de condiciones para que los socio-ecosistemas puedan fundamentar o sostener, no cualquier forma de vida sino una vida plena, digna, feliz y saludable (Breilh, 2009A).

En esa línea, se han destacado como elementos constitutivos de la sustentabilidad: primero y fundamentalmente la *soberanía* (como requisito de autárquica de la vida), así como la *solidaridad* en la reproducción social (equidad social, cultural, política, generacional y ambiental); la integralidad (como opuesto a lo simplemente sectorial o focalizado, y como algo que busca la concatenación entre todas las dimensiones del desarrollo); lo intercultural (como ruptura respecto a las visiones unilaterales y eurocéntricas que discriminan y empobrecen); el balance entre pasado-presente-futuro (no sólo en el sentido de la garantía y satisfacción de necesidades de las generaciones futuras - Informe Brundtland, 1987³ - sino de avanzar hacia la reconstrucción del propio sistema de necesidades); y finalmente, la adaptación del desarrollo a las condiciones espaciales y del medio (Breilh, 2009A, p. 10).

Las sociedades capitalistas no solo dejan de ser espacios sustentables por su orientación al trabajo muerto y la correspondiente escasa 'biocapacidad' (o baja capacidad para generar fertilidad y biomasa por cada unidad de superficie e incapacidad para reponer los recursos consumidos y para absorber o tornar inocuos los desechos), sino por su limitada 'capacidad vital o sustentable', término que hemos propuesto para abarcar la productividad integral, comprendiendo, a más de la generación de fertilidad y biomasa, la capacidad de sustentar las otras dimensiones de una reproducción social: trabajo y modos de vivir dignificantes; formas de recreación cultural e identitaria; formas de organización solidaria y soportes colectivos; y relaciones armoniosas con la madre naturaleza.⁴

La segunda 'S' de la vida es la solidaridad. Una 'sociedad solidaria' es aquella donde la estructura económica productiva se organiza alrededor de la preeminencia la vida y del bien común; donde la distribución ofrece a todos el acceso de una cuota que hace posible el buen vivir; donde se constituye un consumo consciente y colectivamente concertado, basado en una construcción consciente y equitativa de la necesidad, sin derroche, ni desperdicio y sin desproporcionar los recursos presentes y futuros; donde todos los pueblos pueden realizar a plenitud su identidad y las potencialidades de su cultura; donde la conducción de la vida colectiva ofrece a todos la posibilidad de incidir sobre el Estado y el movimiento social; donde todos disfrutan del bien protector de la organización social; y donde todos trabajan juntos por construir razonable y equitativamente un sistema de derechos y responsabilidades frente a la protección de la madre tierra.

³ Concepto de sustentabilidad popularizado por la Comisión Brundtland: "satisfacer las necesidades del presente sin comprometer las necesidades de las futuras generaciones".

⁴Jaime Breilh, Ibidem, p. 10.

La tercera 'S' de la vida es la característica de ser *saludable*. La sociedad saludable implica, sobre la base de las dos 'S' o principios anteriores, contar con la posibilidad real de modos de vida que consoliden y perfeccionen, en los diferentes espacios socio culturales, la preeminencia de procesos protectores y soportes, colectivos, familiares e individuales, que posibiliten el predominio de formas fisiológicas y psíquicas que sustenten una buena calidad de vida biológica y psíquica, posibilitando una mayor longevidad, capacidad de asimilación de noxas, potencialidad para la plena actividad física en todas las edades, disfrute del placer y la espiritualidad.

De acuerdo con los argumentos que dejamos expuestos, es evidente que motes como 'ciudad saludable' o 'escuela saludable' terminan siendo un membrete apenas simbólico si no van unidos a la plena vigencia de las tres 'S' de la vida, eso si queremos superar la idea funcionalista de que un espacio saludable es apenas aquel que cumple con ciertas limitadas metas de indicadores epidemiológicos, los cuales, si bien registran una expresión empírica de parámetros de salud, de manera alguna reflejan un lugar donde hay un espacio para la vida y la plena vigencia del derecho integral a la salud.

Por todo lo dicho, se entenderá que no es posible forjar una sociedad soberanamente sustentable, sin una construcción social solidaria y que esas dos son precondiciones para una sociedad saludable.

Tesis 4 - La determinación social de la vida y la salud no consiste en expandir el modelo empírico a buscar 'las causas de las causas'

En cada disciplina científica y campo de investigación a lo largo de su historia, se observan categorías alrededor de las cuales se construyen los paradigmas interpretativos de diferente cuño. La epidemiología hegemónica se estancó en el paradigma interpretativo empírico analítico y en el paradigma funcionalista de la acción.

El paradigma empírico analítico se basa en los postulados del realismo, del positivismo (unidad metodológica de la ciencia) de la explicación causal y del empirismo (los conceptos como reflejos de la experiencia y del referente empírico (Damiani, 1996, p. 71). Cuando la epidemiología hegemónica sitúa la lógica experimental como criterio máximo de las verdades y pruebas epidemiológicas, lo que está implicado es la noción positivista de que las ciencias buscan la progresiva reducción de los conceptos a una base común: las nociones empíricas fundamentales referentes al dato y a la demostración de vínculos o asociaciones causales directas e individualizadas. De ahí que la jerarquía entre los diseños epidemiológicos convencionales se establece alrededor de grados de aproximación a lo experimental (Breilh, 2009a). La explicación casual es siempre experimental.

La ciencia epidemiológica, como cualquier otra operación simbólica, al ser "...una expresión transformada, subordinada, transfigurada, y algunas veces irreconocible de las relaciones de poder de una sociedad." (Bourdieu, 1998). Ese tipo de relaciones de poder, y no simplemente las diferencias éticas o técnicas, son las que nos permiten explicar una historia de disensos científicos

en la epidemiología. En el siglo XIX, la confrontación fue entre el contagionismo conservador y la doctrina progresista miasmática. En el siglo XX, a principios fue el disenso que se produjo entre las explicaciones unicausales y la teoría social inicial, luego entre el modelo multicausal - con el paradigma de riesgo como su brazo operativo probabilístico – y lo que ahora definimos como epidemiología crítica. Es decir, en cada fase o a cada modelo hegemónico se le antepusieron históricamente interpretaciones contrahegemónicas, no positivistas y enmarcadas en un horizonte crítico (Breilh, 2010; Tesh, 1988). Y cabe destacar que, durante el siglo XX, la epidemiología empírico analítica pasó por algunas fases y modelos, que los hemos cuestionado ampliamente en otros escritos, pero que constituyen simples variantes de dicho paradigma.

'Riesgo', 'Determinantes' o 'Determinación' ¿De qué estamos hablando?

En la actualidad uno de los obstáculos epistemológicos que confronta la epidemiología crítica para consolidarse, sobretodo en espacios institucionales técnicos, es el 'modelo de los determinantes sociales de la salud' impulsado por la respectiva comisión de la OMS.

Luego de la aparición de otras propuestas emanadas del 'mainstream' oficial del Norte como las de Lalonde (1981), o el modelo DPSEEA (World Health Organization, 2000; 2010), apareció la propuesta de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS en 2005 (OMS, 2005). El hecho de que la comisión indicada, a pesar de la retórica de "aprender de las lecciones anteriores" que consta en el propio título de uno de sus documentos iniciales circulado también en castellano, haya ignorado olímpicamente la pionera producción publicada en América Latina desde los años 1970 - que por más señas había sido reseñada en artículos de revistas de circulación universal (Waitzkin, H.; Iriart, C.; Estrada, A.; Lamadrid, 2001), y que contaba ya para esos años de una sustanciosa bibliografía, registrada y sistematizada en sistemas internacionales de información como el de la Universidad de Nuevo México y SCielo-, no parece ser fruto de las barreras del lenguaje. La salud colectiva latinoamericana se había adelantado en tres décadas a la OMS, pero el pensamiento anglosajón invisibilizó la producción latinoamericana al lanzar al mundo su modelo, y la explicación radica en el movimiento de las relaciones sociales que batallan por constituir el campo de la salud colectiva; su contenido y su práctica. La salud colectiva latinoamericana eslabonó la construcción integral del objeto salud, con una práctica integral de transformación estructural ligada a la lucha de los movimientos sociales, no la transformación de 'riesgos' aislados, o 'factores determinantes' ligada a las preocupaciones de la burocracia internacional (BREILH, 2008a).

En la construcción latinoamericana, el cuestionamiento del causalismo (Breilh, 1979; 2003; Samaja, 1993; Almeida, 2000) como reducción científica de la determinación al principio causal, y como distorsión de la realidad considerada únicamente como mundo de conexiones constantes (causales) y asociaciones externas entre factores nos permitió llegar desde 1979 a la noción de determinación como proceso o modo de devenir, por medio del cual los objetos adquieren sus propiedades.⁵

⁵Trabajos como los de Breilh (1979) y, luego, Almeida (1989) asumieron la noción de determinación de Mario Bunge.

No podemos ahora ceder ante una versión remozada del empirismo analítico, por bien intencionada que posiblemente sea.

Es urgente más bien dedicarnos ahora a consolidar las contribuciones de la epidemiología crítica, alrededor de un debate que permita combinar las fortalezas de distintos aportes – especialmente los latinoamericanos, de los cuales hemos destacado varios en un artículo reciente publicado por el International Journal of Epidemiology (Breilh, 2008b) -, alrededor de una epidemiología, basada en el principio de la determinación social de la vida y la salud y estrechamente articulada a la incidencia respecto al movimiento social.

No sirve en resumidas cuentas una epidemiología que la haga el juego a la hegemonía, es decir, que denuncie sin revelar; que informe sin movilizar, y que enfoque factores aislados de la problemática, sin mostrar su relación con los procesos estructurales que los generan y con los correspondientes sistemas ecosociales con los que entran en una dinámica determinante. Requerimos enfocar el debate alrededor de esa ruptura con la lógica empírico analítica y el causalismo, y eso implica replantearse algunas relaciones y categorías.

En un nuevo capítulo incorporado a la 7ma edición de "Epidemiología: Economía política de la salud" ("Aplicación del triángulo de la política a la reflexión crítica sobre las disciplinas de la salud colectiva, el ambiente y su relación") y que fuera originalmente preparado para el Doctorado en Salud Colectiva, Ambiente y Sociedad de la Universidad Andina de Ecuador, hemos estructurado una propuesta, inspirada en los preceptos y relaciones planteados en el triángulo de la política de Matus (1998), sobre la necesaria articulación de disciplinas que deben integrarse en el quehacer de la epidemiología crítica.

Lo social y lo biológico: más que la conexión de variables

La salud humana y los ecosistemas son objetos que incluyen procesos de carácter biológico socialmente determinados. Cuando pensamos sobre dicha determinación social de la salud, si queremos cuidar una perspectiva dialéctica que no recaiga ni en el determinismo biológico ni en el determinismo histórico, tenemos que trabajar las relaciones "social-biológico" y "sociedad-naturaleza", de tal manera que ninguna de las partes pierda su presencia en la determinación. Ese desafío lo iniciamos en los años 1970 para entender las implicaciones epidemiológicas del principio dialéctico: "la historia de la naturaleza y la historia de los seres humanos se condicionan recíprocamente" (MARX, ENGELS, 1974).

Hay entonces una 'historicidad de lo biológico', es decir, un condicionamiento histórico de los fenómenos físico-químicos y biológicos de la naturaleza, que en el metabolismo con la sociedad humana han sido artificializados. Así mismo, hay un condicionamiento de los procesos fisiológicos del fenotipo y del genotipo de los seres humanos que conviven en un espacio socio-ambiental. Estos y aquellos tienen una historicidad, y se mueven en relación con los procesos sociales. En otras palabras, en el desarrollo de la salud de las sociedades humanas y de los ecosistemas con los que conviven, no hay espacios determinados por procesos puramente biológicos o naturales (BREILH, 2007). Pero hay que estar claros de que, la dimensión histórica o

humanización de los procesos biológicos humanos y ecológicos, no consiste en que los procesos físicos y biológicos del ser humano y de los ecosistemas se rijan directamente por leyes sociales, sino que lo natural tiene como necesario lo social para desarrollar su propio espacio legal, y a su vez participa en la configuración de la historia del todo social. Las formas de desarrollo social se transforman de modo continuo; no hay nada constante en la vida humana, y sus cambios están determinados por las condiciones del modo de reproducción social imperante (Breilh, 2009b).

La subsunción: una clave de la determinación

La noción de subsunción es otra de las aportaciones centrales del marxismo que permite comprender porqué la determinación social no es apenas un vinculo externo, y que, para el caso especial que nos ocupa, los procesos epidemiológicamente malsanos están inscritos en la lógica y movimiento imperante del sistema de acumulación, y no son eventos esencialmente probabilísticos, ni apenas frutos de faltas a la ética o errores técnicos.

Subsunción no es igual a subordinación o sometimiento. Marx empleó esta categoría para distinguir un condicionamiento estructurado. La subsunción originalmente descrita por él se aplica a la determinación del trabajo, distinguiéndose entre una subsunción formal, como dominación externa, coercitiva *versus* la subsunción real que es inherente inmediata y directa sobre el modo de trabajar (MARX, 1971). Varios colegas, entre ellos Laurell y Noriega (1989), han analizado más detenidamente las implicaciones epidemiológicas de la subsunción laboral.

En la actualidad, algunos autores han propuesto extender la noción de subsunción al consumo implicando que en la reproducción social actual bajo el capitalismo hay formas de condicionamiento estructurado, inevitable del consumo (Veraza, 2008) que se comprenderían por la penetración de las relaciones de acumulación a todos los poros de la vida, formas que no pueden ser evitadas y que, desde una lectura epidemiológica, formarían parte de patrones malsanos de vida.

El hecho es que la conexión entre lo biológico y lo social, entonces, no se reduce a un vínculo externo, puesto que hay un nexo interno, esencial, dado por el movimiento de subsunción. La moderna biología establece la unidad dinámica de movimiento entre ambiente, fenotipo y genotipo, no como un proceso de adaptación de los organismos al ambiente, sino como un cambio permanente del patrón de transformaciones mutuas que se establece entre aquellos y el ambiente, pero en ese cambio incide jerárquicamente la determinación social; eso es lo que queremos decir al sostener que lo biológico se desarrolla bajo subsunción a lo social.

Igualmente, en contraposición a las concepciones del estructuralismo, se asume el movimiento entre los procesos de los distintos órdenes, no como el resultado mecánico de la operación de una totalidad sobre las partes, sino como un proceso dialéctico con momentos de generación o recreación y momentos de conservación o reproducción. Esa explicación es una de las contribuciones fundamentales de Samaja a la epidemiología crítica (SAMAJA, 1993).

Tesis 5 - Debemos superar la noción epidemiológica de lo social como construcción inductiva desde

lo individual (la determinación comprende los modos de vida en inequidad y, no solamente, estilos de vida malsanos)

Desde la raíz misma de la constitución de las ciencias sociales estuvo presente el debate acerca de si ¿el orden social esta determinado por imposición por fuerzas colectivas (o emergentes) o por negociación entre individuos?

Esta pregunta nodal estaba relacionada con otras interrogantes como: ¿El todo es más que la sumatoria de las partes? ¿Los conceptos y su significado se desprenden del referente empírico o incorporan pensamientos trascendentes? ¿La primacía ontológica y moral corresponde a la sociedad o al Estado? En los años de formación de la sociología europea que tanta influencia, ha tenido sobre las ciencias sociales como la epidemiología se ubicaba la confrontación entre los fundamentos filosóficos de dos grandes escuelas que, para fines de nuestra argumentación, las llamaremos: micro o macro sociales. Los moralistas escoceses y los liberales como John Stuart empujaron las nociones de la determinación micro y aquellos que pertenecían en el continente al idealismo germánico y al naturalismo francés eran los teóricos macrosociales (ALEXANDER; GIESEN, 1997). En definitiva, desde entonces, entraron en pugna dos visiones de la determinación social que tendían a absolutizarse: una posición extrema colectivista (el orden colectivo es el que determina) versus una posición micro (el orden individual determina).

Este conflicto permeó la epidemiología clásica que tomó partido por la perspectiva anglosajona y arregló sus articulaciones explicativas y estadísticas en el marco del inductivismo: las partes determinan el todo; encuesto a personas, recojo datos individuales (micro) y con ellas armó las explicaciones del conjunto poblacional (todo). Las partes convertidas en variables se unen mediante modelos causales asociativos que ligan variables causa (o 'independientes'), con variables efecto (o 'dependientes') cuando estas asociaciones son conjunciones constantes. Entre unas y otras variables, puede actuar las que se llaman intermedias o mediadoras que modulan o anulan el efecto. Esto es lo que describimos como una visión lineal y reduccionista y un solo plano de la salud.

Es por esa fundamentación teórica que la epidemiología empírico-analítica prescinde del razonamiento complejo de la realidad multidimensional y reduce el ámbito de comprensión y de análisis al plano de los fenómenos empíricos, directamente observables en el mundo fenoménico.

Al aplanar, la realidad asume los fenómenos epidemiológicos, levantados por vía de encuesta o entrevista, como la base del conocimiento y, al hacerlo, adopta el orden individual como el fundamento del conocimiento, montando una pseudo construcción de lo colectivo mediante modelos formales cuantitativos o cualitativos, sea que se los construya con variables o con relatos.

Para superar ese inductivismo y recuperar la adecuada capacidad explicativa de datos numéricos o relatos tenemos que recuperar la noción de complejidad. Decimos variables o relatos por que muchas veces el reduccionismo con datos cuantitativos es reemplazado por el reduccionismo cualitativo del relativismo cultural.

Para superar ese reduccionismo cartesiano tenemos que romper la linealidad de las relaciones causa-efecto como una manera de comprender la relación determinante y adentrarnos en

la complejidad de la salud que la abordaremos en la tesis 6, pero también entender cuál es la relación entre lo micro y lo macro en determinación de la vida y la salud. Quien mejor ha explicado la contribución de la dialéctica a este movimiento fue Samaja (1993, p. 115-116). Como el explica no es ni el orden colectivo (general) el que determina exclusivamente, ni lo es el orden individual; hay más bien un movimiento dialéctico entre lo micro y lo macro. Diríamos, parafraseando la explicación que él ofrece sobre la relación dinero capital explicada por Marx que, entre la parte y el todo, entre lo micro y lo macro, entre la realidad social y epidemiológica de las personas y la realidad social y epidemiológica colectiva hay un movimiento de determinación de dos vías: el todo tiende a reproducir las condiciones existentes en lo colectivo y la parte (el individuo) tiende a generar a provocar cambios en la totalidad y, a la final, ese movimiento es el que determina. Dejaremos la explicación de la complejidad de la salud para la tesis 6, y enfoquemos ahora el tema de los modos de vivir y los estilos de vida como herramientas para organizar el conocimiento epidemiológico.

Los modos de vida en el perfil epidemiológico (sistema de contradicciones que determinan los patrones epidemiológicos de exposición y vulnerabilidad)

En los espacios sociales concretos, desarrollan su reproducción social distintas clases sociales, cruzadas por características y relaciones étnicas y por relaciones de poder de género. En la interfase de esas relaciones, y principalmente orientadas por sus intereses y posibilidades de clase, se estructuran modos de vida colectivos y característicos, que delimitan las potencialidades económicas, políticas y culturales de cada clase. Es imposible comprender la salud de estos grupos, sin estudiar sus modos de vida (Figura 3).

Los modos de vida dependen de su movimiento histórico, viabilidad, avances y retrocesos que determinan el sistema de acumulación económica que se haya impuesto en la ciudad; aunque los integrantes de una clase social pueden generar proceso de ruptura aprovechando del margen de autonomía relativa, espacios y fisuras que deja siempre la estructura de poder.

Figura 3 – Modo de Vida (grupal o colectivo) – (condiciones y espacios estructurados; cambios a largo plazo)

- a) Condiciones grupales del trabajo: posición en la estructura productiva; patrones laborales.
- b) Calidad y disfrute de bienes de consumo del grupo: tipo de cuota; construcciones de necesidad; sistema s de acceso; patrones de consumo.
- c) Capacidad objetiva del grupo para crear y reproducir valores culturales e identidad (classe para sí).
- d) Capacidad objetiva del grupo para empoderamiento, organización y soportes de acciones en beneficio del grupo.
- e) Calidad de las relaciones ecológicas del grupo: relación con la naturaleza.

Figura 4 – Estilo de vida (libre albedrío individual, variabilidad cotidiana, autonomía relativa)

- a) Itinerario típico personal en la jornada de trabaio.
- b) Patrón familiar y personal de consumo: alimentación; descanso; vivenda; acceso y calidad de servicios; recreación.
- c) Concepciones y valores personales.
- d) Capacidad personal para organizar acciones en defensa de la salud.
- e) Itinerario ecológico personal.

En el espacio individual y familiar, las personas concretas construyen sus vidas que con el tiempo organizan sus propios estilos de vida (Figura 4).

En el marco de los modos de vivir grupales, y los estilos de vida individuales que aquellos hacen posibles, se forjan formas de vivir, elementos y tendencias malsanas, así como procesos saludables y protectores. En otras palabras, se va generando un movimiento contradictorio de procesos destructivos y protectores que, en última instancia, condicionan el desarrollo en los fenotipos y genotipos de las personas, sea de procesos favorables (fisiológicos, soportes y defensas físicos y psicológicos), o sea de alteraciones y trastornos (fisiopatológicos, vulnerabilidades y debilidad psicológica).

A ese conjunto multidimensional y dialéctico de procesos que ocurren en varias dimensiones de la vida, concatenados con los modos de vida y relacionados con las determinaciones y contradicciones estructurales más amplias es que hemos denominado perfiles epidemiológicos (BREILH, 2010).

Los perfiles epidemiológicos – que no son simples perfiles estadísticos sino explicaciones de la salud – varían de una clase social a otra y sufren modificaciones históricas según los cambios de las relaciones de poder que afectan los modos de vida. Sus elementos no son puramente interpretativos, sino que sirven para reflexionar sobre la acción, para organizar la prevención y promoción profundas de la vida, en relación con los procesos de la determinación social de la salud urbana y la degradación ecológica del espacio urbano, como se verá más adelante.

La inequidad: categoría fetiche o herramienta de análisis

La epidemiología es inevitablemente una disciplina de análisis de contrastes, por eso, es que en prácticamente todos los discursos epidemiológicos contemporáneos, se registran términos como 'equidad', 'desigualdad', 'diferenciales', etc. para implicar los contrastes sociales que existen entre distintos estratos de una sociedad a los que se compara en sus estados de salud.

La epidemiología es una disciplina que necesita recurrir con frecuencia a comparaciones y estratificación, puesto que requiere anteponer grupos poblacionales que registran ciertas ca-

racterísticas ligadas, se supone, a determinados estados y problemas de salud. Así se pueden comparar grupos por edad, por género, por rasgos etnoraciales, etc.

Ese tipo de estratificaciones puede ser válido, cuando se trata sobre comparaciones aisladas de grupos según variables específicas, pero ya no lo son cuando requerimos investigar la determinación social. Lamentablemente, la lógica que se ha impuesto en la epidemiología empírico-analítica ha provocado una gran confusión alrededor de categorías como la equidad social, o su contrario, la inequidad social, la desigualdad, etc. Por eso es que insistimos en retrotraer aquí el viejo debate sobre equidad y clase social; un disenso que acompaña los disensos en ciencias sociales desde hace mucho tiempo.

Primero, cabe diferenciar las categorías inequidad⁶ y desigualdad, cuestión que la hemos analizado en profundidad en otros trabajos. La inequidad es la categoría que define las relaciones y contrastes de poder que existen en una formación social; es lo resultado de una historia de acumulación de poder y resulta de un proceso en que una determinada clase social se apropia de las condiciones del poder que son generalmente interdependientes: apropiación y acumulación económica, política y cultural, para hacerlo debe subordinar o excluir a otra u otras clases sociales. Esa inequidad es una característica importante de los sistemas de reproducción social que estudiamos epidemiológicamente, puesto que moldea los rasgos de los componentes estructurales del modo de vivir y explica las notables diferencias entre dichos modos de vivir de diferentes clases sociales que ya los explicamos.

La desigualdad, en cambio, es una expresión resultante de esa inequidad y expresa una injusticia en el reparto o acceso de los bienes y servicios que existen en una sociedad. Es decir, mientras la inequidad es una categoría explicativa, la desigualdad es una expresión observable de la inequidad. Ahora, bien cabe una reflexión sobre los desafíos metodológicos para estudiar-las en concreto.

Si superamos la lógica inductiva de la epidemiología empírico-analítica y comprendernos que el conocimiento de la realidad no es el reflejo de los datos tomados de unidades individuales o personas, sino el producto de una análisis de la estructura de poder y de las relaciones sociales de una formación, entonces concluiremos en la necesidad de que la epidemiología aborde siempre la determinación que se produce en la dimensión general del análisis y en los modos de vivir de la dimensión particular, todo lo cual deviene en las relaciones de inequidad que confrontan las personas y que delimitan las posibilidades y problemas de sus estilos de vida personales.

La equidad que caracteriza a una población no puede establecerse directamente por encuesta y observación de indicadores empíricos, peor aun por indicadores como ingreso, educación, tasas de cobertura o acceso a servicios, puesto que estos son elementos indicadores de desigualdad, resultantes de relaciones de inequidad, pero no equiparables a la misma. Es decir, lo que suele hacerse es encuestar a una población según ingreso, nivel educativo, entre

⁶ Anglicismo que no tiene parangón en el castellano, pues iniquidad que es lo que más se le parece quiere decir injusticia; la inequidad implica injusticia pero no es lo mismo.

otros, y con esas variables estratificar la población, sea en agrupaciones por cada una de ellas o por constructos combinados.

El primer problema con ese procedimiento es que al aplanar al realidad del mundo empírico de la desigualdad, invisibilizamos las dimensiones de la determinación social, pero además al recurrir a esquemas empíricos, inductivos y formales, renunciamos al conocimiento cualitativo de la propia determinación estructural, la economía política de la determinación, tanto como a la riqueza del movimiento de los dominios particular y singular que lo podemos conocer con la antropología y la tecnografía críticas. Es decir, convertimos a la epidemiología en una operación de números y asociaciones de variables, lo cual no implica solamente un problema académico del conocimiento sino principalmente una fijación hacia una acción focalizada y funcional y desechar transformaciones más profundas.

Todos estos planteamientos enfatizan la importancia de la determinación colectiva de la salud y su preeminencia sobre los estilos de vida individuales. Es indispensable analizar la estructura de poder que determina los rasgos saludables o malsanos de los modos de vivir en el dominio particular, según la incidencia tripartita de las tres fuentes primarias de inequidad de una sociedad: la clase social, el género y la condición etnonacional, pero también hemos analizado la inequidad que estos elementos provocan en la cotidianidad y en le espacio doméstico (BREILH, 1991; 1987).

Es a partir de este tipo de análisis que podemos fundamentar los aspectos más específicos de una problemática, por ejemplo, en la investigación de los procesos transmisibles. Donde los procesos que hacen la transmisión, como la construcción de fuentes infectivas, o la construcción de patrones de exposición dependen de esas condiciones estructuradas del modo de vida, que condicionan los estilos de vida personales posibles. Como sucede, de igual forma, con los procesos que determina la infecciosidad, tal como la construcción de susceptibilidad (Breilh, 2005).

Tesis 6 - La salud es un proceso complejo, pero el reconocimiento de la complejidad no puede ser la ampliación de la misma lógica teórico-política, ni la adopción del relativismo

La problemática de salud puede ser mirada como un problema individual o como colectivo, dos dimensiones que aunque distintas están profundamente interrelacionadas. La salud individual se refiere a fenómenos de salud que se observan, explican y atienden en las personas y sus familias. La salud colectiva se refiere a fenómenos que se producen, observan y afrontan en la dimensión social o colectiva.

Lamentablemente, la mayor parte de veces cuando la gente, incluso muchos especialistas, piensan en la salud y sus problemas, les vienen inmediatamente a la cabeza términos ligados a la noción asistencial, tales como: 'enfermedad', 'enfermo', 'servicios de salud'. En algunas oportunidades, se incluyen también términos convencionalmente asociados a la prevención, tales como: 'vacuna'; 'nutrición'; 'infraestructura sanitaria', etc.

La razón por la cual esas nociones inscritas en la lógica del pensamiento convencional de la vieja salud pública se imponen, obedece a la hegemonía del llamado modelo biomédico, del paradigma positivista que lo sustenta, y de una concepción funcionalista de la práctica.

El primer paso para poder comprender la salud desde una perspectiva integral es romper con la hegemonía de esas nociones biomédicas y la lógica liberal de la práctica convencional que mencionamos. De lo dicho anteriormente se desprende que los problemas de salud no se reducen apenas a la enfermedad y la prevención como fenómenos individuales. No lo son, en primer lugar porque los hechos que llevan a la gente a enfermar no afectan sólo a una persona o a pocas personas, sino que operan potencialmente sobre toda una comunidad y, en segundo lugar, por que esos procesos no se producen, ni se multiplican, ni se distribuyen poblacionalmente en una familia o espacio individual, sino que se producen y se extienden en toda la colectividad y, más aun, en toda una sociedad.

Al abordar la salud como un problema colectivo, se comprende la necesidad de un paradigma interpretativo que haga posible superar la visión lineal y reduccionista de la salud como un efecto mórbido de causa(s) aisladas, y deviene la necesidad de comprender la salud en su complejidad. Ahora bien, la salud es un proceso complejo, pero el reconocimiento de la complejidad no puede ser la ampliación de la misma lógica teórico-política, ni la adopción del relativismo. El problema será discutido adelante.

El debate sobre la complejidad se reavivó en las ciencias sociales del siglo 21, pero no es un debate exclusivamente posmoderno o del siglo 21. La linealidad y reduccionismo del pensamiento positivista, que se impuso a lo largo de la modernidad hegemónica del siglo 20, también fueron profundamente cuestionados.

A la vuelta del milenio se produjo un sacudón filosófico y epistemológico con serios efectos sobre las ciencias sociales como la epidemiología. La crisis de la modernidad desencadenó una saludable relectura crítica de las ideas de la modernidad. Los paradigmas, como el positivismo, que se habían impuesto a lo largo de los siglos 19 y 20 fueron sometidos a un escrutinio crítico. Aun el propio marxismo clásico, que de hecho impulsó la más profunda y trascendente crítica de la modernidad capitalista, se sometió a cuestionamientos serios de algunos de sus rasgos iluministas y antropocéntricos.

En medio de ese torbellino, un cuestionamiento principal a la ciencia positivista fue el monismo interpretativo de su epistemología nomotética (nomos=leyes). Se ha resumido esa visión de la ciencia que tanto influye la epidemiología hegemónica así:

La mayoría de las ciencias sociales nomotéticas, acentuaba ante todo...su interés en llegar a leyes generales que supuestamente gobernaban el comportamiento humano, la disposición a percibir los fenómenos estudiables como casos (y no como individuos), la necesidad de segmentar la realidad humana para analizarla, la posibilidad y deseabilidad de métodos científicos estrictos (como la formación de hipótesis derivadas de la teoría, para ser probadas con los datos de la realidad por medio de procedimientos estrictos y en lo posible cuantitativos), la preferencia de los datos producidos

sistemáticamente (por ejemplo, los datos por encuestas) y las observaciones controladas sobre textos recibidos y otros materiales residuales. (WALLERSTEIN, 1996).

La idea central es que todo se reduce a leyes simples, que el camino a la verdad es el experimento, a partir de cual se accede a las leyes generales.

En contracorriente, avanzó desde 1990 la crítica contra esa racionalidad moderna imperante, y contra el positivismo como su mejor expresión en la ciencia; fue el momento en que sobrevino un movimiento epistemológico neoconservador que tuvo una gran influencia sobre las ciencias sociales como la epidemiología, y que Habermas lo definió como: "...uno de los movimientos intelectuales más virulentos y peligrosos de nuestra época" (Habermas, 1981). Se trata de un posmodernismo, definido acá como conservador, que enfiló su mayor esfuerzo a deconstruir los llamados metarelatos de emancipación y oponerse a toda noción de totalidad, pues dicha noción – según los posestructuralistas – no tenía cabida en una sociedad informatizada (Lyotard, 1986). En esa misma línea, se propuso desmantelar las creencias modernas basadas en los principios de: 'unidad'; 'jerarquía'; 'identidad', 'fundamentación'; 'subjetividad'; y 'representación'; mientras se celebró los anti-principios de 'diferencia' y 'multiplicidad' en la teoría, la política y la vida cotidiana. Así, se cuestionó todos los discursos e instituciones de la modernidad, pues según esta visión, reprimen el deseo, lo colonizan, reproduciendo subjetividades fascistas que son fatalmente normalizadoras, y hacen necesaria una 'micropolítica del deseo' enfocada en 'microestructuras de dominación' (Derrida, 1993).

Hemos cuestionado esta visión para la cual la deconstrucción propuesta como sentido liberador terminó reproduciendo la hegemonía, puesto que en lugar de recuperar la dialéctica entre la totalidad y los individuos, entre la unidad y la diversidad, entre el orden colectivo y el orden individual, y a nombre de la liberación se recayó hacia la racionalidad de lo micro y la lógica individualista (Breilh, 1999). En las ciencias sociales y, por que no decirlo, en la propia epidemiología, se dejó sentir ese abandono de las categorías de la totalidad, ese cuestionamiento absoluto del marxismo, para el cual se propuso casi como antípoda, la supuesta superación del relativismo cultural. Un debate aun no concluido en nuestra disciplina.

La complejidad no es la ampliación de una misma lógica ni la adopción del relativismo

La salud es un proceso complejo y su complejidad radica en 5 elementos que los hemos explicado detalladamente en nuestro ensayo sobre la "Epidemiología Crítica" (Breilh, 2003)⁷ y que se resumen a continuación.

Reconocemos la complejidad del objeto salud por sus distintas dimensiones; su carácter contradictorio que le da movimiento; por que se caracteriza a la vez por tener una estructura jerárquica pero con espacios y momentos de autonomía relativa; por tener un movimiento entre la

⁷ En Epidemiología Crítica: Ciencia Emancipadora e interculturalidad (Lugar Editorial, Buenos Aires, 2003/4) al autor trabaja la categoría complejidad en la "Introducción" y sobretodo la sección dedicada a "La complejidad / dimensionalidad de la salud, p. 46-50; así como en el "Capítulo III Complejidad y realismo dialéctico", p. 119-136.

Figura 5 – Aspectos de la determinación compleja de la salud

- a) Multidimensionalidad: salud abarca espacio "macro" y "micro"; las dimensiones "general" (G)/ "particular" (P)/ "singular" (S)
- b) Carácter contradictorio de su movimiento: estructuras de reproducción y procesos de generación; así como oposición de procesos protectores y malsanos en todas las dimensiones.
- c) Jerarquía y conexión: "subsunción" y "autonomia relativa".
- d) Identidad: comunalidad (unidad) y diversidad.
- e) Sistema: abierto-irregular y cerrado-regular.

unidad y la diversidad; y por operar en ciertos momentos y espacios como un sistema dinámico abierto, de movimiento irregular, mientras que en otros es cerrado y regular. En la Figura 5 se enuncian los elementos de icha complejidad.

La salud se desarrolla, entonces, como proceso concatenado entre las dimensiones espaciales de lo general, lo particular y lo singular (micro). Al interior de cada una de éstas, y entre las mismas ocurren contradicciones entre la tendencia de lo estructurado a reproducirse y el movimiento generativo que impulsan miembros de los grupos sociales y las personas para transformar dichos procesos estructurados. En ese movimiento hay además una tensión dialéctica entre la unidad del movimiento y la diversidad que ofrecen los procesos más específicos. Unas veces el movimiento tiene un dinamismo regular y en otros se torna irregular o abierto.

Desde la perspectiva epidemiológica, el dominio de lo *general* (G) corresponde a la determinación del sistema de acumulación, la lógica matriz del sistema de producción, las políticas y expresiones del Estado y los procesos generales de la cultura y condicionantes epistémicos. El dominio de lo *particular* (P) es el que corresponde a las condiciones estructuradas de los modos de vida de los grupos constitutivos, con sus patrones típicos de exposición a procesos nocivos para la salud colectiva y sus patrones característicos de vulnerabilidad grupal a dichos procesos nocivos. Y el dominio *singular* (S) expresa la determinación de los estilos de vida de las personas y de sus rasgos fenotípicos y genotípicos (en la Tesis 5 se explica la diferencia entre modos de vida - grupales - y estilos de vida - individuales).

Los procesos de la dimensión general y particular tienden a reproducir y conservar sus condiciones. En cambio, los procesos más específicos y singulares tienden a generar nuevas condiciones desde los ámbitos más locales.

Ahora bien, dicho movimiento complejo ocurre bajo relaciones jerárquicas, puesto que los procesos más específicos y locales se encuentran subsumidos en los procesos de la lógica general, aunque tienen márgenes de autonomía relativa que les permiten generar cambios. Las grandes tendencias estructurales de una ciudad, por ejemplo, se imponen sobre la lógica de los barrios y sus procesos, aunque estos pueden desencadenar procesos contracorriente y construir formas de hegemonía opuestas a la lógica dominante. Lo mismo ocurre en la rela-

ción entre las clases sociales, grupos de género o étnoculturales y los dominios generales de la reproducción social. Puesto en términos de la economía política del movimiento, el proceso de acumulación de capital (dominio G), subsume los modos de vida de las clases (dominio P) y estos subsumen los estilos de vida y condiciones de salud individuales (dominio S), pero esa jerarquía no es absoluta sino que existe la posibilidad de un contramovimiento de los dominios más específicos sobre los más generales. De ese modo el movimiento de determinación de la salud no es producto exclusivamente de un determinismo colectivo o general, como tampoco es producto exclusivamente de un determinismo biológico psicológico individual, es más bien el resultado de un complejo proceso de determinación social que implica o presupone también el juego de las cotidianidades y posibilidades físicas y psicológicas de la vida personal que aunque no son dominantes en la esfera colectiva, si tienen un margen para el libre albedrío que hace posible la generación de acciones que, pueden sumar con otras para hacer una masa crítica de transformación.

Vistos estos dominios/órdenes y formas de movimiento que participan en la determinación social, reconocemos que son procesos complejos (es decir multidimensionales, contradictorios, jerárquicos, tienen aspectos comunes pero a la vez son diversos, y operan unas veces como sistemas regulares y en otros como sistemas irregulares), los cuales no deben ser reducidos en un paquete de factores empíricos (variables) apenas asociados linealmente. Por consiguiente, los 'diagnósticos' de la salud no pueden hacerse exclusivamente por esos esquemas formales cartesianos y lineales de datos del plano empírico, y sólo basarse en estadísticas y capas geoespaciales de efectos o indicadores observables, cuantificables, sino que deben integrar todas las relaciones de la determinación de una manera que permitan interpretar la génesis de dichos efectos observables.

