

Problematizando Epistemologias na Saúde Coletiva: Saberes da Cooperação Brasil e Itália

Emerson Elias Merhy
Angelo Stefanini
Ardigò Martino
Organizadores

Saúde Coletiva e Cooperação Internacional

editora



rede.unida



Saúde Coletiva e Cooperação Internacional

Emerson Elias Merhy
Angelo Stefanini
Ardigò Martino
Organizadores

PROBLEMATIZANDO EPISTEMOLOGIAS NA SAÚDE COLETIVA SABERES DA COOPERAÇÃO BRASIL E ITÁLIA

1ª Edição
Porto Alegre, Brasil/Bolonha, Itália - 2015
Rede UNIDA/CSI-Unibo

Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial

Alcindo Antônio Ferla

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil
Alcindo Antônio Ferla - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil
Àngel Martínez-Hernández - Universitat Rovira i Virgili, Espanha
Angelo Stefanini - Universidade de Bolonha, Itália
Ardigó Martino - Universidade de Bolonha, Itália
Berta Paz Lorigo - Universitat de les Illes Balears, Espanha
Celia Beatriz Iriart - Universidade do Novo México, Estados Unidos da América
Dora Lucia Leidens Correa de Oliveira - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil
Emerson Elias Merhy - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil
Izabella Barison Matos - Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil
João Henrique Lara do Amaral - Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil
Julio César Schweickardt - Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil
Laura Camargo Macruz Feuerwerker - Universidade de São Paulo, Brasil
Laura Serrant-Green - University of Wolverhampton, Inglaterra
Leonardo Federico - Universidade de Lanus, Argentina
Lisiane Böer Possa - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil
Liliana Santos - Universidade Federal da Bahia, Brasil
Mara Lisiane dos Santos - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil
Márcia Regina Cardoso Torres - Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil
Marco Akerman - Universidade de São Paulo, Brasil
Maria Luiza Jaeger - Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil
Maria Rocineide Ferreira da Silva - Universidade Estadual do Ceará, Brasil
Ricardo Burg Ceccim - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil
Rossana Staeve Baduy - Universidade Estadual de Londrina, Brasil
Sueli Goi Barrios - Ministério da Saúde, Brasil
Túlio Batista Franco - Universidade Federal Fluminense, Brasil
Vanderléia Laodete Pulga - Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil
Vera Lucia Kodjaoglanian - Fundação Oswaldo Cruz/Pantanal, Brasil
Vera Rocha - Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

Comissão Executiva Editorial

Janaina Matheus Collar
João Becon de Almeida Neto

Arte gráfica - Capa

O Caminho
Valdir Moreira

Diagramação

Luciane de Almeida Collar

Tradução e Revisão

Mariana Navarro Tavares de Melo

Revisão de língua portuguesa

Silvana Regina Silva Vieira Arruda

Bibliotecária Responsável

Jacira Gil Bernardes

Copyright © 2015 by Emerson
Elias Merhy, Angelo Stefanini,
Ardigó Martino.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	7
DESIGUALDADES EM SAÚDE: IDEIAS PARA UMA REFLEXÃO TEÓRICA	17
DA REPETIÇÃO À DIFERENÇA: CONSTRUINDO SENTIDOS COM O OUTRO NO MUNDO DO CUIDADO	39
SAÚDE E DIREITOS HUMANOS: POR QUE NÃO PODEMOS TER SAÚDE SEM O RESPEITO AOS DIREITOS HUMANOS	61
MULTIDÃO E DIFERENÇA: SAÚDE PÚBLICA E A PRODUÇÃO DO OUTRO COMO DESIGUAL, HOJE	83
CORPO, DOENÇA E CURA EM UMA PERSPECTIVA DE SAÚDE GLOBAL	109
AS “VISTAS DOS PONTOS DE VISTA”: TENSÕES DENTRO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E POSSÍVEIS ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO	135
SOBRE OS AUTORES	147

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO-CIP

972 Problematizando epistemologias na saúde coletiva: saberes da cooperação Brasil e Itália [recurso eletrônico] / Emerson Elias Merhy, Angelo Stefanini, Ardigó Martino, organizadores. – 1.ed. – Porto Alegre : Rede UNIDA; Bolonha: CSI-Unibo, 2015. p.147: il. – (Saúde Coletiva e Cooperação Internacional)
ISBN: 978-85-66659-43-6
DOI: 10.18310/9788566659436

1.Cooperação internacional – Saúde coletiva. 2. Desigualdade social – Saúde. 3. Saúde pública – Brasil. 4. Saúde pública – Itália I. Merhy, Emerson Elias. II. Stefanini, Angelo. III. Martino, Ardigó. IV. Série.

CDU: 614
NLM: WA100

Bibliotecária responsável: Jacira Gil Bernardes – CRB 10/463

INTRODUÇÃO

Angelo Stefanini

Problematizar, desmascarar, ‘crap detecting’

“Um modo de ler a história do gênero humano”, escreviam Postman e Weingarten, “é de vê-la como uma luta contínua contra a veneração de bobagens (em inglês ‘crap’). A nossa história intelectual não é mais do que a crônica da agnosia e do sofrimento de homens que tentaram ajudar os próprios contemporâneos a tomarem consciência do fato de que uma parte de suas convicções mais radicais são coisas mal interpretadas, crenças errôneas, superstições e até mesmo verdadeiras mentiras.” (POSTMAN; WEINGARTNER, 1976, p.3) Segundo estes autores, a educação em qualquer nível deveria ter como objetivo formar especialistas em *crap detecting*, ou seja, detectores/ descobridores das fraudes que estão por toda parte, sustentadas pelas violências institucionais que servem para conservar intacta a ordem social na qual vivemos. Manter esse quadro de violência estrutural (GALTUNG, 1969) é tarefa da ideologia científica do grupo dominante, cujos intelectuais são, segundo a expressão de Antonio Gramsci (1955), os ‘vendedores’, os ‘funcionários’, acompanhados por aqueles que Sartre chamou de os ‘técnicos do saber prático’, “os executores

materiais das ideologias e dos ‘crimes de paz’ a serem legalizados e justificados.” (BASAGLIA; ONGARO BASAGLIA, 1975, p. 5)

Os escritos compilados neste livro evidenciam, em modos diversos, como os profissionais da saúde podem desempenhar esse papel através de um trabalho de normalização e homologação do mesmo “modelo médico hegemônico que desvaloriza e deslegitima os outros saberes sobre a saúde.” (MERHY, 2015) Um tema transversal que emerge considera a necessidade da “problematização”, do desmascaramento da realidade, uma espécie de função *crap detecting* da recusa da ordem que o profissional da saúde deve cumprir, negando-se tanto a seguir passivamente ideias e práticas quanto limitando-se a aceitá-las tal como são, mas ao contrário, questionando-se quais seriam seus fundamentos e significados.

Nas palavras de Basaglia e Basaglia Ongaro,

(...) desmascarar na prática que a fábrica é nociva à saúde, que o hospital produz doença,...significa quebrar a unidade implícita na ordem dada aos técnicos que têm o dever de confirmar com suas teorias científicas...que a ciência e a sociedade não podem modificar processos inerentes ao homem. (BASAGLIA; ONGARO BASAGLIA, 1975, p.8)

Um exemplo entre tantos de como a ideologia e seus técnicos/funcionários operam na prática é identificável no processo de definição das necessidades de saúde de uma população, aquela que deveria ser a fase inicial e mais intrinsecamente política na programação de uma intervenção de saúde. O que geralmente ocorre, no entanto, é que o médico ou o profissional de saúde, em razão do tipo de formação recebida e da classe a qual

pertence (ex: classe médica), no desenvolvimento da sua atividade limita-se a reconhecer somente as necessidades preconcebidas, fixadas pela ideologia que orienta a organização da oferta dos serviços. Sem a coparticipação ativa dos usuários expressando suas necessidades, a única resposta que o profissional poderá propor é aquela que faz parte da cultura que ele incorporou, fundamentalmente oposta à necessidade daqueles para os quais ele deveria prestar o serviço.

Como diziam Basaglia e Ongaro Basaglia, (1975), Maccacaro (1979) e Ciccotti et al. (1976) há mais de quatro décadas, a rejeição a essas regras pode vir através da crítica da ciência enquanto ideologia (isto é, enquanto instrumento de manipulação em vista do consenso) da qual o técnico/profissional de saúde não aceita mais ser fiador, situação que se revela na relação direta entre mandatário e funcionário, ou seja, entre o grupo dominante e o profissional da saúde. Assim, este último liberta-se da lógica da necessidade induzida por uma oferta já historicamente presente e da procura de uma demanda cuja resposta é exatamente aquela que a organização está pronta para dar e que tem todo o interesse de expandir indefinidamente, de acordo com a bem estabelecida lógica capitalista.

“Para além da necessidade: a sociedade é servida” (BUSH, 1975)

Bush et al. (1975, p. 471) descrevem o fato de que uma organização “cuja função pública consiste em servir as pessoas que precisam de ajuda” (que no contexto italiano poderia ser uma Empresa Sanitária Local - AUSL - Azienda Unità Sanitaria Locale) pode chegar a programar-se como se o seu único propósito fosse assegurar o próprio funcionamento indisturbado, sem interferências ou complicações. Como isso pode acontecer?

Primeiramente é preciso definir uma população, uma classe social, como grupos que têm necessidade daquele serviço. Cada grupo deve ser numericamente maior do que a capacidade da organização de ofertar serviços, para que assim ela possa reservar-se ao direito de selecionar aqueles elementos que têm a menor probabilidade de serem críticos ao sistema. Descartado o termo ‘consumidores’ porque, como todos bem sabem, um serviço de saúde não é um bem que se consome, eles serão mais propriamente chamados de ‘clientes’, como fizeram na Roma Antiga para “aquele que, embora gozasse de uma situação de liberdade, se encontrava em uma relação de dependência de um cidadão poderoso (o *padroeiro*), do qual recebia proteção.” (TRECCANI, s.d.,internet) De uma forma geral, quanto menos os clientes precisem do serviço que se quer prestar e menos poderes pessoais e laços tenham com interesses externos ‘fortes’, melhor é. Particularmente adequados, nesse caso, serão os grupos de idosos, os pobres e os filhos dos pobres.

Ainda que perfeitamente administradas, nessa organização, as necessidades dos clientes podem às vezes impedir o funcionamento do serviço. Faz-se então importante decidir, primeiro de tudo, quais os serviços que podem ser fornecidos sem muitas perturbações, tentando convencer os clientes de que esses são exatamente os serviços dos quais necessitam e que suas percepções das próprias necessidades são falíveis, não sendo eles capazes de julgá-las. Uma vez convencidos os clientes, a organização agirá de maneira a lhes ocultar das vistas eventuais alternativas ao serviço que a própria fornece. Em alguns casos, poderá ser necessário tranquilizar o público por meio de uma avaliação aparentemente independente sobre o efetivo funcionamento dos serviços. Facilitará esta tarefa a criação de uma sábia rede de interesses interdependentes,

composta por institutos para a formação, associações de profissionais, organismos de acreditação, etc. De qualquer forma, se ainda for necessária uma inspeção externa, o importante é que esta se concentre sobre os métodos e sistemas, mas nunca sobre os resultados. Caso pontos críticos sejam detectados, a organização atribuirá o problema à falta de financiamento, tecnologia obsoleta ou à pesquisas insuficientes. Essencial será não colocar em discussão os pressupostos operativos da organização. Em vez disso, o público terá que entender que o que é necessário é uma maior quantidade das mesmas coisas.

Para evitar falências, a organização deve aumentar a massa de potenciais clientes e pedir mais recursos. Se aumenta o número de clientes, de fato, diminuem os não clientes, que são um elemento potencial de desordem. Isso consegue-se ou ampliando o controle sobre os clientes atuais com tratamentos sempre mais precoces e de duração sempre maior, ou envolvendo sejam os parentes, sejam outros que não estão evidentemente doentes, mas sujeitos à “crise” da infância, da adolescência, da meia-idade e da velhice.

Desse modo, estendido o conceito de necessidade até o seu limite extremo, é preciso convencer as pessoas que ainda permanecem fora da organização (“não necessitados”) de que sem a ajuda da mesma não poderão ficar nessa situação por muito tempo. Assim, ela fornece serviços também aos “pré-necessitados”. A lógica da argumentação é tão simples que é desarmante. Se um não é doente é um “pré-doente” portanto, há necessidade de ser seguido e controlado.” (BUSH, 1975, p. 477)

Conta um hilariante artigo do *New England Journal of Medicine* com o inquietante título “A Última Pessoa Saudável”:

Comecei a entender aquilo que estava acontecendo somente há um ano, em uma *party*. Todos tinham alguma coisa. Muitos tinham o colesterol alto. Um tinha uma anemia “borderline”. Uma outra tinha um teste papanicolau suspeito. Outros dois tinham os resultados da prova de esforço anormais e outros ainda estavam preocupados com a co-dependência. Não tinha nenhum que estivesse bem. Depois disso comecei a procurar com mais atenção. Por meses não encontrei uma pessoa que estivesse completamente bem. Neste ritmo, as pessoas saudáveis desaparecerão. (MEADOR, 1994, p. 440-441)

E assim a burocracia dos serviços atinge seu perfeito estado de equilíbrio, onde o pertencimento à clientela, a qual as pessoas pedem para serem admitidas, permite a cada um sentir-se realizado por perceber o próprio significado. No fim das contas, ninguém ficará de fora da organização, a relação entre necessidade e serviço terá desaparecido e cada um usará a organização não porque há necessidade, mas porque ela está ali, à disposição. Equidade, então, que seria o direito do cliente a entrar na organização, na verdade seria: o “direito da organização de manter todos nela.” (BUSH, 1975, p.478)

A tarefa do técnico/profissional que interiorizou esses processos será de promover na comunidade a consciência do próprio papel social, revelando na prática os processos de manipulação e de controle que seriam implícitos na sua intervenção. No entanto, o que acontece no campo da programação em saúde, assim como em outros ramos das ciências, é que via de regra se limita a planificar respostas formalmente universais (isto é, programadas para todos os cidadãos), as quais por sua vez terminam por responder às necessidades do grupo dominante e por controlar ou

conter as reais necessidades da comunidade. Enfatizar, por exemplo, a qualidade do serviço prestado mais do que se concentrar sobre o seu êxito em termos de saúde, serve evidentemente, sobretudo, à organização em si, muito mais do que aos usuários.

Na lógica neoliberal, a instituição de saúde, transformada em ‘empresa’, desenvolve o papel de um complexo produtivo, onde a finalidade e a justificativa de sua existência (o doente) tornam-se secundários. De fato, o hospital é pensado, predisposto e preparado para responder mais às necessidades de quem trabalha nele do que de quem está internado e a intervenção técnica realizada no paciente é apresentada sob a aparência da neutralidade, como se a divisão e a assimetria de poder entre a figura social tanto de quem produz o serviço, quanto a do usuário não influenciasse em nada.

Uma vez que o técnico reconhece que seu papel nesse sistema social é o de manipular o consenso através da ideologia que ele mesmo produz e põe em prática, o desafio é compreender e tornar explícitos, junto àqueles que são objeto desta manipulação, “os processos através dos quais uma ideologia científica consegue fazer aceitar à classe subalterna medidas que aparentemente respondem às suas necessidades e que, de fato, a destroam.” (BASAGLIA; ONGARO BASAGLIA, 1975, p. 10)

Contribuir para problematizar e desmascarar o que está por trás da desigualdade, da falta de direitos, da medicalização do sofrimento, do desafio dos “pontos de vista” é aquilo que pretendem fazer os autores dos escritos a seguir. No entanto, eles estão bem conscientes de que, em uma sociedade na qual o cidadão sente-se livre sem de fato ser, porque considera como suas as necessidades impostas pelo sistema socioeconômico (falsamente definidas como necessidades sociais),

(...) são os indivíduos que devem dizer quais as necessidades verdadeiras e falsas, mas somente em último caso; ou seja, só se e quando forem livres para dar uma resposta. Até que sejam considerados incapazes de serem autônomos, até que sejam doutrinados e manipulados (até ao nível dos instintos), a resposta que os indivíduos dão a tal pergunta não pode ser aceita como se fosse deles. (MARCUSE, 1967, p.26)

Referências

BASAGLIA, F.; ONGARO BASAGLIA, F. Il Tecnico del Sapere Pratico. In: BASAGLIA, F.; BASAGLIA, F. **Crimini di Pace**: Ricerche sugli Intellettuali e sui Tecnici come Addetti all'Oppressione. Torino: Giulio Einaudi, 1975.

BUSH, M. Al di là del bisogno: la società è servita. In: BASAGLIA, F.; BASAGLIA, F. **Crimini di Pace**: Ricerche sugli Intellettuali e sui Tecnici come Addetti all'Oppressione. Torino: Giulio Einaudi, 1975.

BUSH, M. Al di là del bisogno: la società è servita. In: BASAGLIA, F.; BASAGLIA, F. **Crimini di Pace**: Ricerche sugli Intellettuali e sui Tecnici come Addetti all'Oppressione. Torino: Giulio Einaudi, 1975. P. 471..

CICCOTTI, G. et al. **L'Ape e l'architetto**. Paradigmi scientifici e materialismo storico. Milano: Feltrinelli, 1976.

CLIENTE. In: TRECCANI, **Enciclopédia Italiana**. Disponível em: <<http://www.treccani.it/vocabolario/cliente/>>. Último acesso em 17/01/2015.

GALTUNG, J. Violence, peace, and peace research. **Journal of peace research**, v.6, n.3, p.167-191, 1969.

GRAMSCI, A. **Quaderni dal carcere**: Gli intellettuali e l'organizzazione della cultura. Torino: Einaudi, 1955.

MACCACARO, G.A. Per una medicina da rinnovare. In: **Scritti** 1966-1976. Milano: Feltrinelli, 1979.

MARCUSE, H. **L'uomo a una dimensione**. Torino: Giulio Einaudi, 1967.

MEADOR, C.K. The last wellperson. **NEJM**, Feb 10, p. 440-441, 1994.

MERHY, E. **Multidão e diferença**. Saúde Pública e a produção do outro como desigual, hoje. Porto Alegre: Rede Unida, 2015. No prelo, Neste volume.

POSTMAN, N.; WEINGARTNER, C. **Teaching As A Subversive Activity**. London: Penguin, 1976.

DESIGUALDADES EM SAÚDE: IDEIAS PARA UMA REFLEXÃO TEÓRICA

*Chiara Di Girolamo
Ardigò Martino*

O debate internacional sobre definição de desigualdade em saúde é muito intenso e as teorias que vêm sendo propostas para explicá-la focalizam-se de tempos em tempos sobre os aspectos genéticos, biológicos, individuais ou sociais. Cada definição e cada teoria não são, todavia, neutras, mas subjazem visões, éticas e modelos às vezes contrastantes, os quais movimentam uma tensão constante sobre o uso dos termos e que refletem o equilíbrio das forças entre os diversos atores nos vários contextos. Na definição das desigualdades, na verdade, passam a ser problematizados os processos que as geram e que podem contribuir para o surgimento/ocultamento delas e então as estratégias que podem ser colocadas em campo para combatê-las.

Neste sentido, se as desigualdades são diferenças decorrentes das escolhas dos indivíduos, o papel dos profissionais de saúde e da comunidade é o de fornecer as informações corretas à mesma comunidade para que esta possa fazer, através do livre arbítrio, as melhores escolhas. Se, ao contrário, as desigualdades são diferenças naturais

e inevitáveis, o papel da comunidade e dos serviços é o de tentar compensar ao máximo possível os efeitos da natureza sobre a saúde. Enfim, se as desigualdades não são naturais, mas processos sociais ativos, então a tarefa da comunidade e dos profissionais de saúde é de intervir diretamente sobre os mesmos processos para modificá-los.

Paralelamente, as diferentes perspectivas teórico-políticas, que influenciam o significado que de tempos em tempos é atribuído ao termo desigualdade, podem ser identificadas mesmo na variedade de termos que vêm sendo utilizados quando se faz referência a essa condição. A língua italiana não é capaz de expressar completamente as múltiplas nuances semânticas que podem ser atribuídas nas terminologias inglesas que distinguem entre *disparities/differences/variations*, *inequalities* e *inequities*, enquanto esses termos com frequência vêm sendo traduzidos indiferentemente como “desigualdade”. Além disso, os termos disparidade/diferenças/variações, desigualdades e ainda, iniquidade não são de todo sinônimos, em vez disso mostram diferentes visões e modelos que podem não ser equivalentes, tanto no plano teórico quanto no político.

Segundo Whitehead, o termo desigualdade (correspondente ao inglês *inequity*) implica um aspecto moral e ético enquanto faz referência à desigualdade/diferenças/variações que são desnecessárias e evitáveis e, portanto, devem ser consideradas injustas. (WHITEHEAD, 1990) Ainda segundo Whitehead, haveriam três características distintas que se presentes contemporaneamente, transformariam as simples diferenças ou variações do estado de saúde em desigualdades, ou seja, sua natureza sistemática, sua produção social e sua perversidade. Em outras palavras, as desigualdades não se apresentam de modo casual, porém mostram uma distribuição constante dentro de uma população, sendo o resultado de processos sociais

ativos e não a mera expressão dos fatores biológicos. Enfim, as desigualdades no acesso aos serviços essenciais e as discriminações sociais são em geral consideradas, pela maioria da população, iníquas e lesivas ao senso comum de justiça. (STEFANINI; ALBONICO; MACIOCCO, 2004)

Segundo esta interpretação, a dupla “equidade-iniquidade” está subjacente a aspectos ligados à injustiça social e a comportamentos ilícitos ou incorretos. As diferenças nos bons resultados de saúde não são de fato distribuídas de modo causal na população, nem seguem um andamento definido por forças estranhas às intervenções humanas, mas apresentam padrões reconhecíveis que reproduzem dinâmicas socialmente definidas. Além disso, as desigualdades em saúde empurram os grupos de pessoas que são já socialmente marginalizadas (como pobres, pessoas do gênero feminino, privados de direitos por causa do grupo social a que pertencem) para um nível inferior no que tange à sua saúde. (BRAVEMAN, 2003) Neste sentido, podem ser citados como exemplos de desigualdade: a sistemática maior incidência de mortalidade ou morbidade nas classes socioeconômicas mais baixas da comunidade (WHO, 2008); o fato de que os filhos de famílias mais pobres morrem com uma frequência duas vezes maior do que aqueles nascidos de famílias ricas (BLACK; MORRIS; BRYCE, 2003); ou que os piores resultados em saúde, em decorrência de barreiras de acesso aos serviços de saúde ou sociais, atingem de modo particular à população mais frágil, marginalizada ou discriminada da comunidade. (MARMOT; WILKINSON, 1999)

No nível europeu, os primeiros estudos que a partir dos anos setenta documentaram as desigualdades em saúde eram trabalhos britânicos, desde o *Whitehall Study* (primeira edição anos 1967-1970 e segunda edição atualizada em 1985) (MARMOT et al., 1991; VAN ROSSUM,

2000) até o *Black Report*, publicado em 1980 (UK. DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL SECURITY, 1980) e o *Acheson Report*, de 1998. (ACHESON, 1998) O primeiro era um estudo de uma coorte de funcionários do serviço público que tinha o objetivo de estudar a prevalência de doenças cardiovasculares e taxas de mortalidade de indivíduos de acordo com a classe social a que pertenciam, enquanto os outros dois eram estudos baseados na população em geral com o objetivo de estudar as taxas de mortalidade. Todos os três trabalhos, embora com as especificidades ligadas aos diversos desenhos de estudo e aos diferentes objetivos, evidenciavam desigualdades nos êxitos em saúde relacionadas ao nível socioeconômico em um contexto caracterizado por um sistema de saúde universal, gratuito no momento do acesso, subvencionado através da taxação geral e, portanto, tendencialmente equitativo e redistributivo.

Esses estudos foram posteriormente sucedidos por uma série de outras pesquisas, centradas nas desigualdades fossem elas dentro dos Estados, fossem entre os Estados, que foram progressivamente colocando em evidência a gravidade do quadro epidemiológico, levando uma profunda reflexão para a área da saúde. Tanto que, em 2005, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou uma comissão para o estudo das desigualdades em saúde, cujo êxito resultou em 2008 no famoso relatório “Closing the Gap in a Generation” (WHO. COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH, 2008) e num programa de trabalho permanente executado através de um departamento da mesma Organização.

Como já destacado, junto à constatação da presença de desigualdades sociais, é fundamental compreender quais são os mecanismos através dos quais a desvantagem social, relativa e absoluta, age sobre a saúde. Ao mesmo

tempo, é preciso parar um pouco a fim de refletir sobre os paradigmas teóricos que vêm sendo utilizados para explicar a desigualdade, enquanto diversas definições e interpretações oferecem explicações alternativas, não necessariamente contrapostas, a respeito dos processos que a geram e concorrem ou para sua emergência ou ao seu ocultamento, podendo assim levar a diferentes estratégias de combate. (MARTINO, 2012)

Diversas são as perspectivas teórico-políticas que foram construídas ao redor do tema das desigualdades e dos determinantes de saúde, dentro do panorama da epidemiologia social, cujo principal âmbito de interesse é, exatamente, a análise das desigualdades na saúde. (KRIEGER, 2011) Tais perspectivas se diferenciariam sob o plano de análise política e desse modo, tanto sobre a atenção dada ao papel dos sistemas econômico-políticos, como pelas relativas prioridades e políticas na produção de êxitos diferenciais em saúde. Ao mesmo tempo, algumas abordagens teriam como centro de interesse os determinantes da saúde enquanto outras estariam mais dedicadas a estudar os determinantes da distribuição diferencial de saúde na população.

Estando nessa classificação (KRIEGER; ALEGRIA; ALMEIDA-FILHO, 2010), de um lado pode-se revisar abordagens tendencialmente despolitizadas construídas ao redor do conceito de determinantes sociais da saúde (na língua inglesa, *social determinants of health*), em tese, como as circunstâncias materiais e sociais em que as pessoas nascem, vivem, crescem, trabalham e envelhecem. (MARMOT; WILKINSON, 1999; WHO. COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH, 2008) Tais circunstâncias seriam influenciadas por um ambiente social e ainda, modeladas pelas políticas de governo, mas a consideração destas políticas assim como dos sistemas

político-econômicos e das estruturas relacionadas, prioridades e conflitos não são postos no centro das análises. Em outras palavras, existe uma tendência em descrever uma situação sem nominar quem, por que e como a está produzindo; a preocupação é o êxito em saúde em relação a um dado fator (por exemplo, a pobreza), mas não o porquê da existência daquele fator.

