

Como Pensa a Contra-hegemonia na Área da Saúde

Marco Aurelio Da Ros (Org.)



Volume I

Como Pensa a Contra-hegemonia na Área da Saúde

Marco Aurelio Da Ros (Org.)



Série Conhecimento em Movimento - Volume I - 2019

Como Pensa a Contra-hegemonia na Área da Saúde

Marco Aurelio da Ros (Org.)

Colaboradores:

Claudia Helena Jasper
George Saliba Manske
Inajara Carla Oliveira
Luana Gabriele Nilson
Luiz Roberto Agea Cutolo
Marco Aurelio Da Ros
Marcos Aurélio Maeyama
Marina Goelzer Kieling
Rita de Cássia Souza Lima
Rodrigo Otávio Moretti-Pires
Thaine Teixeira Machado
Yolanda Flores e Silva

Reitor

Valdir Cechinel Filho

Chefe de Gabinete de Gestão Integrada

José Roberto Provesi

Diretora Administrativa

Cleunice Aparecida Trai

Diretor de Internacionalização

Paulo Márcio da Cruz

Diretor de Assuntos Institucionais

Telmo José Mezadri

Vice-Reitor de Graduação e Desenvolvimento Institucional

Carlos Alberto Tomelin

Vice-Reitor de Pesquisa, Pós-Graduação e Inovação

Rogério Corrêa

Vice-Reitor de Extensão e Assuntos Comunitários

José Carlos Machado

Secretária Executiva

Luciana Merlin Bervian

Procurador Geral

Rodrigo de Carvalho

EDITORA UNIVALI

Responsável

Daniele Torres Almeida

Revisora

Prof^a. Ana Cláudia Reiser de Melo, MSc.

Projeto Gráfico e Capa

Ana Clara de Souza

Bolsista de Jornalismo

Gustavo Fuhr

Bolsista de Marketing e Comercialização

Carina Gabrich

CONSELHO EDITORIAL

André Oliveira de Souza Lima, Dr.

Carina Nunes Bossardi, Dr^a.

Hans Peder Behling, Dr.

Ilisabet Pradi Krames, Dr^a.

José Angel Alvarez Perez, Dr.

José Marcelo Freitas de Luna, Dr. (Presidente)

Marcos Vinicius Viana da Silva, MSc.

Pollyana Bortholazzi Gouvea, MSc.

Renato Riffel, MSc.

Suzete Antonieta Lizote, Dr^a.

Tatiana Ghedine, Dr^a.

Thais Vandresen, MSc.



Editora Univali

(47) 3341-7645 | Rua Uruguai, 458

Caixa Postal 360 | CEP: 88302-202

Itajaí/SC

C737 Como pensa a contra-hegemonia na área da saúde [recurso eletrônico] / Claudia Helena Jasper ... [et al.] ; organizador, Marco Aurélio da Ros. - Itajaí : Univali ; Porto Alegre : Rede Unida, 2019. - (Série Conhecimento em Movimento ; v. 1).

Livro eletrônico.
Inclui bibliografia.
Vários autores.
ISBN 978-85-54909-17-8 (e-book)

1. Serviços de saúde. 2. Medicina social. 3. Saúde pública. I. Jasper, Claudia Helena. II. Ros, Marco Aurélio da. III. Série.

CDU: 614

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca
Central Comunitária – UNIVALI

Copyright © 2019. Todos os direitos dessa edição são reservados às Editoras Univali e Rede Unida.

Nenhuma parte desta publicação pode ser reproduzida ou transmitida, em nenhuma forma ou meio, eletrônico ou mecânico, incluindo fotocópia, gravação ou em um sistema de recuperação sem a permissão das editoras.

Apresentação

Série Conhecimento em Movimento - Volume I

Marco Aurelio Da Ros
Organizador

Este 1º volume da série Conhecimento em Movimento, intitulado “Como pensa a contra-hegemonia na área da saúde”, parte do princípio de uma epistemologia que entende que as “verdades” científicas dependem de um coletivo de pensamento, em dado momento cultural, histórico e social, e que convive simultaneamente com outras “verdades”. Parte-se do pressuposto que o processo saúde-doença é determinado socialmente (a forma como se organiza socialmente a produção), que precipita condicionantes como saneamento, salário, habitação, vivência comunitária, alimentação, lazer, educação, posse da terra, etc.; que facilitam a emergência de uma doença biológica. A série tem uma proposta de seis a oito assuntos por volume e é concebida para ser utilizada desde programa de pós-graduação em saúde, como também para a graduação e para educação popular. Portanto, buscou-se uma linguagem acessível. Pretende-se ainda abrir para os próximos números a contribuição de autores de outras instituições que se identificam com a ideia da contra-hegemonia.

Sumário

■ Autores	7
■ Prefácio - O SUS sonhado como contra-hegemonia	10
■ Um modo crítico de ver a produção do conhecimento: a epistemologia de Ludwik Fleck	14
■ O conceito de saúde e a determinação social do processo saúde-doença	39
■ A molecularização dos corpos na medicalização da vida: entre a saúde coletiva e a biopolítica	49
■ Saúde e meio ambiente: o cuidador da terra e das pessoas como projeto de vida	60
■ Saúde: um bem ou um direito?	73
■ Em defesa da ética aplicada: contribuições de Giovanni Berlinguer	101
■ Integralidade	118
■ Posfácio	124

Autores

Claudia Helena Jasper: Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho (UNIVALI). Consultora no Núcleo de Telessaúde de Santa Catarina. *E-mail:* claudiajasper@univali.br.

George Saliba Manske: Licenciado em Educação Física, Mestre e Doutor em Educação (UFRGS). Professor dos cursos de Educação Física, do Programa de Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho e do Programa de Mestrado e Doutorado Acadêmico em Educação (UNIVALI). *E-mail:* george_manske@univali.br.

Inajara Carla Oliveira: Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho (UNIVALI). Pós-Graduada em Saúde da Família - Faculdade AVM. Graduada em Fonoaudiologia (UNIVALI). Docente dos cursos de Fonoaudiologia e Medicina (UNIVALI). Doutoranda em Educação (UNIVALI). *E-mail:* ina_carla@hotmail.com.

Luana Gabriele Nilson: Doutora em Saúde Coletiva (UFSC). Consultora no Núcleo de Telessaúde de Santa Catarina. Enfermeira especialista em Saúde da Família pela UFSC. Pesquisadora e docente com experiência de trabalho na Atenção Primária à Saúde, Avaliação em Saúde e Telessaúde. Atualmente, desenvolve seus trabalhos no Núcleo Telessaúde Santa Catarina e no Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde (NEPAS-UFSC). Experiência de atuação e apoio em Saúde Coletiva. *E-mail:* luanagnilson@gmail.com

Luiz Roberto Agea Cutolo: Doutor em Educação (UFSC). Docente do curso de graduação de medicina na UFSC. Ex-docente do Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho na UNIVALI. *E-mail:* lu.cutolo@gmail.com.

Marco Aurelio Da Ros: Doutor em Educação (UFSC). Docente do Curso de graduação de Medicina, da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e do Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho na UNIVALI. *E-mail:* ros@univali.br.

Marcos Aurélio Maeyama: Doutor em Saúde Coletiva (UFSC). Docente do Curso de graduação de Medicina na UNIVALI. Consultor no Núcleo de Telessaúde de Santa Catarina. *E-mail:* marcos.aurelio@univali.br.

Marina Goelzer Kieling: Fonoaudióloga, em Residência Multiprofissional em atenção básica/saúde da família pela UNIVALI. *E-mail:* marinakieling@gmail.com.