La salud colectiva latinoamericana eslabonó la construcción integral del objeto salud, con una práctica integral de transformación. Pero, no es la transformación de 'riesgos' aislados, o 'factores determinantes', o 'determinantes sociales de la salud' –como suele decirse en algunos círculos-, sino la incidencia sobre procesos de determinación históricos de la determinación general, y sobre los modos estructurados de vida. No se puede lograr una vida saludable con cambios de los efectos y delos estilos de vida individuales, aunque se lo haga en una campaña epidemiológica masiva, eso puede lograr mejoras pero n o sustentables. Uno puede cambiar atender y cambiar un problema de salud en la consulta y eso está bien y es necesario, se puede lograr cambios masivos con operaciones masivas en individuos, y es muy bueno y necesario hacerlo, pero sólo se pueden lograr transformaciones profundas y sustentables cuando se dan cambios de la reproducción social más amplia y en los modos estructurados de vivir de las clases sociales.

Si bien el modelo OMS contribuyó a posicionar el enfoque de "los determinantes sociales de la salud", y abrir el espectro de preocupación de cuadros técnicos, sigue atado a un neocausalismo, donde dichos 'determinantes sociales' son asumidos como factores externamente conectados y donde se expande la visión hacia las llamadas 'causas de las causas'. Esto nos preocupa,

más que por una cuestión teórica por las implicaciones prácticas de repetir el *modus operandi* del causalismo: actuar sobre factores. Creer, por ejemplo, que procesos estructurados como la monopolización de la tierra y el agua, la aplicación de tecnologías agroindustriales destructivas, como la expansión de sistemas productivos malsanos, fueran 'factores' sobre los que se puede actuar ingenuamente sin comprenderlos como parte de un modo histórico de reproducción social que se llama acumulación de capital y hegemonía de mercado.

Si bien el modelo OMS reconoce determinantes estructurales e intermediarios, lo hace de tal forma que es imposible establecer el nexo histórico real entre las dos instancias. Primero, los 'determinantes estructurales' están ausentes en las categorías definitorias del conjunto y su lógica (acumulación, propiedad, relaciones sociales), el énfasis es en lo que se llama gobernanza y políticas. En segundo lugar, en el nivel de las clases sociales, hay una versión lineal de sus componentes (educación – ocupación – ingreso-) y sesgada más bien hacia la dimensión del consumo. Finalmente, en el nivel de los determinantes intermediarios, no queda claro cuales son esas 'circunstancias materiales', si corresponde al terreno individual o al social. En definitiva, el modelo OMS a diferencia de la visión latinoamericana que hilvana a lo largo de todos los niveles principios de oposición social (acumulación/desposesión; dominación/emancipación; totalidad/particularidad).

La epidemiología crítica de América Latina ha ofrecido aportes sustanciales sobre la determinación, desde la década de 1970. Un análisis cabal de esa producción rebasa los límites de este escrito, sólo cabe destacar algunos elementos relativos a la determinación social.

Las primeras aportaciones latinoamericanas propiamente epidemiológicas sobre la determinación social, que caben destacarse a nuestro criterio por su originalidad y su grado de influencia en la región, arrancaron hacia finales de los 1970. Dos textos de clara resonancia aparecen en Brasil en 1975, que aunque no fueron estrictamente textos de epidemiología, comienzan a cuestionar el discurso hegemónico y ha señalar la importancia de una construcción social y dialéctica de la salud. Arouca con su 'dilema preventivista' (AROUCA, 1975) y Donnangelo (1975) con su 'Medicina y Sociedad'. Fue Laurell (1976) quien realizó un trabajo epidemiológico pionero, con su contraste entre pueblos mexicanos, mostrando la determinación estructural, aunque sin discutir teóricamente la categoría determinación. De Almeida Filho (1989) destaca las contribuciones de Guillerme Rodríguez y la 'pax biológica' de Ricardo Gonçalves con su cuestionamiento de la interpretación empirista de lo social, lo de Ana María Tambellini con su crítica de la causalidad y su replanteamiento de la relación biológico social en la comprensión de la enfermedad.

El primer texto explícitamente epidemiológico y enfocado ampliamente en la determinación social como objeto de estudio y categoría central de una epidemiología contrahegemónica, es nuestro, se presentó en 1976 y se publicó en 19798 (BREILH, 1976, 1979). Debatimos expresamente

⁸ En la tesis de maestría del autor "Crítica a la Concepción ecológico funcionalista de la epidemiología" (México: Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco, 197 y en la primera edición del libro "Epidemiología: economía, medicina y política" (Quito: Universidad Central del Ecuador, 1979) se sistematiza por primera vez una discusión ampliada de la categoría determinación en salud.

⁹ Luego se publicaron 2 ediciones dominicanas, 3 mexicanas, una en portugués y una 7ma edición ecuatoriana que está en prensa.

la noción bungeana de determinación desde una perspectiva marxista, propusimos la categoría reproducción social para trabajar la complejidad de la salud, enfocamos una crítica del causalismo y propusimos algunas salidas para la construcción de la complejidad, multidimensionalidad y carácter contradictorio de la salud. Pero quizás, lo más importante de esa obra fue ubicar el carácter profundamente conflictivo, clasista, de la construcción epistemológica de nuestra disciplina.

En los años 1980, aparecen otros trabajos decisivos que, como ya citado por De Almeida (1989), marcan con claridad el salto de la epidemiología crítica, como el rompimiento de dos restricciones metodológicas de la epidemiología convencional. Primero, la reformulación de sus reglas de interpretación restringidas a la causalidad; y segundo, una expansión de las reglas científicas de la epidemiología, tanto en profundidad como en extensión.

Años más tarde vinieron contribuciones que profundizaron la crítica del causalismo y ofrecieron nuevas aportaciones metodológicas. Almeida (1989) refrescó el debate epistemológico al lograr una profunda deconstrucción del concepto de 'riesgo', enfatiza en la necesidad de contextualizar la relación 'exposición' – 'riesgo' en los modos de vida, y buscar el sentido o significado del mismo; encara la necesidad de una planificación pos-estratégica ligada a indicaciones borrosas y la liquidación del modelo cartesiano, sus nociones de representatividad y significación estadística. Una línea de análisis que ha merecido también el prolijo y penetrante estudio de Ricardo Ayres; quien desarrolló una reconstrucción histórica del largo recorrido de la epidemiología desde la etapa perceptiva del contagio (en el siglo 17), hacia la noción de transmisión observable (a mediados del siglo 19), y finalmente, hacia la racionalidad probabilística de la etapa enfocada en el riesgo (hacia mediados del siglo 20). (AYRES, 1997).

Almeida (1989) propuso una particular noción del 'modo de vida' como una categoría clave del análisis epidemiológico, ligada a su perspectiva antropológica y etnográfica de la epidemiología. La contribución de Almeida vino luego de que otros epidemiólogos latinoamericanos habían propuesto una similar noción desde perspectivas complementarias. Así, Ana Maria Tambellini (1975), Laurell y Noriega (1976), quienes la desarrollaron desde las urgencias de la epidemiología del trabajo; y en mi caso, cuando analicé los perfiles de clase como dimensión particular del 'perfil epidemiológico'¹¹ que articula las relaciones de poder de clase, étnicas y de género, las cuales condicionan patrones estructurados del vivir, en colectividades definidas (Breilh, 1979), arribando más tarde al rescate de la noción de interculturalidad como elemento para el replanteamiento del sujeto de la epidemiología.

Una contribución de grande importancia para la comprensión de la determinación la ofrecieron las obras de Juan Samaja. Su explicación de la dialéctica de los órdenes colectivo e individual, explicando la capacidad generativa de lo individual y la de reproducción social de lo colectivo ha sido esclarecedora; su planteamiento lúcido de la dialéctica, que mantiene con vida el poder determinante de lo individual y lo social, contribuyó a resolver un problema clave de la

¹⁰ Naomar Almeida. La Ciencia Tímida. Ibidem.

¹¹ Jaime Breilh, 1979, op. cit., p. 151-152; 210-219

epidemiología crítica. Samaja también estudió la multidimensionalidad de la salud como "determinación múltiple bajo interfases jerárquicas" (1992; 1993).

Cesar Victora *et al.* (1992; 1997) ha trabajado en la relación entre la inequidad socialmente determinada, a la investigación de evidencias empíricas de desigualdad, aplicando las herramientas penetrantes del análisis matemático.

En fin, apenas hemos perfilado varias de nuestras propuestas y algunas de las aportaciones de otros colegas que, en su conjunto, conforman un cuerpo teórico latinoamericano que constituye una base sólida para trajinar en los desafíos que vamos identificando.

Tesis 7 – La epidemiología es responsable por promover la justiciabilidad y la exigibilidad del derecho a la salud y no de enredarse en un academicismo que termina obstaculizando la lucha, y tornándose un instrumento para la fabricación de la duda como recurso de impunidad de los poderosos

La hegemonía del modelo biomédico y su lógica se filtran a otros campos, como el jurídico, que requieren eventualmente pensar en la salud. Tal como se ha repetido a lo largo de estas tesis, el primer paso para poder comprender la salud y sus derechos desde una perspectiva integral es romper con la hegemonía de esas nociones biomédicas y la lógica liberal de la práctica convencional que mencionamos. Y, claro, jurídicamente, salta a la vista la conclusión de que el derecho a la salud, entonces, abarca más que el derecho a los bienes que factibilizan una atención curativa adecuada, sino que más bien su vigencia se vincula inseparablemente a la vigencia de otros derechos del buen vivir, como lo establece, por ejemplo, la nueva constitución del Ecuador, forjada por la lucha de los movimientos sociales y de la 'Red por el Derecho a la Salud' por la que trabajamos desde la epidemiología crítica:

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional. (República del Ecuador, 2008, p. 29).

La determinación social de la salud, como conocimiento del espectro del derecho, plantea el desafío de una construcción de carácter crítico, interdisciplinaria e intercultural para conjuntar tanto una visión renovada del derecho como de la salud.

La proximidad creciente de la epidemiología con el derecho ha debido atestiguarla dolorosamente muchas colectividades afectadas, pero también entidades y núcleos científicos que empujan una ciencia independiente del poder. Los escenarios de conflicto epidemiológico ambiental se multiplican y esa tendencia se refleja en la bibliografía científica, que ostenta una creciente convergencia de la epidemiología con los temas del derecho.

Evidencias de las últimas décadas muestran que los escenarios de conflicto jurídico alrededor de la salud, en gran medida provocados por la expansión económica a gran escala, determinan una presión hacia la epidemiología para interpretar la 'causalidad', que en este caso pesa más como problema jurídico que sanitario. La epidemiología se mueve en estos casos entre los fuegos cruzados de los estudios empresariales de una supuesta inocuidad ambiental, y aquellos que denuncian los agravios, omisiones y prácticas ilegales que padecen las comunidades.

Un ensayo reciente que analiza el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y sobretodo de la Observación General 14 (OG14) del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, citando el párrafo 11 de dicha observación, recoge la idea de apertura del derecho a la salud más allá de la atención médica en casos de enfermedad para abarcar

una amplia gama de factores socioeconómicos que promueve las condiciones merced a las cuales las personas pueden llevar una vida sana, y que hace ese derecho extensivo a los factores determinantes básicos de la salud, como la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas y un medio ambiente sano. (Carbonell, 2009, p. 174).

En un texto muy reciente suscrito por una de las figuras de la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS (Venkatapuram; Marmot, 2099), junto a importantes reflexiones sobre las implicaciones filosóficas y éticas de la epidemiología enfocada en 'los determinantes sociales de la salud' y los imperativos morales de la investigación, varias de cuyas ideas podríamos acogerlas como pertinentes, se desarrolla un cuerpo argumentativo centrado en las 'relaciones causales' que, a pesar de proclamar la necesidad de un nuevo paradigma, implica la reedición de los principios lineales del causalismo empírico, solo que ahora asumidos en las capas o niveles del análisis multinivel (emplean la metáfora de la estructura de las cajas chinas). Lo que estos autores proponen como alternativa es extender y complejizar la vieja noción de la cadena causal, para que abarque lo que han definido como 'las causas de las causas'.

En lugar de desarrollar un cuerpo conceptual y metodológico que permita entender la determinación social y construir las relaciones histórico sociales y procesos estructurales que entran en movimiento para determinar la salud, se disuelven esos procesos estructurales en la forma de factores, o digamos de 'determinantes sociales de la salud' (nuevo membrete pero la misma esencia), solo que mejor organizados en niveles.

Adicionalmente, la epidemiología crítica otorga decisiva importancia interpretativa a la construcción intercultural de la salud. Y así, cómo lo hemos señalado en otro trabajo, considera fundamental la conjunción de sujetos y culturas en las construcciones sobre la salud (Breilh, J.; Tillería, 2009). Y,

por eso, sus interpretaciones se hermanan con las provenientes de la sabiduría indígena, forjada en el marco de una lógica de vivir comunitario, y de una cosmovisión que coloca la vida y la subsistencia de la comuna en el centro, otorgando preeminencia a la noción del vivir en comunidad (*kawsay*), y uniéndola a la noción de lo bueno, protector, bello, agradable o placentero (*sumak*).

[...] la importante coincidencia entre el sentido autárquico y protector del sumak kawsay indígena empata adecuadamente con el sentido emancipador y preventivo del modo de vida de la epidemiología crítica. Las dos visiones comparten la necesaria prioridad del bien común, de la vida colectiva y de la relación armoniosa con la naturaleza, sobre la lógica e intereses privados que los coartan y deterioran.

La salud de miles de latinoamericanos va a depender de cómo resolvamos jurídicamente, por ejemplo, el choque de intereses y derechos entre quienes empujan la expansión de la minería de escala, frente a la urgencia de detener la contaminación por mercurio, cianuro y otros metales de alta peligrosidad y de proteger la vida y la salud de los mineros, de las colectividades vecinas y aun de los cultivos de alimentos de las porciones bajas de cuencas irrigadas por ríos contaminados. Va a depender, así mismo, de cómo se resuelva el conflicto de intereses entre las agroindustrias y sus sistemas de trabajo peligrosos y contaminantes, respecto a la sustentabilidad de sistemas ecológicos afectados no sólo por la contaminación sino por el consumo descomunal y no sustentable de recursos vitales (agua, bosques, biomasa).

Es el caso también de cómo se va a manejar la amenaza creciente de la electropolución por ondas como las de radiofrecuencia (telefonía móvil) en las zonas conurbanas o la multiplicación de la producción y comercialización de productos que contienen elementos cancerígenos y disruptores funcionales, como los alimentos genéticamente modificados, los edulcorantes artificiales, los colorantes, los nano-componentes de productos cosméticos, etc. Es el reto ético y jurídico de cómo proceder ante una economía de despilfarro y desecho planificado que nos impele a un consumismo generacionalmente irresponsable, y a la acumulación masiva de elementos no biodegradables que proyectan un futuro siniestro, donde jamás será viable el buen vivir que terminará convertido en una pieza retórica que engrose la arqueología de las buenas intenciones. Es el caso de la expansión de formas de crianza animal de aves, porcinos y otras especies de gran escala y cuyas consecuencias nefastas para los ecosistemas y la salud han sido ampliamente documentadas.

La epidemiología crítica es una herramienta para consolidar la vigencia del principio de precaución, que es un instrumento fundamental de justiciabilidad.

La categoría 'perfil epidemiológico' que hemos propuesto abarca los elementos sobre los que se debe construir la justiciabilidad: un perfil de procesos saludables/protectores y un perfil de procesos malsanos/destructivos. Si queremos defender la vida y la salud, y promoverlas, tenemos entonces que actuar promoviendo los procesos saludables/protectores (a eso llamamos promoción de la salud), y contrarrestando los procesos malsanos/destructivos (a eso denominamos prevención profunda – para diferenciarla de la prevención etiológica individual

convencional). ¿Qué importancia tiene lo dicho para las intervenciones en salud y para el derecho? El hecho es que si la salud se determina en las tres dimensiones de la realidad, y si existen relaciones de mutua determinación de los procesos generales, particulares y singulares, entonces sería un error actuar con una práctica y con elementos del derecho enfocados únicamente en una de las tres dimensiones. Lo que debemos buscar es que nuestros esfuerzos incidan en las tres dimensiones.

Nuestra gestión debe combinar acciones preventivas enfocadas tanto en contrarrestar los procesos malsanos, como en promover los procesos protectores/saludables. Las acciones son más eficaces y sustentables, mientras más abarquen las tres dimensiones de la realidad. Tenemos que actuar respetando, protegiendo y asegurando el derecho a los servicios de salud para las personas, pero esas acciones no son sustentables si no se acompañan de acciones que actúen sobre los procesos colectivos, particulares y generales. Las acciones de salud individuales pueden ser más inmediatas, y se requieren como reacción emergente a trastornos de salud individuales, que demandan respuestas inmediatos, pero si bien reparan la salud individual, no resuelven el problema de modificar las condiciones determinantes que provocan el problema.

El derecho debe consolidar la *justiciabilidad* integral del derecho a la salud mediante la instauración y garantía de obligaciones que abarquen las tres dimensiones. La epidemiología además puede contribuir a la elaboración de criterios y parámetros de monitoreo crítico de la realidad que faciliten el control social, la rendición de cuentas y, en definitiva, la *exigibilidad* jurídica de los derechos.

Se desprenden de ahí dos argumentos éticos, con profunda influencia sobre la justiciabilidad de la salud. Primero, el actuar con sentido preventivo profundo, anticipándose para evitar los trastornos de una enfermedad, y ahorrando sufrimiento humano y destrucción de la naturaleza

Figura 6 – Dominios de la ética de la salud y de la construcción de justiciabilidad

(Superación de la bioética y de la ética de la "calidad de vida")

- DOMINIO GENERAL
 - Capacidad sustentable
 - DESC
 - Derechos de la naturaleza
- DOMINIO PARTICULAR ("Buen vivir", modo de vivir saludable)
 - Trabajo digno, protegifo y gratificante
 - Consumo conciente, dignificante, equitatitativo, colectivamente concertado; acceso a cuota para buen vivir; sin derroche
 - Capacidad de construcción colectiva de identidad soberana (subjetividade plena)
 - Disfrute de soportes colectivos y tejido social organizado
 - Ambientes saludables y sustentables
- DOMINIO SINGULAR
 - Itinerario laboral armónico; seguro;
 - Acceso pleno a consumo dignificante, intercultural
 - Conciencia del individuo, conocimiento emancipador (Heller)
 - Soportes afectivos, familiares y de la comunidad inmediata
 - Ecosistema doméstico saludable y sustentable

es un imperativo ético no una opción técnica. En segundo lugar, para cumplir ese imperativo ético, es necesario ampliar las nociones convencionales de la bioética y de la ética de la calidad de vida, a la noción integral de la ética de la salud cuyas dimensiones se enuncian en la Figura 6.

Tesis 8 - Para implementar una visión dialéctica de la determinación es indispensable una ruptura con la noción geométrica del espacio, con la noción empírica analítica del territorio (de la geografía clásica) y con la noción restrictiva de ecosistema (de la ecología funcional)

Una reflexión emancipadora sobre los problemas de salud tiene que superar las restricciones clásicas de la teoría del espacio. Es necesario romper con el pensamiento cartesiano, que comprende el objeto como opuesto y separado del sujeto, y ubica al espacio en el orden de lo absoluto; hay una producción social del espacio (Lefebyre, 2001).

La noción de 'lugar' es central en la construcción empírico-analítica de la vieja epidemiología, ahora sofisticada por medio de los sistemas de información geográfica. De igual forma que lo dicho respecto a la estadística, hay que romper con las concepciones meramente geométricas del espacio, centradas en la dimensión matemática y acordes con la tradición aristotélica que sostiene que el espacio, al igual que el tiempo, son categorías que simplemente facilitan la clasificación de las evidencias de los sentidos. Es decir, no hay un espacio de la salud como lugar estático, continente y pasivo, sino un espacio complejo y en movimiento creador.¹²

En segundo lugar, la praxis humana articula el movimiento de espacio y tiempo para superar el pensamiento lineal de la epidemiología convencional, asentada en la lógica formal que congela la realidad y mira los fenómenos sin tiempo, o como si el tiempo fuera una simple sucesión de coyunturas. En este sentido, sostenemos que no puede haber una geografía de la salud sin historia, ni una historia de la salud sin geografía. 14

Del mismo modo que, por ejemplo, las nociones de 'riesgo', 'carga' y 'daño' fueron la camisa de fuerza que mantuvieron a las ciencias del trabajo en el marco empírico-funcionalista de la vieja medicina ocupacional – y que lamentablemente se recrean aun en textos de una visión que se pretende alternativa –, así mismo las nociones empíricas de 'lugar', 'tiempo' y 'persona' siguen sometiendo al pensamiento de la salud pública y de la epidemiología a un encuadre empirista que continúa multiplicándose en formas más actuales de la investigación de la salud.

Es interesante que Castells retoma las primeras interpretaciones críticas latinoamericanas sobre el espacio urbano – que son las de Quijano, Nun, Cardoso y otros - (Castells, 1974). El teórico mexicano, entonces, registra el valor de Castells frente a la superación de las teorizaciones vulgares sobre el espacio que se habían impuesto: su carácter impreciso aplicado sin rigor a múltiples dimensiones del análisis; su carácter abstracto no ligado a una realidad concreta; ausencia de una teoría específica sobre el espacio; la transposición de nociones geométricas y su

¹² Jaime Breilh, Epidemiología crítica, Ibidem, p. 121.

¹³ Jaime Breilh, Epidemiología crítica, Ibidem, p.121.

¹⁴ Parafraseando a Milton Santos (1985).

aplicación a las ciencias sociales; la confusa transposición de conceptos y leyes de las ciencias naturales y las ciencias sociales. Por el contrario, para Castells el espacio es un producto material, no una dimensión abstracta, y los seres humanos con sus relaciones prácticas dan al espacio y sus elementos ciertas formas, funciones y significaciones.

Hay necesidad de romper con el dualismo hombre/medio cuando se pensó en términos de ecología humana, una expresión acuñada por el grupo de Chicago, que vino a revivir una geografía ya desacreditada y fundaba en el divorcio positivista objeto-sujeto. Al menos en una primera fase, la ecología destinada a ofrecer un cuadro conceptual más elaborado no se apartó de esa obsoleta orientación. Por eso, la geografía empírica se ocupó de la naturaleza y del ser humano como si fuesen categorías opuestas. La 'naturaleza' que formaba parte del sistema ecológico era una 'primaria' y no una socializada, era una naturaleza sin historia humana" (Santos, 1996). Necesidad de romper con la geografía clásica, así mismo, por centrarse en la interacción local entre 'un grupo humano' y su 'medio geográfico', desconociendo la presión determinante de las imposiciones extrarregionales de los países más poderosos y sus grandes empresas.

Harvey las respuestas se pregunta ¿cómo es que diferentes prácticas humanas crean y hacen uso de conceptualizaciones específicas del espacio? Ejemplifica sus categorizaciones surgidas de la praxis, expresando que las relaciones de propiedad crean espacios absolutos donde puede operar el poder monopólico; el movimiento de gente, bienes y servicios toma lugar en un espacio relativo pues depende de dinero, tiempo y energía; y parcelas de tierra captan o acumulan beneficios, por que contienen relaciones con otras parcelas, las fuerzas del mercado y demográficas. Una vez que una forma espacial es creada tiende a institucionalizarse y a su vez a determinar el propio proceso social.

Categorías

El espacio es la categoría más general, que ya hemos tratado, pero como parte del espacio está la geografía, que abarca el conjunto dinámico de procesos naturales transformados históricamente, ubicados y localizados en un territorio 16, incluyendo los equipamientos e infraestructura, sea en los ámbitos de la producción, del consumo-circulación, y de lo simbólico. Uno de esos productos son las características de la ecología que comprende las relaciones de especies entre sí en la ciudad, y con su entorno orgánico e inorgánico. Así mismo, la producción de desechos del más variado orden opera en todas las fases y espacios de la reproducción social en los distintos territorios (Breilh, 2009).

Metabolismo (sociedad naturaleza y ecosistemas)

A la luz de los argumentos anteriores, proponemos un concepto de ecosistema, como conjunto socio-ecológico articulado y coherente, caracterizado por formas de paisaje, biodiversi-

¹⁵ David Harvey, ibidem, p.14.

¹⁶ La geografía crítica estudia el movimiento y segregación del espacio en un territorio concreto, y para hacerlo analiza la lógica de producción y distribución en un territorio de las características naturales – siendo estos fenómenos naturales artificializados en grados distintos, según el momento histórico y el ámbito social en que existan –, y sabiendo que dichos productos se generan en el marco del metabolismo que opera entre la sociedad y la naturaleza, mediado por la producción.

dad, temperatura, precipitación, flora, fauna, grados/formas de artificialización; elementos estos que, al ser artificializados, devienen en procesos socionaturales. Los ecosistemas son entonces verdaderos socio-ecosistemas, pues están cruzados por relaciones sociales que determinan: la lógica - equitativa o inequitativa - de los procesos humanos y de artificialización; la construcción y segregación de los espacios socionaturales involucrados; la sustentación o contrariamente la pérdida de biomasa y biodiversidad; la construcción de patrones sociales de exposición y vulnerabilidad de los ecosistemas ligados a la producción económica o al consumo; y finalmente, a los tipos de impacto sobre la vida. 17

En el paradigma dominante de la modernidad, se impuso la comprensión de dos mundos prácticamente contrapuestos: la ciudad como rectora, cosmopolita, avanzada y pujante, y lo rural como un mundo atrasado, local, más simple, y secundario. En el marco de ese paradigma pervivió la tendencia, sobretodo en la política y en las entidades de gestión con el intuito de asumir el desarrollo como el paso de lo atrasado a lo moderno, de lo rural a lo urbano, de lo agrícola a lo industrial; una visión desde la cual lo rural es apenas residual y dependiente de las demandas industriales y dinámicas urbanas (Pérez, 2001).

Tesis 9 - Hay que construir una incidencia epidemiológica crítica y emancipadora, romper la camisa de fuerza del salubrismo funcional y recrear el triángulo de la política impulsando una ética renovada de la gestión, ligada a los derechos humanos y de la naturaleza

La proyección práctica del conocimiento científico aplicado a una realidad social y ambiental depende también de la forma como articulamos nuestra comprensión de la realidad. La proyección política de la ciencia depende de la forma como construimos nuestros objetos de transformación, o como lo hemos dicho en innumerables oportunidades, la politicidad de la ciencia no se limita a los nexos abiertos, visibles o externos de los programas científicos, sino a las relaciones o formulaciones internas del quehacer investigativo, una especie de politicidad interna implícita del conocimiento (Breilh, 2010).

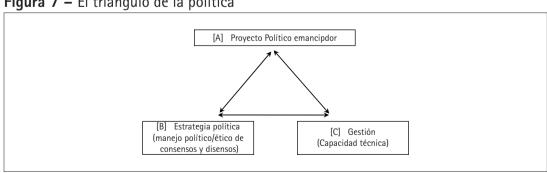


Figura 7 – El triángulo de la política

Fuente: MATUS, 1998.

¹⁷ Jaime Breilh, Pregunta urgente para las ciencias de la salud, Ibídem, p. 8.

La investigación busca conocer para transformar, y el método de conocimiento está supeditado a las características y movimiento del objeto (de transformación). Si combinamos esas dos premisas, podemos concluir que es en el espacio de la acción donde se encuentra el objeto y sus elementos de transformación. Por consiguiente, es en la praxis transformadora que se establecen las condiciones, mediaciones, requisitos conceptuales e instrumentales del conocimiento transformador.

La acción a la par que proceso unificador, marca las diversidades del quehacer. La praxis implica la relación dialéctica de unidad y diversidad y es la política del terreno matriz de la acción. Al penetrar analíticamente en la gestión, Matus identificó tres elementos que los organizó en la Figura 7, en la que se anteponen las dimensiones de la gestión en las que puede incidir la epidemiología (Matus, 1998):

Nuestra propuesta es pensar el quehacer de la comunidad científica en salud colectiva, ambiente y sociedad como una expresión vital y especializada de la política y la gestión, cuyo análisis implica contenidos y relaciones de la acción que esbozamos a continuación: [A] proyecto político se refiere al contenido de la acción relativo a los fines estratégicos de una colectividad para construir las bases económico sociales, culturales y políticas del buen vivir y de la ética de salud; [B] la gobernabilidad implica el poder para manejar el proyecto y el grado de consenso o disenso que lo empuja u obstaculiza, mediante análisis estratégico de los sujetos y sus relaciones sociales; y [C] la capacidad de gestión se refiere al acervo de técnicas, destrezas y habilidades indispensables según la naturaleza del programa de acción, tanto las provenientes de fuentes académicas como de los pueblos y sus organizaciones.

Tesis 10 - Hay que superar la lógica empírico-analítica de 'medir para reflexionar' y no dejarnos condicionar acríticamente por la lógica de los procesos automatizados de análisis asistido por computador y sistemas de información que empleamos

A lo largo de las tesis anteriores se ha acumulado argumentos críticos respecto a los fundamentos empírico-analíticos, tanto de la vieja epidemiología como de la 'visión de los determinantes sociales de la salud'.

Sobre las bases teórico-metodológicas que hemos cuestionado, se levanta un sofisticado cuerpo de recursos técnicos que son muy útiles para el trabajo de la epidemiología, pero que deben ser manejados desde una visión crítica. Nos referimos principalmente a instrumentos como los programas de análisis estadístico, los programas de análisis cualitativo asistido por computador, los sistemas de análisis geográfico, y otros más.

Quienes usamos estas herramientas continuamente, desde una perspectiva crítica, hemos tenido que separar con cuidado su indudable poder para el manejo operacional de datos, textos, imágenes y archivos audioviduales, pero reconociendo que hay necesidad de realizar un trabajo analítico cuidadoso, para superar un uso directo y acrítico de esos recursos, no mediado por una reflexión detenida de los costos interpretativos que puede provocar su racionalidad empírico inductiva. Así, por ejemplo, si aplico el SPSS o el SAS para elaborar un empaquetamiento de variables por componentes

principales, no puedo confundir el hecho de juntar tipos de variables en variables artificiales con el principio teórico de la determinación. Lo que puedo hacer es aplicar, por ejemplo, técnicas como la de componentes principales o de análisis discriminante para corroborar asociaciones y contrastes empíricos, previamente teorizados en su significación histírica y social. Del mismo modo, cuando usamos NVivo8 para procesar las entrevistas aplicadas, por ejemplo, a obreras agrícolas y establecer nodos temáticos, juntándolos según algún criterio, no debemos confundir ese proceso legítimo de la investigación con los fundamentos inductivos de la teoría fundada que inspiró su diseño.

Cuando empleamos, por ejemplo, el recurso geográfico del *Arcview* para elaborar mapas multinivel de un territorio de investigación, y talvez elaborar algunas estadísticas geolocalizadas, no debemos perder de vista las categorías de la geografía crítica para no recaer en el uso empirista de la herramienta, en el uso de indicadores reduccionistas para el análisis del espacio o en esa geografía cuantitativista, olvidando el precepto bachelardiano de que "es preciso reflexionar para medir, antes que medir para reflexionar" (BACHELARD, 1979).

De hecho, algunos gobiernos y universidades han incorporado a sus sistemas de información geocodificada – incluso algunos técnicamente sofisticados – elementos de información social como mapas de pobreza y 'calidad de vida', para correlacionarlos espacial y estadísticamente con indicadores epidemiológicos convencionales e incluso incorporar parámetros de género y etnoculturales. Consideramos que aquello es legítimo, pero no es menos cierto que frecuentemente se centren simplemente en categorías como 'pobreza' o 'calidad de vida' y en nociones empíricas de la espacialidad para terminar conformando sistemas informáticos aplanados, fenoménicos, que consolidan sin quererlo una lógica expiatoria de los problemas estructurales que determinan el movimiento geográfico, tornando invisibles los procesos de fondo.

Por lo tanto, es imperativo mantener una vigilancia epistemológica sobre los usos y límites de las técnicas, sin dejarlas de usar, pero con el cuidado de no reproducir

[...] una noción ahistórica, congelada de los fenómenos epidemiológicos, que se brinda para una interpretación igualmente parada de las matemáticas y del análisis cuantitativo[...] que desconoce la existencia del tiempo histórico y sus cualidades esenciales [...] que trabaja en estadios sucesivos de evolución espacial [...] estudia una sucesión de estadios pero no la propia sucesión [...] Trabaja con resultados más omite los procesos y entonces mistifica los resultados. (Breilh, 2003, p. 123).

Sin restar mérito a los esfuerzos informáticos que realizan las instituciones, hay que trabajar mucho hacia una reingeniería de los mismos, superando las construcciones convencionales y el trabajo acrítico con categorías que provienen del análisis empírico. Por ejemplo, los mapas de pobreza medida por diferentes técnicas, no son otra cosa que un indicador del consumo (ingreso, necesidades básicas insatisfechas, acceso a canastas básicas, etc.). Puede ser importante contar con esa información, pero a condición de que el sistema permita relacionar ese resultado empírico del consumo con las características de la población que los generan. La medición de pobreza, por ejemplo, como sustituto de una análisis de inequidad de clase social, es

una forma de soslayar una epidemiología de la determinación social. Igualmente, la calidad de vida se asocia generalmente con la satisfacción de un sistema básico de necesidades definida por el poder. Pero la calidad de vida, o mejor, la vigencia del buen vivir o de modos de vivir saludables, como lo hemos explicado antes, no pueden reducirse a lo anterior, y requieren más bien tomar en cuenta condicionantes o garantías en todos los dominios de la determinación.

Es indispensable que tomemos conciencia de que ante este grande desafío no somos autosuficientes y debemos pensar en serio y con humildad en la colaboración. Hay que recuperar el sentido humanista y social del conocimiento, venciendo esa arrogancia que a veces se nos filtra en la venas, pero sin perder de vista tampoco las lecciones que nos dejan los buenos científicos de cualquier color político.

El desafío es combinar las fortalezas del pensamiento crítico con aquellas del trabajo científico e excelencia. Tenemos por delante una tarea muy difícil ante la cual ninguno de nuestros centros de investigación, ninguna de nuestras organizaciones son autosuficientes: tenemos que pensar en serio y con humildad en la colaboración. Neruda (2010) lo pone en términos poéticos:

Hemos crecido tanto que ahora/no saludamos al vecino... Hay que darse un baño de tumba / y desde la tierra cerrada / mirar hacia arriba el orgullo. / Entonces se aprende a medir. Se aprende a hablar, se aprende a ser. (Neruda, 2003, p. 31).

Referencias

- Alexander, J.; Giesen, B. From reduction to linkage: The long view of micro macro debate in "The Micro Macro Link" Alexander et al. editors. Berkeley: University of California Press, 1997.
- 2. Almeida, N. La ciencia tímida: ensayos de deconstrucción de la epidemiología. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2000.
- 3. _____. Epidemiologia Sem Números: Uma Introdução Crítica a Ciência Epidemiológica. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1989.
- 4. AROUCA, S. *O dilema preventivista*: Contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. Campinas: Tesis de doctorado presentada a la Facultad de Ciencias Médicas de la Unicamp, 1975.
- 5. Ayres, R. Sobre o risco: para comprender a epidemiología. São Paulo: Hucitec, 1997
- 6. BACHELARD, G. Formación del Espíritu Científico. México: Siglo XIX, 1979.
- 7. Breilh, J. Crítica a la concepción ecológico funcionalista de la epidemiología. Xochimileo: Tesis para Maestría de Medicina Social de la Universidad Autónoma Metropolitana, 1976
- 8. Breilh, J. Epidemiología: Economía, medicina y política. Quito: Universidad Central del Ecuador, 1979
- 9. ______. Epidemiología: Economía Política de la Salud. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar Corporación Editora nacional, 2010, 7ma edición (En prensa).
- 10. ______. Conferencia dictada en las VI Jornadas Epidemiológicas distritales "La Epidemiología y la Salud Urbana". Secretaria Distrital de Salud, Alcaldía Mayor de Bogotá; 28 de Octubre del 2009.
- Latin American critical ("social") epidemiology: New settings for an old dream. International Journal of Epidemiology, v. 37, pp. 745–750, 2008a.

2.	Una perspectiva emancipadora de la investigación y acción, basada en la determinación social de la salud. México: Ponencia al Taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud. Asociación Latinoamericana de Medicina Social, 29 de septiembre 2008b.
3.	El deporte y la salud. En: Breilh, J.; Matiello, E.; Capela, P. Acumulación, Aceleración Global y el Deporte en la Salud (¿Negoció o instrumento de la vida?). Presentado al Global Health Watch II, 2007.
4.	Constraints and Opportunities in the Face of an Alternative EID's Research Paradigm. Honolulu: Speech at the Dialogue o Ecology & Epidemiology to Deal With Complexity and Inequity Working Meeting, Conference on Emerging Infectious Disease and Socio-Ecological Systems at the Imin International Conference Center (University of Hawaii), March 19th, 2005.
5.	Epidemiología Critica: ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2003.
6.	Posmodernismo o pensamiento liberador: Una visión desde los sin poder. Quito: Revista Espacios, 1999, p. 123-142.
7.	El género entre fuegos: inequidad y esperanza. Quito: CEAS, 1996.
8.	La triple carga (trabajo, práctica doméstica y procreación). El deterioro prematuro de la mujer en el neoliberalismo. Quito CEAS, 1991.
9.	Epidemiología entrefuegos. Medellín: Memorias de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social, 1987.
20.	Epidemiología: Economía, Medicina y Política. Quito: Universidad Central del Ecuador, 1979.
21.	Breilh, J.; Tilleria, Y. Aceleración global y despojo en Ecuador: el retroceso del derecho a la salud en la era neoliberal. Quito: Ediciones de la Universidad Andina y Abya Yala, 2009.

- 22. Bourdieu, P. O poder simbólico. Rio de Janeiro: Bertrand, 1998, p. 15. Traducido de "Le Pouvoir Symbolique", 1989.
- 23. Carbonell, M. Derecho a la salud en el derecho internacional de los derechos humanos en "La protección judicial de los derechos sociales. Quito: Serie Justicia y Derechos Humanos del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 2009, p. 174.
- 24. Castells, M. La cuestión urbana. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Argentina Editores, S.A., 1974.
- 25. Damiani, L. F. La diversidad metodológica en la Sociología. Caracas: Tropykos, 1996, p. 71.
- 26. De Almeida Filho, N. Epidemiología sem números: una introducción crítica a ciencia epidemiológica. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1989.
- Derrida, J. Spectres de Marx. L'Etat de la Dette, le Travail du Deuil et las Nouvelles Internationales. Paris: Editions Galilée, 1993, p.35.
- 28. Donangelo, C. Medicina y sociedad. São Paulo: Pionerira, 1975.
- 29. Foster, J. B. La ecología de Marx. Barcelona: El Viejo Topo, 2004.
- 30. Gudynas, E. El nuevo extractivismo progresista. Nueva Crónica, 2010, p. 7.
- 31. Habermas, J. The Dialectics of Rationalization: An Interview with Jürgen Habermas. Telos, v. 49, 1981.
- 32. KLEIN, N. La doctrina del shock: el auge del capitalismo del desastre. Buenos Aires: Paidos, 2008. p. 712.
- 33. Kondrátiev, N. D. (1935). Los grandes ciclos de la vida económica. In: Gottfried, H. (Compilador). *Ensayos sobre el Ciclo Económico*. 2ª ed. México: Fondo de Cultura Económica, 1956. p. 35–56.
- 34. LALONDE, M. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa: Minister of Supply and Services, 1981.
- 35. LAURELL, C. et al. Enfermedad y Desarrollo: Análisis Sociológico de Morbilidad en Dos Pueblos Mexicanos. Revista Mexicana de Ciencias Políticas, v. 84, p. 131-147, 1976.
- 36. LAURELL, C.; NORIEGA, M. La Salud en la Fábrica. México: Ediciones ERA, 1989.