O relatório final da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS (WHO. COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH, 2008) pode ser considerado como um dos principais e mais recentes documentos no qual tal abordagem é utilizada. A falta de reconhecimento explícito das dinâmicas de poder (em termos de classe, gênero, raça e política) foi objeto de numerosas críticas a esse relatório. (NAVARRO, 2009) Evitar nomear as forças e instituições que são responsáveis pela gênese e manutenção das circunstâncias sociais que geram êxitos diferenciais em saúde foi a principal motivação para que essa abordagem fosse definida como substancialmente apolítica. (BIRN, 2009) Paralelamente, o relatório representaria “uma oportunidade perdida” de explicitar as conexões entre os determinantes sociais, a saúde pública e os direitos humanos, em tese, como um potente instrumento de ação no combate aos fatores sociais e econômicos que prejudicam a saúde. A abordagem dos direitos humanos, de fato, seria uma ferramenta valiosa à medida que poderia aprofundar a análise descrita no relatório que previa contribuir para a implementação das recomendações e colocar os governos na posição de ter que refletir sobre suas políticas a respeito das desigualdades em saúde. (HUNT, 2009)

Além disso, o modelo dos determinantes da saúde, tal como está descrito, utiliza na explicação das dinâmicas de produção da saúde e da doença, os termos proximais e distais para indicar quais fatores estão mais ou menos

próximos ao corpo humano e a sua biologia. Nesta ótica, convém que as doenças tenham origens que possam ser detectadas tanto fora quanto dentro do corpo e que, enquanto os fatores sociais pertençam ao mundo “distal”, os biológicos pertençam ao mundo dos “proximais”. As relações entre estes dois mundos se dariam de maneira hierárquica e tendencialmente unidirecionais: os fatores distais exercem sua influência através dos aspectos que aos poucos vão ficando mais próximos aos fenômenos que acontecem no interior do corpo. Esta subdivisão substancialmente determinista impediria tanto de considerar a reciprocidade e a multidirecionalidade das relações entre os fatores, quanto de perceber os efeitos diretos dos fatores socioeconômicos e das estruturas políticas - classificadas como distais - sobre os êxitos em saúde ou doenças nas pessoas. (KRIEGER, 2008)

Apesar destes limites, o modelo dos determinantes de saúde representa um instrumento eficaz do ponto de vista comunicativo que permite, também de uma perspectiva biomédica, ler os processos de saúde e doença dos indivíduos sem isolá-los do amplo contexto em que vivem, além de oferecer uma explicação para as desigualdades em saúde. (MARTINO, 2012)

Dentro desta perspectiva, as desigualdades seriam o resultado das diferentes exposições dos diversos grupos aos fatores que influenciam a saúde; tais fatores, definidos enquanto determinantes distais, como por exemplo a pobreza, agiriam como “causas das causas” e, através de uma cadeia de eventos, impactariam sobre a gênese das doenças. Em outras palavras, a atenção estaria concentrada em “como” (cadeia de eventos que, do distal ao proximal, leva o evento “doença” mais para um grupo do que para outro) mais do que no “porquê” (visto que existem êxitos assim diferentes em um grupo em relação a outros).

Por outro lado, outras abordagens que utilizam o conceito de determinantes “societários” da saúde, em tese, como o conjunto dos sistemas econômico-políticos (na língua inglesa, *societal determinants of health*), põem no centro do discurso o potencial papel desses sistemas, suas escolhas e prioridades no sentido de produzir êxitos diferenciais, agregando ao questionamento “como” a questão do “por quê”. (BIRN, 2009; KRIEGER; ALEGRIA; ALMEIDA-FILHO, 2010) Segundo tais abordagens, consideradas mais críticas exatamente em virtude da análise política proposta na leitura dos processos de saúde e doença, as desigualdades em saúde resultariam da promoção dos interesses econômicos e políticos daqueles que detêm o poder e os privilégios em detrimento do restante da comunidade. O bem-estar e as melhores condições de saúde de alguns seriam então ganhos em detrimento daqueles que são forçados a viver e trabalhar sob condições desfavoráveis. A atenção seria, neste caso, voltada não tanto aos fatores estáticos, mas principalmente às “causas” das “causas das causas”, ou seja, aos processos que determinam a diversa distribuição de riquezas e às dinâmicas de poder que estão na base. (NAVARRO, 2009)

A questão central versaria, portanto, sobre o porquê da existência de êxitos desiguais na distribuição de poder, riqueza e saúde mais do que sobre o mero reconhecimento de tais êxitos que ocorrem em virtude de diferenças sociais.

Ao lado das abordagens anteriormente descritas, outra perspectiva delineada no contexto da epidemiologia social, isto é, do estudo da distribuição das doenças dentro do contexto social em que ocorrem, é aquela proposta pela epidemiologista americana Nancy Krieger, que é denominada teoria ecossocial. (KRIEGER, 1994) Essa contribuição articula-se ainda a partir das abordagens até então mencionadas, apesar de haver pontos de dissonância

e coloca-se como uma alternativa teórica, metodológica e prática, que se distancia, seja do reducionismo biomédico e da clássica “epidemiologia dos fatores de risco”, seja de um holismo indiferenciado que não leva em consideração as exposições específicas, doenças, contextos sociais e temporais, não sendo, portanto, capaz de produzir um avanço do pensamento epidemiológico.

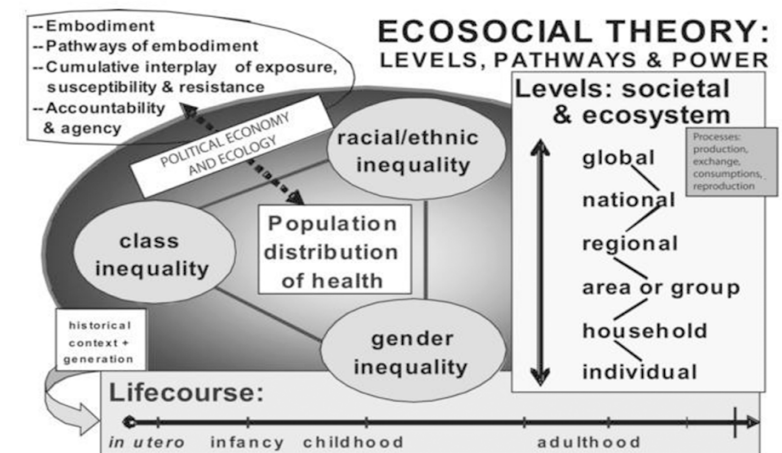
A partir de uma reflexão teórica que integra diversas disciplinas, a fim de evitar a fragmentação e a descontextualização dos saberes e dos conhecimentos (KRIEGER, 1999), a teoria ecossocial lê os fenômenos de saúde e doença de maneira processual, analisando o conjunto de causas internas que se verificam na biologia dos seres humanos, à luz do contexto econômico, político e social, das relações de poder, a partir de uma perspectiva profunda tanto do ponto de vista histórico quanto geográfico. Particular relevância é dada ao contexto ecológico, entendido como espaço dinâmico e multidirecional de interação entre indivíduo, população e ambiente no qual, através de suas múltiplas interconexões, seriam modelados reciprocamente.

No estudo da saúde, frequentemente, as interações entre indivíduos e ambiente são questionadas de maneira parcial, através de diferentes disciplinas que, de fato, produzem saberes fragmentados e ações não integradas com o propósito de desagregar a realidade e de limitar o uso dos conhecimentos na prática. Por exemplo, a construção do falso dualismo entre paciente e ambiente, entre mente e corpo, entre natureza e cultura, entre biologia e sociedade, resulta em ações desvinculadas umas das outras, produzidas nos âmbitos disciplinares e profissionais, não necessariamente coordenadas, com efeitos negativos em relação à eficácia das intervenções.

A teoria ecossocial tem como objetivo responder ao questionamento: “Quem e o que produzem as formas atuais e aquelas em evolução das desigualdades em saúde?” e por consequência: “Quem e o que determina a distribuição e os níveis gerais de morbidade e mortalidade?” (KRIEGER, 2011, p.214) Para responder a tais questões, esta autora construiu um quadro de referência que se organiza em torno de complexas afirmações e conceitos articulados a seguir.

Dando uma pragmática continuidade à análise nos níveis biológico e social e reconhecendo que os seres humanos são contemporaneamente seres sociais e organismos biológicos, um dos pilares da teoria ecossocial é o conceito de incorporação, ou seja, a ideia de que “as pessoas literalmente incorporam as experiências vividas nos respectivos contextos sociais e ecológicos, gerando de tal maneira modelos de produção da saúde e da doença.” (KRIEGER, 2011, p.215) Sem diminuir o papel e a importância das características biológicas e das variações individuais nos processos de saúde e doença, a ideia de incorporação assume que os determinantes de tais processos não podem ser reduzidos meramente às características inatas a cada indivíduo, mais do que isso, devem ser investigados em fatores e dinâmicas externos ao corpo.

Figura 1. A teoria ecossocial.



Fonte: KRIEGER, 2011, p.214.

O corpo e suas manifestações patológicas tornam-se, desse modo, a expressão biológica das relações sociais; ao mesmo tempo, o corpo não é visto só como produto das relações complexas que ocorrem no espaço ecológico, mas também como produtor das mesmas relações.

As relações entre corpo biológico e um contexto ecológico mais amplo tornam-se bidirecionais em um quadro em que os determinantes da distribuição da carga de doenças “se manifestam em diferentes níveis, envolvendo escalas espaço-temporais diferentes, tornando de fato mais provável que os fenômenos dos níveis macro orientem e limitem os fenômenos dos níveis meso e micro do que vice-versa.” (KRIEGER, 2011, p.215)

Dada a complexidade das relações e dos contextos em que se desdobram, os percursos de incorporação são múltiplos e podem ser reconstruídos desde que prestando atenção, de tempos em tempos, às especificidades das mesmas relações. Tais percursos não são, portanto, previsíveis e definem-se em virtude da conjunta e cumulativa

interação entre exposição, suscetibilidade e resistência, em diversos níveis (que vão desde o contexto global até o espaço doméstico e o individual), ao longo do curso da vida, segundo uma perspectiva histórica. Em outras palavras, do nascimento à infância, até a adolescência e à idade adulta, o indivíduo relaciona-se com o ambiente circundante, acumulando diversas exposições que podem dar lugar a diferentes cenários de saúde ou doença de acordo com a suscetibilidade ou resistência do indivíduo ao mesmo. O êxito de uma determinada exposição num certo momento dependerá então da história do indivíduo e das suas exposições precedentes que aconteceram em um contexto específico, o qual pode ter modificado sua suscetibilidade ou resistência ao fator em questão.

Suscetibilidade e resistência aos fatores de exposição explicam-se no nível biológico, mas de fato referem-se a processos relacionais do sujeito, que agem em múltiplos níveis. Ao mesmo tempo, o conceito de exposição faz referência não só a fatores individuais de risco dos tipos biológico, químico ou físico, mas a uma série de condições e dinâmicas inscritas no espaço social, quais sejam: (1) a privação econômica e social; (2) substâncias tóxicas, patógenos e condições de risco para a saúde; (3) discriminações e outras formas de traumas socialmente emitidos como as ameaças verbais ou atos violentos a nível mental, físico e sexual, vivido pelo próprio indivíduo ou por seus dependentes; (4) marketing focado em produtos nocivos como por exemplo, alimentos ultraprocessados ou substâncias psicoativas como o tabaco, o álcool e outras drogas lícitas e ilícitas; (5) assistência à saúde inadequada ou degradante; e, finalmente, (6) degradação dos ecossistemas, incluindo a alienação sistemática dos povos indígenas das suas terras e suas economias tradicionais. Ainda que este elenco não seja nem exaustivo nem definitivo, é apresentado pelos autores como espaço de

confronto e como oportunidade na explicação de possíveis mecanismos de geração de desigualdades. (KRIEGER, 2011)

Dentro desse quadro de referência, as desigualdades na saúde são a expressão das desigualdades sociais que são incorporadas nas características anátomo-fisiológicas, as quais influenciam a saúde. (KRIEGER; DAVEY SMITH, 2004) Em outras palavras, o corpo doente torna-se um sinal concreto das trajetórias de vida dos indivíduos, desenvolvidas através de percursos peculiares e dinâmicas em um dado contexto ecológico, numa certa época. As desigualdades em saúde, nessa ótica, representam o sinal nos corpos de forças e fatores exógenos ao próprio corpo. (MARTINO, 2012) O corpo então, conta histórias sobre condições de existência e é através dele e suas manifestações que se pode adquirir um profundo conhecimento daquilo que é definido como corpo político (ligado à dimensão política e às dinâmicas de poder e controle). (KRIEGER, 2005) As análises das desigualdades em saúde, no contexto de populações feitas de corpos, não pode se eximir de levar em consideração:

as formas das organizações da própria sociedade, das dinâmicas de distribuição de poder e recursos, das formas de produção e reprodução da vida - seja social ou biológica - no espaço vital que envolve as pessoas, as outras espécies e o mundo biofísico em que eles vivem. (KRIEGER, 2011, p.213)

Além disso, para detectar diferenças nos êxitos em saúde, faz-se necessário referir-se aos grupos de populações. Nesse caso, ainda que as diferenças biológicas manifestem-se através dos corpos dos indivíduos, não podem ser consideradas como inerentes intrinsecamente à biologia, mais do que isso, são resultantes das relações entre os próprios grupos. As divisões entre grupos que se definem

dinamicamente ao longo do tempo, de um lado construíram-se mutuamente em torno de duplas de alteridade, como patrão/empregado, colonizador/colonizado, livre/escravo, nativo/imigrante, de outro lado, estabeleceram de fato as regras, mais ou menos oficiais, a respeito de como os diversos grupos acumulam ou podem herdar propriedade, privilégios e outros recursos em um dado momento e através das gerações. Tal análise, geograficamente ampla e historicamente profunda, torna-se crucial na interpretação das desigualdades entre os grupos.

A partir desta perspectiva, a epidemiologia não pode eximir-se de refletir criticamente sobre conceitos de níveis (do global ao individual, como ilustrado na Figura 1), relacionados às exposições, potencialmente fatores de confusão ou modificadores do efeito, cada um em relação aos grupos sociais, às coordenadas espaço-temporais da análise e ao amplo contexto ecológico no qual se expressam. Para interpretar e comunicar o sentido e as limitações dos resultados dos estudos epidemiológicos, bem como para fornecer explicações a respeito dos processos de saúde, doença e bem-estar, é necessário proceder a uma epidemiologia auto-reflexiva que situe tanto as suas teorias quanto as suas hipóteses, métodos de análise e interpretações num contexto social mais amplo.

A esses termos é articulado outro conceito fundamental da teoria ecossocial, isto é, os componentes de responsabilidade e agentividade (entendida como capacidade de agir). À epidemiologia cabe então, junto com outros atores que operam no contexto social, a responsabilidade de descrever, de maneira informada, os processos de saúde e doença, onde suas descrições podem ser fatores de ocultamento de alguns processos ou então agente ativo de revelação dos mesmos. (KRIEGER, 2011) Se a desigual distribuição da saúde na população

é definida pela desigual distribuição de recursos e poder entre indivíduos e grupos sociais, o papel da epidemiologia é, portanto, descrever “a economia política da saúde”, definida pela organização dos sistemas político-econômicos e seus respectivos padrões de distribuição da riqueza e do poder.

A completa e correta descrição das desigualdades e dos processos que a geram não é, entretanto, suficiente para solucioná-la. Além da responsabilidade na descrição, é necessária a responsabilidade por estimular a promoção da saúde e da justiça social. Se a responsabilidade da doença é distribuída a todos os níveis, não só todos eles devem ser envolvidos como sujeitos das ações da epidemiologia mas, além disso, atuar como protagonistas responsáveis e ativos pela mudança. Em tal perspectiva, os pacientes, os cidadãos e suas redes sociais devem ser incluídos e envolvidos como sujeitos ativos e não exatamente necessitados de intermediações. Esses deveriam ser - e colocados nessa condição - atores quer na promoção de sua própria saúde e de condições de vida mais justas, quer na transformação da arquitetura social. Ao mesmo tempo, num quadro de responsabilidade partilhada e dividida em diversos níveis que se articulam dinamicamente, até o sistema de saúde desempenha um papel na gênese ou na erradicação das desigualdades. (WHITEHEAD, 2001)

Ao considerar o papel dos serviços de saúde em relação às desigualdades, o acesso aos serviços não pode ser reduzido a um mecanismo dicotômico do tipo sim/não, dentro/fora. Mais do que isso, o dentro e o fora representam os extremos de um *continuum* dentro do qual o acesso oscila, enquanto incorporado e inscrito em um componente social. Para identificar os mecanismos que estão na base dos processos de desigualdade, no acesso aos serviços de saúde, é necessário considerar uma complexa trama de

variáveis, não só clínicas, epidemiológicas, econômicas, mas também psicossociais e socioculturais, e considerar o indivíduo e seu contexto cultural de referência, assim como o encontro entre o sistema de assistência e o cidadão.

Os fatores geradores de desigualdades de acesso são, portanto, reconhecidos em vários níveis:

- Características e organização da estrutura de saúde: obstáculos burocráticos, agendamento das visitas, listas de espera, critérios de prioridade de acesso etc;

- Características dos profissionais e dos trabalhadores dos serviços de saúde: preparo técnico e capacidade de relacionar-se com os grupos de populações mais vulneráveis, a assunção de atitudes discriminatórias por parte de alguns deles;

- Características dos usuários: pertencimento à categorias particularmente inferiorizadas quanto às características socioeconômicas, culturais (incluindo a atitude em relação à doença), religiosas, etárias etc. Essas faixas de população particularmente frágeis podem não ter possibilidade e capacidade suficiente para acessar e utilizar os serviços e recursos disponíveis;

- Características das interações entre organizações, profissionais e usuários: essa interação pode articular-se em diversos momentos do percurso de acesso, num jogo de processos relacionados à expectativa de cada ator e, ainda, ao preconceito que pode manifestar-se nos confrontos de faixas específicas da população;

- Características do contexto social: a comunidade, as redes sociais etc.

As características da estrutura, o preparo dos trabalhadores dos serviços de saúde, os recursos pessoais e sociais dos usuários do serviço são as premissas para a

interação entre sistema de saúde e usuário. Contudo, o êxito desse encontro não é simples consequência da soma destas características individuais, mas sim resultado do modo como se apresentam e são geridas ao longo da interação. Além desses níveis nos quais pode ser decomposto o conjunto dos mecanismos geradores “sociais”, existem verdadeiros obstáculos que se colocam entre populações em condições de desvantagem e o acesso. Existem pelo menos três tipos diferentes de barreiras que limitam o acesso aos serviços de saúde:

- Barreira geográfica: a distância física representa em muitos casos um obstáculo não só do tipo logístico, mas também financeiro. Pessoas em condições de desvantagem tendem a ser privadas de meios próprios de transporte e devem então depender do transporte público que, muitas vezes, não é confiável, além de ser caro e pouco conveniente.

- Barreiras financeiras: também onde não existem pagamentos diretos (*tickets, user fees*) para a prestação de serviços. Diferentes custos de oportunidade podem efetivamente atuar como uma barreira de acesso para diferentes grupos sociais. Por exemplo, trabalhadores que recebem por hora podem hesitar antes de se ausentar do trabalho para ir a uma consulta médica. O horário de abertura do ambulatório ou os vários sistemas de marcação podem, às vezes, ser problemáticos.

- Barreira cultural: a comunicação entre o trabalhador do serviço de saúde e o paciente e as informações fornecidas pelo sistema de saúde são frequentemente de pouca qualidade, o que pode representar um notável problema para pessoas que pertencem a um *background* cultural e social diferente daquele do profissional que encontram. Por exemplo, as diferenças culturais dos imigrantes implicam em problemas adicionais de comunicação e percepção do estado de saúde física e psicológica.

O problema da dificuldade de acesso e da garantia de um acesso equânime para todos não é certamente de fácil solução para o sistema de saúde e a simples eliminação de um dos obstáculos supradescritos poderia ser insuficiente para garantir automaticamente a equidade. Será necessário levar sempre em consideração que alguns grupos sociais continuarão a utilizar o serviço de maneira diversa, por problemas de tempo disponível, de transporte ou por razões culturais e sociais de vários tipos.

Independentemente do debate sobre quanto efetivamente os sistemas de saúde vão incidir sobre a saúde das pessoas e sobre quais são os mecanismos proeminentes nos diversos contextos, as desigualdades no acesso e no uso dos serviços permanecem sendo social e moralmente injustas. Em cada sociedade, a assistência à saúde possui um considerável valor ético, porque criar um sistema de saúde que marginaliza a parte mais vulnerável da população significa legitimar a exclusão social. Os sistemas de saúde podem, portanto, reforçar as desigualdades dentro de uma sociedade, mas podem, ao contrário, ser um meio de combatê-las e promover a equidade. Existem três mecanismos através dos quais um sistema de saúde pode tentar combater as desigualdades em saúde (STEFANINI, 1999):

- Tomando a iniciativa e assumindo um papel de liderança para promover uma abordagem mais global e estratégica no âmbito das políticas públicas em geral;

- Atuando de maneira que os recursos sejam distribuídos entre as diversas áreas em proporção às suas necessidades relativas, por exemplo, através da pesquisa de uma forma de alocar recursos que seja ponderada sobre as necessidades (de saúde e não somente de serviços de saúde) e persiga o objetivo da equidade distributiva;

- Respondendo de modo adequado às diferentes necessidades de saúde dos diferentes grupos sociais, facilitando, por exemplo, o acesso e o uso eficaz dos serviços de saúde.

Assim, torna-se cada vez mais importante reconhecer que os sistemas de saúde não constituem somente um serviço de cura e prevenção de doenças, mas também uma base importante de redistribuição da riqueza e luta contra a pobreza. Fazer apelo ao dever ético e moral de combater as injustiças sociais e perseguir a equidade pode dar uma nova vida aos sistemas de saúde que geralmente estão focados somente na eficiência, sem considerar de maneira autorreflexiva as dinâmicas sociais que esses próprios sistemas contribuem para produzir.

Referências

ACHESON, D. **Inequalities in health: report of an independent inquiry**. London, 1998.

BIRN, A.E. Making it Politic(al): closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health. **Social Medicine**, v. 4, n.3, p. 166–182, 2009.

BLACK, M.; MORRIS, S.; BRYCE, J. Where and why are 10 million children dying every year? **Lancet**, n. 361, p. 2226–2232, 2003.

BRAVEMAN, P. Defining equity in health. **Journal of Epidemiology & Community Health**, v.57, n. 4, p. 254–258, 2003.

UK. Department of Health and Social Security, 1980. **Inequalities in health: report from a Research Group Chaired by Sir Douglas Black**, London, 1980.

HUNT, P. Missed opportunities: human rights and the Commission on Social Determinants of Health. **Global health promotion**, Suppl 1, p. 36–41, 2009.

KRIEGER, N. Embodiment: a conceptual glossary for epidemiology. **Journal of epidemiology and community health**, v. 59, n. 5, p. 350–5, 2005.

_____. **Epidemiology and the People's Health: Theory and Context**. Oxford: Oxford University Press, Inc. 2011.

_____. Epidemiology and the web of causation: has anyone seen the spider? **Social science and medicine**, v. 39, n. 7, p. 887–903, 1994.

_____. Proximal, distal, and the politics of causation: what's level got to do with it? **American journal of public health**, v. 98, n.2, p. 221–30, 2008.

_____. Sticky webs, hungry spiders, buzzing flies, and fractal metaphors: on the misleading juxtaposition of “risk factor” versus “social” epidemiology. **Journal of epidemiology and community health**, v. 53, n. 11, p. 678–80, 1999.

KRIEGER, N.; ALEGRIA, M.; ALMEIDA-FILHO, N. Who, and what, causes health inequities? Reflection on emerging debates from an exploratory Latin American/North America workshop. **Journal of epidemiology and community health**, v. 64, 2010.

KRIEGER; DAVEY SMITH. “Bodies count,” and body counts: social epidemiology and embodying inequality. *Epidemiol Rev*, v. 26, p 92-103, 2004.

MARMOT, M.; WILKINSON, R. **Social Determinants of Health**. New York: Oxford University Press. 1999.

MARMOT, M.G. et al. Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. **Lancet**, v. 337, n. 8754, p.1387–93, 1991.

MARTINO, A. **Il processo migratorio come determinante nella salute mentale: l'esperienza del centro di consultazione socio culturale nel distretto di Pianura Est - AUSL di Bologna**. Tese de Doutorado Universidade de Bolonha. 2012.

NAVARRO, V. What we mean by social determinants of health. **Global health promotion**, v. 16, n.1, p. 5–16, 2009.

STEFANINI, A. Editorial: Ethics in health care priority setting: a North-South double standard? **Tropical Medicine and International Health**, v. 4, n. 11, p. 709-712, 1999.

STEFANINI, A.; ALBONICO, M.; MACIOCCO, G. **Le disuguaglianze nella salute: definizioni, principi e concetti**. In: FELTRINELLI, ed. **Rapporto 2004 salute e globalizzazione**. Milano, 2004. p. 36-50.

VAN ROSSUM, C.T.M. Employment grade differences in cause specific mortality. A 25 year follow up of civil servants from the first Whitehall study. **Journal of Epidemiology & Community Health**, v. 54, n.3, p. 178–184, 2000.

WHITEHEAD M. **The concepts and principles of equity and health**. Copenhagen, 1990.

WHO. Commission on Social Determinants of Health. **Closing the gap in a generation**, Geneva: World Health Organization, ed., 2008.

DA REPETIÇÃO À DIFERENÇA: CONSTRUINDO SENTIDOS COM O OUTRO NO MUNDO DO CUIDADO^{1*}

*Emerson Elias Merhy
Laura Camargo Macruz Feuerwerker
Maria Paula Cerqueira*

A tradição do campo da saúde no ocidente, iniciada no século XIX, vem construindo modos de olhar a problemática do sofrimento humano a partir de um lugar que é reconhecido por muitos (ILLICH, 1975; DONNANGELO, 1976) como a produção de um processo histórico e social nominado medicalização da existência e da vida individual e coletiva, sobretudo a partir do século XX.

Quando vemos um sofrimento como resultado de uma doença que atinge humanos e a clínica como um saber que nos permite vê-la, ali no corpo biológico genérico, passamos a olhar qualquer fenômeno de sofrimento como doença e, mais ainda, passamos a ver qualquer adoecimento como uma expressão particular das leis gerais científicas do processo saúde-doença. Repetição.

¹ Publicado como capítulo do livro *Semiótica, Afecção e o Cuidado em Saúde*, organizado por Túlio Batista Franco, 2011, rio de janeiro.

Mesmo na perspectiva mais ampla que a saúde coletiva tem sobre esse processo, quando remete o olhar sobre a doença para o processo (histórico e social) saúde / doença, há uma aposta de que esse olhar é armado cientificamente e que a apreensão desse processo só será possível se tivermos a posse de novas ciências, para além daquelas como a clínica, ou seja, outras ciências mais amplas sobre a sociedade, a história e os coletivos humanos. Mas não saímos do terreno em que a competência em compreender e agir nesse campo de práticas, o da saúde, só será dada pela produção da ciência e assim, qualquer fenômeno que ocorra, aí nesse campo, será sempre um caso particular de um fenômeno geral. Repetição.

É isso que nos faz em muitas situações, no campo da saúde, hoje, dizer que cada caso é um caso, mas sempre esse caso é um momento particular das formas de adoecimentos que conhecemos pelos saberes clínicos científicos que a “medicina do corpo de órgãos”, do século XIX, construiu como forma de ver e falar do sofrimento humano, em geral, tanto na medicina quanto na saúde pública. Repetição.

Antes de ir adiante na discussão a que nos propomos sobre os modos de cuidar, cabe uma observação. Esta diz respeito ao reconhecimento de que essa medicina hegemônica, mesmo estando colada à estratégias bem sucedidas de disciplinarização da vida (o tal do fenômeno da medicalização, já apontado), é capaz também de produzir resultados positivos. Há muitas situações que respondem bem às intervenções sobre o corpo de órgãos com base nessa visão de casos particulares construída pela ciência. A repetição funciona bem em certas situações.

Porém, há também evidências de muitos problemas ou mesmo de muita incapacidade. Por um lado, a extrema objetivação e a focalização do olhar e da ação sobre o corpo

biológico deixam de lado muitos outros elementos que são constitutivos da produção da vida e que não são incluídos, trabalhados, tanto na tentativa de compreender a situação, como nas intervenções para enfrentá-la. Mais ainda, a busca objetiva do problema biológico tem levado a uma prática em que a ação do profissional encontra-se centrada nos procedimentos, esvaziada de interesse no outro, com escuta empobrecida. Assim, as ações de saúde têm perdido sua dimensão cuidadora e, apesar dos contínuos avanços científicos, elas têm perdido potência e eficácia.