Rita de Cássia Souza Lima: Cirurgiã-Dentista (UMC); Especialista em Saúde Coletiva em Odontologia (UFMG); Especialista em Saúde da Família (UFSC); Mestre em Saúde Pública (UFSC); Doutora em Saúde Coletiva (UFSC). Docente do curso de graduação de Odontologia, da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e do Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho na UNIVALI. *E-mail:* rita.lima@univali.br.

Rodrigo Otávio Moretti-Pires: Doutor em Enfermagem Psiquiátrica (USP), doutorando em Sociologia Política (UFSC). Docente do Departamento de Saúde Pública da UFSC. Consultor no Núcleo de Telessaúde de Santa Catarina. *E-mail:* rodrigo.moretti@ufsc.br.

Thaine Teixeira Machado: Consultora no Núcleo de Telessaúde de Santa Catarina. *E-mail:* thaine.machado@gmail.com.

Yolanda Flores e Silva: Doutora em Enfermagem (Filosofia da Saúde) (UFSC). Estágio Sênior Pós-Doutoral com Bolsa CAPES realizado em 2013 na Universidade do Algarve. Na Univali atua

nas Escolas de Artes, Comunicação e Hospitalidade e na de Saúde, com disciplinas relacionadas à Sociedade e Cultura, História e Patrimônio, Metodologia da Pesquisa, Bases Epistemológicas e Práticas Antropológicas na Saúde. Docente do Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho na UNIVALI. *E-mail*: yolanda@univali.br.

Prefácio

O SUS sonhado como contra-hegemonia

Marco Aurelio Da Ros
Organizador

Os que construíram e constroem cotidianamente, desde a década de 1970, a proposta de um SUS universal, equânime, integral, em que o povo mande e que seja organizado a partir da atenção fundamental, se identificam com uma proposta que chamamos, hoje, de contra-hegemonia (pensávamos que passados mais de quarenta anos, fôssemos hegemonia. Mas não deu...).

Gramsci, um dos teóricos da construção da compreensão atual de hegemonia, nunca usou o termo contra-hegemonia. Mas, hoje, para simplificar, entendemos que hegemonia é o pensamento e a prática gestada por uma minoria da população que detém o poder (principalmente o econômico, mas também o político) numa determinada formação social e o exerce fazendo coerção ou cooptação de “classes” que não detêm esse poder (essas classes são chamadas por eles de subalternas), tornando-se o pensamento da maioria.

Esta hegemonia se expressa de formas diversas no campo da saúde, como: a defesa do modelo biomédico; o anti-SUS; o SUS das caixinhas e protocolos; o monopólio do conhecimento, do não reconhecimento a outras práticas terapêuticas, do desmonte da Atenção Básica; a defesa de planos “populares” de saúde, da lógica do lucro com doença, da ênfase aos exames e hospitais, da degradação do meio ambiente e conseqüentemente das possibilidades de vida do planeta, do não reconhecimento à diversidade, do desrespeito aos movimentos sociais e ao seu conhecimento e, especialmente, à compreensão de que a saúde não é um direito, e sim um bem de mercado.

Há, contudo, outro tipo de pensamento e prática que se opõe ao exercício e à forma dessa hegemonia e que aspira à construção de outra hegemonia: solidária, justa socialmente, com respeito à

diversidade e à dignidade humana, em que o valor do coletivo seja mais importante do que o desejo individual e que o conhecimento científico sociocultural não seja monopólio de um setor da população, defendendo, portanto, uma democracia radical, participativa e não a representativa financiada pelo poder econômico.

Neste momento esta “contra-hegemonia” (que deixaremos de colocar entre aspas) assume múltiplas formas e com múltiplos embasamentos teóricos diferentes.

Propomo-nos, ousadamente, a colaborar com a construção de uma lógica contra-hegemônica na área da saúde, com textos escritos de uma forma “palatável” para ser consumido por leitores desde o movimento social às pós-graduações em saúde. Pensamos que a produção da série Conhecimento em Movimento possa contribuir para seus possíveis leitores.

Somos inicialmente professores da pós-graduação em saúde e gestão do trabalho, especialmente do grupo de pesquisa chamado ARGOS, da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI), e queremos trabalhar com parceiros da graduação, de outras pós-graduações desta instituição, mas também temos a preocupação de universalizar essa discussão com parceiros de outras instituições que se interessem pela temática. Desta maneira, queremos/precisamos muito de contribuições fundamentais que venham de outras instituições que se alinhem ao pensamento contra-hegemônico, inclusive ampliando a temática já pensada. Estamos, assim, fazendo um convite para outras instituições/universidades que queiram contribuir.

A série inicialmente já está prevista para 9 números, lançados semestralmente, talvez (comprovando a ousadia anunciada), que envolvem uma temática ampla ou suficiente contendo assuntos variados (pensamos em 6 a 8 capítulos por número) e que contribuam para as pessoas com as quais trabalhamos, sejam elas estudantes da graduação, do mestrado, da residência, dos municípios em que desenvolvemos projetos e, especialmente, para a educação popular para que nós, como intelectuais orgânicos, possamos contribuir para a ruptura da subalternidade e para a construção da emancipação sonhada.

Os referenciais teóricos passam desde autores seminais, como: Marx, Foucault, Gramsci, Vigotsky, Lênin, Ludwik Fleck, Freire e autores que, baseados nestes, foram adiante nas elaborações cognitivo/práticas como Mario Testa, Berlinguer, Guattarri, Virchow, Canguilhem, Sigerist, Juan Garcia, Sergio Arouca, Semeraro, Simionatto, entre outros. No atual momento histórico, não podemos nos dar o luxo de brigarmos entre aliados, com a mesma imagem-objetivo, e em função disso, não defendemos uma única vertente de expressão, mas reafirmamos que estas publicações serão pautadas pela contra-hegemonia.

Gramsci situa ações contra-hegemônicas como instrumento para criar uma nova forma ético política; alargar a visibilidade de enfoques ideológicos; reorganizar repertórios contra o modelo hegemônico, pensando desde a ampliação da consciência social, da construção de cidadania, de luta por causas comunitárias (MORAES, 2010). Acreditamos que possamos ter, como parte da imagem-objetivo, a partilha equânime das riquezas e da terra; a defesa do pluralismo cultural; a inclusão social; o respeito as tradições culturais; a defesa de bens públicos comuns; a democratização do acesso às informações ao conhecimento e à tecnologia; a soberania de recursos naturais; a defesa intransigente do SUS sonhado, com todos seus pressupostos. E, especialmente na nossa pauta específica, localizarmos que saúde depende em última análise da organização social da produção, como disse Arouca e ficou presente no Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986).

Tínhamos pensado inicialmente em fazer uma produção interna da universidade para nossos extensionistas, estudantes de graduação e da pós-graduação (desde a residência até o mestrado e agora com a possibilidade do doutorado). Considerando o momento político que passamos (de desmonte do SUS e de perda de direitos sociais), estamos nos dando conta que essa é uma discussão que precisa ser irradiada/universalizada. Temos uma preocupação de achar a linguagem certa, num ponto que não seja vulgar, mas que não seja das profundezas acadêmicas. E por isso pensamos em publicar não somente em nossa universidade, mas em parceria com uma instituição que tenha identidade com o pensar contra-

hegemônico e com a proposta de trabalho com educação popular e formação histórico-política, no caso A Rede UNIDA.