- 37. LAURELL, A.; HERRERA, F. The making of the A H1N1 influenza pandemic in México BMJ. Disponible en: www.bmj.com/cgi/eletters/340/iun03 4/c2947. Accesado en: 11 June 11, 2010.
- 38. Lefebyre, H. The Production of Space. Oxford: Blackwell (translation by Donald Nicholson-Smith), 2001.
- 39. Lyotard, J. F. La condición posmoderna. Madrid: Editorial Cátedra, 1986.
- 40. Martinez, M. G. Algunas consideraciones sobre la crisis actual del capitalismo. 2009. Disponible en: http://www.eumed.net/libros/2009c/599/indice.htm. Accesado en: Julio 21, 2010.
- 41. Marx, K. El proceso de trabajo y el proceso de valor en "El Capital", tomo 1, v. 1, México: Siglo XXI, 1976, p. 215.
- 42. _____. El Capital (Tomo III). México: Siglo XXI, 1975.
- 43. _____. Elementos para la crítica de la economía política (Borrador) 1857-1858. Buenos Aires: Siglo XIX, 1972.
- 44. ______. El Capital (Libro I, 6to capitulo inédito). Buenos Aires: Ediciones Signos, 1971, p. 54-60.
- 45. Marx, K.; Engels, F. La ideología alemana. México DF: Ediciones de Cultura Popular, 1974. p. 676.
- 46. Matus, C. Adiós señor Presidente. Santiago: LOM Ediciones, 1998.
- 47. Neruda, P. No tan alto en "Estravagario (1958)". Santiago: Random House Mondadori, 2003. p. 31.
- 48. OMS. Acción sobre los factores sociales determinantes de la salud: aprender de las experiencias anteriores. Ginebra: Documento de Información preparado por la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, 2005.
- 49. PALOMINO FLORES, S. *Filosofia Indígena Andina*. Copenhague: Fjerne Naboer (Bolívia), 2009. Disponible en: http://www.fjernenaboer.dk/pdf/bolivia/Filosofia%20indigena%20andina.pdf. Accesado en: Febrero 20, 2010
- 50. Pérez, E. Hacia Una Nueva Visión de los Rural en "Nueva Ruralidad en América Latina" (Norma Giaracca, comp.) Buenos Aires: CLACSO, 2001, p.17-28.
- 51. RAMONET, I. Cercando a Venezuela. Le Monde Diplomatique, n. 171, Paris, enero, 2010. Disponible en: http://www.vtv.gov.ve/art%C3%ADculos/opini%C3%B3n/28260. Accesado en: Febrero 25, 2010)
- 52. REPÚBLICA DEL ECUADOR. Asamblea Constituyente. Constitución de la República del Ecuador. Montecristi: Sección séptima (Salud), página 29, 2008.
- 53. Samaja, J. *Epistemología y Metodología*: Elementos para una teoría de la investigación científica. Buenos Aires: Eudeba, 1993. 2da ed
- 54. ______. Epistemología y Epidemiología. Campinas: Congreso Brasileño de Epidemiología, 1992.
- 55. Santos, M. Por Uma geografia nova: da crítica da geografia a uma geografia crítica. São Paulo: Editora Hucitec, 1996 (4 ed.).
- 56. _____. Espaço e método. São Paulo: Nobel, 1985.
- 57. Solórzano, A. ¿Fiebre Dorada o fiebre amarilla? La Fundación Rockefeller en México: Guadalajara: Imprenta de la Universidad de Guadalajara, 1997.
- 58. Tambellini, A.M. O trabalho e a doença. Em: Guimarães, R. (Org.). Saúde e medicina no Brasil: contribuição para um debate. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- 59. Tesh, S. Hidden Arguments. New Brunswick: Rutgers University Press, 1988.
- 60. Venkatapuram, S.; Marmot, M. Epidemiology and social justice in light of social determinants of health research. *Bioethics*, v. 23, n. 2, p. 79–89, 2009.
- 61. Veraza, J. Subsunción real del consumo al capital. México: Ithaca, 2008.
- 62. VICTORA, C.; BARROS, F.; VAUGHAN, P. Epidemiología de la desigualdad. En: Serie Paltex, n. 27, Washington, OPS, 1992.

- 63. VICTORA, C. et al. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *International Journal of Epidemiology*, v. 26, Oxford, Advance Access, 1997, p. 224–227.
- 64. WAITZKIN, H.; IRIART, C.; ESTRADA, A.; LAMADRID, S. Social Medicine in Latin America: productivity and dangers facing the major national groups. *The Lancet*, 2001, 358, p. 315–323.
- WALLERSTEIN, I. et al. Abrir las Ciencias Sociales. México: Siglo XXI, Comisión Gulbenkian para la Reestructuración de las Ciencias Sociales, 1996.
- 66. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Regional Office for Europe. European Centre for Environment and Health. *Environmental health indicators*: development of a methodology for the WHO European region interim report. Geneva: WHO, 2000.
- 67. ZIBECHI, R. Brasil en Clave Potencia. *Programa de las Américas Reporte*, febrero 17, 2010a. Disponible en: http://www.ircamericas.org/esp/6683. Accesado en: Febrero 25, 2010
- 68. ______. Décimo Foro Social Mundial: síntomas de decadencia. Servicio Informativo "Alai-amlatina". 5 Febrero, 2010b. Disponible en : http://www.elpueblosoberano.net/?p=7808>. Accesado en: Febrero 25, 2010.
- 69. ZIBECHI, R. Brasil en Clave Potencia. *Programa de las Américas Reporte*, febrero 17, 2010a. Disponible en: http://www.ircamericas.org/esp/6683. Accesado en: Julio 21, 2010.
- 70. ______. Décimo Foro Social Mundial: síntomas de decadencia. Servicio Informativo «Alai-amlatina». 5 febrero, 2010b. Disponible en : http://www.elpueblosoberano.net/?p=7808>. Accesado en: Julio 21, 2010.

Ordem social do trabalho

Madel T. Luz

Otexto que se segue resulta de um conjunto de atividades de pesquisa desenvolvidas na última década, concernindo à busca de cuidados e atenção à saúde e sua expansão exponencial na sociedade brasileira, sobretudo nas grandes cidades.

Essas atividades, ligadas à linha de pesquisa Racionalidades Médicas e Práticas de Saúde¹, centraram-se no segundo eixo do projeto (Práticas de Saúde, iniciado em 1998), que tinha como objetivos principais: entender a expansão das práticas de saúde ditas até então 'alternativas', sobretudo as práticas corporais; os motivos desse crescimento; que tipo de pessoas estavam buscando essas práticas; com que finalidades; que papel exerciam tais práticas na saúde e na vida dessas pessoas. Os estudos, todos qualitativos, foram desde então quase sempre operacionalizados por meio dos projetos de mestrandos e doutorandos sob nossa orientação, incluindo campo etnográfico, observação participante e entrevistas (abertas com roteiro ou informais), além de outras técnicas mais recentes, oriundas das ciências sociais, aplicadas ao campo da Saúde Coletiva². Originaram-se muitas publi-

¹ O Projeto Racionalidades Médicas, estudo comparativo de sistemas médicos complexos, iniciou-se em 1992 no Instituto de Medicina social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Em 1994 tornou-se um Grupo CNPq, coordenado por Madel Therezinha Luz. O projeto desenvolveu, entre esse período e o ano de 2009, três fases (uma teórica, comparando quatro racionalidades médicas coexistentes na cultura contemporânea, e duas de estudos empíricos analíticos) tendo dois eixos temáticos.

²Entre essas técnicas recentes estão a fotografia, os vídeos, as consultas a sites, as entrevistas virtuais etc.

cações, incluindo livros, artigos, capítulos de coletâneas, dissertações de mestrado e teses de doutorado até o momento³.

Com o caminhar do processo de análise e interpretação dos dados dos diversos projetos, foi sendo evidenciado o papel do trabalho – ou, mais restritamente, do emprego (o termo inglês *job* é mais feliz para exprimir essa situação de um 'lugar' de trabalho com desempenho de atividades e duração de tempo variáveis) na origem da 'demanda' por cuidado na sociedade atual (Luz, 2001, 2003, 2004, 2005a 2005b, 2006, 2007, 2008), prevalecendo o gênero feminino nesta demanda, e salientando-se, em termos estatísticos (Brito; D'acri, 1991; Montali, 2006), certas profissões específicas: as da área de saúde (para nossa surpresa), de educação e segurança (geralmente públicas) – e de outras, como as de bancário(a) e contador(a); além de empregos com funções de chefia (gerentes de setores ou chefes de departamentos em organizações, por exemplo).

Em todas as situações analisadas dois fatos são comuns: trata-se geralmente de funções em que lidar com um 'público' – restrito ou amplo – está envolvido, e em que o trabalho é predominantemente de natureza 'mental'⁴. Esse trabalho, mental por excelência, pode ser considerado um 'trabalho intelectual', no sentido gramsciano? Acreditamos que não, pois apesar da característica 'intelectual' – uso constante do intelecto para sua efetivação – não raro esse trabalho é aridamente repetitivo, não permitindo, face à programação das atividades, e ao seu ritmo, bem como à quantidade de tarefas a serem executadas num período curto de tempo, nenhuma criação ou inovação da parte do profissional. Qualquer inovação é considerada pela organização, seja ela empresa ou instituição, inútil, da parte do trabalhador, face à exigência prioritária da 'produtividade': executar bem suas tarefas naquele espaço de tempo prescrito (Luz, 2005b).

Nos casos da saúde e do ensino, principalmente, em que o envolvimento do profissional – não necessariamente emocional – com seu público é uma exigência de verificação de qualidade e eficácia, tal impedimento torna-se, muitas vezes, pelo estresse – entendido como tensão psíquica e fisiológica contínua, devido ao controle e à expectativa constantes de qualidade na realização de tarefas, implicados no desenvolvimento das atividades relativas às funções do trabalhador em seu emprego – uma fonte insuportável de sofrimento dos sujeitos, gerando neles adoecimento – que tende a tornar-se crônico, num período variável do exercício do trabalho⁵.

O caráter mecânico do regime produtivista vigente, em que o agir do trabalhador é identificado ao de um 'instrumento (ou ferramenta) de trabalho' – deslocando social e teoricamente a

³ Consultar bibliografia ao fim do artigo, em que referências mais ligadas à 3³ fase são citadas; a maior parte foi redigida conjuntamente pelos orientados (mestrado, doutorado, pós-doutorado) e sua orientadora. Selecionamos alguns para este artigo: (Carvalho; Luz, 2007, 2009; Carvalho; Luz; PRADO, 2009; FRAGA; WACHS, 2007; MATTOS, 2008; MATTOS, LUZ, 2009a, 2009b, 2009c, 2009d, 2009e; NASCIMENTO, 2006; SABINO; LUZ, 2006a, 2006b, 2007a, 2007b; SABINO, 2005; TESSER; LUZ, 2008).

^{*}Estudos em sociologia e psicologia do trabalho têm evidenciado que o trabalho se tornou, na produção industrial, predominantemente mental (face ao momento anterior) em função do avanço tecnológico, no qual a automação, em grande parte incorporadora de tecnologia avançada tem um importante papel, transformando os antigos operários em 'técnicos especializados' em máquinas com atividades ou funções automatizadas. A vigilância e o controle sobre o 'trabalho' das máquinas exige constante atenção e concentração nas tarefas, tornando as atividades laborais tão ou mais cansativas que as atividades físicas. (PORCHMAN, 2008).

⁵ São mais conhecidas algumas 'doenças' mais claramente ligadas ao desempenho de atividades, como os distúrbios mentais, responsáveis pela maior parte das licenças de determinadas categorias de profissionais, como professores e policiais, mas há outras como as LER/Dort e a fibromialgia, que vem tendo importante prevalência em setores da força de trabalho. Algumas referências estão citadas na bibliografia.

ideia de 'força de trabalho', que supõe, como preconizou Marx, uma coletividade social em ação (classe) transformadora e criadora de novos objetos, sejam eles materiais ou intelectuais, conforme Gramsci (1968), não é adequada ao trabalho humano. Pelo menos ainda não, pois tem acarretado consequências maléficas inevitáveis sobre a saúde do trabalhador (Luz, 2005a, 2008), que passa a depender de cuidados de saúde, médicos, geralmente, para manter-se no trabalho, ou 'afastado dele'6, o que é mais provável no caso das profissões públicas mencionadas.

Uma perplexidade interpretativa instalou-se no nosso grupo de pesquisa: o que pode suceder a uma sociedade em que os agentes sociais encarregados de 'velar', no sentido de 'garantir', à população, sua saúde, sua inserção na sociedade e na cultura, e sua segurança, em termos de ordem pública, estejam em constante risco de adoecimento? Ou, pior, já doentes, buscando desesperadamente, como no caso de professores, médicos, enfermeiros e policiais, manter-se fora do trabalho pelo período mais longo possível? (Brasil, 2004; Brasil, 2009; Carlotto; Palazzo, 2006).

Essa questão, por geral que possa parecer, nos remete à natureza da própria estrutura da sociedade em que estamos vivendo. Antes que a 'acusação' de estruturalismo caia sobre nós, é necessário esclarecer que estamos buscando, no meio social mais amplo, respostas para questões cotidianas muito concretas, que dizem respeito à vida de pessoas, e à dos profissionais que delas se encarregam para exercer as funções acima citadas.

Portanto, partindo do nível mais microssocial possível, que é a saúde desta(s) ou daquela(s) mulher(es), deste(s) ou daquele(s) homem(s), e dos motivos de sua deterioração, fomos sendo levados à questão mais ampla do trabalho. Mais especificamente, ao conceito – ou categoria de analítica – que estamos denominando de 'ordem social do trabalho' na sociedade capitalista atual.

Nas páginas seguinte, trabalharemos algumas questões relativas a essa nova ordem social, originada com as transformações tecnológicas e organizacionais da produção a partir do último terço do século passado, buscando estabelecer ligações concretas entre as regras de organização do trabalho e as relações sociais que estabelece, no regime atual assalariado, o sofrimento e o adoecimento – nem sempre detectáveis na diagnose da racionalidade biomédica – de crescente parte da população, inclusive do setor que deveria estar saudável para cuidar dos doentes, isto é, dos profissionais de saúde.

Nova ordem social do trabalho: implicações para a saúde do trabalhador

O que designamos aqui 'ordem social do trabalho' é um regime complexo de relações sociais, fruto da produção social capitalista, mas que pretende ir além da questão dessa estrutura socioeconômica de produção, de sua distribuição de funções e da hierarquia gerada na organização do trabalho, ou mesmo das relações técnicas socialmente dominantes nessa

⁶ É impressionante o número de licenças médicas solicitadas e concedidas a cada ano para profissionais de saúde e, sobretudo, para professores, seguidos de pessoal ligado à segurança pública, evidenciado nas repetidas notícias de jornais de grande circulação, cuja lista, coletada de periódicos como *O Globo*, o *Jornal do Brasil* e a *Folha de S.Paulo*, seria longa a citar, nos estudos oficiais (IBGE, IPEA etc), e de artigos recentemente publicados. Alguns, mais próximos ao tema, são citados (OLIVEIRA, 2004; REIS et al., 2005; SAMPAIO; MARIN, 2004).

estrutura, hegemonicamente estabelecidas em função de mutações⁷ tecnológicas acontecidas nas duas últimas décadas do milênio findo. Embora englobando questões relativas ao funcionamento da economia, damos prioridade analítica ao que foi conceituado por Karl Marx como 'relações sociais de produção'. Sabemos do peso a carregar, em termos da repulsa atual, política e teórica, instalada no pensamento acadêmico, ao uso de tal linguagem e pensamento teórico, mas as questões sociais postas na contemporaneidade em consequência do regime de trabalho vigente, não nos deixam, por sua pertinência e atualidade, alternativa conceitual.⁸ Acreditamos que a categoria 'ordem social do trabalho' tenha fertilidade analítica, por estabelecer mediações interpretativas entre a estrutura de produção atual ('macro nível' analítico) e o conjunto de relações sociais que origina, em termos de normas, de ações e de representações dos agentes face ao trabalhar, além de valores e atitudes que tendem a cristalizar-se ('micronível' analítico), na esfera social do trabalho, numa dinâmica política e ideológica 'instituinte' de normas que se cristalizam em favor da estrutura hegemônica no plano ideológico e jurídico político⁹.

O conceito de relações sociais de produção, formulado por Marx em diversos dos seus escritos, encontra expressão mais sintética no Prefácio à Contribuição à Critica da Economia Política e na Introdução à Crítica da Economia Política, que precede a obra *Crítica da Economia Política*, ou simplesmente, nos *Grundrisse* — (*Fundamentos da Crítica da Economia Política*)¹⁰. Esse macro conceito de Marx privilegia as relações sociais que expressam a dicotomia social existente entre os possuidores dos meios de produção social (a força social 'capitalista' ou 'classe burguesa'), e os agentes possuidores apenas de sua força de trabalho (em termos sociais, a 'classe trabalhadora'), vistos como 'coletivo em ação'. A força de trabalho é 'a geradora da riqueza social' (tal como haviam formulado Ricardo e Adam Smith, no pensamento clássico da Economia Política).

Para Marx, entretanto, é a classe possuidora do conjunto dos meios de produção (instrumentos, tecnologia e instalações de trabalho, para citar os fatores mais importantes) que torna possível todo o processo, pondo-o 'em marcha', ao alugar a força de trabalho por um preço específico, em um período de tempo específico, isto é, ao pagar um *quantum* em dinheiro pelo

⁷ Preferimos empregar o termo 'mutações' a mudanças para sublinhar o caráter acelerado, quase súbito dessas transformações, geralmente induzidas pela ciência, para o compasso de andamento das relações sociais até então existentes.

⁸ Não se trata de 'aplicar' o referencial marxista ao contexto socioeconômico atual, mas de traçar paralelos, de uma perspectiva sociológica praxiológica, buscando semelhanças e contrastes entre dois contextos sociais intervalados por um século e meio de história, concernindo as relações no trabalho. A re-leitura do conceito de relações sociais de produção pode adquirir, a nosso ver, tonalidades teóricas contemporâneas, mais próximas da Sociologia que da Economia Política, preocupação central de Marx.

⁹ Sabemos que as categorias 'ordem política', e 'ordem social', já utilizadas em trabalhos anteriores (Luz, 1979;1982) são mais ligadas à tradição weberiana que à marxiana, mas acreditamos que podem se harmonizar com a análise que realizamos neste trabalho, exatamente por criarem mediações entre 'estrutura e sujeito(s)' sem agredir categorias clássicas do marxismo como a de 'classe social'. Também por possibilitar a análise dos valores e da ideologia dos sujeitos no trabalho pode ajudar-nos a lidar com a dimensão ética nele implicada.

¹⁰ Como estamos lidando com obras clássicas do pensamento social não cabem aqui normas do tipo ABNT (sobrenome do autor, ano etc), como se tratasse de um artigo ou de capítulo de livro de autor acadêmico, o que costuma originar anacronismos indesejáveis. Adotamos para leitura e eventual citação a versão das Obras Completas de Karl Marx, Paris Editions Sociales, 1957, traduzidas do original alemão para o francês por Maurice Husson e Gilbert Badia. Os *Grundrisse* são sabidamente um rascunho teórico de *O Capital*.

conjunto das atividades desenvolvidas pelos agentes, possibilitando assim a reprodução do sistema como um todo por meio do mecanismo conhecido como 'mais-valia'¹¹.

Esse regime específico de remuneração do trabalho é denominado convencionalmente 'salário' nas economias modernas (mercantil, capitalista ou socialista). Um conjunto de relações sociais se instituiu e vem se reproduzindo historicamente, com suas especificidades contextuais, tanto no plano socioeconômico, como no jurídico, no político e no ideológico, há vários séculos, sob o "regime salarial" (Castel, 1995).

Durante um período de tempo no século 20 (quatro décadas, no máximo), essas condições foram vistas como em 'evolução', isto é, em contínuo avanço para a modernidade social. Nossa interpretação é que esse otimismo foi ele próprio fruto do papel dominante que tinha ainda a indústria no sistema produtivo, e sua 'força de trabalho', os operários, além dos trabalhadores em geral, como atores na vida política e social, até o fim dos anos 1960.

Mas o que sucede ao sistema capitalista – não apenas na esfera econômica, mas também na política e nas relações sociais (incluindo o regime do assalariado) em relação à força de trabalho, quando o 'setor financeiro' da economia, com grande tendência ao monopólio internacional, torna-se o centro do palco da produção social? Muito provavelmente a tomada do centro da cena socioeconômica e política por outros atores.

A ordem social do trabalho no regime de produção capitalista mundial

Foi o que sucedeu: com o deslocamento do sistema capitalista para a economia 'global', caracterizada por tecnologia sofisticada poupadora de mão de obra, fortemente concentrada, do ponto de vista da propriedade de meios de produção, hegemonizado pelo setor financeiro, todo o conjunto das relações sociais que repousavam sobre a concepção de 'solidez' da força de trabalho, em função de um conjunto de características estáveis, é posto em questão, subvertido mesmo pelo novo modelo, instaurando-se a instabilidade não apenas do emprego, como do conjunto das funções e atividades sociais relativas ao trabalho e, consequentemente, ao regime salarial. Em outras palavras, ao 'regime social de trabalho'. Novas funções, de curta ou média duração, no que concerne ao aluguel de força de trabalho, tornam-se estratégicas nesse novo modelo. Quando não são virtualmente descartáveis, ou transformadas em outras atividades, igualmente descartáveis por seu caráter provisório, são praticamente voláteis, sem qualquer estabilidade em relação à vigência anterior do 'emprego', tido como uma instituição suficientemente sólida para o investimento social de desenvolvimento de profissões e carreiras no período fordista. Investimento que geralmente durava décadas, a vida inteira produtiva do

[&]quot;A obra maior de Marx, *O Capital*, constrói-se como uma tentativa de explicação do funcionamento e da reprodução da economia capitalista, por meio do mecanismo de extração da 'mais-valia' do trabalhador, isto é, do *quantum* não pago no salário que possibilita a reprodução do sistema como um todo, como o investimento em máquinas, em tecnologia, assim como a fabricação e o fornecimento de bens de consumo ao comércio-momento da distribuição/circulação no sistema – com custos e valores diferenciados, capazes de manter as empresas em competição, e eliminando, por meio das leis do mercado, isto é, da oferta e da procura, as que se apresentam mais fracas no processo competitivo em face de menor tecnologia incorporada, menor capacidade de produção instalada etc. A reprodução física da própria força de trabalho está incluída nessa extração. Para Marx, portanto, o que importava era fazer a análise do 'regime salarial do capitalismo', pois seu interesse estava no papel da 'força de trabalho' operária, para ele pedra angular do sistema, e na extração da mais-valia, como elementos centrais de reprodução dessa estrutura de produção social.

trabalhador, sendo também um lócus social privilegiado de inserção e de sociabilidades de pessoas e grupos.

Um mercado de *jobs*, em que a oferta de 'postos de trabalho' é ditada (às vezes há mesmo leilões de vagas) em função das leis do mercado em situação monopolista, torna-se a regra do regime de produção, podendo os ofertantes dos 'postos' estabelecer as regras do regime de produção: número de vagas, ritmo de produção, horário de trabalho, os tempos de descanso (quantas horas por semana), serviços de proteção que oferece ao trabalhador etc. Direitos previdenciários e legislações trabalhistas com quase um século de vigência são postos em quarentena, quando não revogados, na prática e na lei (Luz, 2005b).

Pode-se argumentar, não sem fundamento, que sempre foi o 'kapital', com K, quem controlou a oferta do emprego, dos postos de trabalho, sua duração e remuneração.

Que se tome como exemplos o fim da primeira metade, e as primeiras décadas da segunda metade do século 19. Ali o dono da fábrica decidia quem trabalhar e quantas horas, independentemente de gênero e idade, mas o regime era *labour intensive*, para empregar a expressão inglesa, incluindo homens, mulheres, idosos e crianças, enquanto no momento atual financeiro o regime inclui no trabalho, ou dele descarta, quando e quem quer, embora extraia dos que permanecem, acumulando as funções dos dispensados, uma quantidade de horas de trabalho e de produtividade não vistas desde o século 19¹². Talvez pior, pois o 'proletário', quando saía enfim dos ateliês de produção fabril, após dezesseis (ou mais) horas de trabalho, podia ir descansar em casa, junto a sua prole, ou beber nas tabernas. No momento atual do regime social de trabalho a tecnologia possibilita, por meio dos meios de telecomunicação, de informação e comunicação virtuais, que o patrão, seja ele privado ou estatal, atinja o trabalhador com exigências suplementares em seu lar, no bar, na casa dos amigos ou durante suas férias (Luz, 2008).

Em outras palavras, não há mais real lazer ou descanso: o 'grande irmão' da produtividade está sempre vigilante, e já está sendo interiorizado pelo trabalhador sob forma de culpa, gerando o *workholic*, o trabalhador obsessivo que vive, pensa, sente e sonha trabalho 24 horas por dia sem pensar em descanso nem férias (Luz, 2008).

A competição pelos postos de trabalho, por outro lado, confirma a pulverização do antigo coletivo social denominado 'força de trabalho', o que reduz os trabalhadores a indivíduos impotentes diante da opressão do novo regime. Não é de admirar que essa força de trabalho, objetivamente coletiva, adoeça coletivamente. O que espanta é que resistam até o fim, morrendo de 'doenças', certamente, mas de doenças adquiridas em consequência do regime e das relações sociais no trabalho.

Entretanto, se analisarmos que valores de trabalho essa força individualizada cultua e pratica, na contemporaneidade, poderemos compreender porque permanecem impotentes, mas fiéis até o fim, até o adoecimento (e morte, muitas vezes), ao sistema que os oprime.

¹²Talvez se possa afirmar que se configuram, no regime atual de trabalho capitalista, situações típicas do que Marx designou classicamente como 'mais-valia absoluta'. Além, é claro, das situações ilegais ou 'quase' legais de regime escravo ou semiescravo de trabalho, particularmente entre trabalhadores migrantes no mundo.

Então perceberemos também que dos 'yuppies' dos anos 1980 aos 'nerds' da atualidade, a competição entre pares, muitas vezes sem qualquer resquício de ética profissional, visando ao sucesso individual, acatando a pulverização provocada pelo sistema, quase eliminou¹³ a solidariedade característica da 'força de trabalho' analisada por Marx no século 19.

Os agentes se veem, ilusoriamente, por efeito da hegemonia do pensamento dominante, como atletas em competição, destinados (ou não) a vencer, isto é, destinados de antemão a serem winers (vencedores) ou losers (perdedores). E nesse combate vale tudo: a eliminação do outro, a obediência cega a normas cada vez mais rígidas e arbitrárias de produtividade – e isso tanto no setor privado como no público, tomem-se como exemplos as três funções profissionais mencionadas no início deste texto – o esforço para mostrar-se o 'mais produtivo', trabalhando mais horas, assumindo mais tarefas que seus pares, na busca de agradar os escalões superiores na hierarquia da divisão técnica das funções, e assim por diante. Nesses escalões, por sua vez, tornou-se praxe 'subir o sarrafo': exigir cada vez mais esforços dos subordinados, acelerando o ritmo de trabalho, acrescentando tarefas não previstas no contrato de trabalho, para 'aparecer bem na foto', junto ao cume da pirâmide do poder hierárquico organizacional, gerando contínuo estresse nos trabalhadores com essas exigências, e seu consequente adoecimento; passando não raro a exigir de si próprios um esforço que o organismo e o psiquismo humano não têm condições de dar suporte, e caindo, por sua vez, finalmente, doentes. (Déjour, 1998; Luz, 2008).

Dessa forma, o trabalho, considerado durante quase um século um lugar de realização, de sociabilidade coletiva mesmo – ainda que sofrida, pois nunca foi fácil ser trabalhador no capitalismo¹⁴ – tornou-se um ambiente muitas vezes sombrio e opressivo, do qual se deseja estar ausente, não apenas em função do regime da produção atual capitalista, mas possivelmente, sobretudo em função das relações sociais no trabalho que caracterizam esse regime. Em outras palavras, como denominamos em nosso título, em função da 'ordem social' que se estabelece na produção.

Portanto, não apenas resultante das relações sociais de produção, como quer o clássico, mas sobretudo das relações sociais na produção ou, mais dinamicamente, no produzir. Em suma, 'no trabalhar'.

¹³ É preciso manter o "quase" na frase acima, pois apesar de terem perdido em grande parte sua força como ator político privilegiado, os sindicatos ainda são um elemento de manutenção de coesão na força de trabalho. Alguns se tornaram mediocremente corporativos, outros foram praticamente massacrados por regimes autoritários na América Latina nos anos setenta e oitenta, ou "quebrados" pela ordem neoliberal tatcheriana, como os mineiros, na Inglaterra, mas mantêm-se como o último posto avançado de voz dos trabalhadores. E assim como a primavera volta a cada ano (por enquanto) no planeta, podem voltar a florescer quando menos se esperar. Porque as condições sociais objetivas para sua existência não desapareceram. Pelo contrário, tornaram-se agudas com o regime social do trabalho mundial vigente.

¹⁴ É interessante perceber, em pesquisa bibliográfica, como há escassez de trabalhos sociológicos sobre as condições de trabalho e de vida dos trabalhadores na primeira metade do século 20, em contraposição ao século 19. É a literatura que mais nos fala da 'situação da classe trabalhadora' na Europa e no mundo em geral. Inclusive a literatura médica, ou dos médicos. George Orwell nos descreve a horrível situação social do trabalho de mineiros na Inglaterra, no período entre guerras, no seu *A caminho de Wigen Píer*, cuja resenha foi recentemente publicada no caderno Ideais do *Jornal do Brasil*. O articulista associa a criação de Orwell a um antecedente conterrâneo ilustre, Jack London, com sua obra *O povo do abismo* (JB, 20 de março, 2010).

Referências

2008.

1. Brasıl. Ministério da Previdência Social. Saúde e segurança ocupacional. Brasília, 2009. Disponível em: http://www.mpas.gov.br/ conteudoDinamico.php?id=39. Acesso em: 27 abr. 2010. _. Ministério do Trabalho. Política nacional de segurança e saúde do trabalhador. Brasília, 2004. Disponível em: http://www. mte.gov.br/seq_sau/proposta_consultapublica.pdf. Acesso em: 27 abr. 2010. 3. Brito, J.C.; D'Acri, V. Referencial de análise para o estudo da relação trabalho, mulher e saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 201-214, abr./jun. 1991. 4. CARLOTTO, M.S.; PALAZZO, L.S. Síndrome de burnout e fatores associados: um estudo epidemiológico com professores. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1017-1026, maio 2006. 5. CARVALHO, M.C.V.S.; Luz, M.T. Práticas de saúde, sentidos e significados construídos: instrumentos teóricos para sua interpretação. Interface - Comunicação, Saúde e Educação, São Paulo, v. 13, p. 313-326, 2009. ____. Instrumentos teóricos aplicáveis na construção de sentidos e significados nas práticas de saúde. In: X Congresso Latinoamericano de Medicina Social, Salvador - BA, 2007. 7. CARVALHO, M.C. V.S.; Luz, M.T.; PRADO, S.D. Comida, alimentação e nutrição na perspectiva das ciências Sociais. Interface – Comunicação, Saúde e Educação, São Paulo, 2009. CASTEL, R. L'insecurité sociale: qu'est-ce qu'être protegé? Paris, Seuil, 2003. __. Les métamorphoses de la question sociale: Une Chronique du salariat. Paris, Fayard (L'espace du politique), 1995. Dыоия, C. Souffrance en France: la banalisation de l'injustice sociale. Paris, Seuil, 1998. 10. Fraga, A.B.; Wachs, F. (Orgs.). Educação Física e Saúde Coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção. Porto Alegre: UFRGS, 2007. 11. Gramsci, A. Os intelectuais e a organização da cultura. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1968. 12. Luz, M.T. Notas sobre a política de produtividade em pesquisa no Brasil: consequências para a vida acadêmica, a ética no trabalho e a saúde dos trabalhadores. Política & Sociedade. PGSP/UFSC, Florianópolis, v. 7 n. 13, p. 205-228, out., 2008. . Perda de ética no trabalho acadêmico: geração de sofrimento e doença entre trabalhadores universitários a partir do produtivismo como valor-fim entre pesquisadores docentes. In: PINHEIRO, R.; ΜΑποs, R.A. (Orgs.). Razões Públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, Rio de Janeiro, 2007, p. 357-367. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 15 (suplemento): p. 145-176, 2005a. 15. ______. Prometeu acorrentado: análise sociológica da categoria de produtividade e as condições atuais da vida acadêmica. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n.1, p. 39-58, 2005b. __. Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje. In: Рімнєїко, R; Маттоs, R.A. (Orgs.). Cuidado: as Fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro, Abrasco, 2004, p. 9-20. _. Novos Saberes e práticas em Saúde Coletiva - Estudo sobre racionalidades médicas e práticas corporais. São Paulo: Нистес, 2003. 18. _____. Medicina e Ordem Política Brasileira. Rio de Janeiro : Graal, 1982. ___. As Instituições Médicas no Brasil – Instituição e estratégia de hegemonia. Rio de Janeiro : Graal, 1979. 20. MATTOS, R.S. O corpo obeso estigmatizado no campo do fitness. Série Estudos em Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, n. 224, p. 59-60,

- 21. Mattos, R.S.; Luz, M.T. O estigma da gordura e as práticas corporais de saúde como produtoras de sentidos para o viver. Coleção Pesquisa em Educação Física, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 209-216, jun. 2009a. . Sobrevivendo ao estigma da gordura: um estudo socioantropológico sobre obesidade. Phsys: Revista de Saúde Coletiva, v. 19, n. 2, p. 489-507, 2009b. . Transformações no regime social do trabalho e adoecimento: mulheres com fibromialgia. Revista Ciência & Saúde Coletiva (Edicão Suplementar): Anais do IX Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, ISNN 1413-8123, Recife - PE, nov. 2009c. Práticas corporais de saúde para mulheres com fibromialgia: um estudo sócio-antropológico. Revista Ciência & Saúde Coletiva (Edição Suplementar): Anais do IX Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, ISNN 1413-8123, Recife - PE, nov. 2009d. _. Educação Física e Psicologia: o caso das mulheres com fibromialgia. *Anais do II Congresso da Associação Brasileira de* Psicologia do Esporte: integridade e compromisso com ética profissional na prática da psicologia do esporte, p. 40, 2009e. 26. Montali, L. Provedoras e co-provedoras: mulheres-cônjuge e mulheres-chefe de família sob a precarização do trabalho e o desemprego. Revista Brasileira de Estudos de População, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 223-245, jul./dez. 2006. 27. NASCIMENTO, M.C. (Org.). As duas faces da montanha: estudos sobre medicina chinesa e acupuntura. São Paulo: Hucitec, 2006. 28. OLIVEIRA, D.A. A reestruturação do trabalho docente: precarização e flexibilização. Educação & Sociedade, Campinas, v. 25, n. 89, p. 1127-1144, set./dez. 2004. 29. Porchmann, M. Brasil, encruzilhadas do desenvolvimento: os retrocessos do atual modelo. Le Monde Diplomatique (Brasil), jul. 2008, p. 4-5. 30. Reis, E.J.F.B. et al. Trabalho e distúrbios psíquicos em professores da rede municipal de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1480-1490, set./out. 2005. 31. Sabino, C.; Luz, M.T. Tatuagem, gênero e lógica da diferença. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 16, p. 251-272, 2007a. ___. Ritos da Forma. A construção da identidade fisiculturista em academias de musculação na cidade do Rio de Janeiro. Arquivos em movimento (UFRJ. On-line), v. 3, p. 51-68, 2007b. 33. ______. O corpo utópico: observação e análise do consumo de esteróides entre praticantes de musculação da cidade do Rio de Janeiro. In: VIII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2006a. _. Regimes alimentares e práticas de saúde em academias do Rio de Janeiro. In: XI Congresso Internacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2006b. 35. Sabino, C. O uso ritual de esteróides. Anabolizantes em academias de musculação. Uma abordagem antropológica. Arquivos em
- 37. Tesser, C.D.; Luz, M.T. Racionalidades médicas e integralidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 195-206,

36. Sampaio, M.M.F.; Marin, A.J. Precarização do trabalho docente e seus efeitos sobre as práticas curriculares. Educação & Sociedade,

Movimento (UFRJ. Impresso), Rio de Janeiro, v. 2, p. 1-14, 2005.

Campinas, v. 25, n. 89, p. 1203-1225, set./dez. 2004.

2008.

A determinação objetal da doença

Roberto Passos Nogueira

Introdução: a determinação histórica do ser dos entes

Nos Seminários de Zollikon (Zollikon seminars), Heidegger (2001) interpreta que a saúde e a doença constituem fenômenos ontológicos que se referem a dois modos de ser essenciais do homem e que se pertencem mutuamente. Assim como não podemos pensar na sombra sem ter em conta a luz, não podemos pensar na doença sem ter em conta a saúde. A doença é a privação da saúde, assim como a sombra é a privação de luz. Mas, ao contrário da sombra e da luz, que são fenômenos ônticos ou empíricos, a doença e a saúde não podem ser percebidas pelos sentidos: constituem fenômenos ontológicos, unicamente acessíveis pelo pensamento. O que é observado mediante o exame médico é sempre alguma doença específica, não o fenômeno ontológico da doença. Mas, de algum modo, tal fenômeno é pressuposto pelo médico em seus esquemas de raciocínio e no exame do paciente, ou seja, no conjunto do diagnóstico.

A tarefa de formular os conceitos ontológicos de saúde e de doença historicamente sempre coube aos filósofos, no âmbito da chamada Metafísica, disciplina que foi rebatizada modernamente sob o nome de Ontologia. À Medicina, como prática técnico-científica, não cabe interpretar o que é a saúde e a doença. De fato, os livros de patologia médica contêm, quando muito, meras generalidades a este respeito.