Por outro lado, essa relação empobrecida em que o outro é tomado como corpo biológico e objeto da ação deslegitima todos os outros saberes sobre saúde, sendo vertical, unidirecional, como se prescindisse da ação/cooperação de quem está sendo “tratado”. Ou como se a cooperação fosse obtida automaticamente a partir da “iluminação” técnica sobre o problema e as condutas para enfrentá-lo. Não é assim que as coisas funcionam na prática e por isso mesmo tem sido tão difícil “conquistar a adesão” às propostas terapêuticas, sobretudo nas situações crônicas. (MEHRY; FEUERWERKER, 2009)

O sofrimento humano na sua existência real tem expressão muito singular e complexa; está muito além de um resultado particular de um fenômeno mais geral. Podemos e devemos olhar o sofrimento humano de outros ângulos (históricos, sociais, culturais e no plano singular de cada situação de construção de vida). A “clínica do corpo de órgãos” entra em questão, pois não basta construir saberes científicos para dar conta de produzir abordagens mais satisfatórias dos processos singulares de produção de existências singulares e coletivas (pois é disso que se trata a vida).

Existência, sofrimento e prazeres: vazando a captura de um saber que representa esse processo como saúde e doença

Diga-me: por que você parou de fumar?

Porque fui ao médico e fiquei sabendo depois de alguns exames que minha capacidade respiratória estava diminuída. Já tinha enfisema por ter fumado tantos anos. E, diante desse adoecimento, comecei a tomar um medicamento que “engana” meu cérebro sobre a presença de nicotina no meu corpo. De lá para cá não tenho fumado mais, mas como muita bala. Sem parar. Ah!!! Tenho ficado ansiosa também. Muito. Mas parece que tudo isso vai valer a pena, pois o enfisema vai ficar estável e tenho ainda bastante capacidade pulmonar.

Interessante essa opção. Você a tomou em função do que?

É que eu me vi diante de muitas coisas que pretendia realizar e viver. Continuar fumando era uma opção por um modo de viver que talvez me impossibilitasse de tudo isso, que ainda quero. Quero dizer, também, que continuar fumando mesmo com o aumento do enfisema é um modo de continuar vivendo e uma possibilidade como caminho a ser seguido.

Mas e a doença?

Não vejo bem assim como só doença e sofrimento. Também olho o continuar fumando por um outro lado: o enorme prazer que me dá! E se não tivesse outros sentidos para o meu desejo talvez eu optasse por continuar fumando e vendo o enfisema ou minha morte como parte do meu modo de viver também, sem incriminá-la como responsável por isso.

Ou seja, para você, optar sobre certo modo de continuar existindo prazerosamente, mesmo sabendo que com isso certos sofrimentos podem acontecer, não é necessariamente algo para ser compreendido dentro de uma lógica do processo saúde e doença, ou seja, como algo que produz doença?

Não. Pois vejo isso como meu processo de viver e não de adoecer. Não acho que o olhar polar e tenso sobre saúde e doença dê conta do que eu estou colocando sobre tudo isso.

Sabe, você me faz lembrar de uma outra pessoa que conheço que fuma intensamente e já vem apresentando certos problemas respiratórios. Diante das mesmas perguntas ele me respondeu que sequer tem interesse em saber se tem ou não enfisema, pois isso não significaria para ele uma perda de nada ou uma limitação. Não vê a mínima chance de parar de fumar, pois não há outros sentidos na vida que possam colocá-lo em cheque quanto a essa opção.

Na verdade, não é completamente sem sentido representar esse processo por um ângulo que não só o das opções por certos modos de vida e não outros, pois ao ser ofertada a representação de que se está diante de um processo de saúde e doença ampliam-se as maneiras de perguntar sobre as opções e ações do indivíduo. Não é? Isto é, ao oferecer certos conceitos para dar sentido e significação ao que se está vivendo, vivenciando e sentindo, pode-se dar elementos para que esse indivíduo possa pensar sobre si e inclusive sobre o cuidar de si ao adotar certas representações com respeito aos acontecidos, pois ela lhe diz muito, ao adotar o mesmo nível de problematização que a representação tenta captar. Não é verdade isso para você?

Sim.

Entretanto, acho interessante pensar sobre o que significa alguém possuir um certo saber sobre o seu modo de viver e dizer que este modo é patológico, que por conta dele você vai ficar doente e irá morrer. Creio que essa “imposição” é fruto de uma relação de poder e se você não tem noção dela, acaba aceitando-a como única verdade possível, tornando-se objeto da decisão do outro. Não participa de nenhuma possibilidade de armar a sua própria representação do que faz ou não faz sentido para você, sequer da escolha de que modo de viver lhe interessa. Veja que aí o que se passa é a não oferta do saber de um para o outro de modo intercessor, que possibilitaria poder falar de si ou mesmo decidir por si. Pois é, essa tensão já existe mesmo quando o encontro entre um que diz ser dono do saber e o outro que vira seu objeto não é intencionalmente realizado com a ideia de um encontro intercessor, no qual todos se entendem, aceitando sofrer os efeitos desse evento e falar dele claramente, um para o outro. Porque não são poucos os relatos de experiências nas quais o chamado paciente desse encontro resiste às ofertas que o chamado trabalhador de saúde lhe faz.

Vale a pena pensar sobre esse diálogo que é, em parte, descrição de uma conversa real, da que um de nós participou há algum tempo; tendo em vista as perspectivas desse texto que está sendo apresentado.

Da repetição à diferença: questões para pensar as representações sobre o viver

Vamos pensar sobre outras situações. Vamos imaginar que se olharmos com maior atenção os sete bilhões de humanos que vivem na Terra nesse instante não temos a mínima condição de dizer que haja alguém que seja absolutamente igual a um outro. Ao contrário. Há

sempre um detalhe que faz uma diferença de tal ordem que podemos dizer que há sete bilhões de singularidades, por mais que todos sejam muito repetidos em relação ao outro. Ou mais, podemos dizer que mesmo um desses únicos, à medida que for caminhando no viver, será singular em relação a si mesmo, pois os detalhes nesse percurso e suas conformações como território existencial vão mudando a cada momento. O único torna-se vários.

E aí existe um problema para toda forma de representação que tenta apreender todos esses modos de viver sob a ótica da repetição, de um comum que se baseia no que há de igual e em sua expressão, como certas formas de viver. E mais ainda, com a ideia de que isso permite conceituar certas formas como mais adoecedoras do que outras. Ou mais ainda, que essas formas de viver devem ser impedidas para evitar a aparição da doença.

Esse caminho que já foi (e ainda é) trilhado há muitos séculos por certas práticas governamentais como as de saúde pública têm implicações interessantes a serem observadas. Pois, para muitos, isso tem significado a construção de ações disciplinadoras sobre grupos sociais e não outros, sobre certos modos de viver e não outros. Há algo bem próximo de nós, hoje, que é a política pública que se baseia na criminalização de certas drogas e não de outras. E que leva a considerar certas formas de viver como patológicas e outras como de risco de adoecer. Para uns, repressão; para outros, orientação.

De novo, vale a noção de que poder partilhar com o outro certas representações tem algo de interessante e rico no viver e no conviver, na igualdade centrada na diferença do outro. Mas, quando essas formas de representações se fazem práticas de eliminação, interdição e disciplinarização do outro, aí o que há de fato é a anulação do outro como singularidade e a ideia de que essa singularidade do outro

é uma ameaça a minha. Logo, minha singularidade passa a valer mais nos jogos de força e isso pode impulsionar-me para um modo fascista de viver com os outros. Então, o entendimento do que são os processos saúde e doença corre o risco de ser engravado e habitado por uma alma hitlerista. (MEHRY; FEUERWERKER, 2007)

A ideia de tensionar com a repetição que há em nós, como anuladora das diferenças que temos, é muito provocante como interrogadora de toda uma postura bem predominante que contamina como natural a prática de dominação de certos saberes sobre outros. Ou melhor, propiciar a condução da vida de alguém pela de outro, que é tido como legítimo para ditar normas, por ser – pelo menos nas representações/imagens de ambos – portador de saberes verdadeiros e, portanto, com a permissão de ditar as regras sobre o seu melhor viver.

Em muitas situações as equipes de saúde protagonizam a produção desse modelo fascista de atenção em saúde, prescritivo, previsível, normatizador, no qual não há espaço para outras lógicas de produção de cuidado que não aquela centrada na unidirecionalidade e universalização dos diagnósticos. Repete-se a lógica de que um conjunto de sinais e sintomas é igual a um diagnóstico que revela determinado tratamento e, por sua vez, determina o prognóstico, no qual o registro é a doença e não o sujeito. Em nome de uma suposta defesa da vida retiram-se os sujeitos da cena de seu tratamento e/ou inundam-se os encontros com os sujeitos que procuram por algum tipo de cuidado com protocolos prescritivos do bem viver. Sustentam suas ações em ideais comportamentalistas, com base em dados científicos, generalizáveis, que independem dos aspectos psicossociais e culturais, e que não passam de meras abstrações numéricas ao retirar das pessoas o direito de agenciar e protagonizar o cuidado consigo mesmas e as escolhas de suas vidas.

Lá onde dialogamos, no começo desse texto, sobre fumar, enfisema, doenças e por aí vai, pudemos ver bem de perto isso. Entretanto, pudemos ver também como o outro, por mais que se posicione no lugar de objeto, ele mesmo não suporta ser plenamente isso, sempre colocando uma pitada de si nesse jogo intercessor, dos encontros que o mundo do cuidado provocam.

Adota a noção de que é doente do fumar, que já tem enfisema e isso poderá matá-lo, mas pondera o tempo todo, mede e vai decidindo se vai mesmo adotar as “receitas” dadas pelo outro sobre o que é viver com saúde, mesmo que o reconheça como o que sabe a verdade sobre sua vida doente. Fica na espreita, como o carrapato do Deleuze², para pular em algo que vai pulsar vida para si e sugar o seu sangue vital. Fica ali saboreando a fumaça que sai da boca de um outro. Em algum momento adota esse lugar e revê os sentidos que tinha adotado pela receita do outro. Sabe que não foi ele que decidiu.

Por isso, mesmo sem muita elaboração vai disputar as decisões sobre o cuidado a ser construído. Vai singularizar-se. Vai resistir e conduzir novas produções de viver. Abandona a representação desse viver como patologizante e permite ser invadido por um sentir produção de vida na nicotina.

² Gilles Deleuze ao ser entrevistado por Claire Parnet em 1988 foi estimulado a falar de “animais” e destaca na sua resposta algo que lhe chama atenção no carrapato que toma intensivamente aquilo que lhe é vital no mundo, para si, criando-se como um não percepção de qualquer outro elemento, ficando ali na espreita para poder se encaixar em algo que lhe forneça “sangue alimento vida”, virando “carrapato outro sangue”. Bastam, segundo ele, 3 tipos de estímulos para poder “movimentá-lo” nessa direção. Destaca que o carrapato pode ficar um ano esperando esse momento. Esse fabricar a si no outro com algo imane a si, é chave. (Veja Abecedário disponível no site Dossiê Deleuze, letra A). (PARNET, 2010)

Isso, no mundo atual não se faz sem que você receba imediatamente, sem perdão, um julgamento duro do outro, que lhe dirá: não é fácil ser viciado. Joga-lhe na cara uma nova representação de si tão patologizante quanto a outra, pois aponta para a própria culpa pelo que está ocorrendo de mal consigo mesmo. Ato esse que faz várias dobras sobre si: julga, representa, significa, dá sentido e pune. E, ser vítima de si mesmo pode colocar a discussão sobre as práticas disciplinadoras, como as da saúde pública, em outro lugar: no qual a escolha realizada é analisada como correta ou errada, ou pior, como verdadeira ou mentirosa. Hoje, no mundo da sociedade de controle, essa produção subjetivante tem construído um olhar culposo para qualquer torresminho que se ponha na boca.

Por outro lado, há uma ambiguidade colocada nesse enfrentamento já que muitas vezes a incorporação do estatuto de doente, da forma como é significado estar doente, em parte pode trazer um apaziguamento ao sujeito ao retirar de si a possibilidade de escolher sobre sua vida e, por isso mesmo, de responsabilizar-se por ela. Há aqui um paradoxo interessante, muitas vezes na demanda por cuidado, decididamente coloca-se no outro a responsabilidade por prescrever os modos de como deve andar a sua vida. Assim retira-se a sua parcela de responsabilidade na prescrição de seu cuidado e coloca no outro, no profissional, na ciência, no serviço, o seu corpo, seu afeto, sua mente, enfim sua forma de andar a vida para que outro decida sobre ela.

Indo um pouco mais nessa conversa sobre um saber que se impõe às diferenças em nós

Em setembro de 2004, a Revista *Viver Mente & Cérebro*, editada pela Duetto, publicou um texto de Mario Rodrigues Louzã Neto (2004) sobre: Detecção precoce da esquizofrenia. Entre várias questões bem interessantes há o apontamento sobre a possibilidade de antecipar-se à instalação clara dessa doença, conforme o autor, por meio de marcadores prodrômicos, o que permitiria medidas de prevenção ou atenuadores do processo de cronificação que esses quadros produzem, com sérios prejuízos para a vida de seus portadores.

Sem entrar em todas as questões que essa produção nos remete, destacamos aquela que está vinculada ao relato de uma experiência australiana com a detecção precoce de sinais e sintomas prodrômicos em um grupo de adultos jovens, que se faz acompanhar, de 40% a 60% de conversão para quadros típicos de esquizofrenias entre eles. Independentemente de questões metodológicas que se poderia colocar para esses estudos, vale assinalar que, mesmo sendo completamente verdadeiro esse caminho proposto – podemos nos antecipar à doença e atenuar sua manifestação adiante – ele produz um grave dilema. O que fazer com aqueles que são falsos positivos, ou seja, têm os sinais e sintomas, mas não se convertem em esquizofrênicos? O próprio autor aponta que esses estudos preocupam-se com isso, pois sugerem que esses podem ter como sequelas o estigma de terem tido a suspeita de serem esquizofrênicos.

Entretanto, não aponta mais nada sobre isso, como se a vantagem de ter um saber que se imponha sobre a diferença de cada um fizesse valer esse caminho - por acertar, no padrão do pensamento do próprio autor, qual é

a verdade do que está fazendo, no atacado. Como a saúde pública, que defende a ideia de um modelo de atenção baseado na cobertura dos expostos a riscos, ou seja, de que não é preciso atender todos os hipertensos ou diabéticos, pois basta cobrir uma certa porcentagem dos mesmos.

De um modo bem rápido, vale perguntar a quem interessa esse tipo de custo e benefício? Com certeza não é para aquele que está de fora e nem para aquele que virou falso positivo. Mas, podemos também dizer que nem para aquele que foi incluído pela lógica do marcador prodromico e nem pelo que compõe o grupo de cobertos, como veremos adiante. Pois, ao percebermos que achar pontos na repetição que nos permite um agir protocolado, que anula a diferença, sem ser tocado por ela, pode ter como consequência simplesmente a morte do outro. Produzir a morte do outro como um ser portador de vários sentidos em si e em produção prospectiva no seu viver – ao condená-lo a viver só o sentido dessa doença que represento nele e lhe imponho.

Esse modo de produzir o encontro, de se posicionar para o encontro, anulando o “saber-se” (saber sobre essa doença nele, saber sobre si mesmo, sobre suas questões, seus desejos, seus medos, sobre seus limites e possibilidades), diminui significativamente a possibilidade de o outro, que procura o cuidado, usufruir dos benefícios que o meu saber técnico potencialmente poderia lhe oferecer. Porque sem a possibilidade de dialogar, sem a possibilidade de colocar a doença no lugar que lhe interessa (geralmente a que menos atrapalhe seus múltiplos planos de produzir o viver), o usuário termina por fazer opções unilaterais – como unilateral é o agir do profissional – não necessariamente tirando o melhor proveito de várias opções que poderiam ter sido construídas.

Fica então um desafio: como lidar com tudo isso, sem jogar a criança com a água do banho, de modo que o saber sobre a repetição aumente minhas possibilidades como cuidador de operar com a diferença e não com a sua anulação. Na saúde mental, ou melhor, no agir psiquiátrico, já sabemos historicamente a consequência: a clausura manicomial dos diagnosticados como doentes mentais. O fim da construção de novos sentidos para o seu viver. Biopoder a todo vapor.

Porém, vale caminhar mais ainda em relação a isso que já apontamos. Vale ir para situações em que possamos usufruir das analogias que vimos apontando até agora, e que nos remetem a outros lugares, como por exemplo: a do tisiologista que se viu diante do trabalho vivo em ato na produção do cuidado e aí compreendeu um pouco mais sobre o fracasso terapêutico na tuberculose. Ou a do profissional de saúde que se interroga a respeito de seus juízos de valor ao ver seu companheiro hipertenso, infeliz e rebelde diante das prescrições, produzindo outros arranjos, transgressores, para organizar a vida - apesar de tudo saber a respeito da doença e do modo de viver supostamente produtor de doença. Ou, a história do avião que era controlado tão plenamente pelos computadores que, diante da necessidade de uma gotícula de trabalho vivo em ato dos pilotos, caiu.

Olhando a produção do cuidado sob a tensão repetição e diferença: o afetar do encontro intercessor na micropolítica do trabalho vivo em ato

Como produzir diferença na repetição, como recolher movimentos indiciários na produção do cuidado: o detalhe que produz a diferença na repetição e na produção do ato de cuidar.

Reunião de supervisão, equipe toda presente, conversando sobre casos difíceis. A reunião é interrompida pela mãe de Maria, uma paciente psicótica de 36 anos, grávida de seu terceiro filho.

(...) eu não aguento mais vir aqui toda a semana e falar a mesma coisa, ela não tem jeito, ela devia morrer, porque vocês não a deixam morrer (...) eu não suporto viver mais com ela, não aguento mais vir aqui e ela continuar do mesmo jeito (...) arrumar quem cuide dos filhos que ela não para de parir (...)!

Discurso volumoso, fechado e intenso, da mãe de Maria e de parte da equipe que usa essa fala para reafirmar o discurso do saber já constituído sobre o outro, do saber moral e científico. “(...) Trata-se de mais um caso crônico, sem solução. O caso de Maria pede um tratamento intensivo. (...) Como tratar de Maria se sua mãe não é parceira no tratamento, se ela recusa-se terminantemente em aceitá-la?”

Cada membro da equipe ocupa-se em colocar na roda o seu entendimento sobre o caso. Não há lugar, pelo menos nesse momento, para reconhecer o que diz a mãe de Maria sobre o duro ofício de cuidar de sua filha. Tampouco de perceber que é na repetição semanal dessa mãe, em sua ida ao serviço, que ela encontrou e encontra a possibilidade de

produzir outro lugar, durante esses anos, de não abandono de Maria, ao contrário do que ela insiste em afirmar. É na sustentação do seu discurso repetido semana após semana que assim leva Maria ao serviço e vem cuidando dela há 36 anos. A equipe paralisa-se diante da dramaticidade da situação e vê na repetição apenas a constatação daquilo que já foi prescrito, previsto, da crônica de uma morte anunciada que está por vir.

Reconhecer que nessa repetição constroem-se diferenças, e por isso mesmo outras possibilidades de construção de planos de cuidados, requer da equipe, de seus profissionais, apostar que no encontro de quem cuida com quem demanda o cuidado, na micropolítica do trabalho vivo em ato, é preciso abrir espaços para olhar a produção de novos acontecimentos. (MERHY, 2002)

É possível produzir diferença naquilo que se repete, assim como diz o poeta: repetir, repetir, repetir, até fazer diferente! O encontro que produz cuidado deve ser sustentado por uma aposta de que é possível produzir diferença, mesmo ali onde, em princípio, nada movimentasse. Talvez resida aí um desafio para todos dessa equipe, qual seja: a necessidade de recolher movimentos ainda não observados, a-significantes, gestos indiciários, falas ainda inaudíveis, atos ainda não perceptíveis dessa mãe, dessa filha, nessa família. (DELEUZE; GUATTARI, 1995)

No entanto, para vê-los, é preciso deixar-se afetar pelo corpo vibrátil e não somente pelo olho retina, aquele que olha para o lugar onde previamente as coisas já estão prescritas e descritas antecipadamente. Na experimentação do corpo vibrátil, a dupla, significante-significado, dá lugar a outras experimentações, desestabilizando conhecidas representações tais como: “família resistente ao tratamento”, “paciente crônico”, “não há nada a ser feito”, entre outras. Representações que muitas vezes produzem

zonas de conforto e de desresponsabilização sobre a produção do cuidado. Afinal, é o outro que resiste, é a família que não quer, e eu não tenho nada a ver com isso! É importante reconhecer que no encontro que produz cuidado é necessário desestabilizar toda a certeza sobre o outro e sobre os acontecimentos decorrentes desse encontro. Certeza essa que muitas vezes faz com que o profissional vá para o encontro já sabedor do que irá encontrar, não abrindo espaço para que o outro diga, ele mesmo, do jeito que lhe é possível, de suas ações. Somente o outro é que abrirá espaço para percorrer esse caminho, para indicar os seus movimentos, dar pistas sobre os acontecimentos que contam na sua vida. (MERHY; FRANCO, 2007)

A repetição não pode se vista como um *déjà vu*, como uma generalização. É importante criar zonas de visibilidade para as linhas de fuga em permanente construção, para dar visibilidade às múltiplas estratégias de sobrevivência em ação, por mais estranhas e diferentes que sejam. Essa experimentação permite reconhecer que é na afirmação radical da *resistência* da mãe de Maria que se sustenta a estabilização, durante todos esses anos, da frágil produção de cuidado de sua filha. É no reconhecimento inequívoco de que há nessa fala contundente um saber sobre sua dor, sobre seu existir e sobre o seu cuidado com a filha que novas linhas de fuga podem ser produzidas. Linhas de fugas que agenciem e garantam outra sustentação para a permanência de Maria em tratamento. Acolher essa fala como um saber sobre sua difícil arte de existir e não como uma negação de possibilidades é fundamental para que novas pontes de cuidado possam ser construídas nessa história. Saber esse que diz da absoluta falta de saber do profissional diante dessa história, sendo que para compor e agir com ela somente por meio do reconhecimento de que diante dela nada se sabe, mas se quer saber. Essa posição possibilita a construção de ofertas antes não pensadas,

novas leituras no processo de produção mútua do cuidado entre o cuidador e aquele que demanda o cuidado. (DELEUZE; GUATTARI, 1995; MERHY, 1997)

A equipe, ao movimentar-se para encontrar um plano de conexão entre as falas ruidosas da mãe, de seus profissionais e a fala silenciosa de Maria, abre-se para outras formas de olhar essas vidas. De pensar outro agir, de mobilizar afecções, experimentações desse acontecimento que criam desvios e, por isso mesmo, outras possibilidades de construir planos de cuidado antes impensáveis. Atos menores da equipe que, como nos diria Deleuze, têm como efeito recuperar a possibilidade de reinvenção de todos e de cada um. Atos que agenciam uma rede de apoio e de cuidado a essa família ao produzir novas implicações com outras formas de tratar, ao reconhecer a produção de diferenças na repetição.

O campo do cuidado como o campo das afetações mútuas e da possibilidade de incluir a diferença na produção do encontro

Retomando nossas considerações iniciais a respeito da produção do cuidado em saúde, relembramos que ela diz respeito a todos os seres humanos – o modelo médico-hegemônico é que desvaloriza e deslegitima os outros saberes sobre saúde, os que não tomem o corpo biológico como objeto e os que não se baseiem em conhecimentos ditos científicos sobre o tema.

Ora, o território das ações cuidadoras é de domínio não somente de todos os tipos de trabalhadores que atuam na área da saúde, mas inclusive dos usuários e de suas famílias. Assim, produzir atos de saúde cuidadores é tarefa a ser compartilhada por todos os trabalhadores. Todos podem acolher, escutar, interessar-se, contribuir para a construção

de relações de confiança e conforto. E como cada qual faz esse movimento desde um determinado ponto de vista, mobilizando sabedoria e saberes específicos adquiridos a partir de vivências concretas, o compartilhamento desses olhares certamente amplia e enriquece as possibilidades de compreender e comunicar-se com os usuários.

Logo, considerando que a construção de relações se dá em ato e nas circunstâncias específicas de cada encontro, não há, *a priori*, uma hierarquia na capacidade de estabelecer um bom contato, identificar um problema ou imaginar possibilidades para o seu enfrentamento. Aliás, em geral, de acordo com as circunstâncias específicas de cada encontro, são diferentes os agenciamentos e são diferentes membros da equipe de saúde que cumprem um papel mais ativo. E isso pode variar a cada momento – porque todos somos muitos e cada encontro nos afeta de modo diferente.

Ampliar o olhar e a escuta, possibilitar que a complexidade da vida dos usuários invada a maneira de os trabalhadores compreenderem os sofrimentos da vida para além do processo saúde-doença, como um processo de produção de vida, implica também colocar o usuário em outro lugar, em outra posição: a de agente ativo na produção de sua saúde e no encontro com os trabalhadores de saúde. Bem diferente do lugar em que hegemonicamente coloca-se o usuário, objeto das ações de saúde.

Para começar, há que se refletir sobre a definição/ identificação do que sejam necessidades de saúde. O olhar cientificamente armado, tanto pela clínica como pela epidemiologia, tendem a definir tecnicamente o que são as necessidades de saúde legítimas, prioritárias, que devem ser objeto de ação dos serviços de saúde. As necessidades sentidas pelos usuários são, então, *a priori*, julgadas e catalogadas como adequadas ou não ao tipo de

serviço que se oferece. Assim é que os usuários “precisam ser educados” para “entender” onde será a porta certa para apresentarem suas queixas, independentemente de quais sejam as respostas disponíveis e as que ele imagine necessitar...

E é no território das ações cuidadoras que a negociação pode acontecer. A partir das mútuas afetações. Espaço que pertence aos usuários e a todos os trabalhadores da saúde. Configurado a partir do trabalho vivo em ato e da articulação de saberes que pertencem à molecularidade do mundo da vida e não estão aprisionados pela razão instrumental da clínica. É nesse território que se produzem os encontros e a possibilidade de uma construção negociada afetivamente, interessadamente, pois aí é que se faz valer a autonomia dos usuários e que se torna possível fabricar o trabalho da equipe de saúde. Por isso, o cuidado (e não a clínica) é a alma dos serviços de saúde e a estratégia radical para defesa da vida. A clínica é o território das tecnologias leve-duras – pertence aos trabalhadores (e a certos trabalhadores mais que a outros) – portanto, uma negociação em seu território pressupõe subordinação de uns (desprovidos do saber) por outros (detentores do saber e da única verdade cientificamente admissível). No território das tecnologias leves, os saberes estruturados acerca do corpo de órgãos podem ser apresentados como oferta e não como imposição de um estilo de vida ou de única explicação válida para os desconfortos e sofrimentos. Podem ser ferramenta para lidar com a diferença na produção da vida e não como uma carapaça que nos aprisiona na repetição.

Referências

DELEUZE, G; GUATTARI, F. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**, v. 1. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995.

_____. **KAFKA. POR uma literatura menor**. Porto: Assírio & Alvim, 2003.

DONNANGELO, M.C.F. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde**. São Paulo: Nova Fronteira, 1975.

LOUZÃ NETO, Mario Rodrigues. **Revista Viver Mente & Cérebro**, Duetto, Setembro, 2004, São Paulo, s/n.