A dinâmica prevista seria publicar esse primeiro número e anunciar a temática dos próximos números. Pensando numa série semestral, estamos propondo, de antemão, vários assuntos que estarão listados ao final desta edição, no posfácio, na expectativa de que nossos parceiros queiram contribuir.

O nosso grupo de pesquisa já listou mais de 60 temas (posfácio). Acreditamos que, com a divulgação do primeiro número, possamos estar chamando contribuições para além dos temas já listados e também que surjam candidatos a escreverem sobre os conteúdos propostos. Pensamos que devemos ampliar muito este leque.

A expectativa é de que tanto a produção como a disponibilização desse material para os nossos “irmãos de luta” possam contribuir no resgate da luta da reforma sanitária, para além de uma reforma, de uma garantia de um sistema único, público cuja saúde seja o dever do estado, universal, integral, equânime, organizada a partir da atenção fundamental e cujo povo seja o poder que construa cotidianamente as transformações.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília. Brasília, DF, 1986.

MORAES, D. Comunicação, hegemonia e contra-hegemonia: A contribuição teórica de Gramsci. *Revista Debates*. Porto Alegre, v.4, n.1, p. 54-77, jan.-jun. 2010.

Um modo crítico de ver a produção do conhecimento: a epistemologia de Ludwik Fleck

Marcos Aurélio Maeyama

Marco Aurelio Da Ros

Introdução

A proposta deste capítulo é apresentar a obra de cunho epistemológico de Ludwik Fleck, cujas preocupações estavam em pensar os aspectos históricos e sociais da ciência, afinada, portanto, com a concepção construtivista do conhecimento. Fleck descreve, com exemplos médicos, como se dá a produção de conhecimento, utilizando a categoria Estilo de Pensamento e seus elementos constituintes. A caracterização de um objeto ou fato, utilizando os elementos do estilo de pensamento, pode ser muito útil no estudo das ciências não exatas e do próprio cotidiano, não só como referencial teórico, mas também como referencial de análise, uma vez que esses elementos auxiliam no processo de busca de significados e conteúdos latentes, característicos desses tipos de estudo.

Como esta série pretende ter utilidade para desde pesquisadores até graduandos ou comunidade, precisamos decodificar um pouco sobre o que estamos falando.

A epistemologia (para tentarmos “traduzir”) pode ser entendida simplificada como a forma que se constrói o conhecimento. Se a tomarmos desta maneira, entenderemos que não existe um jeito único de explicar essa construção. Há teorias que dizem que se trata tão somente desvelar, com auxílio da tecnologia, a chegada da verdade. Essa visão considerada positivista se opõe à concepção construtivista, que entende que o conhecimento evolui tanto por ampliação de dados como por modificações na forma que se organiza a sociedade e, como consequência, no jeito de ver as coisas, consequentemente, a ciência.

Na história da ciência, uma das vertentes utilizadas para romper com a forma mística de interpretar fatos científicos surge fortemente no século XIX e é conhecida como positivismo. Este jeito de pensar, embora com este nome que pareça uma coisa contrária ao negativismo, não tem esse sentido. Trata-se de um jeito de pensar sobre as ciências em que o fato estudado tem somente uma verdade, inegociável, porque científica.

Com o decorrer do século XIX e início do século XX, a vertente construtivista passa a entender que a ciência tem um olhar histórico e social e mutável, conforme a formação social examinada. Muitos autores se dedicaram a aprofundar as explicações científicas a partir desta lógica. O materialismo dialético vai radicalizar esta forma de ver a ciência. Dentre os autores construtivistas, podemos destacar Piaget (1997), Bachelard (1999), Kuhn (1997) e, especialmente, Fleck, que é tido por alguns autores atuais como entre o construtivismo e o materialismo.

Vale lembrar um exemplo Kuhniano de como as verdades científicas são mutáveis. Ele utiliza o exemplo do átomo, considerado a menor partícula do mundo e de como complicações nas explicações sobre a menor partícula implicam a “descoberta” do elétron, que, portanto, causa uma “revolução científica”, até que surjam novas complicações, o elétron é a menor partícula. Aí, surgem os mésons... O que mais virá?

Na área da saúde, o que era verdade há vinte anos é ridicularizado hoje como absolutamente não científico. Do que rirão de nós os nossos colegas profissionais daqui há vinte anos? Mas vamos aprofundar um pouco o autor que queremos apresentar.

Posicionamento Epistemológico

O médico e biólogo Ludwik Fleck nasceu em 1896 na cidade de Lwow, na época Polônia, no domínio do Império Austro-Húngaro, hoje território ucraniano. Com sua principal obra de cunho epistemológico, *Gênese e desenvolvimento de um fato científico*, publicada em 1935, Fleck se posicionava contrário ao pensamento dominante na época, o neopositivismo, representado pelas

ideias do Círculo de Viena, as quais defendiam a ciência objetiva empiricamente verificável, desconsiderando a metafísica. As preocupações de Fleck iam além dos dados objetivos para pensar em aspectos históricos e sociais da ciência (CONDÉ, 2010).

Fleck parece ter sofrido grande influência das ideias discutidas na Escola Polonesa de Filosofia da Medicina, representada por Chalubinski, Biernacki, Bieganski e Kramsztyk, cuja preocupação se centrava na discussão sobre o caráter da medicina como arte ou ciência (DA ROS, 2000; LÖWY, 2012). Também teve influência da psicologia gestáltica e das leituras de Durkheim, Lévy-Bruhl e Jerusalem sobre estudos sociológicos e antropológicos (COHEN; SCHNELLE, 1986). Desta psicologia, tiramos um exemplo que utilizamos muito nas nossas aulas para exemplificar como as formas de ver dependem do coletivo em que estamos. Vejamos, por exemplo, a seguinte questão: o que você lê na primeira linha a seguir? Esperamos que você diga A, B, C.

A B C

Agora, queremos que você leia esta série numérica (entendemos que é uma série numérica).

12 B 14

Esperamos que você tenha lido 12, 13, 14. Se separarmos o termo do meio de ambas as séries, teremos o seguinte signo:

B

Ele significa o quê? Pode ser B ou 13, depende se você está num coletivo de letras ou de números. Ou seja, o teu coletivo orienta o teu jeito de ver.

Em sua primeira publicação no âmbito da teoria das ciências, em 1927, a partir de um estudo retrospectivo sobre as explicações médicas, Fleck demonstrou a gênese dos pontos de vista específicos para cada época, apontando que no aparecimento ou no desaparecimento das orientações dominantes existia tanto uma sucessão quanto uma incomensurabilidade de perspectivas, além da associação histórica (SCHAFER; SCHNELLE, 2010).

Num segundo artigo, publicado em 1929, descreve o peso da tradição, afirmando que os novos conhecimentos sempre são predeterminados pelos antigos, e ao longo de sua monografia de 1935 defende que o conhecimento sobre sífilis de sua época era produto de um amadurecimento histórico, não apenas baseado na observação do material empírico daquele período (SCHAFER; SCHNELLE, 2010).

Para Fleck, o processo de conhecimento é a atividade humana mais condicionada socialmente e, portanto, é um produto social por excelência (FLECK, 2010). Considerando a ciência como uma atividade social e coletiva, seu posicionamento também se afasta das categorias aristotélicas ou kantianas de cunho idealista (CONDÉ, 2010).

A origem do pensamento do homem não está nele próprio, mas no meio social onde vive, na atmosfera social que respira; ele sofre influência direta e decisiva para pensar de determinada forma: a do seu meio social (FLECK, 2010). Fleck considera que a ciência é organizada por pessoas que agem de forma cooperativa, guiadas por uma estrutura sociológica e pelas convicções que unem os cientistas para além de suas convicções empíricas e especulativas individuais (SCHAFER; SCHNELLE, 2010).