Isto parece estranho à primeira vista, mas é preciso ser sublinhado que nenhuma ciência se atreve a definir os conceitos ontológicos sobre os quais se fundamenta. Por exemplo, a Física não parte da definição do que seja o espaço ou o tempo. Desenvolve suas teorias e leis supondo que tais conceitos são previamente compartilhados entre os que se dedicam a essa ciência, sendo, portanto, evidentes para todos.

A Filosofia moderna raramente se interessa por refletir sobre os fundamentos das ciências naturais – tempo e espaço, saúde e doença. A razão é que, considerando insolúveis e ultrapassadas todas as velhas questões da Metafísica, os filósofos atuais passaram a se interessar unicamente pelas temáticas da Ética e das teorias do conhecimento científico (Epistemologia). Para cada campo da ciência moderna (Medicina, Biologia, Física, etc.), são desenvolvidas investigações epistemológicas, que costumam abranger aspectos do seu desenvolvimento ao longo dos séculos. Por isso, parece hoje impossível tratar dos conceitos da saúde e da doença senão pela perspectiva da história epistemológica.

Heidegger escolheu um caminho diferente, já que entendia que as questões da Metafísica são históricas, no sentido mais profundo, porque determinam nossas possibilidades e limites de ser em cada época. Sua ontologia fenomenológica se caracteriza por ter colocado novamente em discussão, de maneira interligada, questões essenciais como: o que é homem? O que é o tempo? O que é a saúde?

A discussão que se segue foi totalmente pautada pelo pensamento de Heidegger, mesmo quando ele não foi explicitamente citado. Convém sublinhar, no entanto, que, devido a um esforço de simplificação didática, os resultados nem sempre fazem jus ao rigor do pensamento deste, que é, indubitavelmente, o maior filósofo do século 20.

No ponto de partida da interpretação sobre o que é a saúde e a doença, o que se deve ter em vista é que esses conceitos, em cada época, são decorrentes da resposta dada pelos filósofos à questão-guia da Metafísica: o que são os entes do mundo em sua totalidade? Heidegger identificou três respostas fundamentais a esta pergunta, às quais denominou de "história da determinação do ser" (2001, p. 118). Os entes, em sua totalidade, foram pensados como:

- 1. *Physis*, natureza no sentido grego, aquilo que surge e se mostra por si mesmo (pré-socráticos e Aristóteles);
- 2. criatura, tudo que foi criado por Deus e se mantém em relação com seu Criador (teologia cristã);
- 3. objeto representado por um sujeito do conhecimento, de forma certa e segura (após Descartes, na Filosofia e nas ciências modernas).

Para Heidegger, o ser dos entes somente se revela ao homem ao passar pelo crivo metafísico dessas respostas. A sucessão das três determinações históricas relaciona-se com o que ele chama de verdade do ser. A verdade do ser é histórica, não no sentido de relatividade do conhecimento, mas da destinação do homem em sua pertinência essencial ao ser. Esta advertência serve aqui apenas para efeito de cautela interpretativa, porque, de fato, não é possível explicar, em poucas

palavras, o que Heidegger pensou sobre a expressão verdade do ser. Este, de fato, constitui o eixo de seu filosofar, de 1930 em diante, portanto, posteriormente à publicação de sua obra mais conhecida, *Ser e tempo* (Heidegger, 1996).

Segundo Heidegger, o que somos na modernidade e quais são nossas possibilidades futuras dependem da determinação objetal do ser dos entes, pensada inicialmente por Descartes e aprofundada notavelmente por Kant. Existimos sob o império da determinação objetal, que abarca todas as teorias e todas as práticas das chamadas ciências da natureza, nas quais a Medicina foi incluída. Tal determinação diz algo muito simples e que parece muito evidente hoje em dia: tudo o que há de experimentável no mundo são objetos, representados de forma certa e segura pelo sujeito do conhecimento.

O fundamento certo e seguro de todo conhecimento científico passa a ser o sujeito ou ego, que representa para si mesmo um dado objeto com suas propriedades extensivas e, portanto, mensuráveis ('coisa mensurável' é a tradução de *res extensa*). Descrito em seu sentido etimológico, objeto "é o que se encontra à frente e em contraposição ao sujeito" (Heideger, 2001, p. 118). Mas só podemos examinar os objetos da experiência com base numa postura essencial do homem, que representa para si a presença das coisas como objetividade. Antes de Descartes, ninguém falava sobre a necessidade de manter a objetividade no exercício de uma investigação científica. Desde então, a objetividade é tomada como a propriedade essencial dos entes em sua totalidade, tendo se tornado sinônimo de verdade, entendida como a correspondência correta entre as coisas e sua representação:

Objetividade é uma definida modificação da presença das coisas. O fazer-se presente de uma coisa a partir de si mesma é entendido com respeito a uma representação do sujeito. Presença é entendida como representação. Portanto, presença não mais é tomada como aquilo que se dá por si mesmo, mas somente enquanto é um objeto para mim como sujeito pensante, enquanto é ob-jetizado em mim. Esse tipo de experiência do ente só existe desde Descartes, isto é, desde quando o ser humano foi alçado a sujeito. (Heidegger, 2001, p. 99).

Tirando partido da contribuição de Descartes, Kant, posteriormente, afirmaria que existem conceitos puramente subjetivos, que são condições necessárias da experiência sensível dos objetos (o conceito de causa, por exemplo). Há propriedades de objetos que são intuídas na experiência, enquanto outras são concebidas, *a priori*, pelo entendimento humano e são necessárias para a experiência empírica dos fenômenos. Tudo o que nós experimentamos pelos sentidos são fenômenos; o que supostamente se oculta sob o fenômeno, a coisa em si, mantém-se incognoscível ao homem.

Portanto, a determinação fundamental do ser como objetividade é o modo de se fazer presente do ser dos entes considerados como objetos. Na Grécia, todo mundo entendia que as coisas aparecem e se mostram por si mesmas e não como objetos. Por outro lado, a teologia filosófica de Tomás de Aquino trata da origem e destino das criaturas, que só podem ser entendi-

das a partir da ideia de criação e da relação contínua com Deus. O homem é a criatura racional, distinguida pelo seu pecado original e por sua possibilidade de salvação.

Na modernidade, a determinação histórica das coisas com fundamento na objetividade criou a possibilidade de a Medicina estabelecer a determinação objetal da saúde e da doença. Como a doença e a saúde foram concebidas a partir desse caráter de objetividade? Por meio de duas categorias puramente subjetivas do conhecimento médico, um par de conceitos mutuamente pertinentes: objeto normal / objeto anormal. É esse par de conceitos ontológicos que passará a determinar a experiência teórica e prática da saúde a partir das origens da Medicina clínica no final do século 18.

Quando se examina a questão filosófica do normal e do patológico, um nome que se impõe por sua importante contribuição à história desses conceitos, no século 19, é o de Canguilhem (1971). Contudo, deve ser observado que o método de história epistemológica, seguido pelo filósofo francês, não lhe permitiu perceber o significado ontológico da saúde e da doença. Por esse motivo, suas ideias não foram tomadas aqui como referência na interpretação da determinação objetal da doença e de sua vigência histórica.

Sob o predomínio da determinação objetal do ser dos entes, toda doença está 'localizada' no corpo mediante a presença de um objeto anormal, uma anomalia, embora nenhum tratado de patologia médica o expresse assim. Esses são os pressupostos ontológicos com base nos quais a Medicina organiza seus conhecimentos e sua intervenção terapêutica. No campo da saúde mental, impôs-se igualmente esse par conceitual do normal *versus* o anormal, mas só recentemente foi consagrada uma concepção da doença mental com bases objetais completamente desenvolvidas.

Causa e determinação: retornando aos fundamentos filosóficos

A determinação histórica do ser dos entes como objetos não pode ser entendida em seu poder de vigência histórica sem que se considerem duas noções interligadas pela filosofia moderna: causa e determinação.

A forma mais genérica da determinação foi declarada por Leibniz da seguinte maneira: "nada existe sem uma razão". Heidegger (1991) dedicou uma obra inteira a essa questão. A razão de ser de algo é seu fundamento ontológico (*grund*, em alemão). Para Kant, a razão de ser de algo é fornecida pela razão pura, como a lei causal de um fenômeno qualquer: 'tudo o que acontece tem uma causa'. Kant define que a relação entre causa e efeito é apreendida na dimensão temporal como sucessão de eventos em que a causa antecede o efeito de acordo com uma lei (Kant, 1980). A lei é o determinante da relação temporal entre causa e efeito. Causalidade é uma categoria da razão pura, que se apresenta ao pensamento como algo necessário e na qualidade de uma lei universal. O próprio conceito de natureza para Kant tem essa conformação de universalidade da lei, conforme sublinha Heidegger (2000):

...a 'natureza' não é concebida como material, como o mundo de corpos ou de entes físicos, mas na verdade em termos formais-metodológicos, no sentido da filosofia transcendental de Kant: a natureza como 'o ser dos entes enquanto são determinados por leis universais'. (p. 128).

A lei é o que determina o ser dos entes. Por exemplo, a lei da gravidade é o determinante do fenômeno da queda da maçã a partir do galho de sua árvore. Toda relação de causa e efeito precisa ser assim determinada por uma lei, que, de acordo com o modelo da física newtoniana, é uma teoria matemática da natureza, produzida pela razão pura, em outras palavras, pelo pensamento que se pensa a si mesmo. A lei da natureza não pode surgir diretamente de uma correlação empírica entre objetos observados, e disto já estava convencido Hume, que foi o pai do empirismo e cujos estudos sobre o problema da indução causal estimularam Kant a buscar uma resposta à questão da causalidade fora do contexto dos objetos sensíveis da experiência humana.

O que está referido como causalidade nesse debate é a ação de um causa eficiente, conforme a nomenclatura adotada pela escolástica medieval para traduzir os termos usados por Aristóteles. Causa eficiente é o que está na origem de algo ou que provoca uma mudança em algo. Mas há outras formas de causa que foram formuladas por Aristóteles em seu livro sobre a Física – a formal, a material e a final. O significado desses outros tipos de causa é detalhado em qualquer introdução à lógica. Mas vale aqui reproduzir, como ilustração, o clássico exemplo do escultor e sua estátua:

- a) a causa eficiente é o escultor, que origina os movimentos de esculpir e produz a estátua;
- b) a causa material é o mármore de que será feita a estátua;
- c) a causa formal é a imagem que o escultor tem da pessoa representada;
- d) a causa final é a estátua, que é antevista pelo escultor, a obra que ele tenciona produzir com sua arte.

Quase ninguém tem hoje a noção de que o antiguíssimo conceito filosófico de causa nem sempre se refere à ação de algo que dá origem a um movimento de um corpo ou à transformação de um objeto natural. Foi esquecido, por exemplo, que a causa final é algo peculiar ao homem e sua práxis. Um relevante exemplo de causa final é citado na *Metafísica*, de Aristóteles (1980, 994a): "ser saudável é a causa do caminhar". Em outras palavras, o objetivo de alcançar ou preservar a saúde conduz as pessoas a realizarem caminhadas regularmente. Os programas atuais de promoção da saúde têm por pressuposto que o homem se pauta por uma causa final, que representa idealmente o espaço da liberdade de decisão e de escolha perante o que faz bem e o que faz mal, embora deva ser agregado que, atualmente, a norma sanitária se faz tão impositiva em relação aos fatores de risco que acaba por restringir drasticamente tal espaço.

O que, afinal, caracteriza a liberdade humana em relação à noção de causa eficiente? Todo comportamento humano também está submetido a este tipo de causa? Importantes respostas filosóficas foram dadas a este problema, mas aqui serão mencionadas sumariamente apenas três. Kant considerava que a vontade humana é caracterizada pela autonomia e que transcende a esfera da causalidade natural, sendo, ao mesmo tempo, capaz de se pôr na origem de um ciclo de causas e efeitos: "Com respeito ao que acontece, só pode se admitir dois tipos de causalidade: ou segundo a natureza ou a partir da liberdade" (KANT, 1980, p. 271). Portan-

to, a vontade livre constitui um modo de iniciar um ciclo de causalidade na natureza, sendo que esta vontade transcende a determinação pela causalidade natural. Por sua vez, Nikolai Hartmann, no começo do século 20, procurou demarcar o que é propriamente humano com base na noção de causa final, e foi graças a sua obra que se popularizou a noção moderna de teleologia. Lukács (1980), profundamente influenciado por Hartmann, escreveu sua *Ontologia do Ser Social (Ontology of Social Being*) a partir da interpretação de que a essência do homem está fundamentada na teleologia do trabalho, concepção que ele retomou de Marx e reelaborou sistematicamente mediante a crítica do idealismo hegeliano. Finalmente, há que se citar a interpretação de Heidegger que diz que o comportamento humano não obedece a qualquer tipo de causa eficiente. O homem é livre porque responde a motivos, sendo motivo uma solicitação das coisas que ele encontra no mundo; as coisas se dirigem a ele como se tivessem voz. Sendo assim, o homem não está ligado às coisas do mundo fisicamente, por uma relação de causa e efeito, mas por meio da linguagem, que é o fundamento de sua liberdade e da possibilidade de responder a motivos. O homem entende a voz das coisas e responde a elas conforme decide.

Por que a palavra causa se tornou sinônimo de causa eficiente? Porque, a partir do século 18, a compreensão da relação entre causa e efeito foi erigida num modelo de racionalidade. A Filosofia de então foi influenciada pelo enorme sucesso que a interpretação newtoniana da Física alcançara. Para Kant, como já foi dito, a causa se relaciona com o efeito de acordo com uma lei fundamental da razão pura. A causa não é um fator empírico, mas um conceito que se articula com outros conceitos por meio de uma lei ou teoria.

Na etapa epistemológica da Filosofia ocidental, o conceito de determinante foi reduzido ao de fator causal empírico pelo neopositivimo e pela própria ciência contemporânea, mediante o uso dos métodos estatísticos de probabilidade. Supõe-se, agora, que a inferência de uma causa em relação a um efeito depende de testes que excluam a hipótese de a relação dar-se por acaso. Portanto, a causa é validada não mais por um conceito geral ou uma lei, conforme pensou Kant, mas de acordo com uma indução empírica que se assenta em parâmetros estatísticos. Determinante é o fator causal que tem sua validade estatística confirmada por pesquisa de campo em relação a um número suficientemente grande de indivíduos ou de casos. Estes são os mesmos critérios que a epidemiologia utiliza para avaliar os chamados determinantes sociais da saúde, a partir de estudos de campo.

No fim do século 19, com os estudos pioneiros de Pasteur, a Medicina assumiu, cada vez mais, a concepção empiricista de causa, especialmente em relação às doenças infecciosas e parasitárias muito comuns na época. Causa passa a ser entendida como fator causal biológico observável. Descobrir o agente causal dessas doenças (a ameba, o plasmódio, o tripanosoma, etc.) era um dos objetivos principais das pesquisas médicas dessa época. Por fim, no século 20, a Epidemiologia procurou interpretar a origem das doenças com base na ideia de que existe uma multicausalidade, mas este esquema representa nada mais que uma integração meramente ilustrativa de fatores causais individuais.

Em contraposição à doutrina empiricista dos fatores causais, é preciso jamais perder de vista o sentido kantiano de determinação. Como Kant estava preocupado, especialmente, com leis universais sobre tudo o que acontece, seu conceito de determinação prende-se, em grande parte, à formulação do caráter legal universal da natureza, de acordo com o modelo da Física matemática de Newton. Em contrapartida, o sentido que Hegel dá à determinação depende do movimento do pensamento dialético, que promove a unificação ou síntese de conceitos contrários. Para Hegel, todo conhecimento verdadeiro dá-se por sucessivas mediações conceituais, pois o imediato da experiência é sempre muito abstrato.

Sob a influência de Hegel, Marx entende que determinar é o mesmo que especificar; é compreender algo com base num conjunto de conceitos inter-relacionados, de tal modo que resultem num significado específico. Daí sua famosa máxima:

O concreto é concreto por ser a síntese de múltiplas determinações, logo, unidade da diversidade. É por isso que ele é para o pensamento um processo de síntese, um resultado, e não um ponto de partida, apesar de ser o verdadeiro ponto de partida, e, portanto igualmente o ponto de partida da observação imediata e da representação. (MARX, 1977, p. 218-219).

Na origem, a interpretação da determinação como especificação está associada ao conceito de causa formal. Determinar algo é pensá-lo de um modo concreto, isto é, de modo a 'tornar visível' um conceito ou a ideia de um objeto representado. O que se torna determinado pelo pensamento fica delimitado de tal modo que se apresenta como uma ideia evidente, uma forma conceitual concreta (*eidos*, em grego).

Portanto, existem pelo menos quatro concepções de determinação:

- a) relação meramente empírica de causa e efeito, validada por métodos estatísticos;
- b) a lei universal que relaciona um evento a outro no tempo, como causa e efeito;
- c) a especificação de um conceito de modo dialético e que origina o real como 'concreto pensado':
- d) o fundamento histórico da compreensão do ser dos entes enquanto *physis*, criatura ou objeto.

Em síntese, o item 'a' corresponde a uma compreensão extremamente restritiva dos conceitos de determinante e de determinação, que passa por cima da tradição filosófica que vem de Aristóteles e se estende a Kant, Hegel, Marx e Heidegger. Por isso, falar atualmente em 'determinantes sociais da saúde', sem que estes estejam vinculados a conceitos gerais, ou seja, a uma teoria acerca do que é a sociedade e do que é a saúde, é algo que só é possível com base numa linguagem de moldes positivistas, que é sempre tanto antikantiana quanto antimarxista.

A doença da physis e a doença objetal

Na Medicina grega dos tempos de Hipócrates, a doença era entendida como o modo de ser da natureza que surge e se mostra por si mesmo. Os humores envolviam uma dinâmica que se dava mediante fluxos, misturas, retenções e eliminações. As doenças resultavam de uma composição desequilibrada e nociva entre os humores, cujas características correspondiam aos quatro elementos naturais. O seco, o úmido, o quente e o frio são categorias essenciais da patologia hipocrática e estão relacionadas com os quatro elementos da natureza. Sob a influência dos filósofos pré-socráticos e, posteriormente, de Aristóteles, a doença humana era tida como uma manifestação da *physis*, ou seja, da natureza como um todo, aquilo que está em constante mudança por meio do seu aparecer, desaparecer e reaparecer por si mesma.

Para se ter uma ideia mais precisa do que era a concepção da doença como *physis*, é conveniente reproduzir o trecho inicial do livro hipocrático *Sobre os lugares no homem* (JOLY, 1978):

Em minha opinião, nada no corpo é somente começo, mas tudo igualmente é começo e fim. De fato, depois de um círculo ser traçado, o começo não pode ser identificado. De maneira semelhante, o início das doenças encontra-se no corpo inteiro. O que é mais seco é naturalmente mais suscetível de contrair as doenças e de passar por sofrimentos. O que é úmido é menos suscetível. Porque a doença numa parte seca se fixa e não apresenta intermissão. Mas, numa parte úmida, a doença é flutuante, ocupa ora um ponto do corpo, ora outro, e, mudando constantemente, produz intermissões, mas logo cessa, pois não está fixada. (p. 37).

A imagem do círculo do corpo – onde tudo é sempre começo e fim – deve-se provavelmente a Heráclito e serve para transmitir melhor o conceito que se segue de que a doença é um fluxo (um dinamismo, diríamos hoje). Como fluxo, a doença pode se tornar localizada ('fixada') ou se manter sempre cambiante, intermitente, até vir a desaparecer por si mesma.

Decorreu um longo período da história ocidental antes que as doutrinas médicas chegassem ao ponto de supor que toda doença é um objeto, mais especificamente, um objeto anormal. É a partir da segunda metade do século 18, com o gradual surgimento da medicina anatomoclínica, que a doença passa a ser determinada dessa maneira. O *Nascimento da clínica (Naissance de la clinique*), de Foucault (1983), documenta as doutrinas conflitantes sobre doença que marcaram essa época, até a vitória final da concepção anatomoclínica por meio de Bichat, Corvisart e Laennec, na primeira metade do século 19. Para a Medicina anatomoclínica, não havia dúvida de que a doença não pode ser identificada corretamente no corpo vivo, porque, nesta situação, surge encoberta por uma profusão de sintomas variados e imprecisos, que desorientam o médico. A doença é algo que se mostra patente e certo somente por meio da dissecção de cadáveres. Ela é um objeto anormal, que pode ser claramente observado, e quem quiser confirmar esse fato, como disse Bichat, 'ouvrez quelques cadavres' (FOUCAULT, 1983, p. 149).

O exame de anatomia patológica tinha essa limitação – não podia ainda ser aplicado ao paciente vivo, algo que se tornou possível posteriormente, mediante a biópsia. Contudo, o exame clínico dos objetos anormais do corpo foi grandemente facilitado, graças à invenção do método da percussão torácica pelo médico austríaco Auenbrugger (desenvolvido posteriormente por Corvisart). Como uma ilustração dos primórdios da determinação objetal da doença, convém

introduzir aqui uma descrição abreviada que Auenbrugger (1965 [1808]) faz de seu método no livro *Inventum novum*, de 1761, conforme a tradução de Corvisart:

- $\int I O$ tórax de um homem saudável ressoa, se for percutido.
- § II O som que o tórax emite é comparável àquele que usualmente se obtém sobre os tambores quando estes são cobertos por um pano ou outro tecidos feitos de lã grossa.
- $\int IV$ O peito deve ser percutido, ou melhor, batido, devagar e suavemente com as pontas dos dedos mantidas próximas umas das outras e alongadas.
- § XIII Se em qualquer parte sonora do tórax percutida com a mesma força, o som é mais obscuro do que o usual, há neste local uma doença provocando o som mais obscuro. (AUENBRUGGER, 1965 [1808], p. 12-32).

Duas conclusões se retiram dessa descrição. Primeiro, a doença é um objeto anormal que, embora oculto em algum lugar do corpo (no caso, no tórax), pode ser observado mediante um método apropriado, que permite a emissão de sinais físicos (o som não usual, ou seja, anormal, obtido pela percussão, confirma a presença de um objeto anormal). Segundo, a doença é sempre um objeto localizado, que pode ser delimitado na área corporal que se encontra afetada. O que surge daí é o requisito de que toda observação da patologia vigente deve incluir alguma forma de investigação da região afetada e sua extensão. A Medicina passa a medir os objetos corporais pelo exame físico.

Normalidade e anormalidade são os conceitos modernos que redefinem a saúde e a doença dentro da determinação objetal do ser dos entes como fenômenos ontológicos. Trata-se de categorias do entendimento (em sentido kantiano), algo que o médico não pode experimentar diretamente pelos seus sentidos, mas que aparecem como antecedentes dessa experiência, no sentido de vir, primeiramente, como algo suposto. O médico deve ter em mente o conceito de anormalidade para poder perceber o objeto anormal que precisa ser alvo de alguma terapia.

Essa categorização puramente conceitual do normal *versus* o anormal aplica-se ao modo de ser dos entes enquanto seres vivos. Portanto, não surge somente em função do homem. Sua validade alcança o amplo campo dos fenômenos biológicos: vale para as plantas, os animais e certas estruturas desprovidas de vida, mas que detêm algum grau de organização. Não se fala de pedras anormais, embora existam cristais anormais. Por sua vez, o anormal como determinação objetal está sempre relacionado com a possibilidade de distinção da falta de algo e de uma estrutura irregular, desordenada ou perturbada.

Ao examinar seu paciente, o médico procura identificar algum tipo de anomalia, para então poder aplicar uma conduta terapêutica adequada. O médico percebe o 'pulmão em condição anormal' como pneumonia. Este é um fenômeno ôntico, ou empírico, que pode ser apreendido pelo que diz o paciente, por meio do exame estetoscópico e, também, por meio de recursos tecnológicos, tais como uma chapa radiográfica. Mas antes de poder chegar à conclusão de que seu paciente tem pneumonia, deve estar evidente para o médico o fenômeno da anormalidade, su-

posto em cada ato de diagnóstico. O diagnóstico como método de detecção de objetos anormais está dirigido para a avaliação da normalidade de uma multiplicidade de entidades do corpo: o sistema, o órgão, o tecido, a célula (e hoje, cada vez mais, o gene). Quando não encontra nenhuma anormalidade, o médico diz para seu paciente: 'você não tem nada'. Quer dizer, nada de anormal, porque o olhar do médico volta-se, primariamente, para detectar um objeto anormal.

A anormalidade é entendida como tal por meio de duas determinações específicas, que pertencem à compreensão ontológica da doença desde Aristóteles: a privação (falta de algo essencial) e a perturbação (também denominada de desordem e distúrbio). Em sua fonte metafísica, essas duas determinações específicas são inseparáveis e constituem aquilo que é referido como o mal da doença e que serviu de modelo para a compreensão cristã do mal do pecado original, em sentido teológico. Quanto a isto, cabe uma citação da *Suma Teológica*, de Tomás de Aquino (1980), conforme a tradução britânica:

Assim como a enfermidade corporal é, em parte, uma privação, na medida em que denota a destruição do equilíbrio da saúde e, em parte, uma coisa positiva, isto é, os próprios humores que são dispostos de forma desordenada, o pecado original denota a privação de justiça original, e, além disso, a disposição desordenada das partes da alma. Conseqüentemente, não se trata de uma pura privação, mas um hábito corrupto. (Tomás de Aquino, 1980, primeira parte da segunda parte, questão 82, artigo 1).

Essa símile tomista confirma que o mal teológico foi concebido segundo o modelo hipocrático e galênico da doença. O mal da doença é tanto uma privação quanto uma perturbação de uma ordem preexistente.

A medicina objetal segue igualmente essa tradição filosófica ao distinguir na doença não só os elementos que estão em falta, como também as condições de perturbação. Formalmente, existem duas subdeterminações do objeto anormal: a) a falta uma propriedade ou uma função usual; b) a perturbação em sua estrutura ou função. O Quadro 1 ilustra como essas duas determinações são aplicadas separadamente na taxonomia médica moderna.

A determinação objetal do ser dos entes constitui uma determinação histórica fundamental. Ela funda todo um período histórico em que o homem se comporta no mundo e em relação a si mesmo de acordo com tal determinação. Graças a tal autocompreensão, o homem doente

Quadro 1 - Termos médicos que indicam privação ou perturbação

Privação	Perturbação
Anemia	Discrasia sanguínea
Avitaminose	Displasia tecidual
Atrofia	Distúrbio esquizofrênico
Agenesia	Distocia

Fonte: Elaborado pelo autor

pode ver-se como um 'portador' de objetos anormais. Atualmente, 'portador' é a expressão oficial para caracterizar o enfermo. Fala-se de portador de tuberculose pulmonar, portador de AIDS e assim por diante. Em sentido literal, o portador de tal ou qual doença é alguém que carrega consigo seu objeto anormal numa pressuposta relação de externalidade com a doença. Essas expressões demonstram o quão extraordinária é a capacidade da determinação objetal de eliminar qualquer sentido pessoal ou existencial da doença. Para evitar possíveis preconceitos que identificam a pessoa com sua doença (ou seja, com seu mal), a linguagem politicamente correta contemporânea faz com que ninguém mais seja determinado como um homem doente, mas sim como um portador de doenças, alguém que carrega sua anomalia. Pode, inclusive, ser apresentado como um 'portador de doença mental'...

Em resumo, tal como aconteceu na Física, em que também se fala de corpos, o corpo humano, na Medicina moderna, tem seus objetos definidos por alguns critérios básicos de identificação, quais sejam:

- a) objeto anormal é algo observável diretamente ou por meio de um instrumento, de acordo com duas subdeterminações específicas privação e perturbação;
- b) deve ser mensurável em suas propriedades básicas ou, pelo menos, divisível em graus ou fases;
- c) está relacionado a uma causa da qual é efeito, mesmo quando não se tenha ainda encontrado o 'agente causal';
- d) potencialmente, é sempre um 'objeto de intervenção'.

A doença mental como objeto anormal

A doença mental sempre representou um desafio para a determinação objetal. Os médicos encontraram dificuldades óbvias para identificar um objeto anormal nesse tipo de paciente. Mesmo assim, não faltaram, durante os séculos 19 e 20, tentativas de reduzir a doença mental a um objeto morfologicamente anormal, especialmente no que se refere aos componentes do sistema neurológico e suas substâncias bioquímicas.

Freud fala constantemente de objeto, de causas e de anormalidades. Mas pode-se dizer que não há uma teoria freudiana dos objetos anormais comparável àquela que se verifica na clínica somática. A razão para isso parece se encontrar no modo como Freud concebeu o caráter dinâmico das pulsões sexuais. Há fixações sobre objetos como partes do corpo e há projeção sobre pessoas tomadas como objetos sexuais ou de desejo. Mas a doença mental nunca foi por ele igualada a um quadro 'objetivo' de sintomas e sinais comportamentais, nem sequer naquelas situações em que os conflitos tomam o caminho da conversão somática, tal como ele procurou demonstrar em relação à histeria. Sua explicação da patogênese das psiconeuroses tinha os objetos por referência, mas o que ele considerava anormal não era posto em evidência, mediante um caráter objetal. Pelo contrário, a neurose era retratada como uma condição da dinâmica dos conflitos psíquicos que devem ser explicados a partir de suas origens e pela evolução que desemboca no quadro de sintomas atuais.

O que ressalta na concepção freudiana do anormal é o papel determinista das causas. No capítulo final da *Psicopatologia da vida cotidiana*, ele o expressa claramente: "o determinismo alcança aqui e também em muitos outros setores, muito além do que suspeitamos" (FREUD, 1966, p. 152). Portanto, o determinismo se estende não só aos atos falhos, mas a toda a patogênese psiconeurótica. Essa é a marca newtoniana que pode ser identificada facilmente nas teorias freudianas. Somos seres que se comportam desta ou daquela maneira sob o efeito de causas eficientes das quais não temos consciência, mas que nos dominam de algum modo. A doença em si mesma só pode ser curada pelo aflorar consciente das causas que dão origem aos conflitos entre as pulsões e as defesas.

Esse determinismo é o traço mais relevante da concepção parcialmente objetal da doença que pode ser encontrado no pensamento de Freud, e contra tal traço Heidegger (2001) assim se pronuncia:

De acordo com Freud, somente aquilo que pode ser explicado em termos de conexões causais psicológicas interligadas entre forças é real e genuinamente real. Tal como o mundialmente conhecido físico contemporâneo Max Planck disse há alguns anos: 'só o que pode ser medido é real'. Em contraposição a isto, pode ser argüido: por que não pode existir algo real que não seja suscetível de medida? Por que não a tristeza, por exemplo? (p. 7).

Coube à Psiquiatria, nas últimas décadas do século 20, sob forte influência de correntes anglosaxônicas, promover uma reviravolta na concepção das doenças mentais e nos correspondentes esquemas classificatórios, como uma reação nitidamente antifreudiana. Pode-se afirmar que a concepção objetal da doença mental se instaura por completo a partir do momento em que começam a ser editados os manuais de diagnóstico formal das doenças e problemas de saúde mental. Dois deles são usados atualmente em todo o mundo: o Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais, publicado pela Associação Americana de Psiquiatria, e a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento, publicada pela OMS como parte da Classificação Internacional de Doenças, décima revisão (CID-10).

Para entender o que diagnóstico formal significa, convém citar a descrição de ansiedade generalizada (F41.1), segundo a CID-10 (OMS, 2007):

- a. Deve ter havido um período de pelo menos 6 meses de proeminente tensão, preocupação e sentimentos de apreensão acerca de eventos e problemas cotidianos.
- b. *Devem estar presentes pelo menos quatro dos sintomas listados a seguir* [segue uma lista de vinte e dois sintomas distribuídos em tipos físicos e mentais, por exemplo, sintomas envolvendo tórax e abdômen: dificuldade de respirar; sentimento de choque; desconforto ou dor torácica; náusea ou mal-estar abdominal].

A conformação objetal dessa classificação fica clara pela ênfase conferida à morfologia comportamental e aos parâmetros quantitativos. No entanto, esse objeto anormal não tem referên-

cia causal. O apelo a causas explicativas é abandonado sob a justificativa de que ultrapassa o campo do que é observável e implica em teorias sobre as quais não há consenso:

Em termos gerais, o objetivo de confiabilidade aumentada foi alcançado, pelo menos em contextos de pesquisa, ao remover das descrições de sintomas e distúrbios suposições sobre causas ou processos ocultos, tais como as pequenas lesões cerebrais e a psicodinâmica inconsciente. Isto envolveu tornar as descrições de sintomas mais observacionais de tal modo que a presença ou a ausência de um sintoma pode ser determinada de modo relativamente direto por observação, inclusive pela história individual, sem envolver hipóteses teóricas incertas (Bolton, 2008, p. 3).

Bolton menciona que Hempel, um dos cardeais do neopositivismo, foi uma influência decisiva na elaboração dos novos manuais de classificação de problemas de saúde mental e afirma que o método aperfeiçoa a objetividade do diagnóstico e a confiabilidade das descrições.

A determinação objetal da doença mental conseguiu tornar-se completa por meio desses novos parâmetros classificatórios internacionais. Ela vem a sancionar uma orientação diagnóstica com caráter eminentemente técnico-operacional. O importante para a nova Psiquiatria dos objetos anormais é chegar prontamente a uma identificação da entidade mórbida 'presente' no paciente, de tal modo a poder prescrever o tratamento correspondente. A anomalia define-se como objetal tanto pela ênfase em propriedades observáveis, ou seja, pelos sintomas, como também pela referência a seus aspectos temporais. Pressupõe-se que o objeto anormal deva se manifestar como tal ao longo de um período e deve ter um mínimo de sintomas característicos. Isto serve como critério para não confundir coisas distintas, por exemplo, um episódio de ansiedade isolado com a ansiedade generalizada.

Cada descrição objetal é uma oportunidade para o médico administrar uma medicação específica. Quanto a isto, não há dificuldades, porque, a cada mês, a indústria farmacêutica oferece novos produtos com essa finalidade. Não pode deixar de ser observado que a determinação objetal é o que possibilita uma ampla abordagem psicofarmacológica do tratamento da doença e dos problemas de saúde mental. Assim, a determinação objetal no campo da Psiquiatria instaurou-se a favor de uma ilimitada medicalização psicotrópica da existência humana.

Conclusão: a impossibilidade de humanizar o inumano

O que há de essencialmente equivocado com a determinação objetal da doença? É que ela dá a entender que o homem é um ente natural – de fato, a Medicina o toma assim. Com esse método, que foi formulado com vistas a entender a estrutura e as leis da natureza, perde-se de vista a essência do homem:

A partir da ciência natural o homem só pode ser observado como algo simplesmente dado na natureza. Surge a questão: deste modo é possível encontrar o ser humano? A partir dessa projeção das ciências naturais, só podemos ver o ser humano como um ente da natureza, ou seja, temos a

pretensão de determinar a essência particular do homem com a ajuda de um método que não foi concebido para tal. (Heidegger, 2001, p. 26).

A Medicina moderna é herdeira dos métodos da Física newtoniana. Mas não se trata jamais de um conhecimento neutro, desinteressado em seus efeitos potenciais sobre os objetos. É preciso sempre ter em vista que a determinação objetal da doença está subordinada ao propósito de estabelecer um domínio das ciências médicas sobre a pessoa humana em sua totalidade, do mesmo modo que, a partir da Física, esse domínio se deu em relação às coisas do mundo natural.

As ciências médicas estabelecem esse domínio como expressão de uma vontade de poder. Trata-se da vontade 'subjetiva' de conhecer para poder controlar, e controlar para poder intervir, e intervir por meio de mudanças nos objetos identificados. O domínio é criado por uma vontade de poder da Medicina que se universalizou no mundo moderno e que todos já consideram algo benéfico, porque tal vontade se mostra efetiva, traz efeitos considerados benéficos. Por que se fala aqui de domínio? Heidegger ajuda a explicar:

A essência do Ego (o Eu) tem como sua marca distintiva experienciar os entes como um colocar-se acima e contra suas representações. Por isso, o Ego parte para a totalidade dos entes e apresenta essa totalidade para si como algo a ser dominado. Somente no reino da subjetividade torna-se historicamente possível uma época de descobertas cósmicas e conquistas planetárias, porque somente a subjetividade demarca os limites de uma objetividade incondicionada e o faz em última instância como um reclamo da sua vontade. (Heideger, 1998, p. 137).

A tecnologia médica concretiza o domínio objetal sobre a pessoa humana de acordo com uma vontade que de si é capaz de traçar alguns limites a este domínio, por exemplo, sob o nome da bioética. A bioética aparece na tentativa de humanizar as relações das tecnociências médicas com a pessoa humana. Mas a Medicina se funda num método de diagnóstico e tratamento que não foi concebido para dar conta daquilo que é o homem, mas somente para representar de maneira certa e segura os objetos anormais e para poder melhor intervir sobre eles. É essa vontade de domínio que traz os efeitos colaterais do progresso tecnológico que conhecemos muito bem: a irradiação atômica, o buraco da camada de ozônio, a iatrogenia criada por todas as especialidades médicas e assim por diante.

Surge, então, a pergunta indicada indiretamente por Heidegger: é possível humanizar o inumano? Esta é a questão crucial enfrentada pelos que querem que haja uma assistência médica mais humana e que esse seja um objetivo claro das políticas de saúde governamentais. Como isto é possível, se a própria medicina tem por fundamento de seu conhecimento e intervenção uma razão técnica que desumaniza tudo o que toca?

Muitas pessoas falam hoje em recuperar o sujeito da saúde ou sujeito da relação médico-paciente. Esta é uma pretensão sem qualquer fundamento e contraditória, diante da interpretação heideggeriana aqui exposta. É preciso entender que o sujeito foi também inventado por Descar-

tes no seu famoso cogito ('penso, logo sou'). O sujeito é o pressuposto máximo da representação do mundo como objeto. Não há objetividade sem o fundamento inquebrantável do ego, que pode ser uma testemunha confiável justamente porque, pela suposição cartesiana, permanece o mesmo ao longo de todo o tempo em que dura a observação. O real é representado como objeto porque existe um sujeito que realmente o representa e, com sua vontade, o delimita. Portanto, nas questões de assistência médica, toda a longa e confusa conversa sobre sujeitos ativos, engajados e conscientes é apenas uma explicitação do pressuposto cartesiano e não leva a nenhuma ruptura com a compreensão objetal do mundo. Na verdade, apenas a disfarça sob um linguajar ético.

Para Heidegger, fundamentar o pensamento sobre o que é o homem depende da coragem de um salto. Que salto é este? É o salto para além da distinção entre sujeito e objeto, os irmãos siameses da Metafísica cartesiana. Tal salto foi dado inicialmente por Heidegger em *Ser e tempo* (1996), no qual ele analisa o homem como Dasein.