MERHY, Emerson Elias. Em Busca do Tempo Perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY; ONOCKO (orgs.). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 71-112.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. **Mapas analíticos: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho**. 2007. Disponível em: <http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/textos/mapas_analiticos.pdf>. Acesso em: 13 jan 2015.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. **Atenção Domiciliar: medicalização e substitutividade**. Artigo produto da pesquisa nacional sobre Atenção Domiciliar realizada no âmbito da Linha de Pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde da Clínica Médica da UFRJ, publicado como subsídio para Seminário Internacional realizado em abril de 2007 na UFRJ. Disponível em: <<http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencaodomiciliar/textos/>>

ad-medicalizacao_e_substitutividade.pdf>. Acesso em: 1/12/2009.

_____. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (Org). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. Bahia: Editora UFS, 2009. p. 29-56.

PARNET, C. O abecedário de Gilles Deleuze. In: **SITE Dossiê Deleuze**. 2010.

SAÚDE E DIREITOS HUMANOS: POR QUE NÃO PODEMOS TER SAÚDE SEM O RESPEITO AOS DIREITOS HUMANOS

Angelo Stefanini

O conceito de “Direitos Humanos”, na sua concepção oficial, vem com a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 e subsequentes pactos e tratados internacionais. Representa provavelmente a mais importante herança que recebemos do pensamento clássico e contemporâneo. Nenhum outro termo na história humana recente tem tido tanto privilégio de ter sobre si a carga do destino dos homens. Qual pode ser, perguntava-se Jonathan Mann – fundador do Programa Global das Nações Unidas para o controle da AIDS e criador da revista “Health and Human Rights” – a real aplicabilidade ou utilidade, o “valor agregado”, ou até a necessidade de incorporar a perspectiva dos direitos humanos na prática de um profissional da saúde? (MANN et al., 1994). Considerando os conteúdos do percurso de formação dos médicos e dos profissionais da saúde na Itália, evidentemente essa utilidade parece não existir. Não apenas o discurso dos direitos humanos, mas até a ética médica parece não ocupar um espaço significativo no currículo do curso de graduação em medicina. Porém,

tanto a saúde quanto os direitos humanos são potentes e modernos critérios para definir e promover o bem-estar do ser humano.

Neste capítulo são discutidas a afinidade e a complementaridade desses dois mundos, somente na aparência distantes entre si, e a necessidade de utilizar o discurso dos direitos humanos como base de partida imprescindível para promover a saúde humana. Depois de descrever as razões pelas quais a promoção da saúde e dos direitos humanos são absolutamente inseparáveis, é utilizado o exemplo da violação do direito à não discriminação para mostrar a implicação deles para a saúde. Depois de descrito o papel dos profissionais da saúde e dos governos, e colocada provocatoriamente em discussão a própria existência de um direito à saúde, o capítulo conclui-se com algumas recomendações práticas.

O que os direitos humanos têm a ver com a saúde?

O mundo da saúde, feito por médicos e trabalhadores da saúde – mas não somente eles – e o dos direitos humanos, com o corpo de legislações internacionais que o acompanha, foram mantidos separados pelo menos até o final dos anos 1940. É a partir deste período que a fundação do pensamento e da prática dos direitos humanos alarga gradualmente a sua linguagem, do âmbito da disciplina de direito para um lugar de maior envolvimento social e participação nas lutas pelos direitos civis. Trilha um novo caminho, dessa maneira, a consciência de que outros atores não relacionados ao Estado, como as grandes sociedades multinacionais, podem potentemente influenciar a capacidade de realizar os direitos humanos, incluindo o direito à saúde. É, todavia, sobretudo a epidemia de HIV-AIDS nos anos 1980, com a onda de discriminação,

estigmatização e desigualdade em escala global que ela traz ao evidenciar a verdadeira natureza das relações (por nada antagonistas nem neutras, ao contrário, sinérgicas) que existe relação entre saúde e direitos humanos.

A associação tardia destes dois conceitos é provavelmente devida às diferentes perspectivas filosóficas, vocabulário, experiência profissional, papéis sociais e métodos de trabalho dos médicos e ativistas dos direitos. No entanto,

[...] quando se considera o grau em que os médicos são susceptíveis a serem expostos a situações que envolvem o abuso dos direitos humanos, parece estranho que a literatura sobre este assunto dedique tão pouca atenção aos princípios de ética médica que regulam sua conduta profissional. É ainda mais estranho que a literatura de ética médica raramente mencione os direitos humanos, exceto como uma questão marginal, como se os direitos humanos fossem uma entidade separada que tem apenas uma associação remota e indistinta com a prática médica. (COMMONWEALTH MEDICAL ASSOCIATION, 2001)

A mesma definição de saúde, contida na Constituição da Organização Mundial da Saúde adotada em 1946¹, e o artigo 25, parágrafo 1, da Declaração Universal dos Direitos Humanos² facilitam a aproximação dos dois mundos. Ambas

¹ “A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doenças.”

² “Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de garantir a saúde e bem-estar de si mesmo e de sua família, com prioridade à alimentação, vestuário, habitação e assistência médica e de serviços sociais necessários; tem direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou em outros casos de perda dos meios de subsistência por circunstâncias independentes de sua vontade.”

as declarações, de fato, trazem importantes implicações conceituais e práticas quando demonstram como todos os direitos, mesmo aqueles não explicitamente ligados à saúde, constituem elementos integrantes e indivisíveis para alcançar o mais alto nível de saúde possível. Confirmam ainda que o direito à saúde é indissociável de outros direitos humanos, sejam eles civis e políticos, sociais, econômicos ou culturais.

O respeito pela dignidade humana é, de fato, um elemento essencial da saúde e do bem-estar de todos. A reincidência do desrespeito à dignidade humana, como ocorre em situações de negação dos direitos fundamentais, a exemplo do direito a mover-se sobre seu próprio território (STEFANINI; ZIV, 2004), a um emprego, a uma renda mínima de subsistência, pode minar o senso de autoestima e de controle do indivíduo sobre sua própria vida, com efeitos psicobiológicos danosos à saúde. Em situações clínicas, a falta de respeito à dignidade humana estigmatiza pessoas com diversas condições como o HIV/AIDS ou a deficiência física e mental, negando o acesso dessas pessoas a tratamentos apropriados e/ou lhes sujeitando a intervenções clínicas inapropriadas e às vezes perigosas, ou a longos períodos de institucionalização sem necessidade.

Mann et al. (1994) sugerem analisar a relação entre saúde e direitos humanos partindo de três considerações ligadas entre si e com evidentes implicações práticas. A primeira diz respeito ao impacto que ações de saúde pública como coleta de dados, análise das prioridades, prestação de serviços e execução de intervenções podem ter sobre os direitos humanos. A segunda refere-se ao impacto sobre a saúde devido à violação de direitos humanos, não somente em situações óbvias como a tortura, condições desumanas de detenção, execuções sumárias ou “desaparecimentos”, mas também em decorrência

da ausência de uma informação adequada, por exemplo, sobre os efeitos do fumo, o abuso de álcool ou fármacos, sobre a periculosidade de substâncias tóxicas presentes no ambiente, sobre a importância da contracepção ou o sobre o uso do preservativo para prevenir infecções graves e fatais como a AIDS. Por fim, Mann destaca a importância dos determinantes “distais” da saúde, ou seja, dos pressupostos indispensáveis à realização da saúde, entre eles, primeiramente, o gozo dos direitos econômicos, sociais e culturais. Como diz a carta de Ottawa pela Promoção da Saúde de 1986 “são condições e recursos fundamentais para a saúde a paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade.” (WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986)

Determinantes da saúde, desigualdades e direitos humanos

Já é do conhecimento geral que o aumento das desigualdades de renda e a conseqüente redução da coesão social são diretamente associados a uma substancial piora do estado de saúde e da esperança de vida. É importante, todavia, recordar que as nações mais ricas não são necessariamente as mais saudáveis, sendo unicamente o PIB (Produto Interno Bruto) um indicador muito ilusório da qualidade de vida. O que importa, à parte a necessidade de um nível mínimo de riqueza, é como essa riqueza é distribuída. (WILKINSON; PICKETT, 2009)

Esta observação nos leva a considerar: (1) como a qualidade da vida social constitui um dos mais potentes determinantes de saúde; e (2) como esta última é estreitamente dependente da distribuição de renda e das condições de justiça social e de direitos humanos.

Estagnação econômica e pobreza em um contexto de desordens políticas, conflitos étnicos e políticas sociais ambíguas representam as principais causas de degradação que levam à emergência de doenças e problemas psicossociais, resultando na deterioração da qualidade de vida da comunidade.

A persistência das desigualdades vivida na prática cotidiana coloca fortemente em pauta o discurso dos direitos humanos e a violação deles, decorrente da condição de pobreza, origem étnica, cor da pele, diferenças de gênero, com consequentes impactos na saúde. É nesse contexto que direitos humanos, equidade e saúde tornaram-se temas centrais de norte a sul do planeta, quando fazem referência aos valores que se referem à vida e à morte, à igualdade social, à dignidade e integridade da pessoa. É importante então questionar as relações recíprocas entre saúde e direitos humanos na perspectiva de que estes não são somente complementares, mas fundamentalmente ligados um ao outro.

O aspecto apaixonante da linguagem dos direitos humanos é que se revela capaz de denunciar a imoralidade e a barbárie da face moderna do poder. Tal linguagem não é suficientemente valorizada se não for considerado, com preocupação, o sofrimento que a violação desses direitos carrega consigo. Pobreza, guerra, degradação ambiental, os efeitos deletérios da globalização, discriminação, doença, analfabetismo e exploração do trabalho são somente algumas das ameaças ao nosso direito de seres humanos de viver em segurança e em dignidade. Um exemplo de como a falta de respeito aos direitos humanos pode repercutir sobre a saúde vem do direito à *não discriminação*.

Discriminação e saúde

A discriminação³ tem consequências diretas sobre a maneira como mede-se os níveis e a distribuição das taxas de morbidade e mortalidade. A própria carga de doenças discrimina, pois não se distribui ao acaso, mas de maneira desigual na população. Como diz Paul Farmer, parafraseando o princípio central da teologia da libertação, a doença faz continuamente e com terrível coerência a escolha preferencial pelos pobres. (FARMER, 2003) A tuberculose, por exemplo, atinge sobretudo as comunidades marginalizadas; a AIDS incide sobre a parte mais vulnerável da população, os mais pobres e, sobretudo, as mulheres. Discriminação e pobreza reforçam-se mutuamente, resultando em uma capacidade desigual de acesso à informação, de compreensão dos riscos aos quais se está exposto, de adquirir a capacidade e a liberdade seja para reduzir esses riscos, seja para fazer uso dos serviços preventivos e curativos. A doença encontra terreno fértil nas comunidades e nas pessoas que vivem marginalizadas e ignoradas pela sociedade, portanto, nunca contadas, confundidas nas médias usadas por economistas e programadores. “As médias são covardes” denunciava Don Lorenzo Milani, referindo-se às estatísticas sobre entrega de casas na periferia de Florença, “porque misturam o mais rico dos ricos com o mais pobre dos pobres como se fossem iguais.” (MILANI, 1958) Intervir de maneira positiva sobre a saúde e os direitos humanos implica reconhecer que na sociedade alguns estão em risco de adoecer muito superior

³ “O processo pelo qual um membro ou membros de um grupo socialmente definido é ou são tratados de modo diferente (particularmente no sentido de injustiça) devido ao seu pertencimento àquele grupo. Este tratamento injusto surge a partir das crenças socialmente enraizadas que cada grupo tem pelo outro e dos tipos de dominação e opressão, o que é entendido como expressão de uma luta por poder e privilégio”. (KRIEGER, 2001, p. 693-700)

a outros. Desagregar as médias, procurar as diferenças e mensurá-las, identificar quem pertence à faixa mais desfavorecida, protegendo ao mesmo tempo a *privacy* e a dignidade das pessoas, constituem o início de ações em favor da saúde e dos direitos.

A discriminação também afeta os estilos de vida. A maneira como se distribuem os comportamentos individuais em relação à saúde, como o hábito de fumar ou o consumo de *junk food* no interior de uma população e em nível global, demonstra como a indústria conhece bem quais são as faixas mais frágeis e vulneráveis nas quais deve concentrar suas estratégias de marketing, ou seja, aquelas com menor acesso à informação e à instrução, cuja capacidade de escolher e decidir de maneira informada sobre questões que dizem respeito a sua própria saúde é fortemente limitada por pressões econômicas e sociais. A diferença das drogas ilegais é que essas práticas não são reguladas por leis internacionais, mas sim, no melhor dos casos, por códigos de conduta e de autorregulamentação constantemente violados.

As desigualdades na saúde podem ser exacerbadas também pela discriminação que ocorre dentro do sistema de saúde. Pensemos, por exemplo, nos imigrantes que não podem ser assistidos e curados porque têm medo de ter que revelar a própria condição de irregularidade e falta de permissão de estadia. Pensemos também naqueles que em decorrência de sua identidade sexual ou de seus comportamentos comumente considerados contrários às normas sociais e culturais prevalentes são privados do tratamento concedido aos demais indivíduos. Pensemos além delas, nas pessoas com deficiência física ou psíquica que recebem assistência de baixa qualidade sem que suas reivindicações sejam escutadas.

A discriminação pode estar ainda na base de programas e políticas de desenvolvimento mal concebidas, com um impacto direto ou indireto sobre a saúde. Pensemos nos projetos infraestruturais (como barragens) que requerem a evacuação de populações inteiras sem prestar atenção suficiente ao novo contexto em que essas famílias deverão inserir-se, ou no impacto ambiental produzido na área da intervenção, por exemplo, com a difusão de novas doenças como malária e esquistossomose.

A discriminação nos confrontos de minorias étnicas e religiosas, assim como as sexuais (de gênero), contra as diversas opiniões políticas e contra os imigrantes, comprometem a saúde e o bem-estar e, frequentemente, até a vida de milhões de pessoas. As práticas discriminatórias denigrem a saúde mental e física e negam às pessoas o acesso à assistência à saúde ou aos tratamentos mais apropriados ou as relegam a uma assistência de qualidade inferior. Nas formas mais extremas de discriminação, como a “limpeza étnica” e o genocídio, a degradação da humanidade tem tido consequências devastadoras.

O impacto da discriminação sobre a saúde, seja essa perpetrada, perdoada ou tolerada por um governo, não é mais do que um aspecto, talvez o mais visível, do impacto que pode haver sobre a saúde quando da falta de respeito aos direitos humanos. Existem, todavia, outros modos mais sutis em que saúde e direitos humanos interagem. Por exemplo, é um fato reconhecido que o nível de instrução da mãe representa um dos determinantes mais potentes da saúde e da sobrevivência dos filhos. No entanto, persiste uma profunda desigualdade entre meninos e meninas na oportunidade de ir à escola. Assegurar o direito à instrução, sobretudo das crianças, significa promover a saúde e o futuro de toda a população.

Papel dos profissionais de saúde

Muito frequentemente, médicos, enfermeiros e outros trabalhadores da saúde encontram-se em circunstâncias extremas que lhes colocam em risco de violação dos direitos humanos fundamentais. A participação desses em torturas, punições corporais ou execuções capitais, abuso de diagnósticos psiquiátricos ou intervenções terapêuticas para punir ou controlar dissidentes políticos faz emergir o duplo vínculo de lealdade que o profissional encarna, com o paciente e com o Estado. (SPADA, 2010) O médico do presídio que usa fármacos antipsicóticos para controlar um prisioneiro não doente mental, a fim de proteger a segurança institucional, ou que não registra no prontuário os sinais e sintomas de abusos físicos ou mentais, ou ainda, o médico do pronto-socorro que denuncia à polícia um paciente imigrante irregular ao invés de admiti-lo no hospital, são exemplos infelizmente não raros.

O comportamento passivo do profissional nos confrontos de interesses do Estado é ainda mais frequente. Um enfermeiro ou um médico que, única testemunha independente de abusos em uma instituição fechada, que não se pronuncia sobre o que vê, privilegia a proteção do Estado sobre os seus deveres para com a pessoa que está sob seus cuidados. O profissional que subordina juízos ou intervenções médicas a serviço de um sistema discriminatório, por exemplo, fornecendo serviços de saúde que discriminam com base na origem étnica, escolhe servir ao Estado e não ao paciente. Também na prática clínica cotidiana, médicos e enfermeiros negam assistência a indivíduos por razões (como, por exemplo, o imigrante irregular ou o usuário de drogas ilegais) que violam os direitos humanos daquelas pessoas.

Infelizmente, nesses casos os códigos de conduta profissional não ajudam muito, sendo que, para além das afirmações teóricas sobre obrigações em relação ao paciente, esses profissionais levam em consideração fortíssimas e geralmente conflituosas pressões que a profissão sofre, as quais tendem a subordinar os interesses do paciente. Uma máxima geral para um comportamento correto poderia ser que nenhum profissional de saúde pode subordinar o interesse da pessoa que está sob seus cuidados aos pedidos do Estado, pois fazendo desta maneira viola os direitos humanos do paciente.

A responsabilidade dos governos

“Antes dos direitos humanos vem o altruísmo. Depois dos direitos humanos vem o altruísmo, a preocupação desinteressada pelo bem-estar dos outros.” (TARANTOLA, 2000) Altruísmo e direitos humanos são duas coisas bem diferentes. Se por um lado o altruísmo representa uma motivação central que está na base da prática da saúde pública, por outro lado, os direitos humanos fornecem um quadro internacionalmente partilhado, o qual coloca a responsabilidade dos governos nos confrontos da saúde e do bem-estar dos cidadãos. Para identificar quais são essas responsabilidades é útil adotar a abordagem da OMS (Organização Mundial da Saúde), que sugere integrar saúde e direitos humanos através do reconhecimento de três conjuntos de obrigações que os governos e o sistema das Nações Unidas têm a respeito dos direitos humanos e, em particular, no que diz respeito à saúde (TOEBES, 1999):

- Os governos têm a obrigação de *respeitar* os direitos humanos. Isto implica no fato de que os governos devem abster-se de interferir direta ou indiretamente na realização dos direitos humanos. Na prática, nenhuma prática,

política ou programa de saúde, ou medida legal deveria violar os direitos humanos. Os serviços de saúde deveriam ser assegurados a toda a população sobre uma base de igualdade e ausência de discriminação, com particular atenção aos grupos mais vulneráveis e marginalizados. Os casos de maus tratos ou de omissão de socorro médico nos centros de detenção, tanto militares (Guantánamo, Abu Ghraib) quanto civis (Centro de Identificação e Expulsão para Imigrantes, as prisões), que cada vez mais afloram ao nosso conhecimento, não podem deixar de questionar também fortemente os profissionais de saúde e seu papel nesse âmbito. (OSSERVATORIO ITALIANO SULLA SALUTE GLOBALE. SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA DELLE MIGRAZIONI, 2005)

- Os governos têm obrigação de *proteger* os direitos humanos. Isso significa que os governos devem adotar medidas que impeçam entidades de terceiros de interferir nos direitos humanos. A este objetivo os governos deveriam acrescentar a própria capacidade de avaliar o impacto que os atores privados, em nível nacional e internacional, têm sobre a saúde dos cidadãos, e tomar as medidas cabíveis. Tudo isso considera importantes instituições, de saúde e outras, que têm um profundo impacto sobre a saúde, como os produtores de serviços, as companhias de seguros na área da saúde, a indústria, em particular a farmacêutica, a do tabaco ou aquelas altamente poluidoras, e os atores globais como o Banco Mundial (HAMMONDS; GORIK, 2004), o Fundo Monetário Internacional (FMI) e a Organização Mundial do Comércio - OMC (WTO – World Trade Organization). (UNITED NATIONS COMMISSION ON HUMAN RIGHTS, 2000; OFFICE OF THE HIGH COMMISSIONER FOR HUMAN RIGHTS, 2003)

- Os governos têm a obrigação de *realizar e colocar em prática* os direitos humanos. Isso significa que o Estado deve adotar apropriadas medidas legais, administrativas,

fiscais, orçamentárias, judiciais, promocionais e de todo tipo para a completa execução dos direitos humanos. Os governos então deveriam ser apoiados em seus esforços de implementar essas medidas e monitorar seus impactos, com uma atenção imediata aos grupos vulneráveis e marginalizados. Constitui um exemplo dessa medida, a adoção de fórmulas alocativas que permitam distribuir os recursos disponíveis de maneira mais equânime, ou seja, mais responsiva às necessidades daqueles que efetivamente mais precisam de saúde e de assistência na população.

Embora a Declaração Universal dos Direitos Humanos constitua uma enunciação de valores sem efetiva validade jurídica é, todavia, importante lembrar que o Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos (PIDCP) e o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos Sociais e Culturais (PIDESC), firmados em 1966 e colocados em vigor em 1976, vinculam legalmente os Estados signatários a respeitar e realizar na prática seus conteúdos. O artigo 12, parágrafo 2 do PIDESC vai mais longe, afirmando que

(...) as medidas que os Estados devem tomar para alcançar a plena realização [do direito à saúde] deveriam incluir aquelas necessárias a:

- Implementar o que for essencial a redução da mortalidade perinatal e infantil e ao desenvolvimento saudável das crianças;
- A melhoria de todos os aspectos da higiene industrial e ambiental;
- A prevenção, tratamento e controle das doenças epidêmicas, endêmicas, relacionadas ao trabalho e outras;
- A criação de condições que assegurem serviços e assistência médica para todos em caso de doença.

Colocar a saúde em uma perspectiva de direitos humanos, introduzindo a “linguagem dos direitos humanos”, reposiciona a análise dos problemas como o das desigualdades no acesso aos cuidados, desde o âmbito da qualidade dos serviços até o de problemáticas fundamentais como democracia e justiça social, além de ajudar a definir claramente as diferentes responsabilidades em jogo. O uso de um quadro conceitual baseado nos direitos humanos legítima, então, o pedido das pessoas a seus governos para que prestem conta dos casos em que a saúde dos cidadãos é lesada em decorrência da falta de respeito, proteção ou realização dos direitos humanos consagrados nos dois Pactos.

Existe um “direito à saúde”?

O Secretário Geral das Nações Unidas afirmou: “É minha aspiração que a saúde seja finalmente vista não como uma bênção a se desejar, mas como um direito humano pelo qual lutar.” (ANNAN, 2002) A saúde, todavia, constitui realmente um direito humano e nesse caso, qual é o estado da saúde e dos direitos humanos em uma era de globalização econômica, social, cultural e política? A resposta é bastante simples: estão muito doentes. Mas existe ainda, outra pergunta que se impõe: como podem a saúde e os direitos humanos gozar de boa saúde quando as condições de vida e trabalho da maioria das pessoas que povoam a Terra são postas em risco pelas políticas econômicas que visam ceder o controle das economias nacionais a potentes sociedades transnacionais e às instituições globais de governos nada democráticos, como o Banco Mundial, o FMI e a OMC. Não se trata de demonizar um sistema econômico e comercial por razões ideológicas. O fato incontestável e inaceitável é que, reduzindo seja a saúde, sejam os direitos humanos a uma questão de tratados e acordos internacionais, acabamos

por torná-los negociáveis. É paradoxal e escandaloso, a respeito disso, aceitarmos que instituições globais como a OMC, cujas implicações para a saúde são amplamente conhecidas (WHO, 2002; STEFANINI, 2002), sejam dotadas de um mecanismo disciplinar interno legalmente vinculante a respeito dos estados membros, enquanto somos culpados de ainda não termos transformado a vigilância a respeito dos direitos humanos, incluído o direito à saúde, em uma prática consolidada e capaz de guiar as ações dos Estados.

É legítimo concluir que: “(...) A saúde NÃO é um direito humano, mas uma condição necessária para a vida. Sem a saúde não somos capazes de sobreviver”. A expressão corrente “saúde como direito humano” arrisca cair na armadilha de um excessivo “legalismo”, que termina por atribuir a temas socioculturais, políticos, econômicos e ambientais, todos de importância fundamental, uma pertinência jurídica ao invés de colocá-los em uma esfera política que leve em conta as estruturas de poder, de dinheiro e os mecanismos internacionais de comércio do assim considerado livre mercado. Paradoxalmente, olhando a saúde como um direito humano, a consideramos um bem jurídico que pode ser adquirido com o auxílio de advogados. É bem verdade que fizemos da saúde um bem de consumo, mas isso não significa que ela seja realmente. É verdade que devemos combater batalhas legais para estabelecer quais são as condições de vida e de trabalho que causam danos à saúde, mas isso não significa que a saúde seja uma questão de códigos e princípios jurídicos.

Não podemos então continuar acreditando que a saúde seja um bem que possamos negociar. Essa é uma das condições fundamentais da nossa vida e como tal, não é negociável. A nossa linguagem, todavia, esconde esse fato quando liga automaticamente a saúde ao sistema jurídico dos direitos humanos, abrindo assim a porta à possibilidade

de negociar sobre os graus e níveis de saúde de acordo com aqueles que brigam para reivindicá-la, inclusive, em termos legais. O resultado final deste perverso raciocínio é a aceitação da inevitabilidade de muitas desigualdades em saúde, quase como se fossem indispensáveis para a vida humana. O que é essencial, ao contrário, é que os humanos desenvolvam modos diversos de ser e de viver em um estado de bem-estar. “Não podemos todavia aceitar que pessoas e populações diversas sofram de níveis de doença e de mortalidade diferentes somente porque outros, por exemplo, envenenam seu meio-ambiente ou se apropriam de seus recursos.” (WENZEL, 1998, internet)

Conclusão

Exemplos de ações concretas que promovem a saúde através dos direitos humanos são resumidos na tabela 1. (GRUSKIN; FERGUSON, 2009)

Tabela 1

Ações que melhoram a saúde através da promoção dos direitos humanos

- | |
|--|
| · Levantar em consideração o contexto jurídico e político no qual atua a intervenção. |
| · Apoiar a participação dos grupos interessados, sobretudo os particularmente vulneráveis, em todas as intervenções que lhes dizem respeito. |
| · Trabalhar para que não existam discriminações no uso dos serviços, nem nos resultados em termos de saúde, nos diversos grupos de populações. |

- | |
|--|
| · Utilizar o parâmetro dos direitos humanos no fornecimento de serviços, em particular, no que diz respeito aos critérios de acessibilidade, aceitabilidade e qualidade. |
| · Assegurar transparência e a obrigação de prestar contas seja da relevância das decisões tomadas, seja do impacto que tiveram. |

Se a saúde das pessoas depende da sua capacidade de desfrutar plenamente de todos os direitos humanos fundamentais, então os trabalhadores da saúde têm obrigação de levar essa questão a sério. E por pelo menos quatro boas razões:

1. Como cidadãos do mundo moderno globalizado, os profissionais da saúde devem ser informados sobre um dos mais dinâmicos, complexos e corajosos movimentos sociais modernos. Afinal, trata-se dos direitos e da dignidade deles mesmos e de seus pacientes.
2. As políticas, os programas e as práticas de saúde podem inadvertidamente violar os direitos humanos.
3. As violações de cada direito humano têm importantes efeitos negativos sobre a saúde de indivíduos e grupos.
4. Promover os direitos humanos hoje é entendido como uma parte essencial dos esforços para promover e proteger a saúde pública. (BOYD; HIGGS; PINCHING, 1997, p.126)

Inserir a saúde no interior de um quadro analítico baseado nos direitos humanos pode ter importantes implicações práticas. O corpo legislativo internacional sobre

direitos humanos⁴ poderia, por exemplo, ser utilizado como guia coerente à análise do estado de saúde dos indivíduos e da comunidade:

[...] na medida em que os direitos humanos são efetivamente realizados, poderia ser utilizado como um indicativo de bem-estar mais abrangente e significativo do que os tradicionais indicadores de saúde. Fazendo contínua referência a este quadro conceitual, os profissionais de saúde seriam forçados a confrontar suas próprias responsabilidades para com os confrontos dos direitos humanos, não somente no momento em que perseguem políticas e programas, mas também contribuindo ativamente de sua posição privilegiada para a melhoria na realização concreta dos direitos humanos dentro da sociedade. Os trabalhadores da saúde há tempos reconhecem as raízes sociais do estado de saúde: uma ligação com os direitos humanos pode ajudá-los a se envolver com modalidades específicas e concretas com toda a gama de pessoas que trabalham para promover e proteger a dignidade e os direitos humanos em cada sociedade. (MANN et al., 1994)

Através do conhecimento das modalidades nas quais as violações dos direitos humanos impactam sobre o estado de saúde e sobre o bem-estar das pessoas, os profissionais de saúde podem melhorar a assistência sanitária que fornecem a seus pacientes. Por exemplo:

⁴ O chamado *International Bill of Human Rights* compreende a Declaração Universal dos Direitos Humanos, o Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos, o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais e o Protocolo Opcional ao Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos.