Fleck acentua que o processo de conhecimento como atividade social está vinculado às pressuposições sociais dos grupos envolvidos e que estes dispõem de realidades sociais particulares; portanto cada “saber” elabora seu próprio Estilo de Pensamento, condicionado pela forma de compreender os problemas, direcionando-o para seus objetivos, de acordo com sua realidade social (SCHAFER; SCHNELLE, 2010). De maneira inversa, a realidade social também é mediada pelo processo de conhecimento, uma vez que, à medida que o conhecimento avança, ele transforma a própria realidade (SCHAFER; SCHNELLE, 2010).

Fleck se afina com a concepção construtivista do conhecimento, cujo sujeito é carregado de pressupostos históricos e sociais, tornando o fato científico transitório e dependente do estado de conhecimento sobre o objeto a ser estudado.

Justificativa para uso

A baixa repercussão de sua obra não deve ser encarada como limitação de suas ideias, pelo contrário, a história demonstra que as ideias de Fleck estavam muito à frente de seu tempo, pois a importância dos aspectos históricos e sociais para a compreensão da ciência só começaria a se desenvolver três décadas após a publicação de sua obra de 1935.

A hegemonia das ideias do Círculo de Viena (a escola do positivismo europeu) na época do lançamento de seu livro impediu que suas ideias fossem entendidas e, conseqüentemente, tivessem o merecido reconhecimento (CONDÉ, 2010). E, aliado a isso, soma-se o fato de ele ser judeu, polonês (portanto não pertencente ao eixo anglo-saxão dominante) e ter vivido numa época de constantes períodos de guerra. Portanto, a própria teoria do conhecimento de Fleck justifica por que suas ideias não tinham possibilidade de se consolidar naquele contexto histórico, social e cultural.

Importante assinalar, embora não seja objeto deste capítulo, que as ideias de Fleck nascem não da genialidade, mas são frutos do meio onde Fleck vivia e especialmente dos colegas que participavam da chamada Escola Polonesa de Filosofia da Medicina (LÖWY, 1990; DA ROS, 2006).

Outro ponto atribuído à pouca recepção de suas ideias, naquela época, foi o fato de Fleck nunca ter abandonado sua carreira de médico cientista, como muitos outros epistemólogos o fizeram (CONDÉ, 2010). Porém, Fleck utilizava seu tempo livre para dedicar-se ao estudo da história e da filosofia da ciência (SCHAFER; SCHNELLE, 2010), e a partir de sua atividade como médico cientista, refletia sobre sua própria prática, confrontando com as teorias dominantes da filosofia da ciência da época (FEHR, 2012), e publicando artigos na Revista Arquivos da História e Filosofia da Medicina (DA ROS, 2006).

Talvez o que melhor justifique o uso de suas categorias epistemológicas seja a sua própria obra. Ao contrário do que faz Popper em *A Lógica da Pesquisa Científica* e o próprio Kuhn em *A Estrutura das Revoluções Científicas*, Fleck não descreve

de forma sistemática uma metodologia de investigação sobre o conhecimento, mas vai ao longo de seu livro, apresentando suas ideias a partir da descrição da gênese ampla do conceito de sífilis, de um período retrospectivo que se estende de sua época até a Idade Média, demonstrando os condicionamentos históricos e sociais da estrutura do saber. Portanto, Fleck apresenta sua epistemologia explicando e exemplificando sua utilização, especialmente por meio do que chama de Estilo de Pensamento.

Categorias Fleckianas

É importante lembrarmos que, quando Fleck apresenta suas ideias, não está sendo prescritivo. Apenas descreve, usando exemplos históricos, como se produz, como se mantém, como se transforma, ou melhor dizendo, em que circunstâncias se dá a produção de conhecimento.

No artigo intitulado *Zur krise der wirklichkeit* (Sobre a crise da realidade), em 1929, na prestigiada revista alemã *Die Naturwissenschaften* (CARNEIRO, 2015), ele introduz pela primeira vez o que chama de coletivo de pensamento e Estilo de Pensamento, aprofundados em sua monografia de 1935. “O primeiro designa a unidade social da comunidade de cientistas de um campo determinado; o segundo, as pressuposições de acordo com um estilo sobre o qual o coletivo constrói seu edifício teórico” (SCHAFER; SCHNELLE, 1986, p. 23).

Na categoria epistemológica de Fleck, o processo de conhecimento deve ser entendido como um estado de educação baseado na relação dialética entre o sujeito do conhecimento, o objeto já conhecido e o objeto a ser conhecido (FLECK, 2010).

Fleck enfatiza que o nível de percepção e entendimento contemporâneo sobre determinado fato não seria possível sem se apoiar em conhecimentos adquiridos por outras gerações, portanto não se trata da simples observação fenomenológica de um fato, mas também do conhecimento prévio sobre o objeto, o estado do saber (FLECK, 2010). Por esse motivo, o processo de conhecimento é resultado da atividade social; ele ultrapassa a consciência individual teórica (FLECK, 2010).

Para Fleck, as experiências do presente estão ligadas às do passado e estas se ligarão às do futuro – são as chamadas protoideias ou pré-ideias, esboços históricos evolutivos das teorias atuais que, apesar das variações dos Estilos de Pensamento, mantêm algumas concepções surgidas no passado ou partem delas para seu desenvolvimento, tendo, por conseguinte, grande valor heurístico (FLECK, 1986). Porém, é preciso lembrarmos que nem todo fato científico atual é proveniente de uma protoideia e que nem toda protoideia será materializada em fato científico (FLECK, 1986).

Além disso, o processo de conhecimento está condicionado por fatores sociais, históricos e culturais e, desta forma, os fatos científicos são interdependentes historicamente. Fleck ressalta em sua obra que o interesse pelo conhecimento da sífilis, em períodos históricos distintos, foi mobilizado por demandas morais (doença venérea), sociais (epidemia e transmissibilidade) e políticas (competição sorológica entre os países) (SCHAFER; SCHNELLE, 2010).

Estes fatores sociais, culturais e históricos representam as condições em que os fatos acontecem. Estas condições ou pressupostos correspondem aos acoplamentos ativos. Já os acoplamentos passivos são como consequências dos acoplamentos ativos, aquilo que é percebido de forma natural (FLECK, 2010).

O Estilo de Pensamento tem como raiz uma disposição para ver, observar ou perceber de forma dirigida que é condicionada pelos pressupostos históricos, sociais e culturais de uma comunidade em determinada época (FLECK, 2010). Um exemplo emblemático é dado pelo autor ao descrever que, no período da Idade Média, quando a Igreja exercia forte poder sobre a população, as doenças eram tidas como castigos divinos e o conceito de sífilis advinha da crença de doença como fruto do pecado, da imoralidade.

A construção do fato científico está intrinsecamente relacionada com essa forma de ver (FLECK, 1986; LÖWY, 1994a; SCHAFER; SCHNELLE, 1986). O fato científico pode ser entendido como uma relação de conceitos próprios de um Estilo de Pensamento que, embora possa ser investigado por meio dos pontos de vista históricos e da psicologia individual e coletiva, nunca poderá ser

reconstruído em sua totalidade, e assim as “verdades” e os fatos científicos só existem dentro de um Estilo de Pensamento, pois dentro dele (ou de seu coletivo de pensamento) não são “relativos” ou “subjetivos” no sentido popular da palavra; são soluções, logo, “verdades” (FLECK, 2010).