Uma Medicina dos fenômenos humanos da saúde só é possível a partir de uma nova determinação histórica dos entes em sua totalidade. Heidegger indicou esse caminho, mas como tarefa para o futuro, como algo que se associa com um novo início da Filosofia, a qual um dia poderá emergir de sua ontologia fenomenológica. À guisa de consolo para os que se encontram perplexos atualmente, mas que, ainda assim, anseiam por pensar sobre a saúde em outros fundamentos, ele afirmou:

Tratou-se principalmente de fazer ver a ciência vigente de maneira que, em confronto com ela, a possibilidade de outra espécie de ciência, ou seja, a dedicada ao homem, se tornasse perceptível. (Heidegger, 2001, p. 136).

Essa seria uma ciência que teria como epicentro o conceito de Dasein como ser-no-mundo. Nos fundamentos ontológicos de tal ciência médica do homem, não mais se encontraria a cisão sujeito *versus* objeto. Portanto, cairia por terra a determinação objetal da doença aqui discutida. Porém, o mais importante é que não mais teria cabimento a necessidade imperiosa que sente a Medicina moderna de tudo controlar e manejar, intervindo incessantemente, e a qualquer custo, no ser-doente do homem.

Referências

- 1. Aristoteles. The works of Aristotle: Metaphysics. v. 1. Chicago: Encyclopaedia Britannica, 1980. (Great books of the western world).
- 2. Auenbrugger, L. Nouvelle méthode pour reconnaître les maladies internes de la poitrine par la percussion de cette cavité: ouvrage traduit du latin et commenté par J. N. Corvisart. Paris: Circle du livre précieux, 1965 [1808].
- 3. Bolton, D. What is mental disorder? An essay in philosophy, science, and values. Oxford: Oxford University Press, 2008.
- 4. CANGUILHEM, G. Lo Normal y lo patológico. Buenos Aires: Siglo Veintiuno, 1971.

- 5. FOUCAULT, M. Naissance de la clinique: une archeologie du regard medical. 5. ed. Paris: Presses Universitaires de France, 1983.
- 6. Freud, S. Psicopatología de la vida cotidiana. Buenos Aires: Santiago Rueda, 1966. (Obras básicas de Sigmund Freud, Tomo III).
- 7. Heideger, M. Zollikon seminars: protocols, conversations, letters. Evanston, Illinois: Northwestern University Press, 2001.
- 8. ______. *Towards the definition of philosophy*. Londres: The Athlone Press, 2000.
- 9. ______. Parmenides. Bloomington, Indiana: Indiana University Press, 1998.
- 10. _____. Ser e tempo. Petrópolis: Vozes, 1996. 2 v.
- 11. _____. The principle of reason. Bloomington, Indiana: Indiana University Press, 1991.
- 12. Joly, R. Hippocrate. v. 13. Paris: Les Belles Letres, 1978.
- 13. Kant, E. Crítica da razão pura. São Paulo: Abril Cultural, 1980.
- 14. Lukács, G. Ontology of social being: labour. v. 3. Londres: Merlin Press, 1980.
- 15. MARX, K. Contribuição à crítica da economia política. São Paulo: Martins Fontes, 1977.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 10. ed., v. 1, São Paulo: Edusp, 2007.
- 17. Tomás de Aquino. *The Summa Theologica of Saint Thomas Aquinas*. Tradução: Fathers of the English Dominican Province. Chicago: Encyclopaedia Britannica, 1980. (Great books of the western world, v. 19-20).

Medicalização e determinação social dos transtornos mentais: a questão da indústria de medicamentos na produção de saber e políticas

Paulo Amarante

Eduardo Henrique Guimarães Torre

Introdução: o debate (ainda permanente) sobre as causas dos transtornos mentais

Pode-se supor que o debate, ou pelo menos o interesse, sobre a origem ou causas dos transtornos mentais existe praticamente desde a origem do homem. Os próprios termos sobre 'o problema mental', desde o primitivo conceito pineliano de 'alienação mental', passando por 'doença mental', e agora com 'transtorno mental' e 'distúrbio mental', que são os conceitos adotados pela Psiquiatria, não têm significados muito úteis para representar aquilo que pretendem definir, pois terminam necessitando de referências ao conceito de normalidade (transtorno e distúrbio de uma dada normalidade). E aí reside um grande problema.

O comportamento diferenciado de alguns, as atitudes exóticas, o falar sozinho ou com os deuses ou demônios, deve ter levantado hipóteses (e ainda levantam), muito variadas, de fatalidades a possessões e divindades. Por isso, o entendimento de tais fatos foi explicado predominantemente por causas sobrenaturais, mágicas, místicas e religiosas. Em outros momentos, surgiram teorias médicas de origens diversas, que associavam tais experiências aos elementos da natureza, aos vapores e humores, aos miasmas e assim por diante. Após a descrição da paralisia geral progressiva (neurosífilis) por Bayle, em 1822, os defensores da causalidade orgânica dos transtornos mentais encontraram motivos para supor que para to-

das as enfermidades mentais seria possível encontrar um substrato orgânico. E o procuram até hoje.

Isaias Pessotti (1994) fez uma importante análise de toda a trajetória dos saberes sobre a loucura, de Homero e Hipócrates, passando por Galeno e outras tantas referências na trajetória das ciências. No entanto, um marco fundamental para o pensamento da modernidade sobre a loucura foi dado, certamente, pelo surgimento da obra de Philippe Pinel. E não apenas em relação ao seu livro, que é uma espécie de base teórica de toda a Psiquiatria, mas de sua obra política, de libertação dos loucos das correntes e, paradoxalmente, da fundação do hospício de alienados. Ou a menos da fama que se atribui a Pinel de todas estas proezas, pois Robert Castel (1978) nos demonstrou que, na verdade, sua capacidade como *manager* foi muito mais de organizar determinadas iniciativas que já vinham sendo realizadas e produzidas prática e conceitualmente. O homem certo na hora e lugar certos, diria Castel.

O Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania (PINEL, 2007 [1801]), ou simplesmente 'o Tratado', como ficou emblematicamente conhecido, é uma obra de grande envergadura teórica. Pinel demonstra ser um exímio pesquisador, com sólida formação filosófica, científica e política, seguindo principalmente os ensinamentos de seus mestres Linnaeu, Cabanis, Condillac e Locke. É interessante observar que Pinel foi um grande médico 'generalista', por assim dizer (já que não existiam especialistas em sua época), e a prova disto é seu livro clássico Nosografia filosófica ou o método de análise aplicado à Medicina, publicado pela primeira vez em 1798. Era, portanto, um conhecedor de doenças e, no entanto, preferiu a denominação de alienação mental para designar aquelas situações que encontrava nos hospitais, e não o termo doença mental. Trata-se de uma opção absolutamente consciente, defendida de forma radical por Pinel, inclusive em seus calorosos debates com um de seus alunos, Bichat, que depois ficaria conhecido como o fundador da moderna anatomopatologia, a qual defendia a causalidade física dos distúrbios mentais.

Pinel argumentava que

seria um erro tomar a alienação mental para objeto de investigações, entregando-se a discussões vagas sobre a sede do entendimento e a natureza de suas diversas lesões (...) porque nada há de mais obscuro e impenetrável. (apud Brandão, 1886, p. 62-63).

Para ele, a alienação mental tinha origem em causas morais, no desequilíbrio das paixões. E aqui poderia ser localizada, talvez, a primeira menção à questão da determinação social dos distúrbios mentais, na medida em que para Pinel o desenvolvimento do 'processo civilizatório' teria inequívoca responsabilidade na origem dos mesmos. Atento aos acontecimentos que ocorriam naqueles tempos de grandes transformações políticas, econômicas e sociais, pois tal era o cenário da Revolução Francesa, ele podia constatar que aumentavam os casos de alienação mental no meio social.

Em *O homem e a serpente* (Amarante, 2008, p. 43), tecemos algumas reflexões sobre essa observação de Pinel:

Por certo, poderia se tratar do processo de medicalização do social, definido por Foucault (1979), quando a medicina passa a apropriar-se conceitualmente dos fenômenos sociais; poderia, também, significar um processo de extensão do conceito de loucura, desrazão ou desvio, passando a abarcar outras tantas situações fronteiriças de 'desajustamento' social; poderia, ainda, estar acontecendo um aumento real destas situações na medida em que as rápidas e tumultuadas mudanças sociais, culturais e econômicas fariam aumentar as exigências para com os indivíduos, e, portanto, aumentariam certas dificuldades no adaptar-se socialmente, o que reforçaria as teorias sobre o desvio e o estigma como categorias de acuação; poderia, finalmente, suceder que, com essas mesmas mudanças no quadro ético, ideológico e científico, a loucura, a desrazão, o desvio e o desregramento estivessem em franco processo de dessacralização, de desmistificação e de desritualização que, assim, não encontrassem mais as mesmas soluções ou enquadres oferecidos pela religião, pelos mitos, pelos ritos e pelas culturas, tornando-se, então, suscetíveis de explicação predominantemente médica.

Esquirol, o mais expressivo discípulo de Pinel, viria a afirmar, em 1838, na ocasião da aprovação da Lei de Assistência aos Alienados (a primeira sobre o tema em toda a história, que influenciou várias legislações no mundo ocidental, inclusive a lei brasileira 1.1132 de 1903), que "a loucura é o produto da sociedade e das influências morais e intelectuais" (1838 *apud* CASTEL, 1978, p. 111-112).

A inclusão de variáveis morais e intelectuais na determinação dos distúrbios mentais revela um campo complexo, no qual a dificuldade de se determinar os fatores, ou a inter-relação de fatores sociais, culturais, físicos, genéticos, espirituais e ideológicos, inaugura ou consolida um debate que permanece ainda hoje. A 'doença mental', como categoria de acusação, é um recurso amplamente utilizado para nomear a diferença e a diversidade de alguns ou para invalidar a atitude rebelde ou de luta de pessoas e sujeitos coletivos, como é o caso exemplar da denominação de 'Loucas da Praça de Maio', dada pelos militares às mães de desaparecidos da ditadura argentina (Bousquet, 1983), além de tantas outras formas de estigmatização, violências e constrangimentos. Algumas histórias clássicas podem ser estudadas em *Uma História Social da Loucura*, de Roy Porter (1990).

Simão Bacamarte e os novos territórios da loucura

Um autor que conseguiu explorar ampla e brilhantemente esse debate foi Machado de Assis, em *O Alienista*, inicialmente, pela percepção da amplitude do conceito de loucura ou alienação mental, na medida em que estão relacionados a aspectos morais e, portanto, ilimitáveis. Simão Bacamarte, o alienista, em conversa com seu amigo, afirma: "A loucura, objeto dos meus estudos, era até agora uma ilha perdida no oceano da razão; começo a suspeitar que seja um continente" (Machado de Assis, 1989 [1882], p. 29). Ou ainda:

Supondo o espírito humano uma vasta concha, o meu fim, Sr. Soares, é ver se posso extrair a pérola, que é a razão; por outros termos, demarquemos definitivamente os limites da razão, e da loucura. A

razão é o perfeito equilíbrio das faculdades; fora daí insânia, insânia e só insânia. (Machado de Assis, 1989 [1882], p. 29).

Munido de conceitos e teorias de limites imprecisos entre a ciência e a moral, Simão Bacamarte analisava os comportamentos e construía novas concepções. Assim é que

homem de ciência e só de ciência, nada o consternava fora da ciência; e se alguma cousa o preocupava naquela ocasião, se ele deixava correr pela multidão um olhar inquieto e policial, não era outra cousa mais do que a idéia de que algum demente podia achar-se ali misturado com a gente de juízo. (Machado de Assis, 1989 [1882], p. 26).

Em suas palavras, pretendia "ampliar o território da loucura". (Machado de Assis, 1989 [1882], p. 27-28).

E era com este objetivo que o

alienista procedeu a uma vasta classificação dos seus enfermos. Dividiu-os primeiramente em duas classes principais: os furiosos e os mansos; daí passou às subclasses, monomanias, delírios, alucinações diversas. Isto feito, começou um estudo aturado e contínuo; analisava os hábitos de cada louco, as horas de acesso, as aversões, as simpatias, as palavras, os gestos, as tendências; inquiria da vida dos enfermos, profissão, costumes, circunstâncias da revelação mórbida, acidentes da infância e da mocidade, doenças de outra espécie, antecedentes na família, uma devassa, enfim, como a não faria o mais atilado corregedor. E cada dia notava uma observação nova, uma descoberta interessante, um fenômeno extraordinário. (MACHADO DE ASSIS, 1989 [1882], p. 23).

E os esforços e a atitude profundamente investigativa do alienista, ou esse "despotismo científico" de que era acusado, produzia resultados visíveis, já que, de

todas as vilas e arraiais vizinhos afluíam loucos à Casa Verde. Eram furiosos, eram mansos, eram monomaníacos, era toda a família dos deserdados do espírito. Ao cabo de quatro meses a Casa Verde era uma povoação. Não bastaram os primeiros cubículos; mandou-se anexar uma galeria de mais trinta e sete. (MACHADO DE ASSIS, 1989 [1882], p. 20).

A perspicácia de Machado de Assis, atento aos fenômenos sociais, aponta para o processo de medicalização inerente ao campo da loucura e distúrbios mentais e do poder 'despótico' que contém o saber psiquiátrico. Um vereador (personagem de *O Alienista*), referindo-se a esse poder desmedido e a essa atitude que vê doenças em tudo e em todos (e que também poderia produzir as doenças), questiona: "Quem nos afirma que o alienado não é o alienista?". (Machado de Assis, 1989 [1882], p. 40).

O saber psiquiátrico e a produção de doenças

No capítulo 'A casa dos loucos', Foucault demonstra como Charcot, ao pesquisar a histeria para poder apreender as características da doença, terminava por produzir o que pretendia conhecer e descrever. Para Foucault,

o ponto de perfeição, miraculosa em demasia, foi atingido quando as doentes do serviço de Charcot, a pedido do poder-saber médico, se puseram a reproduzir uma sintomatologia calcada na epilepsia, isto é, suscetível de decifração, conhecida e reconhecida nos termos de uma doença orgânica. E enfim, episódio decisivo onde exatamente as duas funções do asilo - prova e produção da verdade por um lado; conhecimento e constatação dos fenômenos por outro - se redistribuem e se superpõem exatamente. O poder do médico lhe permite produzir doravante a realidade de uma doença mental cuja propriedade é a de reproduzir fenômenos inteiramente acessíveis ao conhecimento. A histérica era a doente perfeita, pois que fazia conhecer. Ela retranscrevia por si própria os efeitos do poder médico em formas que podiam ser descritas pelo médico segundo um discurso cientificamente aceitável. Quanto à relação de poder que tornava possível toda esta operação, como poderia ser detectada já que as doentes dela se encarregavam e por ela se responsabilizavam - virtude suprema da histeria, docilidade sem igual, verdadeira santidade epistemológica. A relação de poder aparecia na sintomatologia como sugestibilidade mórbida. Tudo se desdobrava daí em diante na limpidez do conhecimento, entre o sujeito conhecedor e o objeto conhecido. (1979, p. 123).

Mais recentemente, vem ocorrendo um interessante processo de 'produção' de uma nova — mas nem tanto — doença. Trata-se do 'distúrbio de múltipla personalidade'. "Essa doença, ignorada 25 anos atrás, está florescendo na América do Norte" (Hacking, 2000, p. 12-13) e atualmente acomete centenas de pessoas. A múltipla personalidade foi descrita originalmente como uma "forma bizarra de histeria" (Hacking, 2000, p. 12-13) e o primeiro caso foi fotografado em cada um de seus dez estados de personalidade. O fotógrafo foi nada mais nada menos que Charcot.

Hacking prossegue argumentando que os múltiplos, como são conhecidos, sempre foram associados com hipnose e terapia de hipnose, por meio da qual as pessoas descobrem que foram abusadas sexualmente na infância. Ou seja, o distúrbio de múltipla personalidade teria como etiologia um trauma oriundo de um abuso sexual. A própria Associação Americana de Psiquiatria passou a questionar se o distúrbio seria uma doença verdadeira. Ou seria uma condição produzida pelas terapias de hipnose, regressão, vidas passadas e outras do gênero? Os múltiplos são altamente sugestionáveis; estariam no topo da escala de possibilidade de sugestão, diz Hacking. Como uma condição aproximada ou derivada de um quadro histérico ou dissociativo, não seria altamente considerável que estas situações fossem induzidas?

A pergunta levantada pela Associação Americana de Psiquiatria é bastante curiosa e intrigante. Por um lado, porque questiona a realidade do distúrbio enquanto doença, seja no sentido epistemológico, seja pelo propósito de preservar o saber psiquiátrico de acusações relacionadas a outros distúrbios, síndromes, transtornos, desordens, que poderiam ser, da mesma forma,

produzidos por uma série de estratégias que não apenas a sugestionalibidade. Por outro lado, porque aceita, mesmo que involuntariamente, a possibilidade de que uma doença possa ser produzida artificialmente.

E o que mais seria necessário para que uma condição, digamos, artificial, venha a ser considerada como doença? Hacking dá algumas pistas interessantes. Uma delas vem por intermédio de uma forma muito particular de definir um "movimento" (HACKING, 2000, p. 50-65). Para o autor, os "movimentos" psicológicos nasceram junto com a medicalização da loucura. "Ninguém hesita em falar do movimento fundado e orquestrado por Sigmund Freud", provoca Hacking (2000, p. 50). Mas o que é um movimento? Trata-se do conjunto de estratégias de produção de conhecimentos, de veiculação pública desses conhecimentos, de criação e organização de atores sociais – inclusive contrários aos princípios do movimento, pois, dentre outros aspectos, "não há nada como um inimigo comum para curar dissidências" (HACKING, 2000, p. 65) – e de alguma base social que aceite tais princípios. No caso do distúrbio de múltipla personalidade, "o ingrediente essencial do movimento dos múltiplos foi a obsessão americana com o abuso infantil, um misto de fascínio, de repulsa, raiva e medo" (HACKING, 2000, p. 51).

A outra argumentação do autor diz respeito à produção de conhecimentos sobre a causação da múltipla personalidade.

A psiquiatria não descobriu que os repetidos abusos infantis causam a múltipla personalidade. A psiquiatria forjou esta interligação, da mesma forma que um ferreiro transforma um metal derretido em aço temperado. (Hacking, 2000, p. 108).

A questão fundamental, perseguida pelo autor, é

a forma pela qual a própria idéia de causa foi forjada. Depois que temos essa idéia, obtemos um instrumento muito poderoso para criar as pessoas, ou melhor, para nos criar. A alma que construímos constantemente é construída de acordo com um modelo explanatório de como viemos a ser o que somos. (HACKING, 2000, p. 108).

Muito prazer, Fulano de Tal, bipolar: identidade e produção de doenças

O conceito de doença, tão comum e usual no campo da Medicina, parece ser amplamente conhecido e esclarecido, mas a realidade está muito longe disso. Berlinguer (1988, p. 19) considera que "tudo se complica quando se procura definir o que é a doença; qual é, portanto, a natureza do fenômeno que se quer controlar", e nos convida a procurar os conceitos em dicionários ou enciclopédias e constatar as dificuldades em encontrar acepções coerentes umas com as outras. Hegenberg, em 'Doença: um estudo filosófico' (1998), propõe-nos muitos outros desafios e problemas relativos ao conceito de doença. Enfim, tanto o conceito de doença quanto o de saúde (tal como o almejado 'estado de bem-estar físico, mental e social', proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1946) remetem a uma série de aspectos políticos, éticos, morais,

ideológicos e assim por diante, que submetem tais conceitos e as práticas do campo da saúde a muitos interesses e questões que escapam ao que se pretendia restringir no âmbito exclusivo das ciências e da Medicina.

Com tamanha imprecisão, vimos como a medicalização (ILLICH, 1975; FOUCAULT, 1977) encontra um campo fértil. De Pinel e Esquirol, construindo o conceito alienação, passando por Charcot, produzindo as histéricas que queria estudar e descrever, aos 'múltiplos', em voga nos Estados Unidos, podemos citar alguns exemplos emblemáticos para nossa reflexão. Porém, mais recentemente, surge uma hipótese bem mais ousada e preocupante. Trata-se do conceito de disease-mongering ou, em uma tradução mais objetiva, 'fabricação de doenças'. O termo foi criado por Lynn Payer (1992), redatora de revista médica, que listou os dez mandamentos para a fabricação bem-sucedida de uma nova doença. Destacamos alguns desses mandamentos, tais como:

tomar uma função normal e insinuar que há algo de errado com ela e que precisa ser tratada; encontrar sofrimento onde ele não necessariamente existe; definir uma parcela tão grande quanto possível da população afetada pela 'doença'; (...) encontrar os médicos certos; enquadrar as questões de maneira muito particular; (...) tomar um sintoma comum, que possa significar qualquer coisa e fazê-lo parecer um sinal de alguma doença séria. (Berenstein, 2007).

Muitas pessoas que se encontram com alguma forma de sofrimento ou de mal-estar social, por sentirem-se rechaçadas, rejeitadas, inoportunas e tantas outras possibilidades, identificam-se com determinados diagnósticos na medida em que, no momento em que passam a ser consideradas doentes, deixam de ser culpadas por suas características, as quais, consideram que incomodam os demais. Outras situações de angústia, insatisfações, tristeza, entre outras, podem ser facilmente medicalizáveis. Desta forma, as pesquisas epidemiológicas podem ter muito mais um significado de produção de comportamentos patológicos do que de auferição de patologias no meio social. Muitas pessoas se apresentam como 'depressivas', 'portadoras de pânico' e 'bipolares'. Quando a OMS anuncia que, em 2020, existirão milhões de pessoas com depressão no mundo, não estaria, na verdade, construindo este cenário? Quando a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), em cooperação com o Ibope, divulga uma pesquisa que aponta para o fato de que 5 milhões de crianças têm sintomas de transtornos mentais, não estaria contribuindo para a medicalização da infância? Como podemos verificar a metodologia? A pesquisa recebeu apoio financeiro da indústria farmacêutica, já que os recebe abundantemente para seus congressos e publicações? Não é um fato surpreendente o Ibope realizar uma pesquisa científica, que precisa passar por comitês de Ética e garantir uma série de aspectos, tais como sigilo? Na página da ABP não há qualquer referência a esses aspectos (Associação Brasileira de Psiquiatria, 2008). Por que o Ibope e não uma universidade? Por que não recursos dos editais do CNPq? O Brasil é um dos países onde ocorre a maior medicalização da infância em todo o mundo.

Essa ordem de questões tem sido debatida mais recentemente em considerável parte do mundo, com um destaque especial para os trabalhos de Marcia Angell. Catedrática do Departamento de Medicina Social da Havard Medical School, trabalhou muitos anos como editora científica da *New England Journal of Medicine* (Carvalho, 2009). Após constatar problemas éticos na produção dos artigos, Marcia Angell passou, a partir de então, a pesquisar o papel da indústria farmacêutica na produção de medicamentos. Repassamos, a seguir, algumas informações surpreendentes, divulgadas em seu livro *A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos* (Angell, 2007), que deveriam servir de base para a criação de uma agenda política dos movimentos sociais democráticos no âmbito da saúde.

O espectro de denúncias e críticas do livro é muito amplo, desde as fraudes nas fórmulas e bulas até as informações falsas e superfaturadas dos montantes gastos em pesquisa e desenvolvimento (P&D), além dos subornos e propinas. Mas nos dedicamos a alguns aspectos mais específicos, que estão mais diretamente relacionados à questão da medicalização e da produção de doenças, no sentido da determinação social dos transtornos mentais. Neste sentido, é importante destacar que "os laboratórios não têm acesso direto a sujeitos humanos, nem empregam seus próprios médicos para executar ensaios clínicos" (ANGELL, 2007, p. 44). Isso os torna dependentes dos serviços públicos, universitários e de consultórios particulares. A participação das instituições públicas é geralmente minimizada ou totalmente apagada, dando a entender que os laboratórios assumem todas as despesas com P&D. Porém, considerando-se a necessidade de muitos mais ensaios - e com menor tempo de pesquisa, com o objetivo de chegar imediatamente com o produto no mercado – os laboratórios passaram a contratar empresas privadas para realizar as pesquisas. A entrada dessas contract research organizations (CRO), ou seja, organizações para pesquisa por contrato, mereceria uma atenção especial, já que as mesmas escapam dos ditames éticos exigidos para a pesquisa com seres humanos, ou pelo menos, é certo que tais pesquisas ficam muito menos sujeitas ao controle social e institucional das agências públicas de produção de conhecimento. Por outro lado, suspeita-se que muitos dos recursos pagos por estas empresas a médicos participantes das pesquisas sejam, na verdade, pretexto para pagá-los para prescreverem os medicamentos da indústria financiadora da pesquisa (ANGELL, 2007). Poderiam ser vistos como "macetes promocionais" (ANGELL, 2007, p. 55).

Outra questão diz respeito aos grupos de pacientes que são criados pela indústria farmacêutica. Tais grupos, constituídos aparentemente para defenderem direitos dos pacientes ou para alcançarem benefícios, tais como medicamentos gratuitos ou com descontos, funcionam, na verdade, como ímãs para atrair outras pessoas. Muitos "recebem remuneração de algumas centenas a alguns milhares de dólares pela participação num ensaio" (ANGELL, 2007, p. 46). Visto de outro ângulo, como nos propôs Hacking (2000), podemos pensar na constituição de movimentos sociais de pacientes, que contribuem para legitimar a doença, o tratamento, a ação benéfica da indústria. Tais pacientes tornam-se verdadeiros atores sociais, ativistas da doença.

Benedeto Saraceno, antes de assumir o Departamento de Saúde Mental da OMS em Genebra, atentou para algumas das graves consequências determinadas pelo "poder econômico"

da indústria farmacêutica", dentre as quais uma forte, abrangente e firme difusão de informações distorcidas; uma "cumplicidade intelectual" de muitos líderes de opinião que produzem informações; estratégias informativas simplificadas, seguras e apetitosas para os receitantes e, às vezes, para o paciente que receberá a prescrição; o poder cultural e o condicionamento econômico de muitas instituições privadas ou públicas de pesquisa farmacológica determinam uma cumplicidade na produção da pesquisa que, mesmo se formalmente correta do ponto de vista metodológico, é frequentemente repetitiva, auto-reprodutiva e irrelevante para a saúde pública (SARACENO, 1993).

Idéias para uma agenda de luta sobre a medicalização

Já não estamos debatendo a fragilidade epistemológica de conceitos como transtornos mentais, doenças, distúrbios, desordens mentais, síndromes... Da mesma forma como não estamos debatendo as causalidades ou etiologias, se orgânicas, genéticas, infecciosas, sociais, psicológicas, espirituais, traumáticas... Estamos considerando que uma determinada forma de produção de conhecimentos nesse campo pode criar realidades de doenças, tratamentos, práticas institucionais, sociais, culturais e políticas.

No sentido de definir alguns pontos para a agenda política de luta a respeito do tema central deste texto, ou seja, a participação da indústria de medicamentos na determinação social dos transtornos mentais, finalizamos com algumas propostas, em parte inspiradas nas ideias de Marcia Angell (2007).

É fundamental que seja equacionada e regulada a relação da indústria farmacêutica com a formação e atualização médica, seja com o financiamento de cursos e de material didático, seja com revistas científicas, congressos e pesquisas.

Em relação à pesquisa, muitas universidades públicas realizam pesquisas com financiamentos da indústria farmacêutica. Alguns dos protocolos não têm qualquer transparência. Existem situações nas quais os resultados das pesquisas são entregues à indústria financiadora, que exerce poder de censura na divulgação dos mesmos. Quais as implicações éticas envolvidas numa situação em que uma universidade pública realiza pesquisas sob encomenda para atores que influenciam na formulação de políticas na área? Muitas pesquisas epidemiológicas que alardeiam aumentos assustadores de transtornos mentais se incluem nessa categoria de pesquisas encomendadas. Na mesma linha, existem pesquisas sobre novas síndromes e transtornos que precisariam ser mais bem controladas.

A indústria farmacêutica deveria contribuir obrigatoriamente com o Fundo Nacional de Ciência e Tecnologia, cujos recursos seriam distribuídos a partir de editais públicos, com seleção realizada por pares, como tem sido o caso dos editais do CNPq.

Da mesma forma, as associações profissionais, inclusive conselhos, que realizam congressos e demais eventos com financiamento da indústria (muitos dos quais chegam a parecer verdadeiras feiras de medicamentos, com ofertas de brindes, passagens, hospedagens luxuosas, banquetes e festas), necessitam ser reguladas, precisam ser fruto de políticas públicas e de controle social.

Referências

- 1. AMARANTE, P.D.C. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- Angell, M. A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos: como somos enganados e o que podemos fazer a respeito. Tradução: Waldéa Barcellos. Rio de Janeiro: Record, 2007.
- 3. Associação Brasileira de Psiquiatria. Pesquisa sobre sintomas de transtornos mentais e utilização de serviços em crianças brasileiras de 6 a 17 anos, 2008. Disponível em: http://www.abpbrasil.org.br/medicos/pesquisas/img/pesquisa2008_final.pdf. Acesso em: 27 abr. 2010.
- 4. Berenstein, E. *Disease mongering e os hormônios*. 2007. Disponível em: http://www.lucianopires.com.br/idealbb/view.asp?topicID=3745. Acesso em: 7 mai. 2010.
- Berlinguer, G. A doença. São Paulo: Cebes; Hucitec, 1988.
- 6. Bousquet, J.P. Las Locas de la Plaza de Mayo. Buenos Aires: El Cid, 1983.
- 7. Brandão, J.C.T. Os alienados no Brasil. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1886.
- CARVALHO, M. Laços de corrupção, 2009. Disponível em: http://www4.ensp.fiocruz.br/radis/79/pdf/radis_79.pdf. Acesso em: 27 abr. 2010.
- 9. Castel, R. A ordem psiquiátrica: a Idade de Ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- 10. Foucault, M. Microfisica do poder. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- 11. _____. História da sexualidade l: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal, 1977.
- 12. Hacking, I. Múltipla personalidade e as ciências da memória. Rio de Janeiro: José Olympio, 2000.
- 13. Hegenberg, L. Doença: um estudo filosófico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- 14. Iшсн, I. *A expropriação da saúde*: nêmesis da medicina. Tradução: José Kosinski de Cavalcanti. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.
- 15. MACHADO DE ASSIS, J.M. O alienista. In: MACHADO DE ASSIS, J.M. Papéis avulsos. Rio de Janeiro/Belo Horizonte: Garnier, 1989.
- Payer, L. Disease-mongers: how doctors, drug companies, and insurers are making you feel sick. Nova York: Wiley and Sons, 1992.
- 17. Pessoπi, I. A loucura e as épocas. Rio de Janeiro: Editora 34, 1994.
- 18. PINEL, P. Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania. Porto Alegre: UFRGS, 2007 [1801].
- 19. Porter, R. Uma história social da loucura. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1990.
- 20. Saraceno, B. Questões abertas em psicofarmacologia. In: Silva Filho, J.F.; Russo, J. (Orgs.). *Duzentos anos de psiquiatria*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993. p. 163-180.

Risco e hiperprevenção: o epidemiopoder e a promoção da saúde como prática biopolítica com formato religioso

Luis David Castiel

Biopolítica e epidemiopoder: prólogo

A grande contribuição acerca do conceito 'biopolítica', como é conhecido, provém de Foucault (1979). Foi introduzido na acepção crítica atual, em 1974, numa conferência no Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, publicada em 1977, sobre as origens da Medicina social. Foucault elabora uma importante transição nas estratégias de poder que passam a operar no âmbito biológico (biopoder), de tal modo que as dimensões de controle social da sociedade capitalista sobre as pessoas não atuam meramente no registro da consciência ou da ideologia, mas incidem diretamente no âmbito somático, corporal, biológico.

Ainda vale salientar que biopoder e biopolítica estão vinculados à ideia de 'governamenta-lidade'. Com essa designação, Foucault compreende: a) o conjunto de instituições, processos, análises, cálculos e táticas que permitem exercer o poder sobre a população, expresso pela economia e que se produz pelas técnicas de segurança; b) a inclinação que leva à predominância desse tipo de poder e, juntamente com ele, à sobredeterminação de técnicas de poder e de saber; c) o processo que leva do estado jurídico e administrativo ao estado de controle da população e de segurança (ESTANQUEIRO-ROCHA, 2010).

No volume 1 da *História da sexualidade*, Foucault (1977) considera a transição da ordem disciplinar de corpos individualizados no século 18 (soberania) para o controle do conjunto

dos indivíduos como 'população' no século 19 (biopolítica da população). Assim, o liberalismo desta época, fundamental para o desenvolvimento do capitalismo, gera uma metamorfose do poder que se torna biopoder e se modaliza especificadamente em termos de, por exemplo, planejamento e gestão de saúde, enfocando higiene, alimentação, controle de natalidade e regulação da sexualidade.

Segundo Negri (2008), a biopolítica se institui sobre pressupostos que produzem as tecnologias do capitalismo e da soberania. Esses pressupostos vão se transformando ao longo do tempo, se desenvolvendo, primeiramente, de forma disciplinar e, depois, juntando à biopolítica os dispositivos de controle. Se a disciplina se dava como uma 'anatomo-política' dos corpos, aplicada, sobretudo, aos indivíduos, a biopolítica se coloca como uma espécie de grande 'Medicina social', que se aplica ao controle das populações com a finalidade de governar a vida.

Nikolas Rose (2007) entende pela expressão 'biopolítica' o feixe de estratégias específicas que envolvem questões relativas aos modos como a vitalidade humana, a morbidade e a mortalidade devem ser tratadas quanto ao nível desejável e a forma das intervenções sobre o estabelecimento de autoridades e de intervenções que são definidas e legitimadas como as mais eficazes e, portanto, melhores.

Para Rose, atualmente, a biopolítica também se relaciona ao trabalho de laboratórios biotecnológicos na criação de novos fenômenos (e patologias), ao poder computacional dos dispositivos que vinculam histórias clínicas com sequências genômicas, aos poderes mercadológicos das empresas farmacêuticas, às estratégias regulatórias de comitês de pesquisa, de bioética e de vigilância de drogas e alimentos e à busca de lucros envolvendo todas essas instâncias.

Já o 'biopoder' deve ser encarado mais como uma perspectiva do que um conceito, no sentido de se constituir como um espectro de iniciativas mais ou menos racionalizadas, desenvolvidas por autoridades no sentido intervir no âmbito da vitalidade humana – seu nascimento, desenvolvimento, adoecimento e morte.

Não seria despropositado trazer à cena a expressão 'epidemiopoder', se considerarmos as características básicas que definem o objeto deste campo do conhecimento – saúde e vida nas populações. E mais: na atualidade, é a normatividade de base epidemiológica que rege os preceitos e recomendações que pretendem disciplinar as populações humanas no interior dos discursos de promoção da saúde, centrados no comportamento saudável.

Em termos esquemáticos, consumidores das sociedades modernas são condicionados à possibilidade de se obter o produto 'vitalidade'. Para tanto, devem se apoiar em produtos tecnológicos e em práticas de saúde, sustentadas o máximo possível pelo epidemiopoder, que produz provas científicas com a chancela de resultados provenientes de estudos empíricos considerados robustos e de revisões sistemáticas e metanálises. Assim, se encaminha a resposta para a pergunta: quem define os riscos de situações ameaçadoras, tecnologias, produtos, 'estilos de vida'? Além disso,

o que é uma 'prova' válida em um mundo no qual o saber e o não-saber sobre riscos estão indissoluvelmente mesclados e todo saber é controvertido e probabilístico? (BECK, 2008, p. 57). O epidemiopoder ocupa um lugar hegemônico no confronto das definições que se autorizam para estabelecer as decisões quanto ao rumo 'correto' das políticas, dos arcabouços administrativos legais e institucionais e das ações, baseadas nos padrões ditados pela *expertise* técnica vigente. Mais ainda, o epidemiopoder participa ativamente da geração de uma cultura científica que configura nosso pensamento e a ideia que a sociedade moderna tem a seu respeito, com base em uma ética estatística da era técnica, baseada, sobretudo, na curva normal, sem nenhuma necessidade de se referir a qualquer imperativo ético de fato (BECK, 2008).

Porém, a pretendida garantia de segurança, proporcionada pela perspectiva de *expertise* técnica, vinculada ao epidemiopoder e ancorada nas noções probabilísticas de risco, se fragiliza, pois se vê obrigada a se afastar da lógica da segurança ao assumir a possibilidade de ocorrências desastrosas no horizonte, sem possibilidade de cálculos de risco e sem a capacidade de assegurar incondicionalmente a segurança almejada (BECK, 2008). Não é possível antecipar o que não pode ser antecipado. Nem mesmo a responsabilidade das instâncias de controle em relação aos riscos globais se mantêm, como nos casos das alterações climáticas e seus efeitos, dos acidentes industriais com grandes efeitos ecológicos, da megacrise financeira de 2008 e 2009 e do terremoto no Haiti.

O princípio da prevenção se torna hiperprevenção ao englobar o princípio da precaução, mas também a dimensão da proteção. Sobretudo ao incluir as estratégias designadas pela expressão inglesa *safety*, que se refere à dimensão de segurança das pessoas, vinculada à integridade corporal, em termos de quantidade e qualidade de alimentos, água, saneamento, moradias, espaços urbanos etc.

Admitindo a pertinência da *expertise* técnica em determinadas situações no campo da saúde (como na erradicação da varíola e da poliomielite), não é desprezível a possibilidade de sua aliança com o dispositivo higioterapêutico. Higioterapia, como a expressão indica, é o emprego dos recursos higiênicos na cura de doenças (Houaiss, 2001). No caso, simultaneamente higiênica, na promoção de hábitos de vida saudável, e terapêutica, ao enfrentar as doenças civilizatórias (mesmo descurando de grandes grupos populacionais que não tem acesso à assistência médica efetiva), além de utilizar a higiene como tratamento ao estimular indivíduos às práticas ditadas pela Medicina, em função de uma postura de hiperprevenção em relação aos supostos riscos à saúde (como no caso do uso de hipocolesterolemiantes).