- Podem utilizar seus conhecimentos diagnósticos para identificar sinais de violência e de tortura, incluindo a violência sexual, mesmo que esses sinais sejam pouco ou nada evidentes aos outros profissionais;

- Investigando o impacto sobre a saúde física e mental provocado pela exclusão social, pela perseguição e pela discriminação, possibilitando assim, ajudar seus pacientes a acessar aos serviços mais apropriados;

- Compreendendo as modalidades de ocorrências em que ser testemunha de violências pode trazer efeitos sobre a saúde física e psíquica, de maneira que possam tratar eficientemente crianças e adultos que vivenciaram situações nesse sentido (violências, torturas ou assassinatos de membros da própria família);

- Falando em nome de seus próprios pacientes, eles podem influenciar as tomadas de decisões, a fim de promover e defender os direitos deles. Para citar alguns casos:

- Podem testemunhar sobre suas experiências em lidar com vítimas de violência, tortura e lesões, como explosões de minas, a fim de apoiar leis ou tratados para banir essas formas de violência ou de armas.
- Colocando à disposição a própria experiência com vítimas de tortura que procuram por asilo político, pode ajudar os juízes a compreender os efeitos da tortura e da violação de outros direitos humanos nas pessoas que pedem asilo.
- Escrevendo cartas aos jornais, artigos e com outras formas de comunicação e difusão podem tanto educar o público a respeito das violações aos direitos humanos, quanto informar as medidas adequadas para acabar com elas.

- Chamando atenção para as violações da neutralidade médica, os profissionais podem, ao mesmo tempo, divulgar os abusos aos direitos humanos e ajudar a preservar a neutralidade e “sacralidade” médica. Por exemplo,

- Podem atrair a atenção da mídia e dos decisores políticos sobre casos em que colegas são submetidos a pressões, são presos ou arriscam sua segurança por prestar assistência a populações marginalizadas ou por falar em público sobre violações aos direitos humanos;
- Documentando casos em que a neutralidade médica é violada por grupos adversários (bombardeios a hospitais, tiroteios em campos de refugiados ou violências contra ambulâncias ou pessoal médico) podem contribuir para proteger pessoas inocentes.

Referências

ANNAN K. Falta o título. In: WORLD HEALTH ORGANIZATION. **25 [Twenty five] questions and answers on health and human rights.** 2002. p.4.

BOYD, K.; HIGGS, R.; PINCHING, A. (orgs.) **The New Dictionary of Medical Ethics.** London: BMJ Publishing, 1997. p. 126.

COMMONWEALTH MEDICAL ASSOCIATION. Medical Ethics and Human Rights. Part 1, London. Ethics, Morals, Rights and Needs. In: THE MEDICAL Profession and Human Rights. London: Zed Books and BMA, 2001. p. 14-42.

FARMER, P. **Pathologies of power.** Berkeley: University of California Press, 2003.

GRUSKIN, S.; FERGUSON, L. Using indicators to determine

the contribution of human rights to public health efforts. **Bulletin of the World Health Organization**, v.87, p. 714-719, 2009.

HAMMONDS, R.; GORIK, O. World Bank policies and the obligation of its members to respect, protect and fulfil the right to health. **Health and Human Rights**, v.8, n.1, p. 27-62, 2004.

KRIEGER, N. A glossary for social epidemiology. **J Epidemiol Community Health**, v. 55, p. 693-700, 2001.

MANN, J. M. et al. Health and Human Rights. **Health and Human Rights: An International Journal**, v.1, n.1, p. 7-23, 1994.

MILANI, L. **Esperienze Pastorali.** Firenze: Fiorentina, 1958.

OFFICE OF THE HIGH COMMISSIONER FOR HUMAN RIGHTS. **Human rights and trade.** Submission to the 5th WTO Ministerial Conference, Cancún, Mexico, 10-14 September, 2003.

OSSERVATORIO ITALIANO SULLA SALUTE GLOBALE; SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA DELLE MIGRAZIONI. **Lettera aperta ai medici e alle professioni sanitarie.** Disponível em: <www.saluteglobale.it>. Acesso em: 26 nov 2014.

SPADA, V. **Medici e tortura. Salute pubblica e diritti umani:** uno studio di caso in Israele e nel territorio palestinese occupato. Tesi di laurea in medicina e chirurgia. Università di Bologna, 2010.

STEFANINI, A. La salute ai tempi della globalizzazione. **Epidemiologia e Prevenzione.** p. 257-259, 2002.

STEFANINI, A.; ZIV, H. Occupied Palestinian Territory: Linking Health to Human Rights. **Health and Human Rights. An International Journal**, v.8, n.1, p. 161-178, 2004.

TARANTOLA, D. **Building on the synergy between health and human rights: a global perspective.** Background document, Working Paper. Geneva: World Health Organization; 2000.

TOEBES, B. **The Right to Health as a Human Right in International Law.** School of Human Rights Research Series, v. 1, INTERSENTIA-HART, 1999.

UNITED NATIONS COMMISSION ON HUMAN RIGHTS. SUB-COMMISSION ON THE PROMOTION AND PROTECTION OF HUMAN RIGHTS. **Intellectual Property Rights and Human Rights.** E/CN.4/Sub.2/2000/7.

WENZEL, E. **Health and human rights in the era of globalization.** Disponível em: <www.ldb.org/sydney98.htm>. Acesso em: 26 nov 2014.

WHO; WTO. **WTO Agreements & Public Health.** Geneva: World Health Organization, World Trade Organization, 2002.

WHO; **The Ottawa Charter for Health Promotion.** Geneva: World Health Organization, 1986.

WILKINSON, R. H.; PICKETT, K. **La misura dell'anima:** Perché le disuguaglianze rendono le società più infelici. Roma: Feltrinelli, 2009.

MULTIDÃO E DIFERENÇA: SAÚDE PÚBLICA E A PRODUÇÃO DO OUTRO COMO DESIGUAL, HOJE

*Emerson Elias Merhy
Erminia Silva*

Façamos das nossas diferenças potências de produção de vidas e não desigualdades

Localizando

Rio de Janeiro, sob o impacto das decisões sobre a Copa do Mundo de 2014 e a Olimpíada de 2016, olhado a partir de um governo estadual que já tinha como projeto fazer uma “reforma” urbana pelo Estado, em geral, e na cidade “maravilhosa”, em particular. Nessa conjunção, vários projetos foram desencadeados, favorecidos por uma relação de financiamento público vindo do crescimento dos “royalties” do petróleo, na conjuntura de valorização do capital pelo posicionamento brasileiro no campo da negociação das “commodities” no mercado mundial e de deslocamento de parte do fundo público federal para apoiar esses processos. O conjunto desses projetos provocou a

ação de distintos grupos sociais, de apoio ou de resistência e oposição. (VAINER, 2013)

Nesse contexto, há quatro anos, grupos de distintas origens institucionais – professores universitários do campo da saúde, profissionais arte-educadores com longa trajetória de trabalho com meninos e meninas que vivem nas ruas da cidade do Rio de Janeiro, artistas de rua, em especial, de circo, trabalhadores da saúde que atuavam junto a moradores da rua, em particular no campo da saúde mental – juntaram-se e criaram um processo chamado “Sinais que vêm da rua.” (MERHY, 2010)

Ideia central desse agrupamento era criar um processo coletivo que pudesse, como um observatório, movimentar-se diante da expressão dos efeitos (manifestações) que se produziam a partir dos grupos alvos da ação repressiva ou controladora do Estado, por estarem poluindo a cidade. Além disso, nesse processo de criação dos “Sinais que vêm da rua” pretendia-se criar uma situação de apoio aos moradores de rua, ou outras formas de “multidões” semelhantes, como migrantes, por exemplo, diante dessas violências de “limpeza do urbano” dos “lixos humanos”, ou mesmo, diante de grupos não assimilados que, como estrangeiros, eram tidos como ameaçadores por sua não civilidade. Esse processo também tinha a intenção de procurar dar visibilidade desses acontecimentos ali no cotidiano da vida deles, no espaço público.

Esse processo do “Sinais” criou vários eventos como, por exemplo, encontro de 300 pessoas numa oficina de trabalho em um Congresso Internacional, no Rio de Janeiro em 2010; ações em praças públicas, como o Largo do Machado, no bairro do Flamengo, com atividades de rádio móvel, novas ofertas de aproximação com os meninos e meninas através das ações dos arte-educadores, que já vinham sendo feitas por várias ONGs que realizavam essas

ações pelas ruas do Rio de Janeiro, há mais de 20 anos, como o grupo “Se Essa Rua Fosse Minha”, parceiro nesse processo¹. Muitos dos que participaram dessa construção realizaram, também, oficinas de trabalho com vários arte-educadores sobre se “A droga existe ou não existe?”; encontros com trabalhadores de saúde dos Consultórios de Rua para troca de experiências e articulação de ações.

Todo esse movimento apoiou-se no coletivo Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde, ao qual estou vinculado. Talvez, de modo bem marcante dentro da possibilidade de compreender o que estava ocorrendo na cidade do Rio de Janeiro, tenha sido minha participação no evento “Rio +20”, em 2012². Ali pude vivenciar parte das disputas pelo tipo de cidades que queremos construir, hoje no mundo, em grandes centros urbanos, tão caros ao capital. (MARICATO, 2013)

Nesse evento, houve cenas que partilho para poder criar uma conversa sobre as questões desse texto.

O “Rio +20” foi um evento que se colocou a partir da agenda nacional do governo federal e que pautou toda uma discussão criada há 20 anos sobre a questão da crise ambiental mundial, realizada no Rio de Janeiro, a “Eco 92”. Havia então, a necessidade de reunir-se novamente e verificar o que aconteceu nesse tempo na construção de uma “Terra Sustentável”, e se os governos e as corporações mundiais tomaram as medidas recomendadas para uma política ambiental favorável à manutenção da vida, sob todas suas formas, no nosso planeta.

No processo de organização desse encontro houve uma disputa mundial pela construção da sua agenda e pela forma de estruturá-lo. Não só os governos e as corporações atuaram, mas vários coletivos e movimentos sociais,

¹ Vide o site: <http://seessarua.org.br/ass_circo_social.php>.

² Site do evento: <<http://www.rio20.gov.br/>>.

criando inclusive um conjunto de atividades paralelas, na medida que a organização oficial não abria espaço para suas incorporações.

Na semana do encontro mundial, essa disputa ficou visível. Enquanto os governos formais de vários países, as agências internacionais, várias corporações empresariais, alguns intelectuais e ONGs se juntaram em um grande evento sediado no Forte de Copacabana, muitos coletivos e movimentos sociais de vários “povos” do mundo fixaram-se, todos dias, no Aterro do Flamengo. Inclusive vários povos indígenas amazônicos, realizando as mais variadas atividades de conversação, culturais etc.

Havia uma tensão interessante. De um lado, diferença produzia desigualdade, criando vigilância e suspeição; do outro, diferença fascinava, enriquecia, andava pelas bordas e conectava-se. O Aterro do Flamengo fervia de vidas em conexão e a ele conectavam-se vários outros lugares da cidade, que serviam de lugar ampliado da sede do evento paralelo. A agenda era mais livre, menos protocolar e talvez menos escamoteada.

Para quem não conhece essas regiões, vale descrever que o Forte de Copacabana situa-se numa das extremidades da Praia de Copacabana. Ele faz parte da história da República em função das revoltas tenentistas dos anos 20 e foi tomado pelo governo como lugar principal para sua organização oficial à época. Ao chegar nesse espaço veria-se uma mega construção, gigantesca, sobre as pedras e as estruturas do Forte de Copacabana, e à medida que se andasse por essa megaestrutura, iria-se desembocar num enorme terraço, que se abria para a visão da “beleza” que é a Baía da Guanabara, como que dizendo por si aos empresários e governantes ali presentes: vejam que produto maravilhoso estamos lhes oferecendo; querem comprar? Isso é uma exibição a céu aberto, um “show room” da cidade mercado: Rio de Janeiro.

Compradores em potencial havia e muitos. Chefes de nação e seus representantes, além de centenas de empresários de grandes corporações capitalistas transnacionais, nacionais e multinacionais, tudo o que pudesse adquirir esse nome.

Ao mesmo tempo, se você andasse pelo aterro ia praticamente sentir-se dentro de uma floresta, entre grupos e barracas. Havia uma infinidade gigantesca de oferta do ponto de vista da multiplicidade dos povos e você teria uma vivência de como a diferença construída pelas nossas produções de vida é absolutamente maravilhosa. Como que andando pelo aterro você iria sentindo-se atingido por uma variada possibilidade de ser, na rica experiência de se produzir modos de vida. Você ficaria alegre de encontrar grupos muito distintos e nenhuma ameaça ou vigilância paranoica. Andando todo dia, ali, eu dava de encontro a todo momento com modos intensivos de produção de si e do outro. Andar pelo Aterro do Flamengo nesse mesmo evento era uma experiência absolutamente fascinante, para mim e todos que estavam nesse movimento-multidão.

Sinais que vêm da rua, multidões/redes vivas e saúde pública

As afecções dessa experiência com o “Sinais” abrem um conjunto de novas questões e discussões que capturaram-me, inclusive pelos tipos de envolvimento que tenho com diferentes movimentos sociais da cidade. Nesses últimos três anos, participando com várias pessoas desse processo que chamamos de “Sinais que vêm da rua”, ficou pra mim evidente como a questão das multidões e da saúde pública vão tecendo-se, costurando-se, expressando-se em nossas experiências.

Na contingência do Rio de Janeiro que trouxe, há um

tempo, a questão da rua de uma maneira intensa, marcada pelo lugar que a cidade ocupa no imaginário sobre o Brasil, em vários lugares do mundo, agregada pela sua presença nos eventos da Copa do Mundo de Futebol de 2014 e da Olimpíada Mundial em 2016, a situação dos sinais da rua vai adquirindo expressões muito específicas no que toca à relação multidão e saúde pública.

Muitas são as cidades que são marcadas pela presença de vários grupos sociais nos espaços públicos, como: praças, calçadas, bares que transitam entre o espaço público e o privado, praias, entre outros. O Rio de Janeiro é uma delas. Aliás, isso quase é uma marca da cidade. Vários movimentos sociais tiveram e têm no espaço público o seu reconhecimento. Lembro com clareza do movimento dos “sem-papéis” na Paris de 2000.

Há um movimento intenso em algumas regiões do Rio que são marcantes em várias épocas. O que dizer da Lapa desde o começo da República, se não o reconhecimento de que é um lugar dessas expressividades do que vai sendo o espaço público no próprio movimento de construção do que é a cidade. Lapa de ontem, não é a Lapa de hoje, mas a marca de ocupação por multidões está ali, ocorrendo.

Esses são os sinais que nos interessavam, o modo como o espaço público estava sendo produzido/ocupado e por quem? Que inquietudes isso gerava e a quem incomodavam? Que tipo de movimentação havia nisso, que tipos de disputas pelo que seria o público a ser ocupado de modo privado? Que privado era esse? Pois nem sempre isso expressa-se na ordem do mercado, seja na ordem do interesse particular de um grupo ou agrupamento específico sem conotação de ser lugar de apropriação definitiva. Só um uso passageiro e ligeiro, por um tempo, para uma certa finalidade não comercial, por exemplo. Pode ser um uso privado de um público por uma fração e depois

abandonado, pode ser um público tenso por ser usado por uns que admitem que aí haja outros. O mesmo lugar é um não lugar. É aparelho, roda e praça. (MERHY, 2006)

Impossível ver tudo isso em acontecimento, pois não havia essa visibilidade objetiva, mas o meu olhar, por tudo que já pontuei, era armado e esses meus interesses não vinham de qualquer lugar, permitindo-me um modo de olhar e ver alguns sinais e não outros. Observava uma disputa pela rua por parte de vários indivíduos e coletivos à semelhança da que se evidenciou no caso da “Rio+20”, marcada por outros componentes que me mobilizavam.

A disputa pelo uso da rua como lugar de viver e morar já era muito longa, porém agora adquiria uma evidência significativa, em um momento bem anterior aos acontecimentos de 2013. (VAINER, 2013)

Moradores de rua, no mundo, é marca. Entretanto, no Brasil, há mais de 20 anos, no processo de democratização após a ditadura militar (1964 - 1984), houve uma sequência de eventos que vale a pena ter em mente.

Um grupo de artistas de rua, dentro do universo da teatralidade circense, fez contato com os meninos e meninas que viviam pela Praia de Copacabana, agindo numa conexão que se expressava com trocas, a partir da percepção de que essas crianças adoravam dar saltos e pularem das muretas, em direção à areia, em saltos mortais. Percebeu-se que seria possível oferecer ensinamentos para aprimorarem esses “exercícios”, por outro lado, eles poderiam oferecer-se ao encontro.

Desse processo houve a construção de vários projetos sociais que visavam a busca desse encontro e a partir dele, a produção de novas vinculações de interesses entre os meninos e meninas moradores de rua e os artistas, que visavam abrir ofertas de novas possibilidades de viver.

Dentre os muitos grupos que atuavam destaque, aqui, o “Se Essa Rua Fosse Minha”³, por vir de lá e estar aí, hoje, agindo. Inclusive porque nos encontramos na rua junto à construção do “Sinais que vêm da rua”.

Chegamos a promover em conjunto uma oficina de trabalho no 10º Congresso da Rede Unida, em 2012, na cidade do Rio de Janeiro, que durou 3 dias e teve a participação de 300 pessoas. (MERHY, 2012) Nessa intensa atividade, tivemos a presença de uma variedade muito grande de indivíduos e coletivos que tinham algo a ver com essa ideia do “Sinais”.

Um dos arte-educadores, que atua na rua com meninos e meninas pela cidade do Rio de Janeiro, não exclusivamente em Copacabana, o qual apresentou-se e relatou sua própria história, era um morador da rua da cidade, quando menor, e foi trazido para a possibilidade de viver outros modos de viver pela ação do grupo do “Se Essa...”. O “Nego da Bahia”.

Houve, nesse evento, um relato interessante do coordenador dessa entidade, Antonio César Marques, sobre um trabalho que fizeram com essas crianças da rua e que abriu uma negociação no modo de usar as drogas, utilizadas por eles de modo intensivo, como era o cheirar “cola” ou “solvente”. Criaram com as crianças um desenho que tinha uma escala de quanto, pelo uso recente, estavam ou não “no fundo do poço”, a fim de avaliar se podiam fazer ou não certos exercícios circenses, que apresentavam risco se não estivessem em plena lucidez e domínio do corpo.

Nessa escala havia o seguinte sentido: quanto mais no fundo do “poço”, menos “posso” (na sonoridade semelhante a poço) fazer o exercício.

Dessa maneira, o manejo das relações que não

³ Veja o site: <http://seessarua.org.br/ass_circo_social.php>.

se propunham a ter conotação do campo da saúde não deixavam de provocar certos efeitos positivos na linha do que nessa área chamamos de redução de danos. Esse processo vivido pelo coletivo de arte-educadores e por vários meninos e meninas acabou por criar e sustentar um projeto bem mais amplo, que se tornou base da construção da ONG “Se Essa Rua Fosse Minha” com apoio do sociólogo Betinho, Herbert José de Sousa, precursor da política do Fome Zero.

Ali, no primeiro encontro que fizemos em 2012, numa oficina no Congresso da Rede Unida, a multiplicidade de experiências que registramos e pudemos trocar entre os participantes foi muito animadora. Não só muitos estavam implicados nessa frente, bem como sentiam que os sinais que vinham da rua eram muito significativos para abrir uma grande possibilidade de novos conhecimentos sobre o nosso contemporâneo e sobre as chances de construirmos agendas comuns de ação. Há no blog “Saúde Micropolítica”⁴ uma quantidade importante de informações sobre todo esse processo que permite-me agora, ir de uma maneira mais direta para a conversa sobre multidões e saúde pública.

Viver a partir da rua todo esse momento atual da cidade do Rio de Janeiro, com vários outros grupos, abriu janelas para que minha visão sobre alguns dos dilemas mais importantes que temos hoje diante de nós: o fazer-se multidão dos vários modos diferentes, como redes vivas existenciais, coloca em cheque todas as estratégias governamentais que apostam na fabricação da categoria “população” como o grande objeto do agir sanitário, pela saúde pública. Fenômeno que vem de longa data e que adquire expressividade dramática no contexto contemporâneo como um dos sinais da rua. Processo que ativa desigualdade no encontro das diferenças.

⁴ Disponível em: <<http://saudemicropolitica.blogspot.com.br/>>.

Redes Vivas existenciais e a tensão com intenções normalizadoras

Andando ao longo de uma linha de trem, observo meio perplexo o vagar das pessoas de um lado para outro. Parece um formigueiro, muita gente, encontros, desencontros, muita gente convivendo com sujeira, esgoto a céu aberto, ratos, baratas, passando em cima das pessoas. Parte de mim se surpreende não pelo visto, mas pela intensidade do vivido. Vejo um longo, velho e sujo muro, cheio de lixo, com um buraco no meio, percebo um *entra e sai*, um movimento diferente, mas calmo. Vou até lá... dentro do buraco uma cor forte na parede, um lugar limpo e arrumado onde as pessoas namoravam. Como assim!!! É possível ter vida naquele lugar? (Trecho adaptado do depoimento de um aluno de saúde mental, crack, álcool e outras drogas- UFRJ)

A situação está cada vez mais difícil! A gente atende, acompanha por um tempo e de repente a pessoa some. De um dia para a noite, ela simplesmente some, desaparece, sem deixar vestígios! Seus companheiros da rua estão muito assustados, de vez em quando um desaparece! (Fala de um profissional de saúde de um Consultório de Rua)

As ruas são, por excelência, desde a modernidade, um crescente e vertiginoso espaço de multiplicidades. A ideia de multiplicidade é trabalhada por Deleuze e Guattari (1995, p. 14) no sentido de que “é preciso fazer o múltiplo, não acrescentando sempre uma dimensão superior, mas, ao contrário, da maneira simples, com força de sobriedade, no nível das dimensões de que se dispõe, sempre n-1.

Somente assim que o uno faz parte do múltiplo, estando sempre subtraído dele.”

Nessa situação, ao contrário de operar por uma soma das partes, faz-se interessante pensar que a variável “n” comporta uma multiplicidade de onde a todo e qualquer instante pode ser subtraída uma determinada singularidade, que continua em conexão com o conjunto.

Para didatizar, quando algum/a usuário/a de um serviço de saúde é diagnosticado como diabético/a essa informação sobressai, como diz Ortega (2008), como uma biossociabilidade, e apaga tudo aquilo que as pessoas podem ser além dessa “doença”, como o caso de que esse n-1 é também: mãe ou pai, filho ou filha, dançarinos/as, apreciadores de comidas, amantes de música, enfim. De um modo geral, nesse campo, essa mesma lógica repete-se em vários outros fronts do mundo, como, por exemplo, no caso dos usuários/as de álcool e outras drogas, inclusive com pessoas que vivem ou que têm nas ruas seu espaço privilegiado de existência, ou mesmo quando se é estrangeiro em algum lugar e visto como alguém desprovido de vidas interessantes. Trabalhar as multiplicidades é trazer as singularidades dos sujeitos (-1) e suas possibilidades (n) existenciais, como redes vivas em produção.

No auge do século XIX, as ruas metamorfosearam-se, traduzindo-se em complexidades contemporâneas. Na atualidade

(...) mostra um quadro de contrastes exacerbado pela heterogeneidade e desigualdade social e cultural, pela fragmentação e compartimentação de espaços de moradia e vivência, pela violência, pela degradação e perversa distribuição dos equipamentos coletivos. Centro e periferia, favelas e condomínios

fechados, mercado de ambulantes e shopping-centers, cortiços e mansões, o carro individualizado e transporte público deficiente, o desperdício e a miséria... a lista de contrastes parece não ter fim. (...) o romantismo anacrônico pensa em “rua, suporte de sociabilidade”, nesse contexto. No entanto, tudo depende de que rua se está falando. Certamente não é a rua unívoca, definida a partir do eixo classificatório unidimensional (vias expressas, coletoras, locais, binárias, etc.), dado pela função de circular. A rua que interessa e é identificada pelo olhar antropológico é recortada desde outros e variados pontos de vista, oferecidos pela multiplicidade de seus usuários, suas tarefas, suas referências culturais, seus horários de uso e formas de ocupação (...). (MAGNANI, 2003)

É essa rua que me interessa. A rua que comporta alegrias, dores, dissabores, desafios. Preenchida por signos e diferentes sentidos, a rua é lugar de múltiplos sinais que acabam sendo naturalizados nos encontros com as alteridades. De muitas maneiras os sinais que vêm da rua nos invadem, porque também somos a rua. Cravados de tensões constitutivas entre produção de vida e morte, presentificam-se, no cotidiano do andar a vida de todos nós. Sentimentos como medo, compaixão, horror, desprezo, piedade, generosidade, interesse, curiosidade, todas essas afecções circulam entre nós sem pedir licença. Muitas vezes, é precisamente a partir desses sentimentos que se é levado a pensar formas de aproximação e/ou afastamento desses sinais e, conseqüentemente, da forma como se entra em conexão ou não com essas vidas.

E o que nós trabalhadores da saúde temos a ver com isso? Os trabalhadores da saúde não estão livres dessas

afecções, ao contrário, muitas vezes é com base nelas que a produção do cuidado é construída.

De forma muito frequente, o mundo da rede de cuidados é pautado pela ideia de uma forte centralidade nas suas próprias lógicas de saberes, tomando o outro que chega a esse mundo, o usuário, como seu objeto de ação, como alguém desprovido de conhecimentos, experiências. Nesse encontro só há espaço para reafirmar o já sabido, o saber que eu porto em relação ao outro, a maneira que o profissional da saúde considera ser o “correto”, discursando para aquele que nada sabe qual é o modo “mais saudável, a melhor forma de viver”. Esse encontro assimétrico e sua assimetria não provêm do fato de não incluir a diferença, mas de transformar as diferenças em desigualdades de saber, de formas de vidas e de grupos sociais onde há uma propriedade exclusiva de certo saber e de modos de viver de alguns em relação aos outros. (MERHY, 2012)

O olhar para o outro é sempre previsível, sendo possível prever o que vai ser encontrado. Essa previsibilidade produz certa invisibilidade da produção da multiplicidade de vidas que vazam dos sinais que vêm do outro.