No âmbito do conhecimento, o observar se dá principalmente de duas formas: no seu princípio, um ver inicial pouco claro, impreciso, não orientado, com disposições contraditórias de vários estilos; posteriormente, uma percepção da forma desenvolvida e imediata, um ver formativo, possível a partir de introdução teórico-prática em uma área, ou melhor, em um Estilo de Pensamento para além da experiência individual (FLECK, 2010). O aumento da capacidade de observar a partir desse ver formativo implica também a perda da capacidade de observar o contraditório, ou seja, existe uma predisposição para o perceber direcionado, que é característica fundamental do Estilo de Pensamento (FLECK, 2010).

Fleck afirma que o percebido é experienciado a partir do coletivo de pensamento, que realiza a intermediação por meio da coerção exercida no pensamento (SCHAFER; SCHNELLE, 2010). Dessa forma, a introdução em determinada área de trabalho se dá muito mais por um processo de doutrinação do que pelo pensamento crítico-científico. A aprendizagem é marcada por uma sugestão de pensamentos puramente autoritária, a partir dos pressupostos de quem ensina, ou seja, a partir de seu Estilo de Pensamento. A acolhida ocorre para um mundo fechado (FLECK, 2010). O autor considera que qualquer introdução didática é uma suave coerção ou uma condução-para-dentro de um Estilo de Pensamento (SCHAFER; SCHNELLE, 2010).

O processo de introdução se dá baseado na confiança dos iniciantes nos especialistas, e a união dos que passaram por esse processo fortalece os laços de solidariedade do pensamento. Fleck ainda aponta os livros didáticos como muito importantes para a iniciação em uma área e, conseqüentemente, em um Estilo de Pensamento (SCHAFER; SCHNELLE, 2010).

Outras questões relevantes apontadas por Fleck, além da educação, dizem respeito ao peso da tradição e do hábito que,

segundo ele, são fatores que geram a disposição para um sentir seletivo e um agir de acordo com um Estilo de Pensamento (SCHAFER; SCHNELLE, 2010). Para Fleck, no contexto da ciência, hábito é a aquisição paulatina de determinada “experiência”.

Um Estilo de Pensamento apresenta fases características: a época clássica, na qual os fatos percebidos se encaixam com exatidão nas suas teorias, e a época das complicações, na qual se toma consciência das exceções (SCHAFER; SCHNELLE, 2010).

O fortalecimento das formações de pensamento e a solidariedade intelectual dos pares fazem com que o Estilo de Pensamento ganhe estabilidade, possibilitando que os coletivos de pensamento construam seus sistemas de opiniões, reclamando para si a explicação do seu objeto de estudo (SCHAFER; SCHNELLE, 2010). Quanto mais organizados são os Estilos de Pensamento com seus sistemas de opiniões, mais “força sugestiva” eles possuem sobre seus membros para tornar imperceptível a dependência de utilização de seus pressupostos, ao que Fleck denomina harmonia das ilusões (SCHAFER; SCHNELLE, 2010).

A harmonia das ilusões ocorre diante de qualquer contradição às ideias do Estilo de Pensamento, ora descartando problemas que não se encaixam ou não são explicados pelo Estilo de Pensamento, ora realizando uma reinterpretação dos fatos para adequação ao seu Estilo de Pensamento, gerando sua tendência à persistência do seu sistema de opiniões (FLECK, 2010).

Como prova dessa prática, Fleck demonstra algumas publicações de livros científicos que não coincidem com efetivas possibilidades de observação, nas quais são omitidos os detalhes “insignificantes” e ressaltados os “significativos”, tudo de acordo com os pressupostos do seu Estilo de Pensamento (SCHAFER; SCHNELLE, 2010). Fleck afirma que, neste processo, o indivíduo nunca, ou quase nunca, está consciente da força coercitiva que o Estilo de Pensamento exerce em seu pensamento e pela qual qualquer contradição passa a ser impensável (FLECK, 2010).

Mesmo com a harmonia das ilusões estando presente, especialmente no âmbito científico, o sistema de opiniões só se consolida a partir de sua legitimação nos poderes sociais, que

formam conceitos e criam hábitos de pensamento, determinando o que “não pode ser pensado de outra maneira” e transformando o fato numa realidade evidente, tornando o sistema fechado e harmonioso para um coletivo de pensamento (FLECK, 2010).

A estrutura interna dos coletivos de pensamento é dividida em círculo esotérico e círculo exotérico. O primeiro, mais interno, é formado pelos iniciados que já possuem uma disposição para perceber e agir direcionados, marcado pelo contato próximo com o fato científico e, externamente a esse círculo, formam-se outros círculos exotéricos com uma gradual hierarquia de iniciação baseada especialmente na confiança dos iniciados (FLECK, 2010). Apesar dessa hierarquia, os iniciados dependem da opinião pública (círculo mais exotérico), que em última instância é quem legitima o conhecimento. A comunicação do círculo esotérico para o círculo exotérico se dá de forma simplificada, com ausência de detalhes e, principalmente, de polêmicas, e essa simplificação vai aumentando à medida que o círculo é mais exotérico, pois para este saber popular interessam apenas sua certeza, simplicidade e plasticidade (FLECK, 2010).

Quando Fleck se refere aos coletivos do mundo da vida cotidiana, considera a produção de conhecimento do senso comum, portanto também passível de uma análise epistemológica. Ele afirma que o pensamento coletivo nos possibilita comparar e investigar de forma uniforme o pensar primitivo, arcaico, infantil ou mesmo o pensamento de um povo, classe ou grupo social (FLECK, 1986). Apesar disso, considera que o conhecimento científico é o que permite maior concentração de elementos que nos aproxima do que chamamos de realidade (FLECK, 1986).

Não é possível assimilarmos todas as variáveis que envolvem um determinado fato científico num determinado momento histórico. Fleck chama atenção disto e diz que o postulado da experiência máxima (FLECK, 1986, p. 98) é a lei suprema do pensar científico. Ou seja, o conhecimento que temos acumulado numa determinada formação social, em um tempo histórico, deve incluir as explicações evidenciadas em outros conhecimentos anteriores que não tinham a abrangência do conhecimento atual.

Além disso, os pesquisadores (círculo esotérico) são influenciados por eventos externos à ciência, de grande importância social e cultural, ao mesmo tempo em que também interferem neles (LÖWY, 2012).

Outra questão bastante importante para a produção do conhecimento diz respeito à realidade dos indivíduos, que vivem ao mesmo tempo a vida cotidiana, a profissional, a religiosa, a política e ainda a científica em alguns casos, e por vezes elas se mostram contraditórias entre si (FLECK, 1986); ou seja, valores e crenças de outros coletivos dos quais os membros de um coletivo específico participam acabam por modificar o próprio Estilo de Pensamento.

Para o médico polonês, esses tráfegos intercoletivos das pessoas, que são particulares, fazem com que existam processamentos de informações externas ao Estilo de Pensamento, ocorrendo um deslocamento ou uma alteração dos valores de pensamento, que pode ser pequena ou mesmo possibilitar a mudança do Estilo de Pensamento (SCHAFER; SCHNELLE, 2010). Essas informações propiciam internamente, no coletivo de pensamento, trocas, apropriações, reajustes, divergências, disputas estratégicas de legitimação e de compatibilização (OLIVEIRA, 2012), que por um lado podem levar a um processo de intersubjetividade e consenso, desenvolvendo o estilo de pensamento, ou até mesmo promover a mudança de Estilo de Pensamento.