Assim, tais indivíduos se veem compelidos a seguirem instruções para adotarem comportamentos saudáveis virtuosos e a consumirem produtos e expedientes preventivos, como fórmula para a desejada vitalidade longeva. Em outras palavras, a promoção da saúde possui inegáveis elementos biopolíticos imunitários. O epidemiopoder se alia ao dispositivo higioterapêutico e naturaliza as precariedades, produzindo um deslocamento para riscos preveníveis e patologias tratáveis. O epidemiopoder e o dispositivo higioterapêutico atuam sobre os indivíduos, fazendo com que a vida se confunda com uma série de prevenções e terapias. Rose (2007) enfoca dois importantes aspectos da biopolítica atual, importantes para o epidemiopoder conjugado ao poder terapêutico:

- 1. a molecularização biologicista dos fenômenos humanos a vida passa a ser compreendida e abordada em termos das propriedades funcionais das sequências de codificação das bases nucleotídicas e suas variantes, dos mecanismos moleculares que controlam a expressão e transcrição gênica, das conexões entre propriedades funcionais das proteínas e sua forma constitutiva, da geração de elementos intracelulares como canais iônicos, enzimas, genes transportadores, potenciais de membrana;
- 2. O foco central na ideia de vitalidade algo que pode: ser abordado por distintos tipos de *experts*, gerarem múltiplos níveis de bens e serviços, ser dividida em diversos componentes que podem ser definidos, guardados, intercambiados, comercializados em termos de tempo, espaço, órgãos, espécies conforme diferentes contextos, instituições e grandes empreendimentos bioeconômicos. A biopolítica se converte cada vez mais em bioeconomia.

A vida assume a dimensão política essencial que se torna passível de governo, administração, cálculos, regras e normas, por intermédio de políticas públicas e de vigorosas ações bioeconômicas de empreendimentos privados no mercado globalizado. Fica patente que os benefícios que isso traz para alguns impõem a falta de acesso dessas benesses para outros, que podem, inclusive, desaparecer, sem trazer danos à ordem jurídica vigente, pois esta passa a admitir estados de exceção (Agamben, 2004).

O racismo e a eugenia que se cristalizam no nazismo denotam o paroxismo demente dos projetos biopolíticos que sintetizou de modo totalitário o biopoder, de modo a determinar ensandecidamente quem deveria sobreviver e quem deveria morrer, ou seja,a tanatopolítica. Há, nos estados democráticos modernos da atualidade, situações em que se manifesta o poder soberano e a ausência de cidadania em nome da segurança. Por exemplo, o tratamento dado aos que não possuem documentos (*sans papier*), a refugiados, a favelados, a prisioneiros de Guantánamo e outra prisões equivalentes e à população civil na Faixa de Gaza (BAUMAN, 2008).

De certa forma, hoje se vive (salvo exceções) no contexto capitalista ocidental, em dimensões e aspectos variados, sob a existência dos poderes políticos e democráticos que, em tese, têm a função de manter a paz e a justiça – o Estado de direito. Mas, ainda que esquematicamente, não é despropositado dizer que se convive nesses ambientes sociais onde se manifesta, de diversos modos e graus, desde uma exasperação cotidiana mal disfarçada, passando por hostilidades mais explícitas, até chegar-se a eventos menos comuns de violência urbana. Isso é, ainda que menos ruidosa e explícita, uma forma de guerrilha que se tornou cotidiana, reinstituída nas desigualdades econômicas, sociais, na violência das grandes cidades do chamado Terceiro Mundo, e que se relaciona à ação muitas vezes prepotente e arbitrária de instituições oficiais encarregadas pela segurança.

Esse panorama se coaduna com os ditames da economia globalizada de mercado neoliberal, que usualmente desemboca no 'conceito-ônibus' de globalização – segundo Bauman (2004, p. 23), o termo que se usa "para dar conta dessa estranha experiência do mundo que se esgota" – que, aliás, se intensificou com a megacrise financeira de 2008, originada nos Estados Unidos. Esse ambiente nos transforma em agentes econômicos orientados estritamente por estratégias

de custo-benefício. Devemos, sem cessar, valorizar e ampliar nossas capacidades e habilidades laborais em um ambiente de alta competitividade que, inevitavelmente, produz derrotados (e gera o terrível termo pejorativo no idioma inglês e na cultura norte-americana: *loser*). E, pior, segrega ou ignora aqueles que não podem e não conseguem entrar no jogo nem como produtores, nem como consumidores, cujas vidas desnudas, então, podem ser encaradas como refugo, desperdiçáveis (BAUMAN, 2005).

Vale aqui uma incursão ao estudo biopolítico de Agnes Heller sobre modernidade e corpo que se detém na questão do controle racional sobre os impulsos animais humanos. Diz ela que

a racionalidade tem princípios fixos e generalizados que determinam como deveria ser o Corpo, e que se este é rebelde se chamará 'desviado' ou perverso e deverá ser punido. Como a civilização é 'justa', o castigo não pode ser arbitrário assim que se criam instituições e normas que se ocupam de punir. (Heller, 1995, p. 21).

Hoje, é possível dizer que esse controle tenha também assumido a perspectiva hiperpreventiva biopolítica diante dos riscos de desvios, de feição imunitária.

Hiperprevenção e a dimensão imunitária

Em *Immunitas: protección y negación de la vida*, Esposito (2005) desenvolve sua elaboração acerca do paradigma imunitário e faz referência a "uma situação indeterminada de perigo (que) passa a individualizar sua configuração específica" (p. 10). Isso apareceria em diversas circunstâncias que se caracterizam pela invasividade de fronteiras com alteração do *status* vigente através do 'contágio': doença infecciosa que ataca uma pessoa, instabilidade social (terrorismo) que ameaça a estrutura política, vírus informático que afeta a rede computacional, crise financeira que solapa a economia global.

Essas configurações demandam estratégias de imunização hiperpreventiva. Temos aí um dispositivo fundamental da vida contemporânea que assume um estatuto epidemiológico: há riscos que devem ser detectados para que se possam desenvolver medidas de proteção (imunização é uma delas) para intervenções preventivas.

O paradigma imunitário se institui em termos de reação, não como ação. Trata-se de uma contraforça que deve evitar que outra força entre em ação. O dispositivo imunitário atua na suposição da existência do mal a enfrentar. E não apenas no sentido de que provém deste mal sua necessidade de manifestação – como o risco da doença justifica a ação preventiva – mas também no sentido de que sua 'existência' se autojustifica pelo próprio uso. E, desta forma, acaba reproduzindo em escala controlada o próprio mal que tenta evitar. A noção de risco pode evitar a manifestação da patologia, mas não a presença reiterada da doença. É ainda importante explicitar que para todas as civilizações se apresentou necessidade de sua própria imunização, mas apenas a civilização atual se constituiu estruturalmente por tal necessidade (ESPOSITO, 2005).

Cabe agora percorrer o trajeto etimológico iniciado por Esposito (2005) e verificar os vários sentidos de *muner*, do latim *múnus,èris* – 'cargo, ofício; presente que se dá', 'funções oficiais; cargos de um magistrado'), "e de alguns dos seus derivados latinos; relativo aos gladiadores; (s.m.) doador, o que promove ou oferece um espetáculo de gladiadores' (cujo sentido se relaciona ao dever dos magistrados de oferecerem espetáculos ao povo, como o combate de gladiadores (Houaiss, 2001, p. 1.980); *Munus* é a obrigação, tributo, imposto que se paga para fazer parte da comunidade.

Aparece em 'remunerar', vocábulo latino *remunèro,as,ávi,átum,áre* 'recompensar, gratificar pagar um benefício'), em 'imune' latim *immúnis,e* 'livre (de encargos), isento (de impostos), dispensado etc.', em 'comum' latim *commúnis,e* 'que compartilha os cargos; que pertence a muitos ou a todos, público, comum; acessível; ordinário' (de *cum* + *múnus*), em comunicar do latim *communicáre* 'pôr em comum; partilhar; ter relações com, conversar, comunicar; misturar' (Houaiss, 2001, p. 1.980).

Em termos formados no próprio latim: 'munícipe', do latim *munìceps,ìpis* "o que participa dos cargos e funções oficiais, p.ext. habitante do município"; município, *municipìum,ìi* "cidade com o direito de cidadania romana mas com suas próprias leis; município, cidade livre", municipal *municipális,e* "de município, municipal". (Houaiss, 2001, p. 1.980)

Mas é 'imunidade' que mais nos interessa: como termo jurídico

conjunto de privilégios, vantagens ou isenções de ônus ou encargos concedidos a certas pessoas em função de cargo ou função exercida, como derivação: sentido figurado – capacidade de ficar afastado, livre, protegido de influência, circunstância etc. (Houaiss, 2001, p. 1.587).

Imunologia – conjunto dos mecanismos de defesa de um organismo contra os elementos que lhe são estranhos, esp. os agentes patogênicos (vírus, bactérias ou parasitas) termo jurídico – privilégio, regalia outorgada a alguém em virtude do cargo ou função que exerce. Imune é aquele que está livre de obrigações, encargos, isento, em suma, privilegiado. (Houaiss, 2001, p. 1.587).

A imunidade é sempre própria de alguém, fora do comum. Importante ressaltar que a imunidade não é tão somente a isenção de impostos ou dispensa de obrigações, mas algo que oblitera as relações do sistema de vínculos em função dos pagamentos compartilhados da comunidade (ESPOSITO, 2005).

Insegurança, obesidade e felicidade

A dimensão globalizada do risco é abordada por Beck (2008) ao retomar sua seminal teorização sobre a 'sociedade de risco' e ao propor novas abordagens analíticas para se compreender a 'sociedade do risco mundial'. Nessa discussão, se destaca a questão 'riscos e catástrofes', especialmente no que se refere a como se produz o presente diante do risco de catástrofes futuras. Segundo ele, o risco mundial consiste nas "encenações da realidade do risco mundial" (BECK, 2008, p. 119). 'Encenação' não no senso comum de algo simulado ou falso, mas na antecipação

imaginada da catástrofe. Isso vale para o problema do aquecimento global. É preciso, de alguma maneira, trazer à presença a ideia de estar-se na trajetória de um certo desfecho para que se busquem escapatórias e desvios de uma rota prenunciada, de forma a evitá-la. Apesar de Beck não explicitar, não há nada mais imunitário do que essa formulação.

Dessa forma, a distinção entre risco e sua correspondente percepção passa a se indiferenciar. O ambiente de antecipação cataclísmica pode facilmente derivar para a proliferação social de medo/paranoia e entrar em ressonância com a premência preventiva de busca de segurança. A hiperprevenção pode assumir dimensões de obrigação incondicional, tanto ao nível dos indivíduos quanto dos Estados.

Não é de se estranhar que surjam, como se veem, propostas racionalistas de enfrentamento de ameaças que participam ativamente da criação de um ambiente em que diminuem as possibilidades de distinção entre medo (resultante de causas objetivas) e paranoia (produto de uma 'percepção' desarrazoada).

Curiosamente, esse clima hiperpreventivo imunitário se manifesta sintomaticamente das iniciativas neurocientíficas da pesquisa militar sobre o poder da 'intuição' para prevenir-se diante de situações de risco (Carey, 2009). Estudos de componentes das forças armadas estadunidenses obtiveram achados relativos a contingências ameaçadoras em contextos de conflitos, em que soldados experimentam descargas de cortisol – hormônio liberado em caso de estresse – como quaisquer outros soldados. Mas seus níveis caem mais rapidamente do que em tropas menos treinadas. Fez-se uma pesquisa com soldados experientes em situações de luta armada, entre militares de ambos os sexos. Após entrevistas, testes de personalidade avaliam percepção profunda, vigilância e habilidades correlatas em detectar explosivos em fotos, vídeos, simulações virtuais e manobras de treinamento.

Esse estudo faz parte de um conjunto de investigações apontando que a velocidade com que o cérebro interpreta as próprias sensações somáticas e os sinais da linguagem corporal dos outros é crucial para evitar perigos iminentes. Achados sugerem que indivíduos com melhor desempenho no estudo possuem conhecimentos adquiridos pela experiência. Mas muitos apresentam uma elevada capacidade de perscrutação profunda e de concentração por longos períodos. Isso serviria para lidar com a detecção de bombas mediante detalhes anômalos no ambiente, mesmo camuflados (CAREY, 2009). Um olho clínico capaz de descobrir 'onde está Wally'. No caso, o explosivo.

Se os desastres com potencial de alta destrutividade entram nos cenários de possibilidades, para além dos eventos com probabilidades consideradas 'razoavelmente' esperadas, a lógica dos cálculos dos riscos sustentados por tal racionalidade se fragiliza. Juntamente com o conhecimento científico construído empiricamente, prosperam excessos da imaginação nos quais proliferam a desconfiança e o temor diante de sortilégios de 'entidades malévolas' que parecem ameaçar nossa segurança.

Em outras palavras, as tentativas de compreensão racional dos riscos começam a se embaralhar diante da indistinção entre o que pertenceria ao registro do que é real e do que é representação. Seguindo Baudrillard (1991), o risco assume o lugar de 'simulacro' no sentido de negar a diferença entre a realidade e sua representação, tornando indistinguível a possibilidade de separar a 'realidade' do risco de catástrofe e sua representação. Se algo parece ser, então é. No âmbito catastrófico, se parece risco, então é perigo; logo, medidas devem ser tomadas. Entraríamos, assim, em um progressivo regime de intervenção imunitária baseado em simulacros.

No terreno da Saúde Pública, há um quase paradoxal discurso imunitário contra o comportamento não saudável do indivíduo. No caso, as catástrofes são pessoais. O discurso é 'quase paradoxal' porque se deseja que o comportamento seja modelado por um discurso que pretende ainda manter a separação entre real e representação. Isso sucede no ideário da promoção de saúde individual, que focaliza a construção de um ser humano 'racional', ainda objeto da hiperprevenção baseada em 'evidências'. Essa perspectiva pode gerar estudos epistemologicamente limitados, ideologicamente enviezados, ainda que tecnicamente complexos.

Isso se manifesta nitidamente em dois exemplos, os quais podemos designar, sem intenções de injustiça, como notáveis representantes do epidemiopoder. Os trabalhos mostram a questão imunidade/comunidade tal como pode ser abordada pela ciência médicoepidemiológica. Foram realizados pela mesma dupla de acadêmicos de Harvard: Nicholas A. Christakis e James H. Fowler, cujos artigos foram publicados em duas revistas biomédicas de alto prestígio. Referem-se aos resultados de duas pesquisas baseadas nas coortes da *Framingham Heart Study*, estudadas sob o enfoque da análise longitudinal das redes sociais.

O primeiro estudo (Christakis; Fowler, 2007) – de teor imunitário – estuda a difusão da obesidade que poderia se disseminar de uma pessoa para outras, pois quando alguém ganha peso, seus amigos próximos também tendem a ganhar. O estudo *The spread of obesity in a large social network over 32 years*, publicado no *The New England Journal of Medicine*, envolveu uma análise detalhada de uma rede social de 12.067 pessoas acompanhadas em relação a seu peso, entre outros aspectos, por 32 anos, de 1971 até 2003.

Os pesquisadores sabiam quem era amigo de quem, quem eram cônjuges, irmã(o) ou vizinho, quanto cada pessoa pesava em vários momentos ao longo de três décadas. Isto permitiu que examinassem o que aconteceu ao longo dos anos à medida que alguns indivíduos se tornavam obesos. Seus amigos também se tornaram obesos? E seus parentes ou vizinhos? Resposta: as pessoas apresentavam uma maior probabilidade de se tornarem obesas quando um amigo se tornava obeso. Isso aumentava as chances em 57%.

O segundo estudo (Fowler; Christakis, 2008) (de caráter aparentemente 'comunitário'), *Dynamic spread of happiness in a large social network: longitudinal analysis over 20 years in the Framingham Heart Study*, publicado no *British Medical Journal*, estudou a 'felicidade' de uma rede social. O estudo envolveu 4.739 indivíduos, de 1983 a 2003. Para isto, usou uma escala de depressão – Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D Scale) – validada pelo *Center for Epidemiologic Studies* (Centro de Estudos Epidemiológicos) do *National Institute for Mental Health* em Bethesda, Maryland, USA, com quatro itens – as pessoas eram perguntadas se tinham experimentado certos sentimentos durante a semana anterior: 1) 'eu me senti esperançoso(a) em relação ao futuro'; 2) 'eu estava feliz'; 3) 'eu desfrutava da vida'; 4) 'eu senti que era tão bom como outras pessoas'.

Ademais, essas perguntas eram colocadas em uma escala temporal: menos de um dia na semana; um a dois dias na semana; três a quatro dias na semana; cinco a sete dias na semana. Os agrupamentos de pessoas felizes e infelizes foram transformados em redes e a relação de felicidade entre as pessoas se estendeu por três graus de separação (até os amigos dos amigos dos amigos).

As conclusões mostram que pessoas rodeadas por muitas pessoas felizes e aquelas felizes que são centrais na rede têm maior probabilidade de serem felizes no futuro. Essa probabilidade pode variar conforme o tipo de vínculo existente: cônjuges (8%), irmão/irmã a menos de 1,6 km (14%), amigo a mais de 1,6 km de distância (25%) e vizinhos de residência (34%). O modelo de análise longitudinal sugere que agrupamentos de felicidade resultam da difusão de felicidade e não apenas uma tendência das pessoas se associarem em termos de indivíduos similares. Enfim, o estudo tenta trazer evidências de que a felicidade das pessoas depende da felicidade dos outros com quem possuem vínculos.

Sem nos aprofundar em detalhes, esses estudos, além de exemplificarem enfoques imunitários e comunitários na pesquisa em saúde, ilustram a capacidade de descontextualização reducionista em estudos deste tipo, ao descurar de outras dimensões culturais, sociais e subjetivas que podem participar da explicação dos eventos em foco. No primeiro caso, ainda veiculam uma problemática e paranoide ideia daqueles em quem confiamos serem capazes, sem saberem disto, de estar potencialmente difundindo para nós males, como a obesidade.

No segundo caso, é difícil aceitar incondicionalmente uma definição operacional, por demais simplista, de uma complexa condição designada como felicidade humana. Não obstante, é intuitivo saber que sentimentos e emoções têm uma forte capacidade de propagação nos coletivos humanos.

Podemos, ainda, provocativamente, agregar os dois estudos, representantes do epidemiopoder, e alertar para o seguinte fato: se, por infelicidade, a pessoa feliz for obesa, há probabilidades de, ao se difundir positivamente a felicidade nas redes, também é possível estar-se subrepticiamente transmitindo a obesidade...

Vida privada e catecismo higioterapêutico: a promoção de saúde como prática biopolítica com formato religioso

Lopez-Petit (2007) discute a fragilização do poder da política em dois níveis: um objetivo – aquilo que é, em geral, encarado como politicamente factível não tem capacidade de gerar mudanças sociais substantivas, e as mudanças que teriam a possibilidade de desencadear tais modificações são impensáveis em termos políticos; e um nível subjetivo – haveria uma fratura, em termos de vínculo prático, entre o destino individual e o coletivo. Seus efeitos podem ser sintetizados da seguinte forma:

 a) redução da dimensão do político – pequena diferença entre o que era visto como sendo as teses próprias de 'esquerda' e de 'direita'. Os discursos políticos se ajustam às técnicas comunicacionais, em que se destaca a grande simplificação e empobrecimento de 'nuances' das mensagens;

- b) impressão de enorme inefetividade da atividade política a primazia das formas democráticas de governo político é justificada usualmente pela comparação com outras formas, como o melhor dos sistemas de governo político. É muito pequena a margem de críticas a esse estado de coisas. Fazer política se reduz, cada vez mais, à administração (e sustentação) da ordem existente, mediante a gestão de recursos financeiros. Nesse contexto, as ações corruptas se naturalizam como efeitos colaterais estruturais e passam a formar parte intrínseca das instituições democráticas;
- c) fragilização gradual do que se considera comum (poderíamos agregar intensificação do imunitário) – o destino individual se desconecta progressivamente do destino coletivo, sobrepondo-se a ele; problemas sistêmicos passam, cada vez mais, a demandar soluções pessoais.

A assim chamada condição 'pós-política' promove uma ampla ideologia, que apresenta os processos da realidade como sendo inexoráveis e os melhores possíveis. Daí termos a constatação da precariedade humana tal como se manifesta hoje com seus aspectos de isolamento no interior dos dispositivos tecnocientíficos imunitários do capitalismo global, que produzem risco e insegurança. Tal processo é naturalizado mediante a transformação da precariedade e do sofrimento, que provoca patologias, mormente emocionais, passíveis de tratamento e prevenção.

Essas condições pressupõem o surgimento do poder terapêutico, que atua com o fim de adaptar a existência à realidade e inutilizar politicamente todo tipo de mal-estar social que se possa produzir. O poder terapêutico atuaria sobre os indivíduos de forma que a vida seja medicalizada extensivamente como 'vida privada' (LOPEZ-PETIT, 2007).

A noção de 'vida privada' é importante para nossos propósitos. Esposito (2006) a explora brevemente ao analisar o paradigma da imunização em quatro níveis: imunidade, soberania, propriedade e liberdade. A elaboração sistemática desse paradigma, em termos etimológicos, pode ser desenvolvida dialeticamente assim:

communitas é a relação que submetendo todos os seus membros a um compromisso de doação recíproca, põe em perigo a identidade individual, immunitas é a condição de dispensa desta obrigação, e, em conseqüência, de defesa contra seus efeitos expropriadores(...) immunitas, ao mesmo tempo que protege a seu portador do contato arriscado com aqueles que dela carecem, reestabelece os limites do próprio postos em risco pelo 'comum' (...) Mas, se a imunização implica que a uma organização de tipo comunitário a sucedem ou lhe contrapõem modelos privatistas ou individualistas é notória sua relação estrutural com os processos de modernização. (Esposito, 2006, p. 80-82).

Para salvar-se de modo duradouro, a vida deve se fazer 'privada', no duplo sentido: privatizada e privada desse vínculo que a expõe a seu traço comum, livrando-se da submissão à autoridade soberana. Cristaliza-se, assim, a noção de 'indivíduo', indivisível, unido a si mesmo. Temos, então, um drama terrível que marca nossa civilização: o que é próprio é sempre imune,

não-comum. A ideia de propriedade assinala uma intensificação da perspectiva imunitária. E, ao mesmo tempo, se constitui em um cânone do mundo ocidental, ao configurar as promessas do individualismo como referência biográfica de autonomia, que se constitui em princípio que move as pessoas em seus cotidianos. Assim, vida privada é também 'vida própria', no que diz respeito à busca de dinheiro e espaço individualizado, de modo a permitir, por exemplo, modos de consumo, os quais, por sua vez, irão modelar 'estilos (próprios) de vida (privada)'.

Aqui, nossa contribuição se resume a ampliar o espectro semântico proporcionado por 'vida privada' ao pensar-se na proliferação de sentidos possíveis com a expressão. Em um intento de reabilitar a leitura negativa desse tipo limitado e vago de conceito, vale tentar manter sua pertinência, na ausência de categorias críticas suficientes para resistir à pressão ideológica de naturalização do quadro dominante. Precisamos de referências e interpretações, ainda que provisórias, que auxiliem a reduzir nossa perplexidade diante dos enigmas biopolíticos, os quais nos acossam na contemporaneidade.

A sumária observação de vicissitudes semânticas dicionarizadas sugere a tensão dos sentidos que a dialética imunidade/comunidade veicula. Esta se constitui em outra jornada etimológica fascinante em que se procura fazer um exercício especulativo para perceber a alternância de acepções imunitárias e comunitárias. De início, chama a atenção notar que uma das acepções de imunidade é relativa a privilégio. Se partimos da partícula "priv, privatus – próprio, especial, individual; que pertence como próprio, dado pessoalmente", passamos por "privilegium,ìi 'lei excepcional em favor de um particular ou de poucas pessoas; privilégio, favor, graça" (Houaiss, 2001, p. 2.300). Então, 'privado' significa imunitariamente aquilo que é pessoal e não expresso em público, como 'vida privada'; 'Privação', no plural – 'privações', também se mostra imunitária – diz respeito à "falta do necessário à vida; necessidade, fome, miséria", da etimologia latina privatio,ónis, "supressão, ausência de algo" (Houaiss, 2001, p. 2.300).

Por sua vez, 'privacidade', na realidade um anglicismo proveniente do inglês *privacy*, no sentido de 'vida privada', é imunitária. 'Privar' tem duas acepções curiosas: uma imunitária – "proibir, frustrar; tirar (algo) de (alguém ou de si mesmo)"; e uma comunitária – "estar em convivência íntima ou familiar com (alguém); gozar, participar" (Houaiss, 2001, p. 2.300). 'Privativo' também possui a ambivalência de 'privar', mas é predominantemente imunitária: "aquilo que contém ou leva à privação, que não é permitido a todos, só a algumas pessoas; próprio, exclusivo, especial; que é peculiar a um indivíduo ou grupo; característico, específico, exclusivo; que indica privação, falta de determinado traço, significado etc". É comunitária no sentido de que "goza da convivência de" (Houaiss, 2001, p. 2.301).

Dialeticamente, a comunidade também possui mecanismos imunitários internos, assim como cada indivíduo. A razão desempenharia uma função imunitária para a defesa dos indivíduos, ainda que insuficiente para a proteção efetiva. Há, inapelavelmente, terreno fértil para a eclosão de irracionalidades, inclusive com a função de trazer segurança a esse indivíduo precário.

Então, a vida para alguns é privada, no sentido de privilegiada, exclusiva, enquanto para outros a vida é privada no sentido de privações – falta do que é necessário à vida. Pode-se acrescentar, ainda, privada de sentidos não-imunitários. A hipótese aqui é a de que um dos sentidos que é implicitamente oferecido é o da promoção da saúde como uma atividade biopolítica, com fortes elementos de caráter religioso.

Pode-se ampliar essa ideia sob o ponto de vista hiperpreventivo, com vistas à antecipação, cautela, evitação dos riscos à saúde. Isso gera uma sociedade na qual a biopolítica imunitária produz um catecismo higioterapêutico.

Neste ponto, cabe enfocar a existência de aspectos religiosos em elementos de nossa cultura, mesmo na era de desencantamento do mundo. O filósofo inglês John Gray (2008), apesar de ser visto como um pensador da nova direita e defensor do livre mercado, afirma, com pertinência, que as ideologias laicas mais importantes da atualidade se modelaram em um formato de religião recalcada com elementos utópicos – a crença de um acontecimento transformador do mundo que nos traria a redenção com o término de todos os conflitos. Porém, a religião retornou de modo distorcido, como se fosse um ritual sacrílego de mitos políticos oficiado ao contrário – uma missa negra. Além disso, Gray assinala que os Estados Unidos são excepcionais em relação ao poder puritano cristão. Não é à toa que o ideário da promoção à saúde viceja no mesmo leito branco, anglo-saxônico e protestante, que produziu o neoconservadorismo estadunidense.

Mais ainda, as imagens religiosas, mesmo folclóricas, de demônios, que tinham a função simbólica de lidar com os medos e temores relativos às ameaças à nossa integridade e segurança, foram se deslocando e assumindo a forma tecnocientífica de perigos e riscos (Bauman, 2005). Essa seria a base racional para a construção do ideário que constituiria o novo catecismo dirigido à preservação e manutenção da saúde e da vitalidade. Nogueira (1998) já havia assinalado que a consciência do pecado foi reproduzida nas formas de considerar a presença do risco, de modo a ampliar a ideia de existência ameaçadora do mal que, para ser enfrentado, exige procedimentos compulsivos de autocuidado.

Então, pode-se enunciar que haveria uma liturgia e um conteúdo religioso de fundo cristão modelando os discursos da promoção da saúde ao equivalerem a uma utopia da saúde perfeita, como demonstrou Sfez (1996), e ao ancorarem-se nas virtudes cardeais platônicas – as quatro fundamentais (prudência, justiça, temperança e fortaleza), a partir das quais, o restante das virtudes morais está articulada. O termo 'cardeal' provém do latim *cardo*, no sentido de 'dobradiça', como o eixo, ponto principal de algo (Houaiss, 2001).

'Virtude' provém do latim *virtus* (originário de *vir*, 'homem', que produz 'viril') – "força corpórea; ânimo, valor; bravura, coragem; força de alma, energia; boas qualidades morais; mérito" (HOUAISS, 2001, p. 2.870). 'Virtude' se opõe a 'vício' (falta, defeito, imperfeição) e é a

qualidade do que se conforma com o considerado correto e desejável (p.ex., do ponto de vista da moral, da religião, do comportamento social, do dever, da eficácia etc.). (HOUAISS, 2001, p. 2.870)

E, também, por derivação de sentido,

conformidade com o Bem, com a excelência moral ou de conduta etc.; dignidade' e, também, 'capacidade de atingir os objetivos ou os efeitos de sua atividade, finalidade, utilização etc. com eficácia, bom rendimento, mérito, propriedade (mais usado no plural). (Houaiss, 2001, p. 2.870).

Possivelmente, excluindo a justiça, todas as virtudes cardeais apresentam elementos que possuem nexos evidentes com as premissas e exigências para seguir-se um estilo de vida saudável.

Prudência é o conhecimento correto das coisas a serem feitas ou evitadas (...) Prudência reside no intelecto (...) Como um ato de virtude, a prudência requer três ações mentais: tomar conselhos cuidadosamente consigo mesmo e com os outros, julgar corretamente a partir das provas (evidence) disponíveis e dirigir o restante de nossa atividade baseado em normas que estabelecemos(...) A prudência é a primeira das virtudes cardinais e orienta as demais ao estabelecer a regra e a medida, aplicando princípios morais a casos particulares. (Second Exodus, s/d, ênfase nossa).

Temperança é a virtude que modera o desejo pelo prazer. Regula toda a forma de desfrute originário da volição humana e inclui todas as virtudes (...) que restringem os movimentos excessivos de nossos desejos e apetites. (...) (A) temperança limita desejos excessivos para prazeres maiores. Uma vez que o prazer resulta de toda a atividade natural, os prazeres mais intensos resultam das atividades mais naturais, particularmente os prazeres da comida, bebida e do ato marital. (Second Exodus, s/d).

A virtude da fortaleza ou coragem é a firmeza de espírito, constância da vontade em fazer o bem, apesar dos obstáculos no desempenho de nossos deveres cotidianos. Suprime o medo imoderado e reprime a imprudência (...) A graça da fortaleza traz àqueles que a possuem um destemido espírito de resolução e uma vontade indomável a perseverar com uma fé quieta na providência divina que supera todos os obstáculos. Também traz coragem para persistir na prática da virtude, apesar das provações, doenças, perseguição e fracasso externo (...). (Second Exodus, s/d).

Podemos perceber, transitando nas entrelinhas deste discurso de cunho religioso, muitos dos preceitos, recomendações e normas dos argumentos persuasivos da promoção em saúde: a busca de 'evidências' para orientar nossos comportamentos, a necessidade de regramento e moderação, com vistas a evitar excessos de prazeres da comida, bebida e sexo, que podem nos levar à destruição, e a necessidade de firmeza e persistência para se manter dentro das restrições às tentações perigosas que nos rodeiam.

O ideário hegemônico da promoção da saúde individualista tem elementos religiosos da mesma forma que o capitalismo, onde está inserido. Walter Benjamin (2004) escreveu, em 1921, um pequeno texto inacabado sobre o capitalismo como religião para além das conhecidas pro-

posições weberianas sobre a ética protestante e o espírito do capitalismo. Com agudeza, de início, afirma que o capitalismo

serve para satisfazer as mesmas preocupações, angústias e inquietudes anteriormente respondidas pela assim chamada religião (...) O capitalismo se desenvolveu como parasita do Cristianismo no Ocidente (...) O capitalismo é puramente culto religioso (...) Tem sentido somente em relação direta com seu culto. Não conhece dogma em especial, nem teologia (...) Duração permanente do culto (...) Não há 'dias úteis' (...) Não há dia que não seja festivo, no terrível sentido de que toda a sua pompa sagrada se desbobra ante nós, cada dia ordena a fidelidade absoluta de cada adorador (...) O capitalismo é um culto que cria culpa, não expiação. (Benjamin, 2004, fragmento).

Antes de discutir o texto de Benjamin, Agamben (2005) define religião como aquilo que retira coisas, lugares, animais, pessoas do uso comum e as coloca em uma dimensão separada. O termo *religio*, ao contrário do que se diz usualmente, seria derivado não de *religare*, mas de *relegere*, que assinala

uma atitude escrupulosa e atenta que devem adotar as relações com os deuses, a inquieta vacilação (o 'reler') ante as formas – e ante as fórmulas – que devem observar-se para respeitar a separação entre o sagrado e o profano. Religio não é o que une homens e deuses, mas o que se vigia para mantê-los separados. (p. 97).

Agamben segue as reflexões de Benjamin e afirma que o capitalismo amplifica a estrutura de separações entre sagrado e profano que define a religião, potencializando ao paroxismo o movimento de divisão constante do cristianismo, até que não haja mais nada por separar – profanação e consagração que tendem a, em um limite, coincidir. As mercadorias se dividem em valor de uso e de troca, assim como tudo que é feito, vivido, atuado é apartado de si mesmo e transferido para uma outra dimensão, onde há impossibilidade de uso – dimensão do consumo e do espetáculo.

Aqui também se aplica a dimensão pastoral proposta por Foucault, própria às práticas religiosas, com a presença de uma categoria de indivíduos capazes de conduzir cada pessoa ao melhor caminho a ser trilhado. Como um pastor a conduzir as suas ovelhas, a salvação tornouse uma ação obrigatória para todos.

O poder do pastor consiste precisamente na sua autoridade para obrigar as pessoas a fazerem tudo o que for preciso para a sua salvação: salvação obrigatória. (FOUCAULT, 2006, p. 68).

E a salvação é a redenção prometida pela promoção da saúde: mais sobrevida com mais vitalidade.

Rose (2007) retoma a ideia de poder pastoral de maneira a pensar a circunstância moderna na qual os indivíduos são investidos de um poder capaz de produzir a vida em si, desde que intermediados pelos 'especialistas em soma'. Agora, o pastor não conduz mais o seu rebanho, seguindo os olhares de Deus, O Salvador. Mas, ao contrário, os especialistas do século 21 têm a função de convencer o próximo da responsabilidade com os cuidados consigo mesmo, sob a chancela da ciência.

Cabe ainda assinalar que, na fase radical do capitalismo atual, parece não haver lugar para a profanação – restituição dos objetos a seu uso comum. Em outras palavras, estamos aqui no terreno da separação, da propriedade. A religião capitalista produz congregações de altos teores imunitários. Curiosamente, vale a pena observar como é flagrante a ferrenha competição que se dá entre igrejas e credos, sobretudo no âmbito do tele-evangelismo.

Biopolítica e epidemiopoder: breve conclusão

Rose (2007), ao discutir a noção de suscetibilidade na atual Medicina genômica, afirma que ela escapa ao modelo do normal e do patológico ao incluir um terceiro termo entre os dois: o da pré-doença, que transforma o indivíduo em um pré-paciente. Isto é, se examinada geneticamente, a pessoa apresenta sinais genômicos potenciais de risco considerável de adoecer, ocupa o lugar de não-sadio, não-doente. Da mesma forma, o discurso das predisposições cria a 'pessoa predisposta'.

Do século 19 em diante, as predisposições eram localizadas em termos de linhagem e dispostas em termos de constituição herdada. Se esta constituição é débil ou afetada, de algum modo, por um comportamento licencioso, imoral, dissoluto, pecaminoso sob o olhar cristão, pode predispor a pessoa a várias doenças, como tuberculose, escrófula, sífilis, neuropatias, epilepsia, loucura e também a vícios, como o jogo e o alcoolismo. Isso pode, inclusive, ocorrer uterinamente, pela conduta desregrada da mãe, atingindo a constituição do feto.

Essa configuração de constituição, predisposição e causa desencadeante não é nova, mas permanece, ainda que com alterações, até os dias de hoje. Maus hábitos da mãe grávida afetam o embrião, como, por exemplo, se a mãe é usuária de drogas ou mesmo tabagista. A lógica atual do controle comportamental dos riscos do 'estilo de vida' à saúde apresenta pontos de conexão com a dimensão moral ligada à etiopatogenia, por sua vez vinculada à ideia de predisposição do século 19.

O epidemiopoder teve uma função essencial nesse quadro, por meio de estudos probabilísticos, utilizando escalas de exposição a fatores de risco em relação a diversos agravos. Estes eram estudados sob aspectos de pessoa (idade, raça, peso), tempo (variações sazonais, manifestações endêmicas, epidêmicas) e lugar (aspectos climáticos, sociais, culturais, presença de vetores e transmissores).

A nova epidemiologia se vincula com a promoção de saúde e enfoca dimensões do comportamento que se relacionam com os chamados riscos do 'estilo de vida'. Temos aqui, guardadas as diferenças, algo muito próximo da perspectiva predisponente do século 19, ao ex-

plicitar os riscos resultantes de ações que escapem das rédeas moralistas aplicadas ao comer, beber, exercitar-se, etc.

Ainda segundo Rose (2007), nos últimos 150 anos, as elaborações sobre o risco têm sido cruciais à biopolítica, e, no interior dos contextos sociopolíticos liberais avançados, as interações entre a dimensão biológica individual e a saúde e bem-estar coletivos não consistem mais em questões de classificação, identificação, restrição, eliminação de indivíduos deficientes ou de promoção eugênica de traços esperados em função da aptidão geral, seja da população, seja da nação ou da raça. Essas interações consistem em questões de estratégias biopolíticas que identificam, gerenciam e prescrevem ações preventivas e curativas para indivíduos, grupos e locais com altos níveis de risco.

Para lidar com esse panorama imunitário, existem ofícios que tornam 'algo' sagrado ao se transformarem em rituais que podem demandar atos de contrição, penitência – conhecidos como sacrifícios – para mitigar o sentimento de culpa que paira diante das excessivas possibilidades de consumo e de prazer, capazes de gerar transgressões ao catecismo higioterápico.

A religião capitalista de espetáculo e consumo é excessiva e estrita. Para não ser consumido por ela, os arautos do consumo da vitalidade e da saúde tentam alimentar uma culpa putativa e pregam práticas com elementos assépticos, sob a égide das provas (evidências) das ciências da saúde como argumento definitivo, pressionando o indivíduo que não assume a racionalidade evidente do discurso da autocontenção.

Essas práticas constituem-se na possibilidade de expiação dos sentimentos de culpa, ainda que sem crime, em função das pequenas e inevitáveis contravenções cometidas no dia a dia. Pode-se até, em um limite, permitir-se momentos de irracionalidade, desde que, por princípio, controlados racionalmente – tarefa bastante difícil de gerir.

De todas as formas, é evidente a dimensão de moral e bons costumes que prevalece nesse discurso. Surge uma atitude de missão com responsabilidade que pode chegar às raias de uma postura missionária consigo mesma. Parafraseando Rose (2007), trata-se de assumir a posição de um fiel cidadão epidemiologicamente ativo, que tem a tarefa de controlar sua vida segundo atos de cálculo e escolha racionais, aberto ao aconselhamento epidemiológico que sustenta a promoção de saúde que nos chega pelo discurso dos muitos *experts* que normativizam as questões de saúde.

As decisões de saúde ocorrem no interior de um contexto de relações de poder pastoral – uma estratégia de poder dirigido a indivíduos e grupos, de modo a atingir o bem do 'rebanho' de forma interrelacional. Isso envolve a dimensão das organizações profissionais e dos comitês de ética, resultados de pesquisa biomédica e epidemiológica, condutas de empregadores e instâncias securitárias, testagens psicológicas e biotecnológicas, aconselhamento por parte de organizações civis especializadas em determinadas enfermidades, incluindo aportes de instâncias religiosas, propriamente ditas (ROSE, 2007).