Entretanto, faz-se necessário ressaltar que esse outro, enquanto redes de existências, produz-se “em-mundos”, “in-mundizam-se” (GOMES; MERHY, 2014), constituindo certas formas éticas existenciais e certos modos de conduzir, por si, também a produção de si, disputando o tempo inteiro com as outras diferentes lógicas de existir e que lhe são impostas pelas instituições. Produzem modos de existências que são, muitas vezes, julgados e cerceados pelas ações dos grupos que comandam as ordens do estado, sob a forma de políticas públicas e sociais, e estas ficam aprisionadas a um modo de saber-fazer tão preponderante, que não possibilita perceber que certas atitudes, comportamentos e expressões são modos de existência, ainda que se

apresentem cheios de tensões e problemas, ou mesmo causem sofrimento.

Nesse sentido, há uma dobra que opera a todo instante a partir de tensões constitutivas, que põe esse outro e as políticas oficiais (como da saúde, da educação, dos direitos, por exemplo) em negociação. As ruas são, entre tantos territórios existenciais, um lugar onde as existências atuam e produzem-se, como redes vivas, ao mesmo tempo em que permite tornar bem visível essa tensão e por isso local privilegiado para que se possa pensar sobre esse encontro do outro, diferença em si, com as pretensões de homogeneização que existem nas sociedades atuais.

As ruas, como tomadas em minhas reflexões, traduzem-se por diferentes movimentos e conexões onde as pessoas é que vão produzindo as linhas e suas infinitas possibilidades, nas afecções que os encontros com os “outros” agenciam e, nesses contextos, os sujeitos são efetivas redes vivas em produção. Isso permite pensar que a discussão de redes de cuidado em saúde, olhada a partir da macropolítica, tem baixa potência por não abarcar a dimensão micropolítica das experiências cotidianas, onde

(...) toda sociedade, mas também todo indivíduo, são pois atravessados pelas duas segmentaridades ao mesmo tempo: uma molar e outra molecular. Se elas se distinguem, é porque não têm os mesmos termos, nem as mesmas correlações, nem a mesma natureza, nem o mesmo tipo de multiplicidade. Mas, se são inseparáveis, é porque coexistem, passam uma para a outra (...). Em suma, tudo é político, mas toda política é ao mesmo tempo macropolítica e micropolítica. (DELEUZE; GUATTARI, 1996, p.90)

Trazer o micropolítico é trazer os lugares onde as

existências furam os muros institucionais, conectando relações com o fora que é constitutivo dos processos; processos esses intensamente produtores de novos sentidos no viver e no conhecimento. É trazer o lugar dos processos de encontros e suas atualizações das relações de poder. É trazer a micropolítica do encontro e a produção viva das redes de conexões existenciais, multiplicidades em agenciamento.

No campo da saúde pública, há algo interessante de se observar sobre esse encontro das redes vivas com os tipos de redes organizadas de cuidar, pois nesse campo propunha-se uma rede inteira, sólida, como se fosse um controle de governabilidade extenso. Sugere-se uma modelagem de algo analógico, do primário para o secundário e desse para o terciário, que pudesse ter toda sua previsibilidade definida e, portanto, manejável dentro dessa racionalidade.

Entretanto, as redes vivas são fragmentárias e em acontecimento, hipertextuais, ou seja, às vezes são circunstanciais, montam e desmontam, outras vezes, elas tornam-se mais estáveis, embora comportem-se mais como lógicas de redes digitais que podem emergir em qualquer ponto sem ter que obedecer a um ordenamento lógico das redes analógicas, como um hipertexto. Assim, uma rede institucionalizada como analógica pode ser disparadora, mas ela vai encontrar-se e ser atravessada por inúmeras outras redes, de outros tipos não analógicos. (MERHY, 2014)

Outra discussão que soma-se a essa é a ideia de que os/as usuários/as são redes vivas de si próprios, que estão o tempo inteiro produzindo movimentos, elaborando saberes, construindo e partilhando cuidados. Quem pede as redes, na maioria das vezes, são os/as usuários/as e a rede não está pronta, feito um arcabouço a ser preenchido de forma protocolar, como um itinerário terapêutico pretende, pois vai, em acontecimento, sendo tecida.

Esse é, para mim, um dos pontos nevrálgicos nos processos de produção do cuidado em saúde: a anulação das possibilidades de vidas que habitam os sujeitos e sua substituição por estigmas ou produções identitárias universais que passam a representar as existências e as apostas de cuidar.

Saúde Pública. Diferença, desigualdade e produção de “populações”. Tensão biopolítica

Não muito tempo atrás, não mais que há cinco séculos, a multidão apavora vários lugares da Europa ocidental, expressando-se de várias formas. Ora, como um grupo de andarilhos a não respeitarem os limites de reinos, tornando-se países, muitas vezes catalogados como vagabundos, desajustados ou coisas semelhantes; ora, como um bando de revoltosos das leis a que não queriam submeter-se; ora, como estranhos, estrangeiros, por virem de fora ou por estar no lado de fora do que era o “comum”. (MERHY, 2014)

Havia outros momentos de multidões em vários outros períodos, mas nesses últimos séculos, pelos países ocidentais da Europa e nos seus territórios colonizados, há algo de distinto ocorrendo. Foucault chega a caracterizar essa situação, que nomina de modernidade, como a que traz dentro de si novas práticas nos modos de se governar os outros e a si mesmo. (FOUCAULT, 2008)

Aponta que há um deslocamento nas práticas de governo. A figura de um estado emerge no interior de uma prática de exercício de poder que associa a delimitação de territórios-nações e o imperativo de estratégias de relações de poder, as quais desenham novos regimes de verdades sobre o que é a multidão e como governá-la, bem como, o que são os indivíduos e como controlá-los ou produzi-los

para si, o estado soberano, território-nação.

Assim, o território-nação francesa deve conter e produzir franceses, tal como o inglês deve fabricar ingleses. E como isso seria possível se antes os territórios identitários andavam por outras paragens? Só se fosse possível construir modos de governar os outros que os subjugassem a certas subjetividades e não outras.

Vários foram os campos de ação que visavam isso, mas nada foi tão poderoso como a combinação entre um estado armado, com sua polícia e exército, e um estado organizador e ator de políticas sociais que se servissem para esses fins. A invenção de um regime de verdade de que a multidão era formada por vários grupos populacionais e que esses grupos obedeciam, para o seu desenvolvimento e regulação, a leis que podiam ser apreendidas da mesma maneira que se estudava as leis que regiam o mercado e os processos econômicos, foi como uma eureka nesse processo. A economia política tinha tudo a ensinar e o olho que olhava através dela via populações passíveis de manejo.

Já sabe-se há muito, que lá pelo século XV surgiu a estatística vital, a serviço do estado, nesses países europeus que iam nascendo. Esse processo tinha o ânimo de tentar responder à questão de como as populações crescem ou decrescem e regulam-se, entre outras, e se isso é do domínio do saber humano que poderá utilizá-lo para interferir nesse processo populacional, conforme certos interesses e não outros.

A Saúde Pública emerge e adquire uma expressividade única nesse momento em vários lugares, mesmo que sob formas distintas, conforme os jogos de poder a que estava submetida. Mas, um traço fazia-se ali presente: o domínio, através de certo saber-fazer (como um biopoder), sobre a dinâmica da vida nas populações, a fim de poder agir sobre

ela e com isso dominar as multidões em seus movimentos; o que escapasse, seria vigiado, capturado e excluído. Poder saber-fazer sobre quantos morrem, nascem, do que morrem e sobre como evitar isso. Como entrar e controlar esse jogo constitui certa obsessividade e paranoia sanitária.

A multidão era a esfinge que a saúde pública tinha que desvelar para controlar, conforme certos modos de governar os outros, indivíduos e coletivos. Torná-la população era sua estratégia de poder central. Apagar as diferenças era estruturante.

Os biopoderes sobre a produção e gestão da vida de indivíduos e coletivos sofreu um “boom” a partir de então e novos regimes de verdade foram sendo forjados; além da noção de população, a de corpo biológico também adquiriu uma dimensão operativa central: como substrato de um campo de sinais que podem ser lidos e interpretados sob a ótica dos mecanismos de regular a produção da vida individual, vai sendo construído e tornando-se um poderoso campo de governo dos outros, com a força de se apoiar na noção de que o governo de si, do seu próprio corpo biológico, pode estender os mecanismos de governo ao máximo da molecularidade da existência na multidão.

Forjar o limite do normal como o comum desejado e o anormal como o estranho a ser controlado, **instaurar a desigualdade na diferença é imperativo nesses regimes de verdade**, que mais do que se alimentarem numa certa regra de produção de verdade, vão inventando-a e consagrando-a como o caminho para todos que ambicionam conhecer as leis sobre as várias formas de se produzir a vida humana, em suas expressões individuais e coletivas, e tornar isso política de estado.

A partir disso, a Saúde Pública tornou-se um paradigma para o campo de produção de conhecimento com seus procedimentos de investigação das leis sobre

as populações, ao passo que foi tornando-se o brinco de ouro do modo de o estado materializar-se como aparato burocrático e administrativo. O estado moderno sempre foi um estado biopolítico, centro de construção de saberes e estratégias para governar a produção da vida. (NEGRI, 2002; FOUCAULT, 2010)

Não cabe no escopo desse texto fazer o percurso dos vários anormais que foram sendo inventados durante todos esses séculos, mas é possível dizer que em alguns momentos, nesse período, esteve-se diante da figura do “sem razão”, como um anormal perigoso assim definido nos séculos XVIII e XIX, onde ele emerge de uma forma tão contundente que se inventa a Psiquiatria, um campo de biopoder bem significativo para todos, até hoje. (FOUCAULT, 2006)

Entretanto, atualmente, nesses processos que tenho vivido junto com os vários grupos e coletivos que habitam as ruas e vendo os mecanismos públicos de ação para com eles, poderia dizer que os ‘sem razão’ deram lugar aos ‘anormais do desejo’. Esses, considerados desviantes do desejo normalizado da ordem capitalística, são os alvos das atuais políticas de ação nas ruas, através de uma combinação mórbida entre polícia militar e saúde pública. (MERHY, 2012)

Voltando à cena do “Rio +20” é possível dizer que ela convida a pensar que ali havia uma disputa muito intensa do que deveria ser o “bem comum”, como todas essas disputas que recém aponte sobre a emergência da saúde pública no campo da biopolítica.

Ao mesmo tempo em que, do ponto de vista da lógica dos governos mundiais e das corporações capitalistas ultra e transnacionais, o que estava em oferta era a vida-mercadoria, a cidade-mercadoria; de outro lado, o que estava em oferta o tempo inteiro no Aterro do Flamengo

era o contágio, em cada um dos presentes, da força da produção da vida do outro na diferença, **como um produzir na diferença sem produzir desigualdade**.

Há pensadores que apreendem esse movimento de modo interessante, como é o caso de Antônio Negri (2005) que ao falar da multidão indica que, de um lado ela existe e de outro, existem as molaridades capitalistas. Do lado da multidão existe a multiplicidade de redes de existências coletivas, sempre em produção permanente de si e em acontecimento, como um poder constituinte de um comum assentado em processo de diferenciação. Como algo impossível de ser abraçado na sua multiplicidade em seu todo por suas características. Do lado da ordem capitalista, por sua vez, existe o uno, existe o comum com uma identidade, o comum como subordinação, como o normatizado, adequado, funcional e a diferença como o “anormal”, o estrangeiro, o desigual, o improdutivo, a ser normalizado.

Negri, nessas formulações, permite apontar que é, do lado do capital, na construção dos territórios identitários, onde existe o uno, onde almeja-se o clone, bem como a lógica da vida comum “mercado”, das cidades como mercado, onde existe o biopoder. No território da multidão, onde institui-se a produção permanente da diferença, está a biopotência.

Esse autor trabalha com essas duas imagens que não são conceitos adotados integralmente por vários pensadores que também compartilham com algumas dessas ideias. Por exemplo, na abertura do Congresso, já citado, houve a fala do filósofo Peter Pal Pelbar que tem várias publicações conversando com essas questões, como o seu livro “A vida capital” (PELBAR, 2004), no qual traz para cena uma conversa com o tema da biopotência, embora de maneira não idêntica. É interessante porque se observados

vários outros pensadores, como Deleuze, percebe-se que esse tema do biopoder, da biopolítica, da biopotência vai adquirindo certa variação. Não tenho a mínima intenção de convencer ninguém sobre qual delas, para mim, expressa o conceito mais correto, mesmo porque não creio que conceitos sejam corretos, creio que conceitos servem. (DELEUZE, 2013)

Nesse sentido, esses conceitos servem-me, de modo que uso o que Negri oferece quando diálogo com os tipos de problemas que tenho que enfrentar nas minhas ações, inclusive o de pensar sobre um “outro”. De fato, esses conceitos só me interessam porque podem falar sobre essa intensa questão no campo da luta política, de um lado o uno, no seu campo identitário, de outro lado a multidão, na sua multiplicidade. E aí existe uma questão que é chave para imagem desse meu debate sobre a multidão ser uma esfinge para a Saúde Pública, nas suas emergências, como já apontado.

A Saúde Pública, de modo efetivo, tem uma conexão direta, carnal, com a construção de biopoder e intervenções no campo biopolítico para reger as multidões sobre as formas da população e do indivíduo. A população tornar-se o objeto da intervenção da saúde pública é um caminho de construção desse trânsito da multiplicidade das multidões para o uno das populações. Ela, a Saúde Pública, aparece no território das políticas de estado com uma intensa fome de gerir a vida dos outros e fazer a gestão sobre os modos de viver, num agir coletivo sobre agrupamentos específicos e seus hábitos, por exemplo, e em um agir individualizado sobre o corpo de alguém, apossando-se da medicina, como seu eixo de biopoder. (FOUCAULT, 2008; 2010)

Esse movimento da multidão que vai o tempo inteiro colocando no campo biopolítico e no campo do biopoder o “pode ser” da Saúde Pública, interrogando-a, é algo que

vale a pena acompanhar nos dias de hoje. (AGAMBEN, 2011)

Esses dias são altamente férteis pra nós, porque eles vêm tornando evidente de que a esfinge multidão vem operando de uma maneira tão intensiva que nós, não só no campo da Saúde Pública, mas no campo dos arranjos institucionais de uma maneira geral, estamos todos em estado de choque, de um sentir sem conseguir dizer “tudo”.

No caso dos “Sinais que vêm da rua” em que usamos de um olhar armado para procurar ver os movimentos de coletivos na rua e na disputa sobre o que era público nas calçadas, praças, jardins, praias, independentemente das várias razões possíveis que esses movimentos tivessem, o que se evidenciava é que não havia só formas de ocupação, mas apostas do viver na rua, também, fora do enquadramento identitário normalizador capitalístico.

Na sua obsessividade sanitária, no campo da ordem do uno, a saúde pública como política de governo sai a campo de mãos dadas com as forças policiais. Não que isso seja totalmente liso, pois se faz de um modo paradoxal e vai expressando também as várias formas de se disputar o que é o bem comum, o que é o normal, o que é a vida que vale a pena, o que é espaço público e privado. (MERHY, 2006)

E, diante de seu monstro preferido, a multidão, a Saúde Pública sai em busca de criar saberes e fazeres que lhe permitam operar sobre esse terreno de multiplicidades, muito plástico, bem como tentar enquadrá-lo sob o formato de grupos populacionais, mas agora de novas ordens. Como já dito, da ordem dos ‘anormais do desejo’.

Porém, não se aproxima desse monstro de uma maneira “plenipotente”. O monstro vai colocando-a em cheque, vai mostrando resistências, vai furando o muro e vai conquistando, no próprio campo da saúde, parceiros e

aliados. Além de ir revelando um dado mais interessante de ser lido, ainda, os sinais vão dando uma pista de que do ponto de vista daqueles que vêm ocupando a rua, as instituições dos séculos anteriores, que ainda preservamos, já estão com seu tempo contado. Esses sinais, no entanto, são paradoxais.

Pode ser que estejamos diante de mudanças substanciais, mas parece-me que é preciso encontrar coletivos em intensa disputa que não abram mão de cuidarem de si e de serem protagonistas de suas próprias existências, contra o uno, defendendo de modo radical que a diferença é riqueza na produção da vida coletiva e não substrato de desigualdade. Além do princípio ético de que o modo de viver de qualquer pessoa vale a pena ser defendido e como tal deve ser tomado para o encontro que se insere no campo do cuidado, a fim de se caminhar em direções abertas à produção intensiva de mais vida, como redes vivas.

A isso, há que se por a noção contra o uno, reafirmando a multidão como multiplicidades em produção de formas inovadoras de existir e denunciando o olhar homogeneizador de um campo de política do estado que torna tudo, o mesmo.

Anormal desejante é o capital e não as multidões.

Fazer explodir multidões a cada encontro é uma aposta política fundamental, hoje, no mundo. Essa esfinge inquieta a saúde pública e o próprio campo da saúde num todo, além de todos os seus territórios de saberes (poderes).

Referências

AGAMBEM, G. **Por uma Teoria do Poder Destituente**. Conferência Livre, Grécia, 2013 <http://5dias.wordpress.com/2014/02/11/por-uma-teoria-do-poder-destituente-de-giorgio-agamben/>. Acesso em: 14 de fevereiro de 2015

DELEUZE, G., **Conversações**. São Paulo: Editora 34, 2013.

DELEUZE, G., GUATTARI, F. Micropolítica e segmentaridade In: _____. **Mil Platôs. Capitalismo e Esquizofrenia**. Vol. 3. Rio de Janeiro: Editora 34, 1996. p. 76 – 106.

DELEUZE, G., GUATTARI, F. 1995. Mil Platôs. Capitalismo e Esquizofrenia. Vol. 1. Rio de Janeiro, Editora 34, 1995. p. 14.

FOUCAULT, M. **Nascimento da Biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

_____. **O poder psiquiátrico**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

_____. **Segurança, Território, População**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

GOMES M.P.C.; MERHY E.E, **Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde**. 2014.

MAGNANI, J.C. http://viverascidades.blogspot.com.br/2010/08/magnani-rua-e-evolucao-da-sociabilidade_12.html 2003. Acesso em 14 de fevereiro de 2015

MARICATO, E. É a questão urbana, estúpido! In: MARICATO, E. et al. **Cidades Rebeldes: Passe Livre e manifestações que tomaram as ruas do Brasil**. São Paulo: Boitempo: Carta Maior, 2013. p 19-26.

MERHY, E.E. **Os anormais do desejo**. Disponível em : <http://www.circonteudo.com.br/index.php?option=com_content&id=3316:anormais-do-desejo-os-novos-nao-humanos-os-sinais-que-vem-da-vida-cotidiana-e-da-rua-&Itemid=591>. Acesso em:

_____. **O capitalismo e a saúde pública**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

_____. **Multidão, Guerra e Democracia na era do Império**. Rio de Janeiro: Record, 2005.

_____. Público e privado: entre aparelhos, rodas e praças. In: GIOVANI, A. **Saúde no Brasil. Cartografia do público e do privado**. São Paulo: Hucitec, 2006.

_____. **Sinais que vêm da rua**. 2012. Vídeo. Disponível em: <<http://saudemicropolitica.blogspot.com.br/>> Acesso em: 2012.

NEGRI, A. **Poder Constituinte**. São Paulo: De Paulo, 2002.

ORTEGA, F. **O corpo incerto: corporeidade, tecnologias médicas e cultura contemporânea**. Rio de Janeiro: Garamond, 2008.

PELBART, P.P. **Vida Capital**. Ensaios de Biopolítica. São Paulo: Iluminuras, 2004.

VAINER, C. Quando a cidade vai às ruas. In: MARICATO, E. et al. **Cidades Rebeldes: Passe Livre e manifestações que tomaram as ruas do Brasil**. São Paulo: Boitempo, 2013. p. 35-40

CORPO, DOENÇA E CURA EM UMA PERSPECTIVA DE SAÚDE GLOBAL

Anna Ciannameo

O corpo entre indivíduo e mundo

Na intenção de problematizar os significados que corpo, saúde e doença assumem no quadro da saúde global, é indispensável observar a correlação de distintos níveis de análise, a partir dos significados culturais e sociais que incidem sobre as experiências subjetivas de sofrimento e bem-estar, às práticas de cuidado e cura nos distintos contextos locais; ao impacto de dinâmicas de ordem mais estrutural; e finalmente, às relações de força e poder que expõem alguns indivíduos mais do que outros a um maior risco de adoecer.

Os antropólogos Margareth Lock e Nancy Scheper-Huges (1987), através do paradigma teórico dos *três corpos*, oferecem um instrumento precioso para tentar relacionar a constante interconexão entre diferentes dimensões: o corpo individual ou *body-self*, entendido fenomenologicamente como terreno de experiência consciente, subjetiva; o corpo social, que se refere aos valores e símbolos que dão forma culturalmente à experiência pessoal; e o corpo político, que tem a ver com as formas de controle exercidas pelas

organizações sociais sobre os corpos individuais e coletivos. Por exemplo, considere as normas e os códigos sociais, culturalmente informados, utilizados contextualmente para domesticar o corpo individual em conformidade às necessidades das mais amplas ordens sociais e políticas. Tal processo pode assumir formas explícitas e violentas, como no caso da tortura, ou formas menos visíveis, porém ‘eficazes’. Exemplos disso são certos distúrbios alimentares, relacionados com a tentativa de perseguir determinados padrões estéticos ou a proliferação de categorias patológicas que se tornaram hegemônicas ao dar forma e resposta ao sofrimento humano, as quais alimentam definições sempre mais restritas da ideia de ‘normalidade’ ou de bem-estar (síndrome pré-menstrual, depressão, distúrbio de déficit de atenção etc).

Com a noção de *body-self*, de corpo individual “pensante” (*mindful*), os autores tentam superar o dualismo cartesiano, filho da epistemologia ocidental, que deu vida a uma série de oposições: mente e corpo, espírito e matéria, real e irreal, ciências naturais e ciências sociais. Tanto a psiquiatria de orientação psicanalítica quanto a medicina psicossomática afrontaram parcialmente tais concepções mecanicistas, mas não conseguiram resolvê-la, já que ao tentarem conectar a mente e o corpo na teoria e na prática clínica, frequentemente terminam por produzir categorizações do corpo e de suas funções que se situam “no corpo” ou “na mente”. (LOCK; SCHEPER-HUGES, 1990)

Para apoiar uma reformulação do conceito de corpo, é fundamental olhar para outros sistemas de pensamento não ocidentais que se abrem para a existência de representações muito diferentes das relações que acontecem precisamente entre mente, corpo, cultura, natureza e sociedade. Essas trazem à luz algumas das principais diferenças entre a biomedicina – que entende que o corpo é em si como uma

entidade distinta e separável, e a doença como alguma coisa que reside no corpo ou na mente – e sistemas etnomédicos não ocidentais, muitos dos quais não fazem uma distinção lógico-racional entre corpo, mente e o ser individual; ou não situam a doença na mente ou no corpo somente; ou concebem o corpo como uma entidade unitária e integrada de si mesmo e das relações sociais. (MANNING; FABREGA, 1973)

Através dessa abordagem, o corpo deixa de ser enraizado no mundo da matéria orgânica, posicionando-se no coração da “relação entre *body-self* individual, os arranjos sociais em que vive e as simbologias culturais que fazem a sua essência.” (QUARANTA, 2006a) O corpo, ao mesmo tempo individual, social e político, emerge, portanto, como o produto dos fenômenos biológicos, políticos, históricos, econômicos e socioculturais que se determinam reciprocamente. Se de um lado, sociedade e cultura refletem-se sobre os corpos, no sentido que de tempos em tempos os modelam, adornam, vestem, controlam, nutrem, os curam; por outro lado, as mesmas sociedades são reproduzidas através do corpo que representa um instrumento nada unívoco, para produzir, dar forma e transmitir - mais ou menos conscientemente - as realidades históricas, sociais e culturais.

Chegamos então a um segundo caminho analítico. O que se buscará problematizar é como o corpo não é só o produto de dinâmicas sociais mais amplas, mas representa um dos instrumentos com o qual as mesmas dinâmicas se reproduzem: representaria, portanto, o sujeito de processos culturais; um produtor de significados. Thomas Csordas (1990; 1993) é o mais relevante teórico do paradigma da *incorporação*, elaborado no início dos anos noventa, que problematiza o fato de que não temos simplesmente um corpo, mas somos um corpo, portanto, vivemos nós

mesmos através dos processos histórico-sociais que o informam. A corporiedade é o ineludível terreno do nosso “ser no mundo”; o fundamento de cada prática.

As raízes desse pensamento podem ser rastreadas em duas etapas fundamentais, atribuídas respectivamente à “fenomenologia da percepção” de Maurice Merleau-Ponty (1945) e à “teoria da prática” de Pierre Bourdieu (1977). Para Merleau-Ponty (1962), o sujeito tem um papel ativo na gênese da realidade, a qual não é dada independentemente. Disto deriva o fato de que o processo de conhecimento não seja puramente cognitivo, representando uma entrada perceptiva, sensorial e, portanto, corpórea na realidade que é assim formada no nível simbólico, cultural, ainda antes de sua categorização racional fornece uma sugestão adicional a fim de questionar a natureza cultural da corporalidade. Com o conceito de *habitus* (entendido como modo habitual, naturalizado, de ser no mundo através do corpo; aparência sob forma de corpo - atitudes, comportamentos, estilos, caracteres), ele coloca em evidência que o corpo é sujeito ativo do conhecimento através dos dispositivos da sua formação histórica. O conceito de *habitus* tem uma natureza fortemente processual e refere-se à mediação entre mundo coletivo e mundo individual, quase para dizer que através dos *hábitos*, o social faz-se natureza. Bourdieu coloca o *habitus* no centro de um processo prático que acontece com a exposição ao mundo social, processo através do qual os indivíduos colhem de forma implícita, pré-reflexiva, os princípios que organizam o sistema social. Princípios de avaliação e percepção são estruturados pelo mundo social, que por sua vez estruturam as ações dos sujeitos individuais, o imediatismo de suas vidas cotidianas. Trata-se então de um processo recíproco de incorporação do mundo (interiorização das externalidades) e de ações dentro do mundo através das mesmas formas simbólicas

incorporadas (exteriorização das interioridades): o homem molda ele mesmo colocando em prática as estruturas que incorpora.

A partir de tais pressupostos, Csordas (1994) elabora a própria teoria da *incorporação* (uma abordagem que define ‘fenomenologia cultural’), propondo-a como um novo paradigma útil para traduzir ativamente a relação entre o corpo individual, as organizações sociais em que vive e as simbologias culturais que estruturam o sentido da mesma. É o corpo - um corpo socialmente implicado e historicamente dado - que opera o conhecimento, intencionando o mundo. Isso pretende superar de maneira definitiva tanto a oposição mente/corpo quanto indivíduo/sociedade e sujeito/mundo, e tem uma importante implicação para o conceito de cultura, que emerge como algo que os seres humanos fazem intersubjetivamente através de sua experiência intercorpórea. A tentativa de unir experiência e representações socioculturais permite compreender como cada fenômeno de doença ou de sofrimento utiliza os símbolos histórico-culturais que fundamentam, por sua vez, as modalidades através das quais condições específicas do ser são vividas. As simbologias do corpo são, portanto, para serem interpretadas como dispositivos da própria construção da corporalidade. (LOCK; SCHEPER-HUGES, 1987)

Essas análises permitem-nos compreender como algumas manifestações de desconforto e doença podem ser interpretadas como forma incorporada de um mal-estar causado pelas estruturas sociais. Pense na obesidade difundida entre as faixas mais pobres da população estadunidense onde a oferta alimentar mais barata do mercado é representada por alimentos pouco nutritivos e muito calóricos. Ou como podem ser reinterpretadas como atos de recusa, formas de protesto contra ideologias

e papéis sociais opressivos. Procure por exemplo, alguns estudos sobre a possessão de Aiwa Ong (1988), ou os trabalhos de Ernesto De Martino (2002) sobre o tarantismo na região italiana da Puglia.