A instauração de um novo Estilo de Pensamento geralmente implica uma perda da capacidade de observar certos aspectos, muitas vezes relevantes, do estilo anterior (LÖWY, 1994b). Portanto, as complicações de determinado Estilo de Pensamento podem tornar-se ferramentas preciosas para que se processe a mudança de Estilo de Pensamento.

As grandes mudanças de Estilo de Pensamento muitas vezes surgem em épocas de grandes conturbações sociais, motivadas pelo conflito de opiniões, pelas grandes diferenças dos pontos de vistas, pela falta de clareza, ou seja, pela impossibilidade de perceber de forma imediata e dirigida (FLECK, 2010).

Outro ponto destacado por Fleck no desenvolvimento das ciências é a importância da linguagem, pois, apesar da sua capacidade de reprodução do conhecimento, ela também pode, a partir do “mal-entendido”, possibilitar novas formas de compreensão, principalmente nos tráfegos intercoletivos (SCHAFER; SCHNELLE, 2010).

Os fatos científicos construídos pelos coletivos de pensamento são assimilados por outros coletivos de pensamento que realizam uma tradução em seu próprio estilo, transformando-os em outro fato científico (LÖWY, 1994a). A maneira característica de ver, perceber e sentir de cada Estilo ou coletivo faz com que a aproximação com um determinado objeto seja mediada a partir de seus pressupostos, ou seja, para um mesmo “objeto” podemos ter fatos distintos, ou melhor, Estilos de Pensamento distintos.

Quando os deslocamentos de significados dos conceitos são muito consideráveis entre membros de coletivos diferentes, sua compreensão/comunicação se torna impossível; nessa situação, estamos diante da incomensurabilidade das teorias (FLECK, 2010). Porém, quando as diferenças entre os Estilos de Pensamento não apresentam limites precisos de distanciamentos ou proximidades, elas são chamadas de matizes de um Estilo de Pensamento (FLECK, 1986).

Ainda em relação ao processo de conhecimento, Fleck faz uma crítica relacionada ao pensamento de progresso do saber, pois para ele não existe o progresso em si (SCHAFER; SCHNELLE, 2010), não podemos comparar os saberes, uma vez que o saber está relacionado com um Estilo de Pensamento que, por sua vez, apresenta pressupostos históricos, sociais e culturais. Logo, ele se torna ímpar e “adequado” para determinado contexto. O que pode ser adequado para uma sociedade pode não ser para outra e vice-versa. Portanto, podemos ter diferentes Estilos de Pensamento, tanto num mesmo período histórico (sincrônicos) quanto em períodos distintos (diacrônicos).

Possibilidades de uso para o entendimento da realidade cotidiana ou de um fato científico

As categorias epistemológicas de Fleck, por considerarem o contexto histórico específico, com suas leis e forças sociais que influenciam no pensamento de determinada sociedade, podem ser extremamente úteis para os estudos das ciências não exatas.

Apesar da ênfase dada por Fleck para o entendimento da ciência, sua teoria do conhecimento pode ser aplicada a outros Estilos de Pensamento não científicos, como o artístico, o filosófico, o místico, pois, em última instância, a questão de fundo de sua obra é o entendimento da realidade (CONDÉ, 2012).

Somente uma epistemologia comparada do conhecimento, que investigue como as concepções e ideias pouco claras circulam de um Estilo de Pensamento para outro, que identifique as relações históricas, sociais e culturais dos fatos atuais, que demonstre os mecanismos de persistência de uma teoria, pode nos auxiliar na compreensão da nossa época (FLECK, 2010). E, ainda, numa análise histórica, é necessário considerar o contexto histórico específico da época (FLECK, 2010).

Pelo fato de o indivíduo ser condicionado pelo meio social em que vive, tanto o indivíduo pode ser estudado do ponto de vista coletivo quanto o coletivo do ponto de vista individual. Porém, a especificidade, tanto da personalidade individual quanto da totalidade coletiva, só se torna acessível com a utilização de métodos adequados, lembrando ainda que o indivíduo é participante de vários coletivos que condicionam também outras regras de comportamento, turvando a pureza de qualquer doutrina ou sistema (FLECK, 2010). Essas relações tornam-se fundamentais para o entendimento dos processos de persistência ou mudança de Estilo de Pensamento.

A utilização de Estilo de Pensamento depende do recorte do estudo, só podendo ser definido com a escolha do objeto a ser investigado (DAROS, 2000; CUTOLO, 2001). O Estilo de Pensamento deve ser especialmente considerado e contextualizado a um

campo determinado e sua utilização deve estar subordinada a um enfoque previamente escolhido pelo investigador (CUTOLO, 2001). Portanto, o que caracteriza tratar-se de Estilo de Pensamento não é o objeto em si, mas sim o enfoque dado pelo investigador.

Trabalhos produzidos por diversos autores demonstram algumas de suas aplicações na área da saúde e da educação. Da Ros (2000) realizou um estudo sobre os trabalhos desenvolvidos em dois programas de pós-graduação *stricto sensu* e identificou vários Estilos de Pensamento em saúde pública que, coincidentemente, seguem uma linhagem a partir de seus orientadores, demonstrando a introdução a um Estilo de Pensamento e sua manutenção.

Koifman (2001), estudando a mudança curricular do curso de Medicina da Universidade Federal Fluminense, destacou a resistência de grupos de professores (coletivos de pensamento) ligados a disciplinas específicas que, mesmo diante da necessidade de mudança, mostravam-se resistentes ao processo, pois tal mudança expunha diferentes visões de mundo e, conseqüentemente, ocorria a incomensurabilidade de ideias, dificultando o diálogo.

Cutolo (2001) identificou diferentes Estilos de Pensamento em educação médica a partir de estudo das práticas curriculares do curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, demonstrando que o seu desenvolvimento se dá a partir do pertencimento do professor a um Estilo de Pensamento, independentemente do projeto político-pedagógico do curso.

Camargo Júnior (2003) utilizou as relações internas do coletivo de pensamento (círculo esotérico e exotérico) para caracterizar a busca por informações clínicas de um grupo de médicos, evidenciando que ela ocorre de forma amplamente intuitiva, pragmática, orientada a resultados, por meio de informação relevante, selecionada de fontes com suficiente credibilidade acadêmica e submetida a um primado do conhecimento prático; e que estão fortemente ligadas a um Estilo de Pensamento próprio. Também verificou que essa escolha não é opcional, mas uma imposição (mesmo que inconsciente) feita pelo processo de socialização dentro do coletivo de pensamento, o que determina o conhecimento e a prática médica.

Em outro trabalho, Camargo Júnior (2005), discutindo a racionalidade médica, aponta para questões maiores discutidas por Fleck sobre como o Estilo de Pensamento determina o que são fatos, artefatos e “anomalias”, o que é objetivo ou ilusório, reforçando a ideia de doutrinação do coletivo de pensamento.

Maeyama (2006), ao estudar uma disciplina de saúde coletiva transversal ao curso de odontologia, a partir de entrevistas com professores, análise do projeto político-pedagógico do curso, planos de ensino e referências utilizadas, constatou que, mesmo dentro de uma disciplina, existem diferentes Estilos de Pensamento, fruto da formação específica de cada professor.