Assim, deve-se estar atento a enfermidades existentes, suscetibilidades e propensões; devese buscar informações baseadas em evidências para que se cumpra com o ajuste do 'estilo de vida', a fim de minimizar a doença e otimizar a saúde; deve-se conduzir a própria vida de modo estratégico e responsável em relação aos outros, de modo a ponderar decisões sobre empregos, casamentos, reprodução à luz de elementos biomédicos e epidemiológicos. A Saúde Pública atual espera isso de cada um de nós.

As vantagens da vida saudável, sem vícios, especialmente com extroversão e sem angústias, são apregoadas por pesquisas científicas 'epidemiopoderosas', que recomendam, de forma maniqueísta, um estilo de vida ativo, relaxado e extrovertido – talvez só possível em contextos bem específicos, em termos tanto pessoais como socioeconômicos, pouco acessíveis à grande maioria das populações, especialmente em tempos de crise financeira global.

Por exemplo, um estudo de um grupo de pesquisadores do Instituto Karolinska (Wang et al., 2009) mostrou que 506 pessoas de 78 anos ou mais, na Suécia, sem demência, foram acompanhadas por seis anos e examinadas quanto à personalidade, identificando propensão à ansiedade, necessidade de estimulação para a atividade e estilo de vida no que se refere à presença de redes de suporte social e participação em atividades de lazer. Aqueles propensos a estresse são emocionalmente instáveis, negativos, facilmente nervosos e têm uma resposta de luta ou fuga quanto a problemas menores. Já os indivíduos relaxados eram calmos e satisfeitos consigo mesmos, enquanto pessoas extrovertidas eram sociáveis, ativas e otimistas.

Os pesquisadores levaram em conta diferenças entre os participantes em termos de idade, gênero, educação, sintomas depressivos, problemas vasculares, fatores genéticos vinculados ao risco de mal de Alzheimer e função cognitiva no início do estudo. Os resultados ao final da pesquisa indicaram que 144 indivíduos desenvolveram demência e mostraram que aqueles isolados ou inativos tinham 50% mais possibilidade de desenvolver demência em comparação com pessoas relaxadas e extrovertidas. Enfim, na biopolítica moderna convive-se com a pressão para a ritualização imunitária de comportamentos saudáveis da promoção da própria saúde. Estes devem ser vestidos como hábitos, eventualmente como exercícios virtuosos separados da vida sem regras – uma vida privada de caráter religioso, que pode ser coletivizada como se fosse uma atividade própria a fiéis de uma igreja.

Para isso, é necessário comportar-se o mais asceticamente possível, dentro de contabilidades complexas de prazer-risco/benefício-malefício, mediante esforços nem sempre frutíferos ('ninguém é de ferro'...), no sentido de contenções e limites ao comer, ao beber, ao sedentarismo, ao tabagismo, ao estresse, ao mau-humor, ao isolamento, enfim, a atividades (ou inatividades) consideradas malsãs.

Como em um *video game*, assim munido de 'vida', pode-se gastá-la no jogo do (sobre)viver, administrando, conforme o caso, prazer e contenção. Mas todo o tempo tendo em vista os riscos no horizonte, tratando-os como uma mescla eventualmente catastrófica – às vezes louca, às vezes racional, às vezes ambas – objetiva/subjetiva, mensuráveis/incomensuráveis, demandando controle mediante rituais moralizantes de segurança, seguindo o catecismo higioterapêutico.

Em suma, a promoção individualista da saúde possuiria aspectos religiosos, quase como uma seita no interior da religião capitalista na qual está subsumida, sob a égide de seus cânones liberal-eclesiásticos: liberdade de decidir com prudência, capacidade de atuar responsavelmente

com fortaleza, direito de escolher e consumir com temperança os objetos e deleites da vida mundana, com o propósito de não comprometer os ideais de vitalidade e longevidade. A grande meta não disfarça sua feição paradoxal: uma vida terrena a mais eterna possível.

Referências

1.	Agamben, G. Profunaciones. Barcelona: Anagrama, 2005.
2.	Homo Sacer: o poder soberano e a vida nua. Belo Horizonte: UFMG, 2004.
3.	Baudrillard, J. Simulacros e simulação. Lisboa: Relógio d'água, 1991.
4.	Bauman, Z. <i>Archipiélago de excepciones</i> . Buenos Aires: Katz Editores, 2008.
5.	Vidas desperdiciadas: la modernidad y sus parias. Buenos Aires: Paidós, 2005.
6.	La sociedad sitiada. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2004.
7.	Веск, U. <i>La sociedad del riesgo mundial</i> : en busca de la seguridad perdida. Buenos Aires: Paidós, 2008.
8.	Benjamin, W. Capitalism as religion. [Fragment 74]. In: Mendleta, E. (Ed.), The Frankfurt school on religion: key writings by the major thinkers. Traduzido por Chad Kautzer. London: Routledge, p. 259, 2004.
9.	Carey, B. <i>In battle, hunches prove to be valuable</i> . 2009. Disponível em: http://www.nytimes.com/2009/07/28/health/research/28brain. html. Acesso em: 3 fev. 2010.
10.	CHRISTAKIS, N.A.; FOWLER, J.H. The spread of obesity in a large social network over 32 Years. <i>The New England Journal of Medicine</i> . 2007, v. 357, n. 4, p. 370-379.
11.	Esposito, R. <i>Bios. Biopolítica y Filosofía.</i> Buenos Aires: Amorrortu, 2006.
12.	Immunitas: protección y negación de la vida. Buenos Aires: Amorrortu, 2005.
13.	Estanqueiro-Rocha, A.S. <i>Biopolítica</i> . Disponível em: http://www.scribd.com/doc/7392949/Biopolitica. Acesso em: 7 jan 2010.
14.	Foucault, M. Seguridad, territorio, población. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2006.
15.	O nascimento da medicina social. In: Foucault, M. <i>Microfísica do poder.</i> Tradução: Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1979, p. 99-112.
16.	História da sexualidade: a vontade de Saber, v. 1. Rio de Janeiro: Graal, 1977.
17.	FOWLER, J.H; CHRISTAKIS, N.A. Dynamic spread of happiness in a large social network: longitudinal analysis over 20 years in the Framingham Heart Study. <i>British Medical Journal</i> . v. 337, p. a2338, 2008.
18.	Gray, J. Misa Negra: la religión apocalíptica y la muerte de la utopía. Barcelona: Paidós, 2008.
19.	HELLER, A.; Fehér, F. <i>Biopolítica</i> : la modernidad y la liberación del cuerpo. Barcelona: Peninsula, 1995.
20.	Houaiss, A. <i>Dicionário Houaiss da Língua Brasileira</i> . Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.
21.	LOPEZ-PETIT, S. Politizaciones apolíticas. In: Sociedad terapéutica, La. Espai en Blanc. Materiales para la subversión de la vida,

23. Nogueira, R.P. A saúde pelo avesso: uma reinterpretação de Ivan Illich, o profeta da autonomia. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva).

Barcelona: Ediciones Bellaterra, 2007, p. 15-34.

Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.

22. Negri, A. La fabrica de porcelana: uma nueva gramática de la política. Buenos Aires: Paidós, 2008.

- 24. Rose, N. *The Politics of life itself*: Biomedicine, power and subjectivity in the twenty-first century. Princeton: Princeton University Press, 2007.
- 25. Second Exodus. Catholic definitions. s/d. Disponível em: http://www.secondexodus.com/html/catholicdefinitions/centraldefinitions. htm. Acesso em 1 fev 2010.
- 26. SEPPA, N. Easygoing, social people may get dementia less often. 2009. Disponível em: http://www.sciencenews.org/view/generic/id/40072/title/Easygoing,_social_people_may_get_dementia_less_often. Acesso em: 4 fev 2010.
- 27. SFEZ, L. A saúde perfeita: crítica de uma nova utopia. São Paulo: Unimarco; Loyola, 1996.
- 28. WANG, H.X. et al. Personality and lifestyle in relation to dementia incidence. Neurology, v. 72, n. 3, p. 253-259, 2009.

Saúde e espaço social*

Ligia Maria Vieira da Silva

Introdução

As relações entre saúde e sociedade têm sido objeto de estudos populacionais desde o século 19 (ROSEN, 1974; COLEMAN, 1982). Durante o século 20 e início do século 21, verificou-se uma expansão de investigações a esse respeito que concordam no registro da persistência e mesmo na ampliação das desigualdades na mortalidade, na morbidade e no acesso aos serviços de saúde entre grupos e classes sociais (Kitagawa; Hauser, 1973; Black et al., 1982; Paim, 1997; Marmot; Wilkinson, 1999; Vieira-da–Silva; Paim; Costa, 1999; Almeida-Filho et al., 2003; Barros et al., 2010). Embora exista um grande consenso a esse respeito, alguns autores consideram essa questão ainda controversa. Wilkinson, revendo 168 pesquisas sobre o tema, classificou 87 como fornecedoras de subsídios completos sobre a associação entre desigualdade na renda e saúde (wholy supportive), 44 como fornecedoras de subsídios parciais (partially supportive) e 37 como estudos que não fornecem subsídios (unssuportive). Considera-se que os estudos realizados em pequenas áreas têm menor chance de detectar as diferenças entre as classes sociais. Além disso, o controle para algumas variáveis consideradas como confundidoras, mas que na realidade podem ser mediadoras da associação, pode explicar parte dos resultados negativos encontrados por alguns autores (Wilkinson; Pickett, 2006). Já Macinko e Starfield, revendo 50 estudos também sobre a associação entre desigualdade na renda e saúde, encontraram 12 nos quais não foi verificada tal

^{*} As ideias contidas neste ensaio foram inicialmente desenvolvidas no artigo Vieira-da-Silva, L.M. e Dussault, G. Santé, espace social et pratiques. Rupturesv. 6, n. 2, p.192-208, 1999.

associação. Entre as inconsistências encontradas, esses autores apontam a existência de variados modelos teóricos sobre os determinantes sociais da saúde; há também a fraca relação entre a teoria e o modelo usado para testar a hipótese, bem como o fato de que poucos estudos incluem os serviços de saúde nos seus modelos e as medidas são diferentes (MACINKO *et al.*, 2003).

Mesmo para aqueles autores que consideram o volume de evidências suficiente para apoiar a existência de relações entre a posição no espaço social e a saúde, existem ainda algumas questões não respondidas: 'qual é o sentido e o significado dessas relações?'; 'quais os processos que medeiam as mesmas?'; 'qual o grau de autonomia relativa de cada componente da equação?'; 'por que essas diferenças existem mesmo em países industrializados, com melhor distribuição de riqueza e sistemas de saúde universais ou de ampla cobertura, como é o caso do Reino Unido e Canadá, apenas para citar dois exemplos paradigmáticos?'.

Respostas a essas perguntas têm sido dadas, apoiadas em variados enfoques teóricos, tanto em decorrência da existência de diversas teorias sobre o 'social' como devido à ocupação, pelos autores dessas análises, de posições diferentes no campo científico e nas disciplinas que tomam por objeto de investigação as relações entre a saúde, o adoecimento e a sociedade, dentro e fora do espaço da saúde coletiva e da saúde pública institucionalizada: epidemiologia, epidemiologia social, Sociologia médica, Antropologia médica. A insuficiência dessas respostas e as lacunas existentes relacionam-se à existência de diversas dificuldades: em primeiro lugar, a multiplicidade das disciplinas envolvidas e a dificuldade de um único pesquisador dar conta dos desenvolvimentos de todos os campos envolvidos, fazendo a síntese necessária para formular as questões relevantes e desenhar investigações pertinentes capazes de fornecer a constatação empírica necessária; por outro lado, tem-se a necessidade de ruptura com as pré-noções em relação à saúde e à doença. Embora existam reflexões filosóficas a este respeito¹, essas têm sido insuficientemente incorporadas aos estudos sobre a 'determinação social da saúde'.

Diversas iniciativas voltadas para superar essas barreiras têm sido desenvolvidas com a publicação de coletâneas envolvendo pesquisadores de diversas disciplinas (Evans, Barrer e Marmor, 1994; Amick III *et al.*, 1995; Barata, 1997; Marmot; Wilkinson, 1999; Berkman; Kawachi, 2000). As abordagens existentes oscilam entre a explicação externa – as estruturas sociais 'determinam' as condições de vida e trabalho das diversas classes sociais, cujo acesso diferenciado a recursos relacionados à nutrição e aos serviços de saúde explicariam os diferenciais na morbidade e mortalidade (Laurell, 1983; Breilh, 1991; Paim, 1997) – e a explicação interna – as interações entre os indivíduos e as redes de relações produziriam uma coesão social protetora. Como toda classificação corre o risco de simplificação, e ela própria é orientada por um ponto de vista teórico e social, cabe assinalar a existência de diversas combinações dessas abordagens dependentes das tradições disciplinares. As abordagens antropológicas podem ou não combinar a perspectiva externa com a interna. A cultura, compreendida como "um padrão de costumes, crenças, valores

¹ Sobre os problemas relacionados com a definição da saúde como objeto científico, ver análise feita por Аlмеіра-Filho em artigo elaborado visando propor uma teoria geral da saúde, debatida por diversos pesquisadores da área da Saúde Coletiva e Antropologia médica (Almeida-Filho, 2001). Sobre a saúde como conceito filosófico, ver conferência proferida por G. Canguilhem em Estrasburgo, em 1988 (Canguilhem, 2005) e Capítulo 6, elaborado por Nogueira para o presente livro.

e comportamentos compartilhados, transmitidos, e apreendidos através das gerações..." (Corin, 1995, p. 273) pode, por vezes, ser compreendida como algo externo que influencia os comportamentos dos sujeitos. A ideia de rede social pode ser vista como uma característica coletiva, e portanto externa ao indivíduo, ou como um conjunto de relações interpessoais que podem ser aferidos ao nível do indivíduo (Berkman; Glass, 2000). As noções de capital social e de coesão social, apoiadas em Durkheim, Coleman e Putnam, têm sido interpretadas principalmente como atributos sociais e ecológicos, externos aos indivíduos (Kawachi e Berkman, 2000).

Além disso, existem diversos estudos epidemiológicos que procuram operacionalizar as várias categorias sociais como fatores de risco individual. Ainda que se reconheça a insuficiência da abordagem do social como 'fator de risco', a solução não é buscada em uma teoria do social, e sim na combinação de modelos teóricos referentes aos diversos planos de análise em que o coletivo ou a estrutura social são considerados como uma dimensão cujos nexos com o nível individual são buscados pelas análises estatísticas do tipo multinível (MARMOT, BOBAK, DAVEY-SMITH, 2000), ou por meio da combinação de diversos estudos empíricos que mobilizam implicitamente teorias distintas do social, traduzidas nas formas de classificação adotadas (renda, classe social, ocupação, capital social, redes, suporte social). Embora essas abordagens tenham auxiliado na compreensão de algumas dimensões desse fenômeno, elas não conseguem explicar satisfatoriamente as relações entre as práticas sociais e o processo de produção da saúde e da doença. Frequentemente, o esforço de explicação teórica está dissociado da base empírica das evidências. A busca de um modelo unificado, como aquele que consta no relatório final da Comissão da Organização Mundial de Saúde (OMS), tem sido criticado como reducionista e sem poder explicativo (NOGUEIRA, 2009; TAMBELLINI e SCHÜTZ, 2009).

Apoiando-se em uma crítica à insuficiência de diversos trabalhos revisados sobre a determinação social das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis, Almeida-Filho propôs, em 2004, um enfoque teórico denominado 'teoria do modo de vida e saúde', que procura integrar as dimensões simbólica e do cotidiano àquelas relacionadas com a produção, reprodução e distribuição de bens materiais (Almeida-Filho, 2004). Foge ao escopo do presente ensaio uma necessária crítica sistemática à insuficiência dessas abordagens, as quais estão apenas indicadas.

Pretende-se, aqui, reunir alguns elementos de uma teoria das práticas sociais, que integra as perspectivas externa e interna, e de uma concepção sobre a saúde e o normal, que fornece pistas para a articulação entre os fenômenos sociais e a saúde. Essas duas abordagens, que podem aportar contribuições relevantes ao debate e auxiliar na compreensão do fenômeno, têm sido pouco exploradas ou incorporadas de forma insuficiente: a teoria das práticas de Bourdieu e as análises filosóficas de Canguilhem sobre a saúde, a doença, o normal e o patológico².

A Sociologia reflexiva de Bourdieu tem sido usada na análise do campo médico na França (Pinell, 2009), na análise sócio-histórica de políticas de saúde (Pinell, 1992; Pinell *et al.*, 2002) ou em temas correlatos, como o envelhecimento e os acidentes de trabalho (Lenoir, 1979; Lenoir,

² As ideias de Canguilhem sobre o normal e o patológico subsidiaram trabalhos que podem ser considerados como fundadores do campo da Saúde Coletiva brasileira na década de 1970, tendo sido posteriormente esquecidas ou retomadas a partir de ângulos distintos daquele aqui utilizado.

1980). A incorporação de alguns dos seus conceitos aos estudos em saúde pública é relativamente recente (Vieira-da-Silva; Dussault, 1999; Gatrell; Popay; Thomas; 2004; Carpiano, 2007; Chaves; Vieira-da-Silva, 2008; Stephens, 2008), tendo ocorrido frequentemente dissociada da sua teoria das práticas e da suas proposições epistemológicas e metodológicas. Particularmente, o conceito de capital social em Bourdieu, objeto de discussão detalhada mais adiante, foi incorporado de forma reducionista e limitada (Fassin, 2003; Moore *et al.*, 2005).

Outros autores têm apontado lacunas dessa natureza, mesmo que as alternativas para a solução dos problemas identificados sejam ainda insuficientes. Stephens (2008) discute os problemas relacionados à denominada abordagem comunitária, segundo a qual o capital social é visto como uma propriedade individual ou coletiva de comunidades delimitadas por critérios geográficos, como bairros ou vizinhanças (neighboorhoods). Considerando-se que o significado do conceito, conforme formulado por Bourdieu, está na exploração das suas conexões sociais mais amplas, o autor realizou um estudo etnográfico em três localidades diferentes na Nova Zelândia, incluindo as áreas rural e urbana, 'carentes' e 'nãocarentes', tendo sido entrevistadas 46 pessoas de etnias distintas. Analisando o discurso dos entrevistados. Stephens encontrou que o bairro não foi a fonte mais importante das conexões sociais relatadas. Suas conclusões, contudo, apoiam-se apenas no resultado da realização de entrevistas semiestruturadas, sem outras estratégias de objetivação, nem na análise de campos e/ou subespaços sociais em situações historicamente datadas. Não há uma busca de operacionalização do conceito de habitus, nem de análise das demais espécies de capital de cada entrevistado e nem das conexões entre eles. Já Gatrell, também inspirado em Bourdieu, procura, com diferentes abordagens, objetivar as relações entre morbidade referida e capital social (GATRELL; POPAY; THOMAS, 2004). Este autor, estudando duas áreas urbanas de Londres, e em cada uma delas dois setores, um em 'desvantagem' e outro 'afluente', combinou a análise de regressão logística com a análise múltipla de correspondências. Construiu um espaço social em duas dimensões: a primeira definida pelo volume global do capital e a segunda por um capital social definido como 'estabilidade social' (propriedade da casa, vontade de se engajar com os vizinhos e de permanecer no local, e faixa etária superior a 65 anos). Encontrou uma associação entre a posição no espaço social e a morbidade psicológica referida. Esse estudo, embora tenha por mérito sistematizar importantes aspectos da teoria de Bourdieu sobre as praticas sociais, também apresenta diversas limitações no seu pólo empírico. Não há uma justificativa por não ter usado as três dimensões analisadas por Bourdieu na 'Distinção' (capital econômico, capital cultural e trajetória social), tendo em vista seu estudo ter se apoiado em dados primários oriundos de um inquérito populacional. Além disso, as variáveis usadas para operacionalizar o conceito de capital social são insuficientes. O referido autor, não justifica a sua opção de apoiar-se na estatística como estratégia metodológica definidora da existência de associação. Bourdieu, na 'Distinção', após mostrar a homologia entre o espaço social e o espaço dos estilos de vida, apoiado na análise de correspondências, discute a contribuição

dessa técnica estatística, por ele considerada como relacional, e aponta os seus limites e dos testes de significância para definir a validade das relações encontradas³.

A adoção do referencial bourdieusiano requer a construção do objeto de investigação, a formulação de questões orientadoras de um programa de investigações e a sua verificação empírica (Bourdieu; Chamboredon; Passeron, 1999). O presente ensaio, pelo seu escopo, não pretende nem poderia esgotar esse percurso. Corresponde apenas a notas preliminares e provisórias que podem auxiliar na construção do objeto e na formulação de hipóteses.

Inicialmente, os conceitos de saúde e de normatividade de Canguilhem (1966, 2005) foram revisitados, visando clarificar as possibilidades de conexão destes com a teoria das práticas de Bourdieu. Em seguida, foi desenvolvida uma argumentação, procurando indicar as relações entre a posição ocupada pelos agentes no espaço social, seus *habitus*, suas práticas e sua saúde. Por fim, foram sugeridas algumas possibilidades para um programa de investigação multidisciplinar que procure constatar empiricamente a argumentação teórica apresentada.

Saúde como dado e produto

Uma questão preliminar que se coloca é a possibilidade de se formular a questão genérica da determinação social da saúde e da doença. Investigar as relações entre o espaço social e o espaço da saúde e da doença, se podemos concebê-lo assim, numa aproximação preliminar, corresponde a considerar o objeto saúde/doença como um objeto ou objetos claramente definidos. Essa formulação já se converteu em um senso comum douto, que é tomado como evidente em si. A análise da gênese social do(s) conceito(s) pode auxiliar na compreensão do seu significado⁴. Estudos sócio-históricos sistemáticos a esse respeito que reconstruam o espaço das posições, tanto no campo médico como no espaço da saúde coletiva, podem auxiliar a compreender essas tomadas de posição ao mesmo tempo científicas, éticas e políticas.

A indagação sobre a existência ou não de um denominador comum entre as diversas doenças conhecidas que possibilite classificá-las como um único fenômeno não foi formulada pela Medicina contemporânea, que se desenvolveu sem explicitar um conceito de doença ou de patologia, tendo em vista que as necessidades da prática clínica eram atendidas com a conceituação de cada doença em sua especificidade (AROUCA, 2003). Se o adoecimento correspondesse a

[&]quot;... Nada foi explicado nem compreendido ao ser estabelecida a existência de uma forte correlação entre uma variável chamada independente e uma variável chamada dependente: enquanto não tiver sido determinado o que designa no caso particular, ou seja, em cada relação particular, cada um dos termos da relação (por exemplo, o nível de instrução e o conhecimento dos compositores) a relação estatística, por maior que seja a precisão com a qual ela possa ter sido determinada, do ponto de vista numérico, permanece um puro dado, desprovido de sentido. E a parcial compreensão 'intuitiva' com a qual, muitas vezes, nos contentamos em semelhante caso, deslocando o esforço no sentido da depuração da medida da 'intensidade' da relação, conjuga-se com a *ilusão da constância* das variáveis ou dos fatores resultantes da identidade nominal dos indicadores ou dos termos que os designam para interditar o questionamento dos termos associados, 'indicadores' de não se sabe bem o quê, sobre o sentido que assumem na relação considerada e que eles recebem desta mesma relação. Em cada caso, os dois termos da relação devem ser questionados: e a variável independente – profissão, sexo, idade, profissão do pai moradia, etc. – através da qual podem exprimir-se efeitos muito diferentes, e a variável dependente através da qual podem anunciar-se disposições que, por sua vez, variam bastante fortemente segundo as classes separadas pelas variáveis independentes. Assim, para interpretar adequadamente as diferenças constatadas, entre as classes ou no interior da mesma classe, na relação com as diferentes artes legítimas – pintura, música, teatro, literatura, etc. – seria necessário proceder a uma análise completa dos usos sociais, legítimos ou ilegítimos, aos quais se presta cada uma das artes, obras, instituições, ou cada um dos gêneros considerados." (Bouroieu, 2006 [1979] , p. 23).

⁴ Nessa direção, Nogueira analisou a relação entre a concepção reducionista, presente no relatório da OMS sobre os Determinantes Sociais da Saúde, com o contexto de sua formulação, caracterizado por políticas econômicas e sociais pós-neoliberais e da formação de blocos transnacionais (Nogueira, 2009).

um fenômeno único ou, no limite, a respostas únicas a agressões diferentes, a solução estaria na investigação imunológica e genética – uma 'epidemiologia social molecular'. Se o que existe são múltiplas condições mórbidas – diagnosticadas pela correlação anátomo-clínico-laboratorial, pressuposto da moderna Medicina – e cada doença tem suas especificidades, a investigação teria que se desdobrar para identificar as relações entre o social e a doença em cada patologia específica e, posteriormente, retornar buscando possíveis generalizações. A pesquisa epidemiológica em desigualdades tem oscilado entre as duas hipóteses de forma implícita, revelando que deve haver algo em comum, vinculado ao social, na gênese do adoecimento e da mortalidade, conceituadas e medidas de forma genérica (taxas de mortalidade, esperança de vida ao nascer e morbidade referida) ou de forma particular, em relação a patologias específicas ou grupos de patologias (doenças cardiovasculares, doenças mentais etc). Berkman e Kawachi (2000), usando o conceito saúde como intercambiável com o de doença, morte ou morbidade, consideram que as seguintes contribuições constituem-se em progressos do conhecimento que convergiram para o desenvolvimento do campo da Epidemiologia social: os trabalhos sobre estresse e respostas fisiológicas ao estresse, a atenuação das fronteiras entre as doenças psicossomáticas e outras doenças físicas e, por fim, a ideia proposta por Geoffrey Rose, segundo a qual a distribuição do risco em uma população segue um continuum e a saúde dos indivíduos é um problema distinto da saúde das populações.

O outro termo da equação – a saúde – tem sido explorado mais como objeto de reflexão filosófica (Canguilhem, 2005) do que como objeto de investigação científica, apesar das iniciativas a esse respeito (Evans, Barrer, Marmor, 1994). Canguilhem se indagava se a saúde seria uma questão filosófica ou questão vulgar, em uma conferência proferida em Estrasburgo, em 1988. Naquela ocasião, analisando o conceito saúde no pensamento de diversos filósofos e médicos, concluiu que a saúde é a verdade do corpo, é a qualidade dos poderes que constituem o corpo vivente. Corpo este que é, ao mesmo tempo, um dado e um produto. Um dado pela sua natureza biológica e genética e um produto do seu modo de vida escolhido ou imposto:

"A saúde, como estado do corpo dado, é a prova de que ele não é congenitamente alterado, pelo fato de que esse corpo vivo é possível, já que ele é."

E mais adiante:

A saúde como expressão do corpo produzido, é uma garantia vivida em duplo sentido: garantia contra o risco e a audácia para corrê-lo. É o sentimento de uma capacidade de ultrapassar capacidades iniciais, capacidade de fazer com que o corpo faça o que ele não parecia prometer inicialmente. (CANGUILHEM, 2005, p. 43).

Porém, a definição da saúde como uma percepção dos sujeitos que a relacionam com o prazer e com a dor introduz, segundo Canguilhem, "....sub-repticiamente o conceito de corpo subjetivo na definição de um estado que o discurso médico acredita poder descrever na

terceira pessoa." (2005, p. 43). Essa análise apoia-se e desenvolve suas primeiras ideias sobre o normal e o patológico, apresentadas anteriormente, em sua tese de doutorado em Medicina (Canguilhem, 1966). Naquele estudo, o autor desenvolveu uma argumentação consistente, segundo a qual as referências aos processos orgânicos e psicopatológicos não são suficientes para definir a saúde e o normal. A partir de uma análise crítica das teorias existentes, Canguilhem propôs uma concepção do normal e do patológico, fundada sobre a capacidade do indivíduo de ser normativo diante da vida⁵, ou seja, sobre a capacidade do ser humano de distanciar-se da norma habitual e de criar novas regras em função das condições em que ele se encontre (Canguilhem, 1966, p. 130).

Dessa forma, para compreender e definir a saúde, é necessário buscar as relações entre a percepção da saúde e os estados orgânicos correspondentes, normais ou patológicos. A "capacidade de fazer com que o corpo faça o que ele não parecia prometer" (CANGUILHEM, 2005, p. 43) depende tanto do corpo dado e do seu potencial genético, quanto das diversas posições ocupadas pelo agente no espaço social e nas relações por ele estabelecidas com outros agentes que vão definir as margens de manobra possíveis frente às agressões do ambiente – sua normatividade, em cada momento de sua trajetória social. Por essa razão, é necessário compreender o que são e como são produzidas as normas sociais e as relações que influem na normatividade dos indivíduos.

Espaço social, habitus e saúde

A teoria de Bourdieu sobre o espaço social foi desenvolvida com base em diversos estudos empíricos sobre campos diferenciados das práticas sociais e, particularmente, no seu estudo sobre o gosto, no qual a homologia entre o espaço social e o espaço dos estilos de vida foi analisada e evidenciada por meio da articulação de diversas técnicas de investigação: análise de correspondências, entrevistas em profundidade, além de uma multiplicidade de fontes secundárias e bibliográficas (BOURDIEU, 2006 [1979]).

Formular a hipótese da homologia entre o espaço social no sentido bourdieusiano e o espaço da saúde e da doença é possível, numa primeira aproximação, em decorrência de duas mediações: o conceito de normatividade de Canguilhem e o grande volume de evidências empíricas sobre as relações entre 'estilo de vida' e adoecimento (EMMONS, 2000).

Contudo, ficar apenas nessa constatação objetivante – necessária para romper com as prénoções do senso comum da saúde pública institucionalizada, que concebe a população como um todo indiferenciado – é insuficiente para a compreensão do processo de produção dos diferenciais⁵ sociais da saúde e da doença e da organização do sistema de cuidados. A teoria das práticas considera

⁵ Inicialmente, farei referência aos diferenciais sociais da doença, tendo em vista as variadas implicações dos conceitos desigualdades e iniquidades, analisadas de forma sistemática em outro trabalho – Vieira-da-Silva, L. M. e Almeida-Filho, N. D. Eqüidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 25, p. s217-s226, 2009.

...contra o materialismo positivista, que os objetos do conhecimento são construídos e não registrados passivamente e contra o idealismo intelectualista que o princípio dessa construção é o sistema de disposições estruturadas e estruturantes que se constitui na prática e que é sempre orientado para funções práticas. (Bourdieu, 1980b, p. 87, tradução nossa).

Cabe lembrar, seguindo este autor, dos riscos de uma apreensão objetivista do espaço social, em que os fatos sociais são tratados como coisas e, como consequência, podem ser reificados. Os limites entre as classes e frações de classe não são nem definitivos nem estáticos. Por outro lado, cada posição exprime um quadro das lutas, "um estado da relação de força entre as classes" (Bourdieu, 2006 [1979], p. 230). Esta construção aparentemente estruturalista do espaço social é uma abstração necessária para "...escapar da ilusão subjetivista que reduz o espaço ao espaço conjuntural das interações, quer dizer, à uma sucessão descontinua de situações abstratas" (Bourdieu, 2006 [1979], p. 229). Para ultrapassar as limitações do objetivismo, que implica o conceito de espaço social, Bourdieu tentou analisar os fenômenos sociais em suas relações e em suas funções em seus próprios termos e estudou o modus operandi para compreender o opus operatum, ou seja, buscou apreender os processos para entender os produtos.

Os agentes das práticas sociais, ao longo de sua trajetória, relacionam-se entre si em diversos setores do(s) espaço(s) social(is), microcosmos denominados por Bourdieu de 'campos', cuja autonomia relativa é dada pelas lógicas específicas, *habitus* em comum e *illusio*, investimento. Os campos são também campos de luta pela conservação ou mudança dos princípios de dominação.

As práticas sociais, das quais o trabalho é apenas um caso particular, resultam da interação entre um *habitus* e uma situação. O *habitus* corresponde a esquemas de percepção estruturados, à interiorização de estruturas sociais, sendo produzido pela história coletiva do grupo e transformado pela trajetória individual, familiar, social e profissional⁶. Por outro lado, o *habitus* corresponde também a disposições estruturantes, ou seja, disposições que orientam as escolhas práticas e que estruturam a realidade social. Por essa razão, ele é ao mesmo tempo estruturado e estruturante. O princípio da ação para Bourdieu reside, pois, no encontro de duas histórias e em sua cumplicidade: a "história encarnada nos corpos sob a forma de *habitus*" e a "história objetivada nas coisas sob a forma de estruturas" (BOURDIEU, 2001, p. 184). Porém, o autor adverte que as práticas não podem ser deduzidas nem da história passada que produziu o *habitus* nem das condições presentes e sim através da análise das relações entre as condições de sua produção e as condições de sua utilização (BOURDIEU, 1980b).

⁶ O uso da posição ocupada pelo pai como forma de explorar o *habitus*, as disposições de origem, é assim justificada por Bourdieu: "A correlação entre uma prática e a origem social – avaliada pela posição do pai, (...) é a resultante de dois efeitos (não forçosamente no mesmo sentido): por um lado, o efeito de inculcação diretamente exercido pela família ou pelas condições originais de existência, e por outro, o efeito da trajetória social propriamente dita." (Βουροιευ, 2006 [1979], p. 105)

Além disso, o próprio Bourdieu fala explicitamente da incorporação do social nos corpos biológicos por meio do *habitus*:

Pelo fato de que o social também se institui nos indivíduos biológicos, existe muito de coletivo em cada indivíduo socializado, entendendo-se por isso propriedades válidas para uma classe inteira de agentes que a estatística permite trazer à luz do dia. O habitus entendido como indivíduo ou corpo biológico socializado, ou como social biologicamente individuado pela encarnação num corpo, é coletivo ou trans-individual – pode-se então construir classes de habitus, estatisticamente caracterizáveis. É nessa qualidade que o habitus está em condições de intervir eficazmente num mundo social ou num campo ao qual esteja genericamente ajustado. (Bourdieu, 2001, p. 191).

Se pensarmos nos corpos biológicos como organismos viventes, verificaremos que estes têm uma autonomia relativa frente às agressões externas e desequilíbrios internos dada pelos processos de homeostase. As diferenças nas reações entre corpos biológicos de agentes posicionados em pontos diversos do espaço social dependem de dois tipos de potenciais diversos: por um lado, o potencial genético, cuja expressão fenomênica depende das interações sociais (BAIRD, 1994), e por outro, o potencial social, as disposições traduzidas por um habitus, que irão orientar as tomadas de posição referentes ao estilo de vida: as escolhas alimentares, o tipo de lazer, a incorporação ou não da atividade física como rotina, o que tem relação com a produção e desfecho de várias enfermidades. O potencial social é um produto da posição ocupada no espaço social pelos agentes das práticas e das implicações daí decorrentes. Essa posição está relacionada com o volume global de capital apropriado, bem como com a sua composição (capital econômico, cultural, político, social e simbólico) e com a sua trajetória social (Bourdieu, 2006 [1979]). Ou seja, a sua percepção sobre seu estado de saúde e a "capacidade de fazer com que o corpo faça o que ele não parecia prometer" (Canguilhem, 2005, p. 43) são sobremodo influenciadas pelo conjunto de recursos materiais e simbólicos de que os agentes se apropriam nas lutas específicas nos diversos campos do espaço social e que potencializam ou não sua bagagem genética.

A maior parte dos estudos empíricos sobre as desigualdades em saúde utilizam estratificações de grupos sociais que refletem diferenças em seus níveis de volume global de capital. É o caso dos estudos ingleses, que utilizam uma categoria baseada na ocupação, considerada como reflexo da posição econômica e social. Assim, a observação da distância entre a taxa de mortalidade dos homens da classe social V (trabalhadores não-especializados), mais elevada que a da classe social I (profissionais) (FOX; BENZEVAL, 1995), pode ser interpretada como sendo devido às diferenças no volume global do capital que determina as condições distintas de vida (um universo de possibilidades). O capital econômico, habitualmente medido pela renda, define as possibilidades de acesso à alimentação e à habitação, duas variáveis ligadas à capacidade de se fazer face ao risco de doenças e acidentes. O capital cultural, medido de

forma aproximada pelo nível de escolaridade⁷, estaria ligado, numa primeira aproximação, aos conhecimentos e representações da doença, dos riscos, dos meios de prevenção, dos serviços disponíveis, da maneira apropriada de utilizá-los e assim por diante (VIEIRA-DA-SILVA; DUSSAULT, 1999). Estabelecer esse tipo de associação não é, contudo, suficiente para explicar a dinâmica social através da qual as posições ocupadas comandam as disposições e as práticas que têm sido relacionadas com o adoecimento.

Em outras palavras, a posição ocupada por determinado agente em um campo do espaço social, relacionada com as posições dos demais agentes com os quais está em concorrência pelos bens materiais e simbólicos, em disputa no referido campo, define não apenas suas condições gerais de existência que permitem o acesso à boa alimentação, moradia e serviços de saúde, mas também pode ou não corresponder ao acúmulo de poder simbólico, capital específico de reconhecimento, e resultado da transmutação das diversas espécies de capital (BOURDIEU, 1989). Esse tipo específico de capital, fundamental para definir o ajuste dos agentes à posição ocupada no espaço social, pode influir, sobretudo, na normatividade do indivíduo diante das agressões à sua saúde. Esse é um tipo de capital que depende das relações estabelecidas ao interior dos diversos campos que podem ser de dominação, de subordinação ou de homologia, competitivas e geradoras de *stress* ou colaborativas e geradoras de proteção específica.

A normatividade dos indivíduos diante da vida depende, primeiramente, das características do subespaço social a que ele pertence, bem como das relações que esse microcosmo estabelece com o campo do poder e com outros campos sociais em um determinado momento da história. Esse é o universo dos possíveis (do possível, do impossível e do provável), dos limites que a estrutura social lhe impõe. A posição que o indivíduo ocupa nesse subespaço, os limites específicos do campo ao qual ele pertence, as relações que ele estabelece com outras posições estarão relacionadas com a sua capacidade e sua maneira de ser normativo.

O ajuste que se opera, principalmente nas classes populares, e que faz com que os agentes gostem do que podem ter, no dizer de Bourdieu (2006 [1979]), transformando 'necessidades em virtudes', explica a satisfação com a posição ocupada no espaço social. Esse *habitus* de necessidade, que orienta as escolhas em termos alimentares e de lazer é um *habitus* de classe que está incorporado de forma inconsciente e duradoura desde a infância, persistindo em alguns casos, mesmo em situações de ascensão social⁸. A situação em falso, o desconforto com a posição ocupada tanto pode ser móvel para mudanças, como pode ser vivido como angústia e *stress*, portanto gerador de doença.