As análises críticas com as quais “des-naturalizamos” o corpo, fazendo dele, a cada momento, um produto/ produtor de cultura e de formas de organizações sociais, permite-nos então compreender como nem mesmo o corpo ocidental moderno havia precedido à medicina, para ser depois objetivado por ela. Ambos têm uma história. Estas histórias estão entrelaçadas de maneira verossímil. (MOL, 2002)

A doença e suas dimensões pessoais, sociais e assistenciais

Se analisarmos com olhar crítico a ciência médica ocidental, é possível problematizar como essa é um produto da tradição epistemológica positivista, que a configurou como um saber racional universalmente válido. Tal pretensão de universalidade apoia-se sobre uma distinção, historicamente produzida, entre conhecimento (empiricamente válido) e crença (aparentemente irracional), onde a um saber empírico e objetivo, de matriz ocidental, contrapõem-se as crenças, culturalmente elaboradas, sobre as quais os “outros” extinguiriam a própria existência. (GOOD, 1999) Dentro desse paradigma, qualquer conhecimento, percepção, prática, comportamento que se desvia de uma resposta racional à doença – entendida como uma alteração na estrutura e/ou no funcionamento do organismo biofísico do indivíduo – é linearmente interpretada como incompreensível, inaceitável, inadequada, imprópria.

No entanto, se utilizamos uma abordagem voltada para discutir as dimensões históricas, sociais e culturais, surge imediatamente como a ciência médica ocidental

(ou biomedicina) que, enquanto produto histórico, deve ser considerada em um contexto cultural específico; como *uma* (entre as possíveis, se pensarmos nas formas de etnomedicina) construção que não reflete diretamente a natureza e que não há nela validade maior a respeito de outros sistemas médicos. Tal construção funda-se sobre uma visão específica da *pessoa* entendida como indivíduo, da qual deriva o fato de que as causas e os sinais da doença devem ser buscados sob um plano exclusivamente individual (diversamente de outros sistemas médicos); além disso, funda-se sobre uma visão específica da realidade, entendida como materialidade observável, da qual vem a descrição sobre a interpretação dominante; e sobre uma visão específica do conhecimento, entendido principalmente como observação e descrição da realidade através de leis que explicam o funcionamento, ao invés de uma abordagem hermenêutica para seus múltiplos significados. (QUARANTA, 2012)

Por conseguinte, as dimensões anátomo-fisiológicas do organismo biofísico representam, na perspectiva biomédica, o único âmbito em que se manifesta de verdade a doença. Trata-se de uma visão da doença que vem se consolidando ao longo dos séculos (GRMEK, 1998) e que certamente permitiu à biomedicina produzir níveis elevados de eficácia sobre as dimensões anátomo-fisiológicas e biopsíquicas do organismo individual. Mas aquilo que se está tentando enfatizar é que o reducionismo médico, juntamente com a eficácia sobre os níveis de realidade mencionados, têm limites os quais é cada vez mais necessário tentar preencher. Em primeiro lugar, não se considera o significado que os pacientes atribuem às próprias experiências de sofrimento, negando a compreensão individual, subjetiva, do mal-estar; nem as limitações de natureza histórico-econômicas, estruturais, que agem sobre experiências isoladas de doenças. O limite

está no fato de que a compreensão de certas dimensões, como as orgânico-biológicas, incidem sobre a eficácia de cada intervenção terapêutica. (QUARANTA, 2006a)

Se a doença é desconstruída no seu ser realidade objetiva e natural, é possível dar-lhe interpretações a partir das diferentes dimensões que se referem a ela e dos significados múltiplos dos quais o corpo pode ser de tempos em tempos portador, dependendo do ponto de vista de que se olha para ele. Alguns estudiosos, por exemplo, evidenciaram alguns dos significados que a experiência da doença pode assumir para quem a vive, descrevendo-a como um evento que aparece no mundo da vida cotidiana de maneira violenta, inesperada, comprometendo o normal (entendido como implícito, aproblemático) no decorrer do tempo e sequência de eventos. (MEARLEAU PONTY, 1965) A doença pode assumir, portanto, as vestes da desilusão, da traição, incidindo com caráter minatório sobre o equilíbrio cotidiano. Trata-se de uma forma de ruptura, de *dissolução do mundo* (SCARRY, 1985; GOOD, 1999) que do ponto de vista pessoal requer a elaboração de uma nova modalidade de “estar no mundo” – como doente - que demanda, às vezes, a necessidade de novos conhecimentos e novas práticas cotidianas. As experiências de sofrimento para aqueles que adoecem não se limitam a incidir materialmente sobre os corpos, mas “agem” ao mesmo tempo sobre os significados pessoais, as construções identitárias, as relações, a percepção do tempo, os projetos: nesse sentido, a doença representa um evento sociocultural. Por outro lado, o mesmo processo diagnóstico, na tentativa de “produzir um significado para a experiência de doença dos pacientes – como explicitado por alguns autores – representa um processo eminentemente interpretativo.” (QUARANTA, 2012, p. 265)

Uma releitura desse tipo, se orientada de maneira

auto-reflexiva sobre as próprias visões, sobre as próprias práticas, dentro dos serviços de saúde, poderia ajudar seus funcionários a agir com mais consciência entre o plano prático e o plano moral. Quando, ao contrário, é vigente o paradigma biomédico, corre-se o risco de negligenciar aspectos que colaborem para a eficácia terapêutica ao lado das dimensões anátomo-fisiológicas. Diante de tal reducionismo, alguns estudiosos explicitam outras dimensões que cada experiência de doença carrega consigo. Uma doença clinicamente definida e interpretada como *disease* – alterações no funcionamento do organismo; desvios dos parâmetros numéricos de referência – propõe-se a observar uma doença definida e interpretada como *illness*, referindo-se ao significado que a experiência assume para quem, vivenciando-a, sofre com ela. (KLEINMAN, 1980; EISENBERG, 1980) *Disease* e *illness* representariam dois diferentes modelos explicativos: um enraizado na linguagem científica do clínico e o outro no contexto familiar e social do paciente. As diferentes naturezas de *disease/illness* manifestam-se no encontro médico/paciente: duas diferentes construções sociais da realidade clínica podem entrar em conflito, levando a determinar uma crise de *aderência* (traduzida do italiano *aderenza* da versão inglesa *compliance*), de adesão da parte do paciente às indicações dos médicos. (QUARANTA, 2006b) No horizonte das *disease*, a aderência ao tratamento é normalmente pensada em termos das ações que um indivíduo realiza de forma racional. Isso é tão visível quanto mais a promoção da saúde reduz-se às tentativas de educar os pacientes que parecem ser receptores passivos de disposições e prescrições. Um modelo assim é caracterizado por uma quantidade incisiva de responsabilidades individuais dos pacientes nos confrontos com a própria patologia, à qual corresponde certa desresponsabilização institucional que, entre outras coisas, entra em contradição com algumas

medidas de controle, construídas sobre critérios assumidos como objetivos, que limitam a liberdade pessoal nos confrontos da própria condição de sofrimento. Tal modelo termina muitas vezes por alimentar nos serviços, uma classificação dos pacientes em *bons e ruins, normais ou anormais*, classificados como *potencialmente aderentes ou não aderentes*. (MARGULIES, 2010; MARGULIES et al. 2006)

Todavia, vale a pena problematizar como o itinerário terapêutico insere-se num itinerário biográfico maior, que incide num determinado momento da vida, de papéis sociais e limitações econômicas, em que as atitudes e decisões cotidianas parecem dependentes de uma densa rede de relações, as quais certamente não contemplam somente os serviços de saúde e que se inserem em um processo ativo de negociações. (COMELLES, 1991) Muitas vezes, de fato, antes da doença, aqueles que sofrem percebem-se frágeis, indefesos no centro de um universo físico e moral em crise a respeito do qual a não aderência, mais do que representar um comportamento irracional, irresponsável, pouco adequado ou dependente de escolhas autônomas e liberalmente assumidas, escondidas, lógicas complexas que, na perspectiva da cura, necessitam ser de tempos em tempos indagadas. Se, de um lado, os trabalhadores da saúde geralmente identificam o *acordo terapêutico* com a aderência, a reflexão que aqui se propõe tenta reconfigurar o conceito de acordo como uma relação mais profunda e à luz dela, quais práticas, desenvolvidas ao redor do eixo saber/poder, requerem um reconhecimento paritário das posições, dos recursos, dos pareceres, das escolhas.

Quaranta (2012) traz à luz como a complexidade da experiência da doença, na maioria das vezes, não encontra espaço, asilo, dentro dos serviços de saúde ocidentais, progressivamente organizados em termos do tecnicismo, da hiperespecialização, em perspectiva empresarial. O autor enfatiza como cada experiência de sofrimento

inevitavelmente faz com que alguns elementos da complexidade sociocultural mencionada entrem no espaço terapêutico, produzindo desconforto nos trabalhadores da saúde. Tal incômodo não é devido tanto ao envolvimento pessoal não previsto, porém muito mais pela eliminação “forçada” do dado social, do dado subjetivo, em nome de uma presumida não legitimidade deles. Quando as questões pessoais emergem e não existem instrumentos para compreendê-las, para afrontá-las, para valorizá-las, termina-se por concentrar-se apenas no discurso clínico-orgânico. Esse processo deixa consequências na experiência do profissional que alerta para o desempenho de um papel incompleto, impotente, homologante.

Onde ao contrário, certas dimensões são valorizadas e indagadas dentro de uma configuração mais ampla do fenômeno da doença, isso permite ao terapeuta abrir um espaço de sensibilização e operacionalização. Sensibilização a respeito das motivações que induzem o paciente a certos comportamentos, a certas reações, a certos temores, a certas inadequações (na aderência ao tratamento); operatividade a respeito das soluções mais apropriadas diante do leque de possibilidades que pacientes e familiares estão dispostos a negociar. Mediante essa abordagem, os nós aos poucos vão dissolvendo-se; as barreiras – onde elas existem – diminuem, em concomitância com uma relação interpessoal que progressivamente vai construindo-se. Havíamos anteriormente descrito como os significados simbólicos, culturais, dão sentido, organizam a vida cotidiana e como a experiência de doença a destrói, colocando em discussão a modalidade para estar junto aos outros; para medir o tempo; para gerir as forças; para confiar em um projeto; para tornar comunicáveis as sensações sentidas. Se o papel do terapeuta é reconfigurado como crucial para permitir que o paciente explore o significado do que aconteceu, então é provável que aquela frustração que brotava do

dever de ter que reduzir organicamente e comprimir a vida do paciente, se atenuar. Ao mesmo tempo, aumenta o nível de satisfação nas relações com as próprias atribuições profissionais. (GADOW, 1999)

Um ‘deslocamento’ similar ocorre também no paciente que no meio desta renovada relação interpessoal, não é mais um receptor passivo de indicações técnicas depositadas por outro, mas *agente* nos confrontos com a sua própria condição: ele é envolvido em uma exploração que o coloca na posição de problematizar o impacto das aflições na sua vida todos os dias; de avaliar as próprias reações emocionais às indicações recebidas; de colocar em campo alguns recursos afetivos; de *participar* da definição de objetivos comuns, de coprojetar o percurso de cura. Através desse tipo de aliança, aumenta tanto a eficácia clínica quanto a simbólica. Ambos contribuem à *eficácia terapêutica*, que nessa nova perspectiva não diz somente respeito ao êxito orgânico de uma intervenção clínica, mas sim à produção de uma nova modalidade - de sentidos e práticas - de estar no mundo enquanto doente. Tal reflexão é voltada para reformular o conceito de *cura*: *se curar* não significa somente “resolver”, tratar a patologia, mas também saber compreender, escutar, acompanhar. (COMELLES, 2000) O projeto terapêutico realiza-se, portanto, através de uma aliança e uma recíproca legitimação entre os vários atores, aliança que não pode ser feita sem que o paciente esteja como sujeito e não só como mero portador de um corpo doente sobre o qual a biomedicina tem autoridade e autonomia de intervir.

Reformulando a prática assistencial desse modo, como uma estratégia de cura que tenta colocar juntas todas essas dimensões, é possível produzir intervenções terapêuticas mais direcionadas, negociadas, participativas, aderentes, terminando, portanto, a operar também em termos de eficiência. Considere a esse respeito os custos

para instituições socioassistenciais daqueles pacientes que, não se sentindo cuidados de maneira abrangente, integrada, compreensiva, continuam a reentrar no sistema de saúde à procura de cura. (QUARANTA, 2012; QUARANTA; RICCA, 2012) Por outro lado, é bom enfatizar como o desconforto dos profissionais deriva tanto de não ter suficiente conhecimento sobre os instrumentos necessários para indagar a subjetividade e a complexidade da vida simbólica e cultural de seus pacientes, quanto de se sentirem presos em serviços com organizações pouco flexíveis, pouco acolhedoras. Isto quer dizer que se o espaço para certas questões não é previsto, mesmo que tenha sido identificada a sua relevância, inevitavelmente esse tipo de necessidade do trabalhador da saúde entrará em conflito com as lógicas estruturais do serviço. Por conseguinte, a reformulação do conceito de doença e de cura deve necessariamente atingir a todos os níveis do sistema para poder ser de alguma forma atuante.

Assistência e cultura

Cada vez mais os serviços de saúde¹ explicitam certa dificuldade de interação com a alteridade cultural à luz - principalmente - de uma presença crescente de pacientes estrangeiros. As estratégias mais frequentemente empregadas para lidar com tal complexidade requerem o envolvimento no cenário terapêutico de um mediador “linguístico-cultural” ou de um apoio sociopsicológico; e em alguns casos raros, de um antropólogo. Parece ser útil nessa fase de reflexão, explicitar alguns nós problemáticos que têm a ver com a forma de “tratar” a “cultura” em âmbito assistencial.

¹ Remete-se aos serviços de saúde italianos com particular referência ao território da Região Emília-Romanha. Todavia, numerosas fontes literárias testemunham como as reflexões aqui reportadas podem ser estendidas para outros contextos europeus e extraeuropeus.

Em primeiro lugar, é comum cair numa forma de tratar as questões culturais de maneira a responder a uma visão da *cultura* entendida como um atributo fixo; como uma série de características distintas, uma espécie de “bagagem hereditária” que os indivíduos possuem enquanto membros de um grupo. Os riscos dessa concepção estão na possibilidade de induzir a pensar que os imigrantes pertençam à categorias culturais típicas e estáveis, irremediavelmente diferentes umas das outras, e assim procurar soluções que fazem referência aos modelos pré-definidos (ex: “Os tunisianos acham que...”) da qual deriva a ideia de que os serviços podem dotar-se de uma *competência cultural*, entendida como uma espécie de habilidade/expertise técnica. (ALLUÉ MARTÍNEZ, 2001) Se é verdade que a ideia de competência cultural tem de algum modo representado uma abertura de parte da prática médica a outros saberes e a outras dimensões a respeito do plano biológico, essa não é, contudo, isenta de implicações problemáticas. O modelo biomédico, ao invés de dar legitimidade a certas dimensões, parece reafirmar a sua hegemonia a respeito do paciente, fazendo a diferença cultural um dos muitos parâmetros padronizados e conhecíveis *a priori* e, portanto, independentes do paciente. Assiste-se a uma biologização da diferença para permitir uma abordagem técnica do paciente estrangeiro.

Contrariamente, para um olhar crítico voltado a abrigar certas dimensões, a cultura representa uma multiplicidade de processos constantemente em ação, na maioria das vezes, implícitos, que se desdobram não somente dos eixos de origem, mas sobre os do gênero, da idade, da posição socioeconômica, dos sentidos espirituais, da memória, das emoções. (COMELLES; VAN DONGEN, 2001; 2002) Esse tipo de configuração permite detectar o quão perto podem estar as experiências entre grupos

humanos distintos e quanta diferença pode existir dentro de um mesmo grupo cultural, aparentemente homogêneo. Permite ainda imaginar como a experiência migratória incide sobre identidades culturais, expondo o indivíduo a circunstâncias, códigos, interações, vínculos diferentes em relação ao país de origem, agindo sobre as modalidades de gerir o próprio corpo e de interagir com os interlocutores da saúde. Isso quer dizer que, mesmo que existisse um modelo válido para o ‘tunisiano’ (coisa que parece sensata, porém é excludente), as múltiplas experiências migratórias – que podem acontecer em várias idades; à luz de experiências progressas; sozinhas ou acompanhadas; responsáveis por si só ou atrás de investimento familiar – afetariam, no entanto, o modelo. Parece ainda ser injustificado achar que só tem que se lidar com a “cultura” quando se está com um interlocutor estrangeiro, como se a interação com pacientes com os quais compartilham-se – de forma mais ou menos implícita – algumas instâncias culturais, fosse dispensável.

Em segundo lugar, é frequente entrar na ideia de que as variáveis culturais são significativas somente em relação à problemáticas psicológicas/psíquicas, como dizer que as questões que têm a ver com a psique podem abrir a espaços interpretativos, enquanto ao corpo resta um substrato material objetivo e unívoco. A esse respeito, como anteriormente evidenciado, se de um lado a corporeidade é culturalmente formada, do outro, a realidade vem do seu lugar continuamente interpretada também através do corpo. (CSORDAS, 1999) Esta visão, além de reiterar a dicotomia mente/corpo que não responde à complexidade da existência subjetiva, termina por isentar os trabalhadores da saúde que não se ocupam de “mente” ou que se ocupam de questões aparentemente só somáticas, de uma reflexão sobre suas próprias potencialidades interpretativas. (QUARANTA, 2012) O mesmo profissional de saúde não

pode ser expropriado da identidade da qual é portador; das variáveis socioculturais vinculadas ao próprio percurso pessoal e profissional que atuam em cada interação sua. Neste sentido, já foi explicitado como cada experiência de doença implica questões somáticas, psicoemotivas, relacionais, socioculturais, morais: a complexidade das interações diz respeito exatamente à tentativa de contemplar todas essas dimensões contemporaneamente, sem retificá-las, sem tentar desincorporá-las.

Em terceiro lugar, independentemente do profissional envolvido – mediador, psicólogo etc – a atitude generalizada nos serviços é a de “externalizar” a gestão da diferença cultural, como se ela fosse uma variável independente das atribuições do próprio trabalhador da saúde. Mais uma vez, é possível ver um cenário em que a racionalidade técnica parece ser um dado objetivo, o único a perseguir, e a diferença cultural um possível obstáculo à sua realização. Disto resulta que as figuras de apoio parecem, na maioria das vezes, envolvidas pelo serviço de saúde para favorecer uma comunicação/tradução (somente linguística ou através de gramáticas culturalmente compreensíveis) das instâncias biomédicas, voltadas para uma adesão mais rápida do paciente às indicações técnicas, mais do que a indagar a perspectiva do paciente e contemplá-la no percurso de cura. (FASSIN, 2001)

Voltando para uma análise crítica do conceito de cultura, é inegável que os sujeitos e os grupos variem na especificidade de seus modos de expressar a dor; nas gramáticas utilizadas para expressar o sofrimento; em focalizar a atenção sobre este ou sobre aquele “indício” orgânico; em se dar conta de certas sensações e interpretá-las como problema de saúde; em reagir a uma estratégia terapêutica. Todavia, para que certas instâncias tornem-se produtivas em termos terapêuticos é necessário que o

serviço seja dotado de espaços e competências voltados a uma exploração intersubjetiva da experiência de doença, em que emergem os elementos que o paciente reporta como significativos à luz do que está experimentando, naquele momento particular de sua vida. (MARTÍNEZ HERNÁEZ, 2010a; 2010b)

Como evidenciado por Del Vecchio Good (2005), não basta introduzir o dado cultural dentro do esquema diagnóstico para levar efetivamente em conta o quanto os sintomas são radicados na sociedade e na cultura de cada paciente. Caso pretenda-se dar centralidade às dinâmicas socioculturais nos assuntos clínicos, faz-se necessária uma reconceitualização da prática clínica, dos modelos clínicos e dos processos de validação clínica. (DAS, 1999) Ao contrário, o modo com que são tratadas hoje certas variáveis, as estratégias pelas quais é atribuída relevância podem alimentar o risco de esconder atrás das diferenças culturais, problemáticas que têm raízes em instâncias de outra natureza. Muitas vezes, por exemplo, a limitada capacidade de tomar conta de si e de seu próprio corpo; a reduzida possibilidade de negociar formas de vida mais saudáveis; as dificuldades de acessar o sistema de saúde – de compreendê-lo e de aderir aos itinerários terapêuticos – que o terapeuta detecta em um paciente, estrangeiro ou não, não dependem exclusivamente de peculiares representações culturais quanto das circunstâncias materiais de vida, de condições de natureza jurídica, socioeconômica ou histórica. Paul Farmer (2006) mostra como

o abuso do conceito de especificidade cultural seja particularmente insidioso nas discussões sobre sofrimento em geral e sobre abusos dos direitos humanos em particular. A diferença cultural que faz fronteira com o determinismo cultural é

uma das diversas formas de essencialismo usadas para justificar as lesões à dignidade e ao sofrimento. [...] A “cultura” não explica o sofrimento, pior, este pode fornecer um alibi à cultura. (FARMER, 2006, p.294)

Pobreza, precariedade, violência, desconforto, solidão, fragilidade, têm o poder de fazer adoecer.

A doença como produto histórico

A capacidade de capturar e compreender elementos diversos da vida do paciente, que pesam de maneira mais ou menos direta na gestão da própria condição da doença, pode contribuir para que os profissionais da saúde promovam práticas assistenciais mais equânimes e eficazes. Pode contribuir, por exemplo, para entender como quem é mais vulnerável (onde por *vulnerabilidade* entende-se escassez de recursos materiais, fragilidade do tecido sociorrelacional de referência, instabilidade dos modelos de organização da vida cotidiana e/ou possibilidades reduzidas de escolha) está provavelmente exposto a um percurso mais complexo de acesso e de utilização dos serviços, assim como a uma menor qualidade no êxito final das prestações socio-sanitárias. Portanto, a capacidade de leitura da vida do paciente pode ser um instrumento para uma reformulação das estratégias de cura que vai compensar o grau de vulnerabilidade: quanto maior é a vulnerabilidade do paciente, maiores deveriam ser os recursos a ele dedicados. Tal reflexão é crucial à medida que se é verdade que as instituições de saúde podem agir como promotoras de equidade é verdade também que podem contribuir – conscientemente ou não – para reiterar desigualdades que caracterizam a sociedade em geral, também porque as visões e juízos dos trabalhadores da saúde não são privados de conotações culturais.

A análise das múltiplas dimensões contemporaneamente presentes em cada fenômeno de doença nos leva a explicitar uma terceira que, junto com *disease* e *illness*, tenta restituir a complexidade da experiência. Tal dimensão, identificada no conceito de *sickness*, refere-se aos processos históricos, econômicos e sociais mais amplos em que a doença está inserida. (TAUSSIG, 1980; YOUNG, 1982; 1995) Mais especificamente, refere-se à doença produzida pela sociedade e/ou construída pela sociedade, legitimada como tal; ao impacto direto e indireto de práticas específicas e perspectivas clínicas em termos de morbidade e mortalidade da população. Um exemplo são as aflições que atingem grupos particularmente expostos em relação às profissões ou ao papel social que ocupam.

Para compreender o papel que, em tal sentido, exercem os ordenamentos sociais, é fundamental o paradigma da *violência estrutural* teorizado por Johan Galtung (1969) e reformulado por Farmer (2006) que o tem aplicado especificamente no âmbito da saúde e da doença. O conceito refere-se a relações de poder desiguais, à marginalização, à exclusão social, que criam diferentes esperanças de vida em sujeitos com diferentes posições sociais. “Estrutural” porque trata-se de uma forma de violência produzida pelas mesmas estruturas sociais; “estrutural” porque a transmissão da doença não depende de estilos de vida, hábitos culturais ou escolhas pessoais tanto quanto dos limites estruturais à possibilidade de ações individuais, ao progresso econômico, social e científico; “estrutural” porque enquanto tal é invisível, naturalizada e reproduz-se de maneira implícita. Trata-se de uma forma de violência que tem a ver com poder, agindo sobre a capacidade de negociação, de agentividade² que

² Do inglês *agency*, entendido como um posicionamento ativo, subjetivo, incorporado; como capacidade de resistência utilizando recursos em conexão com a reconfiguração de si e da própria vida. (HIGH, 2010; PIZZA, 2003)

os indivíduos conseguem exercitar a respeito da própria existência.

Na intenção de questionar a estreita relação intercorrente entre dinâmicas histórico-sociais e experiências pessoais de desconforto, a doença surge também como uma das possíveis formas em que se materializa o que alguns autores definiram como *sofrimento social*; um sofrimento produzido exatamente do peso que as forças sociais podem exercer sobre a experiência humana. O sofrimento social resulta da ação do poder político, econômico e institucional seja sobre a vida das pessoas, seja sobre respostas estruturais aos problemas sociais. (KLEINMAN; DAS; LOCK, 1997) Um sofrimento que se faz questão política, que emerge como o produto de uma relação desconfortável entre sujeito e ordem social; que penetra na experiência individual e encontra expressão através dos paradigmas corpóreos. (QUARANTA, 2006b)

Nancy Krieger (2001; 2005; 2011) amplia e integra essa abordagem através da teoria *ecossocial* por ela elaborada, mostrando como os processos de saúde e doença são o resultado das constantes interações entre sujeito, ambiente, histórias biográficas e comunidade. Na sua interpretação, existem múltiplos percursos de incorporação (*pathways of embodiment*) que podem ser incluídos unicamente quando consegue-se conferir centralidade às relações peculiares entre sujeito e contexto ao longo de toda a existência do indivíduo (perspectiva *life course*), sem subestimar os processos históricos que determinaram as trajetórias de vida específicas de um determinado grupo de indivíduos em um contexto pontual. “Suscetibilidade” e “resistência”, “*accountability*” e “*agency*” definem, dentro dessa reformulação, o espaço da fragilidade e da vulnerabilidade, evidenciando como os sujeitos mais ou menos suscetíveis a certas condições patológicas podem

desenvolver a doença com base na sua própria capacidade de resistência e reconfiguração da existência e/ou graças às estratégias de compensação colocadas em prática por sujeitos e organizações sociais. Esta análise consegue contornar uma visão meramente *culturalista* e permite examinar lucidamente tanto os significados culturais de tempos em tempos conectados ao corpo, à doença, à cura, quanto às relações de poder, às condições sociais e aos processos político-econômicos que incidem na produção e no cuidado da doença ou do bem-estar.

Referências

ALLUÉ MARTÍNEZ, X. Cultural Competence in Medicine. **AM Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica**, v.11/12, 2001.

BOURDIEU, P. **Per una teoria della pratica**. Con tre studi di etnologica cabila. Milano: Raffaello Cortina, [1977] 2003.

COMELLES, J.M. (et al.), **L’Hospital de Valls: assaig sobre l’estructura i les transformacions de les institucions d’assistencia**, Institut d’Estudis Vallencs, 480, 1991.

_____. The Role of Local Knowledge in Medical Practice: A Trans-Historical Perspective. **Culture, Medicine and Psychiatry**, v.24, n.1, p. 41-75, 2000.