No sentido de caracterizar as categorias utilizadas por Fleck, Cutolo (2001) identifica como Estilo de Pensamento:

1. modo de ver, entender e conceber;
2. processual, dinâmico, sujeito a mecanismos de regulação;
3. determinado psico/sócio/histórico/culturalmente;
4. que leva a um corpo de conhecimentos e práticas;
5. compartilhado por um coletivo com formação específica (CUTOLO, 2001, p. 56).

Em trabalho mais recente, Cutolo (2006) desdobra o 5º elemento constitutivo do Estilo de Pensamento, fracionando-o em “compartilhado por um coletivo” e “com formação específica” (que passa a ser considerado o 6º elemento).

Delizoicov (1999) faz um agrupamento de elementos constitutivos do Estilo de Pensamento como sendo: a) técnicas, instrumentos e procedimentos; b) formação; c) modo de ver; d) teorização; e) linguagem específica.

Da Ros (2000) define provisoriamente, no sentido de não reduzir o que pode ser um Estilo de Pensamento, da seguinte forma:

Uma postura teórico-psicológica de aceitação de uma verdade provisória que subordina conhecimentos. Tal postura é determinada histórico-sócio-culturalmente e, embora se movimente continuamente, apresenta resistências a transformações. Neste contexto, desenvolve uma aparente lógica formal, a partir de áreas do conhecimento científico, nascendo, portanto,

do “velho” para criar o novo. E isto é feito dentro de um coletivo que tem o mesmo modo de pensar e agir. (DA ROS, 2000, p. 59).

Deste modo, as categorias que compõem o Estilo de Pensamento podem ser ferramentas importantes para a investigação dos aspectos históricos, sociais e culturais, que determinam a constituição, a manutenção, a mudança e a transformação de um fato.

Portanto, o entendimento de um fato (de acordo com um recorte/ Estilo de Pensamento) passa pela identificação de:

- Suas protoideias, raízes históricas desse saber;
- Seus acoplamentos ativos e passivos;
- Sua maneira característica de ver, perceber e sentir com um agir direcionado correspondente;
- Seus sistemas de opiniões e seu poder de sugestão;
- Seus mecanismos de introdução – o peso da educação, da tradição e do hábito; a relação entre os círculos esotérico e exotérico; a coerção de pensamento exercida nos iniciantes;
- Sua época clássica e a harmonia das ilusões;
- Suas complicações;
- A incomensurabilidade com outras teorias concorrentes;
- Os tráfegos intercoletivos que influenciam sua movimentação;
- Os possíveis matizes do seu Estilo de Pensamento.

A escolha dos problemas, a maneira de trabalhar, o equipamento teórico utilizado e eventualmente o estilo técnico e literário do sistema do saber são outras características marcantes de um Estilo de Pensamento (FLECK, 2010).

Outro ponto considerado por Fleck (1986) é o estilo de argumentação utilizado, que pode se apresentar tanto no discurso oral quanto no escrito com a utilização de técnicas de linguagem e termos específicos. Ele considera que essa linguagem é o elemento mais importante da comunicação científica, porém, deixa claro que ela não é suficiente para assegurar a cooperação por coletivo de pensamento, pois a experiência prática também é necessária.

A caracterização de um objeto ou fato, utilizando os elementos do Estilo de Pensamento, pode ser muito útil no estudo das ciências sociais, das ciências da saúde, das ciências da educação e do próprio cotidiano,

não só como referencial teórico, mas também como referencial de análise, uma vez que esses elementos auxiliam no processo de busca de significados e conteúdos latentes, especialmente característicos nesses tipos de estudo (MINAYO, 2007).

A busca de informações que caracterizem o Estilo de Pensamento a partir de seus elementos pode ser realizada como em outros métodos qualitativos, seja por meio de entrevistas, observação de campo, pesquisa documental (atas, publicações, portarias, projetos, leis, pareceres, diários, etc.), inclusive com triangulação destas fontes de dados (TRIVIÑOS, 1987).

Vale a ressalva de que a busca de informações deve considerar os aspectos descritos por Fleck, que não se restringem ao objeto em si, mas também ao contexto histórico, social, cultural do fato estudado, bem como a biografia das pessoas e o seu pertencimento aos vários coletivos de pensamento da vida profissional e cotidiana.

Exemplo da utilização do Estilo de Pensamento e dos seus elementos

A temática que cerca esta série Conhecimento em Movimento que discutiremos amplamente ao longo dos seus capítulos diz respeito à forma de entender saúde e, conseqüentemente, suas práticas, ou melhor dizendo, aos modelos de atenção à saúde, com seus condicionamentos históricos, sociais e culturais.

A leitura de livros, artigos, documentos oficiais e manuais sobre o tema em questão, como propõe o próprio Fleck, nos permite fazer uma breve síntese, apresentada aqui em forma de quadro, para entender o movimento de hegemonia e contra-hegemonia dos modelos de atenção à saúde no Brasil, caracterizados na categoria Estilo de Pensamento.

Quadro 1 – Utilização de Estilo de Pensamento em pesquisa qualitativa.

	Modelo Biomédico	Integralidade/ Determinação Social
Protoideia (de onde vem?)	<ul style="list-style-type: none"> - Teoria do Germe (Louis Pasteur) e relação causa-efeito (Robert Kock). - Relatório Flexner. 	<ul style="list-style-type: none"> - Medicina Social (Rudolf Virchow). - Declaração de Alma-Ata. - Movimento da Reforma Sanitária. - Diretrizes Curriculares Nacionais.
Acoplamentos (quais são seus condicionamentos históricos e sociais?)	<ul style="list-style-type: none"> - Ativo: Estado neoliberal. - Passivo: Meritocracia; Estado Mínimo (sem direitos sociais); Interesse do complexo médico-industrial. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ativo: Estado neoliberal. - Passivo: Desigualdades sociais; Contra-hegemonia para estado de bem-estar social (busca por direitos sociais amplos); Interesse na melhoria das condições de vida da população.
Modo de ver, perceber e sentir (o que caracteriza esse jeito de ver?)	<ul style="list-style-type: none"> - Explicação biológica do processo de saúde e adoecimento. - Saúde como ausência de doença. - Tendência a superespecialização com fragmentação do ser humano. - Paciente como objeto (pouco ou nada participativo). - Prática profissional-centrada. - Trabalho em saúde como forma de obter remuneração. 	<ul style="list-style-type: none"> - Explicação a partir da determinação social do processo saúde-doença, que favorece a exposição ambiental e biológica de indivíduos e comunidades. - Visão integral do ser humano. - Paciente como sujeito (participação nas decisões). - Prática centrada no usuário e no trabalho em equipe. - Trabalho em saúde como forma de ajudar o outro.

<p>Agir direcionado (quais são suas práticas?)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Clínica tradicional na busca de sinais e sintomas. - Ações de prevenção da doença, recuperação e reabilitação. - Educação prescritiva e culpabilizadora, visando a mudança de hábitos. - Estudo dos problemas baseado na epidemiologia clássica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Clínica ampliada buscando entender o contexto que envolve o problema. - A excelência clínica com pressuposto para a atenção em todos os níveis. - Ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação, na lógica do cuidado. - Educação baseado no diálogo e na busca de autonomia. - Estudo dos problemas baseado na epidemiologia social.
<p>Sistema de opiniões (o que sustenta este pensamento?)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Saúde como bem de consumo e serviço público de baixa qualidade para população pobre. - Objetividade da relação profissional-usuário. - Produtividade. - Lucro. 	<ul style="list-style-type: none"> - Saúde como direito de todos e dever do Estado. - Humanização da atenção e da relação profissional-usuário. - Resolubilidade. - Solidariedade.