Em síntese, o indivíduo que acumula poder econômico, cultural, social e, sobretudo, poder simbólico está possivelmente em melhores condições de enfrentar os desafios da vida e se

⁷ Cabe aqui lembrar que Bourdieu utilizou na "Distinção" o grau de escolaridade como variável aproximadora do capital cultural, tendo em vista o efeito por ele denominado de "noblesse oblige", ou seja, o título impunha a seu detentor a obrigação de aprender e fazer coisas não ensinadas na escola, principalmente no que diz respeito à apropriação e consumo de bens culturais como ida a museus, conhecimento sobre obras de arte, música e cinema. Bourdieu, P. A Distinção: crítica social do julgamento. Porto Alegre: Zouk; São Paulo:Edusp, 2006. Edição original: *La Distinction*: critique sociale du jugement. Paris: Minuit, 1979.

⁸ Esse é o caso dos esportistas de sucesso, oriundos das classes populares que, quando se tornam milionários, continuam considerando a 'feijoada completa e gorda' como prato preferido.

sentir com 'saúde', ser normativo, mesmo se ele sofre de uma doença qualquer. Por outro lado, a relação entre a posição ocupada, sua trajetória (condições de gênese do *habitus*) e o estado de lutas do campo ao qual está inserido (condições de funcionamento do *habitus*) definem as suas disposições, que orientarão as tomadas de posição – suas práticas, seu gosto em matéria alimentar, moradia, cultura, enfim, seu estilo de vida. Possibilidade essa delimitada pelo seu potencial genético e biológico. Dessa forma, as condições de possibilidade de produção da saúde e da doença são dadas pelo potencial genético, de um lado, e, de outro, pelo potencial social definido pelo *habitus* e pela posição no espaço social, produto das lutas e dos capitais acumulados nas lutas dos diversos campos.

Além disso, tem-se um outro componente representado pela Medicina e pela saúde pública institucionalizada que pode ou não influenciar o estado de saúde de uma população, por meio de ações de promoção à saúde, prevenção, proteção contra riscos e tratamento de danos. Existem evidências de que as políticas públicas podem desempenhar um papel importante na redução das desigualdades sociais, na medida em que oferecem acesso a bens e serviços que compensam, parcialmente, as desigualdades oriundas da divisão social do trabalho e das formas assimétricas de apropriação da riqueza. No caso específico das políticas de saúde, isso é verdade, porém a sua implantação e efetividade também é mediada pelo encontro entre os *habitus* dos profissionais e os *habitus* dos usuários dos serviços. Por fim, tem-se que o espaço geográfico também contribui para explicar as diferenças de estilo de vida entre as diferentes frações de classe. Em certos casos, a distância geográfica pode influenciar as diferenças de consumo. Por exemplo, aqueles que moram na periferia podem frequentar menos um centro de saúde ou ir menos vezes ao teatro por razões culturais, mas também por causa das distâncias que os separam. De fato, as diferenças geográficas entre o centro e a periferia correspondem também a diferenças sociais (BOURDIEU, 2006 [1979]).

O capital social e a saúde

Cabem aqui algumas considerações sobre o conceito de capital social de Bourdieu. Para este autor, o capital social seria o "conjunto de recursos atuais ou potenciais que estão ligados à possessão de uma rede durável de relações mais ou menos institucionalizadas de inter-conhecimento e de inter-reconhecimento; ou, em outros termos, ao pertencimento a um grupo." (Bourdieu, 1980a, p. 2, tradução nossa). Ao contrário do que fazem outros autores que atribuem uma função quase autônoma ao capital social, Bourdieu, a despeito de analisar a sua especificidade, discute essa espécie de capital no interior de sua teoria das práticas e em suas relações com as demais espécies de capital. Assim, o volume global de capital é responsável pelas "diferenças primárias – aquelas que estabelecem a distinção entre as grandes classes de condições de existência" (Bourdieu, 2006 [1979], p. 107). Já a composição e a distribuição das diversas espécies de capital (econômico, cultural, social, político e simbólico) definem "...a posição nas relações de força constitutivas do campo do poder (...), são, ao mesmo tempo, instrumentos de poder e pretextos de luta pelo poder" (Bourdieu, 2006 [1979], p. 296). Esse autor considera que o capital social não é nem um dado natural nem social, mas decorre dos diversos investimentos que os agentes fazem

para preservar relações, estáveis e duráveis (Bourdeu, 1980a). Ou seja, considera que a rede de relações sociais é um produto de estratégias conscientes ou inconscientes que transformam relações sociais contingentes como a vizinhança, o trabalho, ou mesmo o parentesco, em relações ao mesmo tempo necessárias e eletivas, graças à "alquimia das trocas" (Bourdeu, 1980a, p. 2, tradução nossa) de palavras e de dádivas, entre outras. Contudo, o mesmo princípio que orienta a troca de dádivas, e que produz e mantém o capital social, orienta também as trocas de honra que regulam conflitos e disputas⁹.

O capital é poder, uma forma de energia que existe sobre diversas formas reconversíveis umas nas outras. Contudo, a existência do capital simbólico, sem invalidar essa analogia entre capital e energia, mostra que a Ciência Social não é uma Física social e que "... os atos de conhecimento que implicam no desconhecimento ou no reconhecimento fazem parte da realidade social e que a subjetividade socialmente constituída que os produz pertence a objetividade" (Bourdieu, 1980b, p. 210, tradução nossa).

Além disso, o capital social pode ter significados diferentes para as diversas classes sociais. Se, para as classes dominantes, o capital social pode fazer parte das lutas sobre os princípios de dominação (notoriedade do nome, extensão e qualidade da rede de relações) (Bourdieu, 2006 [1979]), para as classes populares ter uma família numerosa, vizinhos e amigos pode corresponder a uma proteção e ajuda contra a solidão e a miséria. Já para a pequena burguesia, trata-se de um entrave que deve ser derrubado¹º. O capital social está intimamente relacionado com o capital simbólico. Ter um nome de família reconhecido, ao interior das classes dominantes, assegura por si só um universo de possíveis contatos sociais e uma rede de relações que facilmente se estabelece. No que diz respeito aos médicos, por exemplo, ter um nome e sobrenome reconhecidos pode, por si só, não apenas assegurar uma clientela, mas também aumentar as chances de estabelecer de antemão uma relação de confiança com o paciente. Por outro lado, nas classes populares, o capital social é o produto de um intenso investimento na manutenção da rede de relações.

Dessa forma, seu conceito de capital social, afasta-se radicalmente dos conceitos de Putnam (1995) e, secundariamente, dos conceitos de Coleman, presentes nos estudos sobre determinantes sociais da saúde. Moore *et al.* (2005) elaborou uma análise da rede de citações envolvendo 65 estudos da área de saúde pública que tratavam centralmente das relações entre o capital social e as doenças. O trabalho sociológico mais frequentemente citado foi o de Putnam, sendo que 36 estudos o citavam de forma substancial, ou seja, de maneira integral àquela feita pelo autor e com comentários adicionais. Já Coleman foi citado substancialmente apenas 11 vezes e Bourdieu, 8. Dentre os artigos que compunham a rede, aquele que obteve o maior *score* de centralidade, em

⁹ Aqui cabe lembrar a contribuição de Bourdieu à explicação de Mauss sobre as trocas das dádivas nas suas próprias palavras. Segundo Bourdieu, Mauss descreveu a troca de dádivas como sequência descontínua de atos generosos; Levi Strauss revelou a estrutura de reciprocidade envolvida nas trocas e Bourdieu mostrou a importância do tempo entre a dádiva e a retribuição. Para esse autor, as trocas de dádivas, de palavras e de honra fazem parte das relações sociais e familiares. Bourbieu, P. Razões Práticas: sobre a teoria da ação. Tradução: Mariza Corrêa. Campinas:Papirus, 1997, p. 159).

^{10 &}quot;Na ordem da sociabilidade e das satisfações correlatas é que o pequeno-burguês realiza os sacrificios mais importantes, para não dizer, mais manifestos. Com a garantia de que deva sua posição apenas a seu mérito, ele está convencido de que se deve contar somente consigo para conseguir sua salvação: cada um por si, cada um consigo mesmo. A preocupação em concentrar esforços e reduzir custos leva a romper os vínculos – até mesmo familiares – que criam obstáculos a ascensão individual (...) assim, substituir a familia numerosa (...) pela familia restrita ou pelo filho único (...) é abandonar, além das satisfações da grande família e do modo de sociabilidade tradicional com suas trocas, festas, conflitos, as certezas proporcionadas por uma descendência numerosa..." (Bourdieu, 2006 [1979], p. 316).

outras palavras, o que foi mais citado pelos outros da rede analisada foi o de Kawachi¹¹ (Moore et al., 2005). Essa estrutura da rede de citações revela como o conceito foi traduzido das Ciências Sociais para a Saúde Pública e os problemas daí decorrentes. Em primeiro lugar, quem primeiro formulou o conceito foi Bourdieu, em 1979, no seu livro 'A Distinção', em que é situado ao interior da sua teoria das práticas sociais e, particularmente, onde as variações no seu significado para as diferentes classes sociais são discutidas (Bourdieu, 2006 [1979]). Em seguida, em 1980, Bourdieu dedicou um artigo especificamente ao conceito de capital social intitulado O capital social: notas provisórias (Bourdieu, 1980a). Não obstante, quem tem recebido os créditos pelo pioneirismo foi Coleman, cujo primeiro trabalho data de 1988 (Putnam, 1995). Embora esses três autores pertençam a diferentes correntes sociológicas (FASSIN, 2003), seus conceitos sobre o capital social têm sido incorporados aos estudos de Saúde Pública como superponíveis ou não-contraditórios. Kawachi e Berkman (2000) fazem uma referência, de passagem, a Bourdieu como um dentre outros autores que tentaram definir o capital social após o trabalho pioneiro de Coleman (1988; KAWACHI; BERK-MAN, 2000). Já Carpiano (2006, 2007) desenvolveu um modelo teórico, no qual buscou integrar os conceitos de Bourdieu e Putnam, ignorando as contradições entre esses dois referenciais. Buscou, em seguida, operacionalizá-lo por meio dos seguintes conceitos, derivados de trabalhos empíricos prévios de outros autores: suporte social, investimento social, controle social informal e grau de organização do bairro. Testou uma hipótese, segundo a qual níveis elevados das diferentes formas de capital social estariam associados com baixo índices de hábito de fumar e beber e altos níveis de saúde percebida. Não situou os conceitos de capital social de Bourdieu ao interior de sua teoria das práticas e, contraditoriamente com esta, considerou a renda e o grau de instrução como variáveis 'confundidoras', testando a hipótese por meio de um modelo estatístico multinível de regressão.

Fassin, analisando criticamente os três conceitos, resgatou a originalidade da formulação de Bourdieu e criticou a maneira vaga da formulação de Coleman, segundo o qual o capital social seria um conjunto de entidades diferentes, partes da estrutura social que facilitariam a ação dos indivíduos (Coleman, 1988). Para Putnam, o capital social corresponderia à organização social em redes, à existência de normas e confiança social, que facilitariam a cooperação para benefício mútuo entre indivíduos de uma mesma comunidade (Putnam, 1995). Fassin considera que o sucesso da incorporação do conceito de Putnam aos estudos epidemiológicos, a despeito de ter sido o último dos três autores a utilizá-lo nos seus trabalhos, datados de 1993 e 1995, decorre de vários fatores: o caráter indutivo da sua investigação, que partiu da constatação empírica de diferenças entre a performance dos governos locais na Itália, associadas, *a posteriori*, ao conceito de capital social e o deslocamento da análise do nível individual para o coletivo, por meio da utilização de indicadores estatísticos e da modificação do conteúdo do conceito, normalizando-o como um conjunto de relações institucionalizadas. O autor concluiu que a incorporação do conceito de capital social aos estudos epidemiológicos tem ocorrido, privilegiando a abordagem de Putnam e, mesmo assim, de forma redutora (Fassin, 2003). O problema com a análise de Fassin é a caracterização do conceito

¹¹ KAWACHI I. et al. Social capital, income inequality, and mortality. American journal of public health. v. 87, n. 9, p. 1491-1498, 1997.

de Bourdieu como marxista¹², weberiano e de abordagem microssocial. Parte do empreendimento teórico e epistemológico de Bourdieu foi mostrar as falsas oposições entre 'macro' *versus* 'micro' e 'objetivismo' *versus* 'subjetivismo'. A sua teoria das práticas permite integrar essas dimensões do mundo social e das abordagens metodológicas, conforme discutido anteriormente (BOURDIEU, 1989; BOURDIEU; CHAMBOREDON; PASSERON, 1999).

Gosto de luxo e gosto de necessidade no uso dos serviços de saúde

Se os *habitus* orientam as diversas práticas sociais, por que razão não orientariam também as práticas do cuidado à saúde? Esse cuidado implica uma relação entre o paciente portador de um sofrer e o médico portador de um saber. O cuidado é, pois, o encontro entre esses dois *habitus*. Quanto mais próximos no espaço social estão o médico e o paciente, maior é a afinidade dos *habitus*, das práticas e dos gostos, o que torna também mais fácil a comunicação e maior a possibilidade do paciente reduzir a distância que a relação assimétrica, desde seu início, contém, fazendo melhor uso do cuidado recebido, realizando escolhas, recusando, decidindo, opinando. Ao contrário, essa relação assimétrica e desigual fica ainda mais distante quando o paciente é desprovido das diversas espécies de capital, o que ocorre frequentemente nas classes populares. Boltanski, analisando 120 entrevistas com usuários de serviços de saúde e observando 70 consultas de lactentes na França, concluiu ser a relação médico-paciente uma relação de classe social. "O 'colóquio singular' do médico e do doente reduz-se na maior parte das vezes ao monólogo do médico..." (Boltanski, 1979, p. 45), principalmente quando o doente pertence às classes populares¹³.

O acesso e o julgamento sobre os serviços de saúde varia de acordo com a posição ocupada no espaço social. Alguns estudos que procuraram investigar as relações entre a posição no espaço social, a trajetória social, o *habitus* de classe e os usos dos serviços de saúde, apoiados em Bourdieu, encontraram variações a esse respeito. Cunha (2007), em estudo sobre a acessibilidade à rede básica de saúde, em um município do Estado da Bahia, classificado como em estágio avançado do processo de descentralização, analisou a posição tanto de usuários como de profissionais de saúde no espaço social, a partir da composição do seu capital (econômico, escolar e social) e da ocupação, bem como a sua trajetória social, por meio da escolaridade do pai e da mãe. Em algumas das situações analisadas, os usuários com maior capital econômico, cultural e social usavam melhor os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) do que aqueles mais desprovidos das diversas espécies de capital. Também Esperidião, comparando as razões

¹² A esse respeito, Bourdieu afirmou explicitamente que "...Desde há muito, quando me faziam a pergunta, em geral mal intencionada, acerca de minhas relações com Marx, eu adquirira o hábito de responder que, tudo ponderado, e caso fosse de fato indispensável uma filiação a qualquer preço, eu me consideraria, muito mais um pascaliano: pensava sobretudo no que concerne ao poder simbólico..." Bourdieu, P. Meditações pascalianas. Tradução: Sergio Miceli. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001, p. 9-10.

¹³ Essa distância tem sido registrada ao longo da história. Um mês antes da revolução de 1948, na França, no mesmo volume da *Gazeta Médica de Paris*, em que Jules Guérin publicou seu artigo sobre a Medicina Social, o médico M. Gaillard, cirurgião do Hotel Dieu de Poitiers (França), em carta à *Gazeta Médica*, afirmava: "O mais difícil no campo não é dar uma consulta: esses homens rústicos têm mais necessidade de ação do que de palavras, de bons remédios do que de bons discursos...". Gaillard, M. Organisation Medicale. Études Statistiques sur le personnel medical et les secours qu'il doit donner aux populations rurales. *Gazzette Médicale de Paris*, n. 5, 29 Janvier, 1848.

para a escolha do médico e os julgamentos sobre os serviços de saúde entre professores universitários e usuários oriundos das classes populares em Salvador, encontrou variações de acordo com o volume global, a composição do capital e a distância em relação à necessidade. A maior liberdade demonstrada pelos professores universitários na escolha dos médicos foi explicada não só pelo maior capital econômico, que lhes permitia pagar uma consulta particular ou mudar de plano de saúde, mas também pelo capital social, pela rede de relações sociais que lhes permitia escolher, julgar, quais seriam os melhores médicos, de acordo com critérios variados - técnicos ou simbólicos. Em contrapartida, nas classes populares, o gosto de necessidade apareceu não apenas referido à distância da situação de sofrimento ou de adoecimento, mas também em decorrência da pequena distância das necessidades materiais elementares que impunham as escolhas mais econômicas (o médico mais próximo, o plano mais barato, enfermaria etc.). Além disso, foi verificada uma disposição crítica em relação ao cuidado recebido, presente com maior intensidade entre os professores universitários de maior volume global de capital do que entre as classes populares (ESPERIDIÃO, 2009). Um terceiro estudo, realizado entre odontólogos e usuários do setor público e do setor privado, em dois municípios do Estado da Bahia, revelou diferenças entre as escolhas no que diz respeito aos cuidados com a saúde bucal entre usuários com baixo capital escolar e oriundos das classes populares e usuários com elevado capital escolar e oriundos das classes médias e dominantes (Chaves; Vieira-da-Silva, 2008).

Nesses estudos, à semelhança das escolhas em matéria de alimentação, lazer e cultura, o uso dos serviços de saúde parece também seguir a lógica do *habitus* popular, que predispõe ao gosto de necessidade por contraposição ao gosto de luxo, gosto de liberdade das classes dominantes, analisado por Bourdieu (2006 [1979]). Por exemplo, ficar na fila cedo pela manhã após a implantação de um serviço de marcação de consultas pode corresponder à adoção de uma economia econômica na qual 'estar cedo' garante o 'lugar', mas também pode corresponder à escassez de tempo livre ou à possibilidade de dispor de tempo livre para se cuidar. Da mesma forma, o uso mais frequente de escovas coletivas e a opção pela prótese total decorrem desse tipo de disposição (Chaves; Vieira-da-Silva, 2008).

Verifica-se, na prática, um ajuste entre a oferta e a demanda dos serviços de saúde. No Brasil, o desembolso direto na Medicina privada e os planos executivos e 'top' são produzidos para e usados principalmente pelas classes dominantes¹⁴. Os planos de saúde começam a oferecer produtos estratificados e utilizados por diferentes classes e frações de classe: enfermaria, quarto *standard*, quarto *standard plus* e executivo, em que a diferença ocorre aparentemente na hotelaria, mas tem reflexos sobre o cuidado. Assim, o campo da produção dos serviços privados – orientado pelo *habitus* dos donos de empresas médicas, dos médicos empresários e também pela concorrência com os demais empresários – cria as opções consistentes com a divisão em classes da sociedade e oferece serviços possivelmente ajustados aos *habitus* dos usuários. Por sua parte,

¹⁴ Cabe destacar a prática recente de diversos grupos médicos privados de descredenciarem-se dos planos de saúde e recorrerem ao expediente das liminares judiciais como arma na luta pela definição dos honorários médicos e valores das diárias hospitalares e demais serviços.

os usuários das diferentes classes e frações, que recorrem consciente ou inconscientemente a estratégias de distinção, vão escolher os diferentes planos, segundo as disposições definidas pelos seus *habitus*. Por exemplo, um dono de clínica oriundo das classes dominantes tenderá a valorizar a hotelaria que, por sua vez, é valorizada pelos usuários situados em posições próximas à sua no espaço social. Essa oferta, pois, cria um universo de escolhas possíveis no que diz respeito ao tipo de serviço de saúde utilizado e a forma de se fazer uso do mesmo.

Por outro lado, como o ajuste entre a oferta e a demanda – decorrentes da dinâmica existente entre os diversos campos da produção de bens materiais e culturais e o campo do consumo das diferentes classes e frações – influenciam os gostos e os estilos de vida¹⁵, eles afetam também as doenças ligadas ao estilo de vida. Fumar, por exemplo, um hábito associado a várias doenças, dependeria, entre outros fatores, da dinâmica existente entre os produtores da indústria do tabaco e as lutas sociais envolvendo a definição do significado do gosto pelo fumo dos consumidores. As estratégias de controle do tabagismo, quando não levam em conta esses processos, tendem a ter sua efetividade reduzida.

Perspectivas da pesquisa sobre o espaço social e a saúde

Não há contradição entre as anotações teóricas acima esboçadas e diversos estudos epidemiológicos e antropológicos sobre as desigualdades em saúde, conforme mencionado anteriormente. Os primeiros têm cumprido a função de objetivar as diferenças, estabelecer associações e quantificá-las. Os segundos têm registrado as percepções e as representações dos diversos agentes buscando compreendê-las ao interior de culturas historicamente situadas ou não. A diferença está na possibilidade de articulação dessas duas abordagens, orientada por uma teoria do social capaz de integrá-las de forma coerente, oferecendo uma explicação sobre o *modus operandi* das práticas. Contudo, essa integração não corresponde a uma justaposição de referenciais ou de metodologias. Para ser coerente com os pressupostos epistemológicos de Bourdieu, cabe desenvolver um programa de investigações empíricas para testar essas hipóteses teoricamente orientadas.

Diante do grande volume da produção acadêmica sobre o tema, há ainda necessidade de sínteses teoricamente guiadas. Isso em decorrência da existência de uma diversidade de teorias sobre o social, mobilizadas, na maioria das vezes, de forma implícita nas pesquisas sobre os determinantes sociais. Por essa razão, algumas das sínteses feitas podem estar comparando fenômenos distintos.

Há que se precaver, ainda, contra o efeito analisado por Arouca em relação à Medicina preventiva, segundo o qual o discurso preventivista biologiza os saberes oriundos das disciplinas do

¹⁵ Para Bourdieu, o ajuste entre oferta e demanda em matéria de bens culturais e em outros setores não é "o simples efeito da imposição que a produção exerce sobre o consumo, nem o efeito de uma busca consciente (...) mas o resultado da orquestração objetiva de duas lógicas relativamente independentes, ou seja, a dos campos de produção e a do campo de consumo: a homologia, mais ou menos perfeita, entre os campos de produção especializados em que se elaboram os produtos e os campos (...) em que se determinam os gostos, faz com que os produtos elaborados nas lutas de concorrência (...) e que estão na origem da incessante mudança desses produtos, encontrem, sem terem necessidade de procurá-la a demanda que se elabora nas relações objetiva ou subjetivamente antagonistas que as diferentes classes e frações de classe mantêm a propósito dos bens de consumo materiais ou culturais." (Βουκοιευ, 2006 [1979], p. 215).

social (Arouca, 2003). Aqui, o que se verifica é a tradição da pesquisa em epidemiologia, ou melhor dizendo, o *habitus* científico dominante nesse espaço, que é, por sua vez, subordinado ao campo médico, procurando compatibilizar achados empíricos com teorias do social, por vezes contraditórias. Por outro lado, os equívocos resultantes da migração ou tradução de conceitos isolados das Ciências Sociais, como foi o caso do conceito de 'capital social' acima discutido, requerem, além de trabalho multidisciplinar, esforços inter e transdisciplinares. Ou seja, além da promoção do diálogo entre as diversas disciplinas envolvidas na produção do conhecimento sobre as relações entre o espaço social e a saúde, sem a apropriação dos saberes relevantes por parte dos pesquisadores envolvidos, o diálogo pode não ser produtivo.

Também, no que diz respeito à mediação especificamente biológica entre as diversas possibilidades de inserção dos agentes no espaço social e a percepção da doença, e mesmo a produção de alterações anatomofisiológicas, trata-se ainda de uma questão que requer esclarecimentos adicionais. Uma das principais hipóteses exploradas é aquela das relações entre o *stress* e certas doenças (Hinkle; Wolff, 1957; Evans; Hodge; Pless, 1994; Brunner; Marmot, 1999; Brunner, 2000). Brunner considera que duas hipóteses podem auxiliar na explicação dessa relação: aquela que considera os efeitos subsequentes dos agravos ocorridos na infância (*early life hypothesis*) e aquela referente à possibilidade da existência de diversos períodos críticos durante a vida, denominada hipótese do curso da vida (*life course perspective*) (Brunner, 2000, p. 308-309). A despeito dessas evidências, a amplitude do conceito de *stress* e a diversidade de teorias sobre o social requerem um desdobramento dessas linhas de investigação num esforço de dupla delimitação: social e biológica.

Explorar as potencialidades do referencial bourdieusiano, contudo, corresponde a desenvolver estudos sócio-históricos sobre a gênese dos espaços sociais onde ocorrem os processos sociais e onde as percepções sobre a saúde e a doença ganham significado. Isso corresponde a analisar os agentes envolvidos, suas trajetórias, seus *habitus* e suas relações de luta e cooperação para a manutenção ou transformação desses espaços.

Comentários finais

À guisa de síntese provisória pode-se dizer que a produção e a distribuição da saúde e da doença estão ligadas à relação que o homem mantém com a natureza e o mundo social por ele estruturado, por meio de suas práticas e percepções e que, por sua vez, estrutura suas disposições que correspondem a um *habitus*. As posições ocupadas pelos agentes nos diferentes campos do espaço social, resultado das lutas e relações estabelecidas com outros agentes, definem um universo de possíveis no que diz respeito a situações potencialmente patológicas (ambiente de trabalho, contato com micro-organismos, agentes químicos, estresse etc.). Ao mesmo tempo, as sucessivas posições ocupadas ao longo de uma trajetória individual em que é incorporada, de forma inconsciente, sob a forma de disposições, uma história coletiva, definem a normatividade dos agentes, seu sentimento de uma capacidade de ultrapassar capacidades iniciais. Além disso, essas posições e o *habitus* correspondente definem as tomadas de posição, os gostos, tudo

o que constitui um estilo de vida: o que se come e como se come, onde se mora, as atividades cotidianas e os lazeres. Esse é seu potencial social. De outro lado, está o seu potencial genético, que define o universo de possibilidades propriamente biológicas de resistência ou de adoecimento. Seu patrimônio genético constitui a matriz biológica, suas disposições e seu potencial de reação orgânica. Na relação entre esses dois potenciais, entre esses dois universos de possíveis encontra-se o espaço da produção da saúde e da doença.

O campo de produção de bens de saúde¹⁶ estrutura-se também de acordo com esses mesmos princípios e, embora possua uma lógica relativamente autônoma em relação ao campo do consumo desses bens, a unidade conferida pelos *habitus* de produtores e consumidores das diferentes classes e frações de classe define uma homologia entre os produtos oferecidos e os desejos dos consumidores.

De que maneira políticas de saúde universais são influenciadas por essas diversas ordens de determinação? Como estabelecer programas de promoção da saúde que incidam sobre determinantes ao mesmo tempo estruturais e intersubjetivos, inconscientemente incorporados? A teoria das práticas sociais de Pierre Bourdieu e sua sociologia reflexiva podem auxiliar na resposta a essas questões, auxiliando a desenhar um programa de estudos sobre as relações entre o espaço social, a saúde e a doença. Esse, contudo, é um dos pontos de vista existentes sobre o tema. Diversos outros referenciais teóricos, que correspondem aos diversos pontos de vista dos pesquisadores, produtores do conhecimento, poderão também aportar contribuições e preencher lacunas. A integração das diversas contribuições, contudo, requer a superação das barreiras disciplinares sem perda da profundidade, consistência e validade do conhecimento produzido.

Ao contrário de diversos críticos que consideram a teoria das práticas sociais de Bourdieu como pessimista por ter evidenciado sobremodo os mecanismos da reprodução social, e sem querer cair na 'tentação ao profetismo'¹⁷, esse referencial, ao contribuir para esclarecer o *modus operandi* da produção e reprodução das práticas sociais, fornece indicações substantivas para a transformação do mundo social e para a reversão das situações geradoras das desigualdades na distribuição social da saúde e da doença.

Referências

- Almeida-Filho, N.M. Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. Ciência & Saúde Coletiva, v. 9, n.4, p. 865-884, 2004.
- 2. ______. For a general theory of health: preliminary epistemological and anthropological notes. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 17, n. 4, p. 753-799, jul./ago., 2001.
- 3. Almeida-Filho, N.M. *et al.* Research on health inequalities in Latin America and the Caribbean: Bibliometric analysis (1971-2000) and descriptive content analysis (1971-1995). *American Journal of Public Health*, v. 93, n. 12, p. 2037-2043, dez., 2003.
- 4. AMICK III, B.C., et al. Introduction. In: AMICK III, B.C., et al. (Eds.). Society and health. New York: Oxford University Press, 1995, p. 3-17.

¹⁶ Essa é uma expressão usada por Pinell (2009) para designar a organização dos serviços de Saúde e suas políticas.

¹⁷ Ver sobre as considerações de Bourdieu sobre a "tentação ao profetismo", especialmente em Bourdieu, P.; Chamboredon, J.-C.; Passeron, J.-C. A profissão do sociólogo: preliminares epistemológicas. Tradução: Guilherme João de Freiras Teixeira. Petrópolis: Vozes, 1999, p.36

- AROUCA, A.S.S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. Rio de Janeiro: Fiocruz;
 São Paulo: UNESP. 2003.
- Baird, P.A. The role of genetics in population health In: Evans, R.G.; Barer, M.; Marmor, T.R. (Eds.). Why are some people healthy and others not?: the determinants of health of populations. Nova York: Aldine de Gruyter, 1994. p. 133-159.
- 7. Barata, R.B. (Org.). Condições de vida e situação de saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, 1997.
- 8. Barros, F.C. et al. Socioeconomic inequities in the health and nutrition of children in low/middle income countries. Revista de Saúde Pública, v. 44, n. 1, p. 1-16, fev., 2010.
- 9. Berkman, L. F.; Glass, T. Social integration, social networks, social support, and health. In: Berkman, L.F.; Kawachi, I. (Eds.). *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press, 2000. p. 137–173.
- 10. Berkman, L.F.; Kawachi, I. (Eds.). Social epidemiology. New York: Oxford University Press, 2000.
- 11. Black, D. et al. Inequalities in Health the Black report. Harmondsworth: Pelican Books; Londres: Penguin Books, 1982.
- 12. Boltanski, L. As classes socais e o corpo. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- 13. Bourdieu, P. A distinção: crítica social do julgamento. São Paulo: Edusp; Porto Alegre: Zouk, 2006 [1979].
- 14. _____. Meditações pascalianas. Tradução: Sergio Miceli. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.
- 15. _____. Razões práticas: sobre a teoria da ação. Tradução: Mariza Corrêa. Campinas: Papirus, 1997.
- 16. _____. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; Lisboa: DIFEL, 1989.
- 17. ______. Le capital social. Notes provisoires. Actes de la recherche en sciences sociales, n. 31, p. 2-3, 1980a.
- 18. _____. Le sens pratique. Paris: Minuit, 1980b.
- Bourdieu, P.; Chamboredon, J.-C.; Passeron, J.-C. A profissão do sociólogo: preliminares epistemológicas. Tradução: Guilherme João de Freitas Teixeira. Petrópolis: Vozes, 1999.
- 20. Breilh, J. Epidemiologia: economia, política e saúde. Tradução: Luiz Roberto de Oliveira. São Paulo: UNESP; HUCITEC, 1991.
- 21. Brunner, E.J. Toward a new social biology. In: Berkman, L.F.; Kawachi, I. (Eds.). *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press. 2000. p. 306–330.
- Brunner, E.J.; Marmot, M. Social organization, stress, and health. In: Marmot, M.; Wilkinson, R.G. (Eds.). Social determinants of health. New York: Oxford University Press, 1999. p. 17-43.
- 23. CANGUILHEM, G. Escritos sobre a medicina. Tradução: Vera Avellar Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.
- 24. _____. Le normal et le pathologique. Paris: Presses Universitaires de France, 1966.
- 25. CARPIANO, R.M. Neighborhood social capital and adult health: An empirical test of a Bourdieu-based model. *Health & place*, v. 13, n. 3, p. 639-655, set., 2007.
- 26. ______. Toward a neighborhood resource-based theory of social capital for health: can Bourdieu and sociology help? *Social science & medicine*, v. 62, n. 1, p. 165-175, 2006.
- 27. Chaves, S.C.; Vieira-Da-Silva, L.M. Inequalities in oral health practices and social space: an exploratory qualitative study. *Health Policy* (*Amsterdam, Netherlands*), v. 86, n. 1, p. 119-128, abr., 2008.
- COLEMAN, J.S. Social Capital in the creation of human capital. The American Journal of Sociology, v. 94 (Suplemento), p. S95-S120, 1988.
- COLEMAN, W. Death is a social disease: public health and political economy in early industrial France. Winsconsin: The University of Wisconsin Press, 1982.

- 30. CORIN, E. The cultural frame: context and meaning in the construction of health. In: AMICK III, B.C. et al. (Eds.). Society and health.

 New York: Oxford University Press, 1995. p. 272–304.
- 31. Cunha, A.B.O. Acesso e utilização de serviços de saúde no Estado da Bahia. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.
- 32. EMMONS, K.M. Health behaviors in a social context. In: Berkman, L.F.; Kawachi, I. (Eds.). Social epidemiology. New York: Oxford University Press, 2000. p. 242-266.
- 33. ESPERIDIÃO, M. *O usuário e o julgamento dos serviços de saúde*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.
- 34. Evans, R.G.; Barer, M.L.; Marmor, T.R. Why are some people healthy and others not?: the determinants of health of populations. Nova York: Aldine de Gruyter, 1994.
- 35. Evans, R.G.; Hodge, M.; Pless, I.B. If not genetics, then what? biological pathways and population health. In: Evans, R.G., Barer, M.L.; Marmor, T.R. *Why are some people healthy and others not*?: the determinants of health of populations. New York: Aldine de Gruyter, 1994. p. 161-188.
- 36. FASSIN, D. Le Capital Social, de la sociologie a l'épidemiologie: analyse critique d'une migration transdisciplinaire. *Revue d'epidemiologie et de santé publique*, v. 51, n. 4, p. 403-413, 2003.
- 37. Fox, J.; Benzeval, M. Perspectives on social variations in health. In: Benzeval, M.; Judge, K.; Whitehead, M. *Tackling inequalities in health. An agenda for action.* Londres: King's Fund., 1995. p. 10–21.
- 38. GATRELL, A.C.; POPAY, J.; THOMAS, C. Mapping the determinants of health inequalities in social space: can Bourdieu help us? *Health & place*, v. 10, n. 3, p. 245–257, set., 2004.
- 39. HINKLE, L.E. Jr; WOLFF, H.G. The nature of man's adaptation to his total environment and the relation of this to illness. *A.M.A. archives of internal medicine*, v. 99, n. 3, p. 442-460, mar., 1957.
- 40. KAWACHI, I.; BERKMAN, L.F. Social cohesion, social capital, and health In: KAWACHI, I.; BERKMAN, L.F. (Eds.) Social epidemiology. New York: Oxford University Press, 2000. p. 174–190.
- KITAGAWA, E.M.; HAUSER, P.M. Differential mortality in the united states. a study in socioeconomic epidemiology. Cambridge (MA): Harvard University Press, 1973.
- 42. LAURELI, A.C. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, E.D. (Org.). *Medicina social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global, 1983. p. 133-158.
- 43. Lenoir, R. La notion d'accident du travail: un enjeu de luttes. *Actes de la recherche en sciences sociales*, n. 32-33, p. 77-88, abr./ jun., 1980.
- 44. ______. L'invention du "troisième âge": constitution du champ des agents de gestion de la vieillesse. Actes de la recherche en sciences sociales, n. 26-27, p. 57-82, mar./abr., 1979.
- MACINKO, J.A. et al. Income inequality and health: a critical review of the literature. Medical Care Research and Review, v. 60, n. 4, p. 407-452, dez., 2003.
- MARMOT, M. Multilevel approaches to understanding social determinants. In: Berkman, L.F.; Kawachi, I. (Eds.). Social epidemiology. New York: Oxford University Press, 2000. p. 349–367.
- 47. Макмот, М.; Вовак, М.; Davey-Smith, G. Explanations for social inequalities in health. In: Amick III, B.C. et al. (Eds.). Society and health. New York: Oxford University Press, 1995. p. 172-210.
- 48. MARMOT, M.; WILKINSON, R.G. (Eds.). Social determinants of health. New York: Oxford University Press, 1999.
- 49. Moore, S. et al. The privileging of communitarian ideas: citation practices and the translation of social capital into public health research. American journal of public health, v. 95, n. 8, p. 1330-1337, ago., 2005.

- 50. Nogueira, R.P. Determinantes, determinação e determinismo sociais. Saúde em debate, v. 33, n. 83, p. 397-406, set./dez., 2009.
- PAIM, J.S. Abordagens teórico-conceituais em estudos de condições de vida e saúde: algumas notas para reflexão e ação. In: BARATA,
 R. (Org.). Condições de vida e situação de saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997. p. 7-30.
- 52. PINELL, P. La genèse du champ médical: le cas de la France (1795-1870). Revue française de sociologie, v. 50, n. 2, p. 315-349, 2009
- 53. ______. Naissance d'un fléau: histoire de la lutte contre le cancer en France (1890-1940). Paris: Métailié, 1992.
- 54. PINELL, P. et al. Une épidémie politique: la lutte contre le sida en France, 1981-1996. Paris: Presses Universitaires de France, 2002.
- Putnam, R. Bowling alone: America's declining social capital. An interview with Robert Putnam. Journal of Democracy, v. 6, n. 1, p. 65–78, 1995.
- ROSEN, G. From medical police to social medicine: essays on the history of health care. Nova York: Science History Publications, 1974.
- 57. Stephens, C. Social capital in its place: using social theory to understand social capital and inequalities in health. *Social Science* & *Medicine*, v. 66, n. 5, p. 1174-1184, mar., 2008.
- 58. TAMBELLINI, A.T. e Schütz, G.E. Contribuição para o debate do Cebes sobre a "Determinação Social da Saúde": repensando processos sociais, determinações e determinantes da saúde. Saúde em Debate, v. 33, n. 83, p. 371-379, set./dez., 2009.
- 59. VIEIRA-DA-SILVA, L.M.; ALMEIDA FILHO, N. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 25 (suplemento 2), p. s217-s226, 2009.
- 60. VIEIRA-DA-SILVA, L.M.; DUSSAULT, G. Santé, espace social et pratiques. Ruptures, v. 6, n. 2, p. 192-208, 1999.
- 61. VIEIRA-DA-SILVA, L.M.; PAIM, J.S.; COSTA, M.C.N. Desigualdades na mortalidade, espaço e estratos sociais em uma capital da região nordeste. *Revista de Saúde Pública de São Paulo*, v. 33, n. 2, p. 187–197, 1999.
- 62. WILKINSON, R.G.; PICKETT, K.E. (2006). Income inequality and population health: a review and explanation of the evidence. *Social Science & Medicine*, v. 62, n. 7, p. 1768-1784, abr., 2006.