_____. (a cura), **Themes in Medical Anthropology**. Argo, Perugia: Fondazione Angelo Celli, 2002.

COMELLES, J.M.; VAN DONGEN, E. (a cura), **Medical Anthropology and Anthropology**, Argo, Perugia: Fondazione Angelo Celli, 2001.

_____. (a cura), **Themes in Medical Anthropology**, Argo, Perugia: Fondazione Angelo Celli, 2002.

CSORDAS, T. Embodiment as a paradigm for anthropology. **Ethos**, v.18, p. 5-47, 1990.

_____. Somatic Modes of Attention. **Cultural Anthropology**, 8, p. 135–156, 1993.

_____. **Embodiment and Experience**. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.

DAS, V. Public good, ethics, and everyday life: Beyond the boundaries of bioethics, **Daedalus**, v.128, n.4, p. 99-133, 1999.

DEL VECCHIO-GOOD. Cultural studies of biomedicine: an agenda for research, **Social Science & Medicine**, 41(4) 461-474, 2005.

DE MARTINO, E. **La terra del rimorso**. Milano: Il Saggiatore, [1961] 2002.

EISENBERG, L. What makes persons “patients” and patients “well”? **The American Journal of Medicine**, v. 69, n2, p. 277-286, 1980.

FARMER, P. **Sofferenza e violenza strutturale. Diritti sociali ed economici nell’era globale**, in Quaranta I. (a cura) (2006) *Antropologia Medica. I testi fondamentali*, Raffaello Cortina Editore, Milano, pp. 265-302, 2006.

FASSIN, D., The biopolitics of otherness: undocumented foreigners and racial discrimination in French public debate. **Anthropology Today**, v.17, n.1, p. 3-7, 2001.

GADOW, S. Clinical subjectivity. Advocacy with silent patients. **Nurs Clin North Am.**, v.24, n.2, p. 535-541, 1999.

GALTUNG, J. Violence, Peace and Peace Research, **Journal of Peace Research**, v. 6, n.3, p. 167-191, 1969.

GOOD, B. **Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente**. Torino: Ed. Di comunità, 1999.

GRMEK, M. **La vita, le malattie e la storia**. Roma, Di Renzo, 1998.

HIGH, C. **Agency and Anthropology: Selected Bibliography**. Ateliers du LESC, 2010.

KLEINMAN, A.; DAS, V.; LOCK, M. (a cura), **Social suffering**. Berkeley: University of California Press, 1997.

KRIEGER, N. Embodiment: a conceptual glossary for epidemiology. **Journal of epidemiology and community health**, v.59, n.5, p. 350–355, 2005.

_____. Theories for social epidemiology in the 21st century: an eco social perspective, **International Journal of Epidemiology**, v. 30, p. 668-677, 2001.

_____. **Epidemiology and the People’s Health. Theory and Context**. Oxford: Oxford University Press, 2011.

LOCK, M.; SCHEPER-HUGES, N. The mindful body. A prolegomenon to future work in medical anthropology. **Medical Anthropology Quarterly**, v.1, n.1, p. 6-41, 1987.

_____. A critical-interpretive approach in medical anthropology: rituals and routines of Discipline and Dissent. In: JOHNSON, T; SARGENT, C. (eds), **Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method**. Westport: Praeger Publishers, 1990. p. 47-72.

MANNING, P.; FABREGA H. The experience of self and body: Health and illness in the Chiapas highlands. In: PSATHAS, G., ed. **Phenomenological Sociology**. New York: Wiley, 1973.

MARGULIES, S. Etiología y riesgo en la construcción clínica de la enfermedad VIH-sida: Ensayo de antropología de la

medicina. **Intersecciones antropol.**, v.11, n.1, p. 215-225, 2010.

MARGULIES, S.; BARBER, N; RECORDER, M.L. VIH-SIDA y “adherencia” al tratamiento. Enfoques y perspectivas. **Antípoda**. n.3, p,281-300, 2006.

MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, A. Dialogics, ethnography and health education. **Rev Saúde Pública**, v.44, n.3, p. 399-405, 2010a.

_____. La etnografía como dialogica: hacia un modelo intercultural en las políticas sanitarias. In: CHECA, F.; GARRIDO, A.A.; OLMOS J.C. (a cura), **Transitar por espacios comunes**. Inmigración, salud y ocio. Barcelona: Icaria, 2010b. p.57-84.

MERLEAU PONTY, M. **Fenomenologia della percezione**. Milano: Bionomi, [1945] 1965.

MOL, A. **The body multiple: ontology in medical practice**. London: Duke University Press, 2002.

ONG, A. The Production of Possession: Spirits and the Multinational Corporation in Malaysia. **American Ethnologist**, v.15, n.1, Medical Anthropology, p. 28-42, Feb. 1988.

PIZZA, G. Antonio Gramsci e l’antropologia medica ora. Egemonia, agentività e trasformazioni della persona. **AM Rivista della società italiana di antropologia medica**, Argo, Lecce, n.15/16, p. 33-52, 2003.

QUARANTA, I. (a cura), “Introduzione”. In: **Antropologia Medica. I testi fondamentali**. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2006a.

_____. (a cura), “Introduzione” in *Sofferenza Sociale*, *Antropologia Annuario*, Meltemi Editore, Roma, v.6, n.8, 2006b, p. 5-16.

_____. La trasformazione dell’esperienza. Antropologia e processi di cura, **Antropologia e Teatro**, v.3, n.2012, p. 1 – 31, 2012.

QUARANTA, I.; RICCA, M. **Malati fuori luogo**. Medicina interculturale. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2012.

SCARRY, E. **La sofferenza del corpo**. Bologna: Il Mulino, [1985] 1990.

TAUSSIG, M. Reification and the Consciousness of the Patient. **Social Science and Medicine**, v.14b, p. 5-13, 1980.

YOUNG, A. The Anthropology of Illness and Sickness. **Annual Review of Anthropology**, II, p. 275-285, 1982.

_____. **The harmony of illness**. Princeton: Princeton university press, 1995.

AS “VISTAS DOS PONTOS DE VISTA”: TENSÕES DENTRO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E POSSÍVEIS ESTRATÉ- GIAS DE INTERVENÇÃO

Emerson Elias Merhy

Em um lugar em que uns são homens, outros mulheres, alguns crianças e velhos. No qual, uns são médicos, outros agentes de saúde, alguns enfermeiros, ou psicólogos, ou odontólogos, ou fono, ou terapeutas ocupacionais, ou nutricionistas, ou fisioterapeutas, ou assistentes sociais, ou ..., ou ... Onde alguns gostam de jogar bola, outros de ver e falar sobre cinema, ou novelas, ou de notícias de jornais, ou de entrar no facebook, ou no twitter, ou no twitcasting. Aonde há famílias com papai, mamãe, filhos, vovôs e vovós, ou famílias ampliadas que tem duas mães, seis avós, dois pais, irmãos pelas metades. Lugar que tem grupos heteronormativos e não heteronormativos. Lugar que é de modo evidente marcado por diferenças e diferentes, por múltiplos e multiplicidades. Um lugar que podemos chamar de lugar-multidão de viveres e existires.

Nesse lugar, não resta a mínima dúvida que há certa tensão de como viver o dia a dia no mesmo, entre os vários grupos e pessoas que estão, ali, fabricando seu modo de

ser, encontrando o outro, abrindo-se nesses mesmos encontros para situações e coisas interessantes e ricas, no que toca ao reconhecimento do outro diferente e o disparo de novidades na produção da vida de cada um, de cada coletivo. Mas, há também, nesses encontros coisas não tão interessantes desse ponto de vista, pois pode ser que uns só consigam encontrar-se com um outro diferente, produzindo aí desigualdade, isto é, o outro diferente é visto como ameaça e para conviver com ele precisa-se estabelecer uma relação de poder, que o coloque sob um certo controle, um certo domínio, que o submeta.

Isso traz mais tensões ainda nesse lugar-multidão, tensão que pode virar conflito ou cooperação, encontro-desencontro e encontro-encontro. Não é minha intenção falar de todas essas tensões, mas sim apontar que essas tensões-constitutivas de todo lugar-multidão, rico em modos de viver, traz para a cena do cotidiano dos encontros, de qualquer natureza, uma multiplicidade e riqueza de tensões que estão ali atuando, sempre, e com a qual – a riqueza – temos que nos ver, quando queremos estar fincados em um território governado pela promessa de produção do cuidado, como é o campo da saúde, onde os programas de saúde da família fazem sentido e podem encontrar sua “alma”.

Nesse caminho, exploro a imagem de que em qualquer encontro, que há no campo de atuação de uma equipe de trabalhadores de um programa de saúde da família, essas tensões cobram passagens e os modos como nos posicionamos em termos ético-políticos, em relação a elas, é fundamental para podermos construir ações que têm: ou a defesa de que qualquer vida vale a pena, ou o contrário, quando considera-se que há vidas que são mais importantes que outras, que inclusive poderiam ser descartadas.

Para aprofundar as questões que me interessam, aqui, vou usar da imagem da “vista do ponto de vista” dos indivíduos e coletivos, para aprender com ela sobre o lugar que ocupamos, nesse mundo do cuidado.

Porém, antes disso, vale reconhecer que as experiências nesse campo dos programas de saúde da família, nesse lugar-multidão, têm permitido um enriquecimento importante do leque de práticas e das várias questões sociais e políticas, que atravessam o mundo do cuidado, operando como um campo de multiplicidades de “vistas dos pontos de vistas” diante dos campos de práticas da saúde, como por exemplo, no âmbito hospitalar.

Com Frei Beto aprendi a olhar sobre a vista do ponto, do ponto de vista. Com Eduardo Viveiros convenci-me de como, no campo da política, esses elementos são chaves para a construção de práticas de resistências positivas, por novos modos de viver, e com isso tudo compreendi de um jeito mais radical as implicações de um olhar, que aponta outro mundo possível.

Dizer, como Eduardo Viveiros (2010), que o sangue de uma presa para a onça é cerveja, além de uma provocação bem aguda, nos diz que há outro mundo, o da onça, onde antes só via o meu. Só em uma vista do ponto que não diferencia humanos de onças, pode-se compreender um enunciado como este. Em outra vista do ponto, que separa com firmeza natureza e cultura, isso é impossível. Nesse caso, não há vista do ponto de uma onça, só de humanos, seres únicos culturais, porém em um modo de construir um mundo que considera a onça como humana, também, isso é fácil de ser assimilado, de modo imediato.

Difícil entender tudo isso, não é?!

Mas, vamos tentar de outro jeito.

Olhamos uma garrafa de água e sem trocar uma fala

sobre certo código de entendimento, reconhecemos ali o mesmo tipo de objeto. Entretanto, pode haver algum povo que ao olhar para essa mesma garrafa não a veja assim, pode ser que veja ali uma água aprisionada. Por isso, a própria construção do que é real, ou mesmo de um objeto que possa ser partilhado, é vinculada ao modo de olhar o que é o mundo.

Ao reconhecermos o mesmo objeto temos a mesma vista do ponto, mas podemos divergir de pontos de vista sobre esse mesmo objeto. Uns podem dizer que isso é privatizar a água e outros que é assim em lugares onde tudo é mercadoria, mas todos veem ali uma garrafa de água.

Porém, quando nossas vistas do ponto são tão distintas não vemos o mesmo objeto, ou até não partilhamos do que é mesmo um objeto, para nós.

Nessa direção, é que um lugar-multidão é rico em vistas do ponto e pontos de vistas.

Isso é possível de ser identificado e possível de ser falado, para poder estabelecer, no mínimo, certo reconhecimento da sua existência e a importância que tem no campo de práticas que se está implicado, como no mundo do cuidado em saúde.

Só um olhar mais aguçado, a partir dessa conversa, pode tirar grandes proveitos para perceber como no encontro entre um usuário e um trabalhador está em jogo muita coisa, pois não é um simples encontro de diferentes, porém muitas vezes de mundos distintos, exigindo agires que possam operar de modo relacional e em simetria, como equivalentes, e não impositivamente, como de maneira geral acontece.

Ali, nesse encontro, a cada vista do ponto há “verdades” a elas vinculadas e podemos dizer que nele

existem vários regimes de verdade encontrando-se e disputando-se.

Os usuários colocam-se em verdades que são ligadas à sua aposta de produzir em si um cuidado que lhes potencializam seus modos de viver, as outras, vista do ponto nem sempre correspondem a esse tipo de regime de verdade.

Só os que se colocam a serviço dessa aposta dos usuários, posicionam suas verdades como secundárias de outra mais importante: a defesa da vida nos seus vários planos de produção, ali nas apostas que o outro faz para produzir-se.

Essa possibilidade de estabelecer o reconhecimento do outro como sabido, tanto quanto qualquer outra, é uma forma de implicação ético-política que marca quais verdades são chaves para dialogar com outras, no mundo do cuidado, tomando o lugar do desejo do usuário como ponto de referência.

Essa simetria de si com o outro é uma aposta política em um tipo de relação entre si e o outro que aposta em sociedades distintas da que vivemos, hoje, nas quais a vida de qualquer um não vale tanto a pena assim, e o em si é isolar-se tomando o outro como ameaça. Típico de uma sociedade como a capitalista que vive da exploração da vida do outro.

Talvez, tenhamos aqui alguma dica para estabelecer medidas entre os vários que compõem o lugar-multidão, principal foco dos programas de saúde da família.

A entrada de uma distinta vista do ponto desloca as tensões entre os pontos de vista.

Voltando para o lugar que começamos a caracterizar no início do texto, lugar típico de territórios onde os programas de saúde da família encontram-se. Voltando ali, para dentro da equipe e para os lugares de encontro no seu interior, bem como com os vários que vivem e constituem aquele lugar, podemos explorar as “vistas dos pontos de vistas” que emergem no campo de práticas dessas equipes e explorar possibilidades conforme os tipos de disputas que se instauram em termos ético-políticos, quando diferença vira desigualdade ou ao contrário, simetria, e os efeitos que isso coloca no campo do cuidado em saúde, em especial, quando a aposta central do SUS, brasileiro, é que a vida de qualquer um vale a pena e o campo de prática do cuidado, individual e coletivo, tem tudo a ver com isso.

Uma das tensões mais persistentes no interior das equipes de trabalhadores que atuam nesses programas é a que se expressa pelo lugar profissional, que cada um ocupa. Outra, tão fundamental quanto, estabelece-se entre esses trabalhadores e os usuários, e de modo mais radical entre gestores governamentais e usuários, individuais e coletivos. Há também uma tensão que se faz presente entre gestores governamentais e trabalhadores de saúde. Vamos explorar esses territórios e cruzá-los para ampliar possibilidades de agir no mundo do cuidado em saúde, dentro das apostas mais fortes da atual política de saúde, quando diz querer mudar os modos de cuidar-se em saúde, a fim de poder pensar a possibilidade de estabelecer medidas que possam contribuir para uma efetiva produção de um cuidado que se implica com a produção de mais vida, em qualquer um, considerando que produzir vida em um é produzir vida em todos os outros.

Como regra, os profissionais de saúde diferenciam-se nos pontos de vista e, raramente, nas vistas dos pontos. Isto é, partilham de um código, construído nesses últimos 300 anos (Foucault), que olha possibilidades de sofrimentos em indivíduos e pensa, adoecimento, buscando no que denomina corpo-biológico algum elemento que possa explicar esse efeito-sofrimento, a doença. O corpo-biológico adquire uma materialidade nesse processo de codificação, como se uma máquina fosse, mas daquelas máquinas que há 300 anos construíam-se, mecânicas, que, quando sofrem uma avaria, ficam disfuncionais.

Aqui, entre nós, qualquer profissional de saúde não precisa explicar-se sobre o que está falando ao dizer que alguém está com problemas de saúde. A entidade doença, como algum acontecimento nesse corpo, adquire a mesma materialidade como código, pois é associada a uma disfunção da máquina mecânica corpo-biológico. Esses elementos estabelecem vistas dos pontos que são totalmente partilháveis entre as várias profissões de saúde.

Entretanto, dependendo da profissão, os pontos de vistas podem ser muito distintos e a tensão entre eles tornarem-se conflitantes.

Um profissional médico e um enfermeiro tendem a ter uma tensão muito intensa no campo de práticas, apesar de falarem do mesmo mundo, o corpo-biológico e seu adoecimento, porém diferenciam-se, no ponto de vista, como devem atuar no campo do cuidado. O médico vê sempre estratégias de entender que disfunção está causando o sofrimento, para pensar como corrigir esse “defeito” e curar esse corpo, o enfermeiro vê estratégias de como cuidar desse que sofre, inclusive para que o outro, o médico, possa agir. O médico espera do enfermeiro esse cuidado, para poder fazer o seu trabalho específico: diagnosticar, prognosticar, terapeutizar.

Podemos ampliar esse quadro para as mais de dez profissões de saúde reconhecidas legalmente, no Brasil, e isso pode ser um bom exercício, ali no cotidiano de uma equipe. Pode contribuir para exercitar esse entendimento de vista do ponto e ponto de vista, pois veja que o médico descrito acima, bem como o enfermeiro, têm as mesmas vistas dos pontos – ambos codificam o outro-sofrimento como um corpo-biológico, máquina vital funcionando como um objeto instrumental, que pode desarranjar – mas não partilham dos mesmos pontos de vista sobre esse objeto, deslocam os seus focos para aspectos distintos e constroem estratégias de ação, que muitas vezes podem ser conflitantes.

Isso multiplica-se no interior de uma equipe multiprofissional, como a da saúde da família, potencializando o campo de tensão e transformando essa tensão em conflito.

O psicólogo nessa equipe, de maneira geral, faz um deslocamento do mesmo corpo-biológico para o terreno da subjetividade desse corpo, mas não rompe com a visão do mesmo tipo de corpo, só o veste com outras camadas funcionais.

Para alargar o olhar ali no cotidiano, vamos imaginar um profissional, não interessando sua profissão, que não partilha da mesma vista do ponto, dos outros.

Podemos ter um que não vê corpo-biológico máquina mecânica, para produzir modos de viver, mas vê produção de vida por acontecimentos e encontros entre corpos em fabricação no ato, com o outro que encontra.

Humberto Maturana (1980) () foi um médico-biólogo, chileno, que dizia que um campo ilusório é considerado por um organismo vivo como o seu real e que nessa relação é que ele constrói o que é a sua verdade no seu viver. Fez

seus estudos com pombas e os modos como seus olhos e cérebros iam produzindo-se, conforme os tipos de imagens e campos visuais que ia produzindo no laboratório, para essas pombas construírem seu entendimento do que estavam olhando e o que acontecia, ali no seu corpo, a partir disso.

Maturana (1980) mostrou que o corpo-biológico, máquina de produzir certo modo de viver não é mecânica e já pronta, esse corpo não existe, pois vai sendo fabricado à medida que vai vivendo-se o mundo que se constrói como o seu real. Não distingue o que é uma realidade dura fora do corpo e uma realidade ilusória atada pelo modo de olhar e construir o mundo para si.

A experiência de si da pomba era a chave para definir, inclusive, a própria estrutura do olho e do seu cérebro.

Vejamos a consequência disso para falarmos de vistas do ponto e pontos de vista, quando um profissional de saúde, de uma equipe, chega com esse outro mundo, olhando e dizendo: o corpo-biológico disfuncional não existe e o sofrimento não é apreensível pela noção de doença, portanto, cuidar não é diagnosticar e tratar. Pois cuidar é encontrar o outro e permitir que o modo como produz-se vida em si, seja potencializado na construção de mais redes de conexões na existência.

E agora, como é que fica a tensão. Muito mais radical.

Mas, um movimento interessante ocorreu: a entrada dessa outra vista, desloca as tensões dos pontos.

É nesse plano que a reforma psiquiátrica, no Brasil, vem experimentando novas formas de agir, no campo do cuidado, com o chamado louco. Ela encontrou outras medidas e outras vistas do ponto para poder trazer para a prática cotidiana das equipes, no mundo do cuidado, modos de agir distintos dos que eram realizados pelos processos de

cuidado profissionais centrados, sem compromissos com a produção de mais vida no outro, da psiquiatria manicomial.

A vista do ponto da luta antimanicomial deslocou as tensões dos pontos de vista das várias profissões e políticas que partiam do lugar de que o louco existe e só o conhecimento “científico” pode falar sobre ele, além do fato de que esse conhecimento é posse exclusiva dos profissionais de saúde.

O movimento antimanicomial e a reforma psiquiátrica trouxeram para os olhares novos modos de mirar a loucura. Com Basaglia (2001), ocorre um deslocamento, indicando que a doença deveria ser colocada entre parênteses, para que no indivíduo considerado louco aparecessem vários outros dele, para além daquilo que era colocado como sua marca: ser louco.

Isso faz um deslocamento dos pontos de vista de quem considerava a loucura como uma marca definitiva e determinante da vida no campo de existência. O louco, como um “sem razão”, estava então condenado a viver essa marca 24 horas por dia, todos os dias da sua vida.

Com o deslocamento, alguém tido como louco, também poderia ser um pintor, um radialista, um marceneiro, um matemático, um físico, um poeta, um cantor, um, um, um,

Ele-multidão ocupava agora o lugar da condenação de ter que viver como doente todo o tempo, como o manicômio faz quando interna alguém e coloca o rótulo, único, de louco.

Os vários planos de produção da vida são explorados para a construção de uma rede existencial mais rica e, portanto, terapêutica em si.

Outros pensadores, como Foucault (2006), trouxeram

possibilidades de olhares mais radicais ainda, ao colocar como problema: como numa certa sociedade fabrica-se o que seria a loucura e depois se sai catalogando quem seria ou não louco, partindo disso para construir modos de aprisioná-los, medicalizá-los, terapeutizá-los ou mesmo excluí-los de qualquer possibilidade de produzirem muitas existências em si.

Com esse pensador e militante de várias causas sociais antifascistas, novos horizontes crescem. Novas vistas do ponto aparecem, colocando os pontos de vista de quem acredita que a loucura é um fenômeno natural do humano em cheque, ao apontarem que a loucura só existe porque foi construída como tal, por certos agrupamentos sociais, para eliminar certas diferenças existenciais da vida coletiva ou para controlar certos grupos sociais, segundo alguns interesses políticos, por exemplo, para os quais certa medicina e uma psiquiatria servem muito bem.

Não cabe pensar em disfuncionalidade ou mesmo em doença, no máximo, pensa-se em sofrimentos que a produção de certas formas de existir pode gerar, no contexto de certas sociedades concretas.

Muda-se completamente o modo de olhar e de se praticar o cuidado.

Diante de usuários intensivos de drogas, não se pensa em internação para retirar dependência, mas pensa-se em encontros para se produzir mais vidas, ali onde só há pouca produção de vida.

Muda-se a abordagem da própria clínica e do cuidar. Elas tornam-se estratégia para dar suporte às experiências de se produzir existências em si e nos outros e não intervenções normalizadoras.

Explorar as tensões dos pontos de vista de quem partilha o mesmo tipo de mundo com novos olhares sobre

outros mundos possíveis pode ser uma grande chance das apostas, no campo da saúde da família, de transformarem o campo da saúde, no Brasil, em efetivo lugar de práticas de encontros que deem substância ao fato de que a vida e sua produção intensiva, em qualquer um, vale a pena e é o eixo-guia da construção do agir em saúde e da formação dos coletivos de trabalhadores do cuidado, transformando profissionais de saúde em trabalhadores coletivos, que não se perdem nas tensões dos seus pontos de vista, pois a vista do ponto de que a defesa radical da vida do outro, na produção e no exercício de suas existências não fascistas, é o centro dos seus agires.

Essa é a medida.

Referências

BASAGLIA, F. **Instituição Negada**. São Paulo: Graal, 2001.

FOUCAULT, M. **Nascimento da Clínica**. São Paulo: Forense Universitária, 2011.

_____. **Poder Psiquiátrico**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

MATURANA, H.; VARELA, F. J. **Autopoiesis and Cognition: The Realization of the Living**. Dordrecht: Reide, 1980.

VIVEIROS DE CASTRO, E. **Encontros**. Azogue, 2010.

SOBRE OS AUTORES

Emerson Elias Merhy: Médico de saúde pública, Professor Titular em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, Campus de Macaé. **E-mail:** emerson.merhy@gmail.com

Angelo Stefanini: Médico. Trabalhou por anos em projetos rurais na Uganda e Tanzânia, e ensinou na Universidade de Leeds, no Reino Unido e na de Makerere, na Uganda. Na Palestina ocupada foi o responsável da OMS (2002) e da cooperação italiana em um programa de saúde (2008-2011). Em 2007 dirigiu um projeto europeu de formação em saúde na Síria. É pesquisador da Universidade de Bolonha onde fundou o Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Internacional e Intercultural (CSI). **E-mail:** angelo.stefanini@unibo.it

Ardigò Martino: Médico especialista em Higiene e Medicina Preventiva. Phd em Cooperação Internacional e Desenvolvimento Sustentável, é pesquisador temporário do Departamento de Ciências Médicas e Cirurgia da Universidade de Bolonha. **E-mail:** ardigo.martino@unibo.it

Anna Ciannameo: Doutora em Pesquisa (PhD) na área de “Science, Technology and Humanities” pela Universidade de Bolonha (Itália) e em “Antropologia” pela Universitat Rovira i Virgili URV de Tarragona (Espanha). Atualmente

é pesquisadora assistente (Research assistant) pelo Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Internacional e Intercultural (CSI) da Universidade de Bolonha. **E-mail:** anna.ciannameo2@unibo.it

Chiara Di Girolamo: Médica especialista em Higiene e Medicina Preventiva. Colabora com o Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Internacional e Intercultural (CSI) da Universidade de Bolonha, onde ocupa-se de pesquisa e didática sobre temas da saúde global, das doenças negligenciadas, as desigualdades em saúde e a migração como determinantes de saúde. Atualmente é mestranda em Epidemiologia pela London School of Hygiene and Tropical Medicine. **E-mail:** chiaride@gmail.com

Erminia Silva: Historiadora, Doutora pela Unicamp, pesquisadora do Grupo Circus da Faculdade de Educação Física da Unicamp. **E-mail:** mina.silva@gmail.com

Laura Camargo Macruz Feuerwerker: Médica de saúde pública, Professora da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – USP. **E-mail:** laura.macruz@gmail.com

Maria Paula Cerqueira Gomes: Psicóloga, Professora do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ. **E-mail:** paulacerqueiraufjr@gmail.com



Série Saúde Coletiva e Cooperação Internacional/ Serie Salute Collettiva e Cooperazione Internazionale

Saúde Global: Perspectiva comparada Brasil e Itália - Organizadores: Alcindo Antônio Ferla, Angelo Stefanini, Ardigò Martino.

Salute Globale in una prospettiva comparata tra Brasile e Italia – A cura di: Alcindo Antônio Ferla, Angelo Stefanini, Ardigò Martino.

Problematizando epistemologias na Saúde Coletiva: saberes da cooperação Brasil e Itália - Organizadores: Emerson Merhy, Angelo Stefanini, Ardigò Martino.

Problematizzando epistemologie in Salute Collettiva: saperi dalla cooperazione Brasile e Italia – A cura di: Emerson Merhy, Angelo Stefanini, Ardigò Martino. (italiano)

Práticas em saúde global: ações compartilhadas entre Brasil e Itália - Organizadores: Túlio Franco e Ricardo Burg Ceccim.

Pratiche in salute globale: azioni condivise tra Brasile e Italia – A cura di: Túlio Franco e Ricardo Burg Ceccim.

Gestão e Políticas de Saúde: América Latina e Europa/ Gestione e Politiche di Salute: America Latina ed Europa - Organizadores: Alcindo Antônio Ferla, Janaina Matheus Collar, Giovanni De Plato e Francesca Senese. (bilingue)

www.redeunida.org.br