<p>Mecanismo de introdução – relação entre os círculos esotéricos e exotéricos; educação, tradição e hábito; coerção de pensamento (como circulam as ideias entre os atores sociais para consolidação do coletivo de pensamento?)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Formação profissional para o mercado de trabalho. - Formação que valoriza as tecnologias duras. - Condutas baseadas em protocolos clínicos. - Sustentação por pesquisas do complexo médico-industrial. - Sustentação pela mídia paga. - Sedução da população pelo uso de tecnologia e consequente dependência. - Busca por áreas de melhor remuneração. - Corporativismo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Formação profissional voltada para as necessidades do sistema nacional de saúde. - Formação que valoriza as tecnologias leves. - Utilização racional de tecnologia dura e leve-dura, com condutas singulares de acordo com as necessidades. - Criação de vínculo com as pessoas e comunidades para legitimação das ações e das condutas. - Opção pela identificação com práticas cuidadoras. - Cooperativismo.
<p>Classismo (como se caracteriza seu período de hegemonia?)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Formação acadêmica ainda voltada para o modelo biomédico. - Profissionais do serviço formados no modelo flexneriano. - Pensamento majoritariamente mercantilista na escolha das profissões. - População educada dentro deste modelo legitimando o Estilo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Em países como Canadá, Inglaterra, França, Cuba que adotaram sistemas de saúde universais baseados na Atenção Primária à Saúde, os indicadores de saúde se mostraram muito favoráveis quando comparados com países sem sistema universal de saúde e sem Atenção Primária. - O Brasil ainda não consolidou seu sistema de saúde, o que significa que não atingiu seu período de classismo.

<p>Complicações (quais os aspectos que este Estilo de Pensamento não consegue responder a partir de suas ideias?)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Indicadores de saúde desfavoráveis. - Incapacidade de melhorar indicadores sociais. - Dependência de tecnologia dura gerando altos custos e iatrogenias. - Supra diagnósticos com patologização e medicalização da vida. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mesmo com a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais, a formação ainda não contempla a integralidade. - Professores formados na lógica biomédica. - Educação permanente incapaz de mudar o modelo de atenção. - Gestão da saúde desqualificada. - Incapacidade de articulação intersectorial. - Falta de financiamento para o setor.
<p>Harmonia das ilusões (quais mecanismos para manutenção de seu Estilo de Pensamento frente as complicações?)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Acolhimento como triagem para consulta médica. - Atenção Primária Clássica (baseado na consulta médica) ou Seletiva (direcionado a pequenos grupos populacionais ou leque reduzido de atividades). - Rede de atenção baseada em fluxos entre os diferentes níveis de atenção à saúde. - Apoio matricial baseado no encaminhamento clínico para outros profissionais. - Social como classificação de grupo de risco para atenção preventiva e curativa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresenta-se como proposta de mudança do setor saúde. - Acolhimento como forma de atender às necessidades das pessoas. - Atenção Primária Abrangente (baseado nas necessidades de saúde das populações com oferta de ações integradas de saúde). - Rede de atenção baseada na cooperação e no compartilhamento do cuidado das pessoas de acordo com suas necessidades. - Apoio matricial baseado em corresponsabilização, compartilhamento do cuidado, educação permanente visando ao aumento da resolubilidade. - Social como transformação das condições de vida.

<p>Incomensurabilidade (o que é inconcebível neste Estilo de Pensamento?)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Universalização da saúde (de fato e de direito). - Carreira eminentemente pública. 	<ul style="list-style-type: none"> - Saúde com bem de consumo. - Privatização da saúde. - Corporativismo.
<p>Tráfegos intercoletivos (o que pode fazer modificar este Estilo de Pensamento?)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Biografia das pessoas. - Pertencimento a outros coletivos da vida cotidiana (família, religião, associações, etc). - Convivência com coletivos concorrentes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Biografia das pessoas. - Pertencimento a outros coletivos da vida cotidiana (família, religião, associações, etc). - Convivência com coletivos concorrentes.
<p>Matizes (quais são as variações deste Estilo de Pensamento?)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Visão para prevenção de doenças. - Relação profissional-usuário mais humanizada. - Abordagem ampliada considerando contexto emocional e familiar da pessoa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Não atingiu período de classismo, portanto não existe ainda presença de matizes. - Começa a surgir uma abordagem ampliada que para nos determinantes sociais; outra da integralidade sem a determinação e outra da determinação sem a clínica.

Fonte: Construção dos autores.

Como já mencionamos, esse quadro representa apenas uma síntese de elementos extraídos de publicações, mas que discutiremos em profundidade ao longo da série Conhecimento em Movimento.

O objetivo da ilustração é apenas demonstrar como a análise, a partir da categoria Estilo de Pensamento, permite uma compreensão não apenas das características de organização de um modelo ou outro, mas especialmente o que determina e favorece aos movimentos de hegemonia e contra-hegemonia no setor saúde; e ainda que seja apenas uma síntese, propicia um entendimento ampliado do fato, que ao longo dos capítulos esses movimentos e características ficarão mais claros.

Referências

CAMARGO JUNIOR, K. R de. A biomedicina. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15 (supl.), p. 177-201, 2005.

CAMARGO JUNIOR, K. R de. Sobre palheiros, agulhas, doutores e o conhecimento médico: o estilo de pensamento dos clínicos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1163-1174, ago. 2003.

CARNEIRO, J. A. Gênese e recepção do projeto epistemológico de Ludwik Fleck. *Scientiae Zudia*, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 695-705, 2015.

COHEN, R.; SCHNELLE, T. *Cognition and fact*. Dordercht: Reidel Publishing Company, Holland, 1986.

CONDÉ, M. L. L. Ciência e linguagem: Fleck e Wittgenstein. In: CONDÉ, M. L. L (org.). *Ludwik Fleck: Estilos de Pensamento na ciência*. Belo Horizonte: Fino Traço, 2012. p. 77-107.

CONDÉ, M. L. L. Um livro e seus prefácios: de pé de página a novo clássico. In: FLECK, L. *Gênese e desenvolvimento de um fato científico*. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010. p. 7-16.

CUTOLO, L. R. A. A localização da pediatria e a saúde da criança em seu contexto histórico e epistemológico. *Arquivos Catarinenses de Medicina*. São Paulo, v. 35, n.3, p. 87-93, 2006.

CUTOLO, L. R. A. *Estilo de Pensamento em educação médica: um estudo do currículo do curso de graduação em medicina da UFSC*. 2001. 227 f. Tese (Doutorado em Educação) – Centro de Ciências da Educação, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

DAROS, M. A. *Estilo de Pensamento em saúde pública*. 2000. 207f. Tese (Doutorado em Educação e Ciência) – Centro de Ciências da Educação, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

DA ROS, M. A. Fleck e a escola polonesa de medicina. In: RUSSO, M; CAPONI, S. (Org.). São Paulo: Discurso editorial. 2006, p. 235-53.

DELIZOICOV, D. *et al*. Sociogênese do conhecimento e a pesquisa em ensino: contribuições a partir do referencial fleckiano. *Caderno*

Brasileiro de Ensino de Física. Florianópolis, v.19, n. especial, p. 52-69, jun. 2002.

FLECK, L. *Gênese e desenvolvimento de um fato científico*. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010.

FLECK, L. *La genesis y el desarrollo de un hecho científico*. Madrid: Alianza Editorial, 1986.

KOIFMAN, L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. *História, Ciências, Saúde, Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 8, n.1, p. 48-70, 2001.

KUHN, T. S. *A estrutura das revoluções científicas*. 5. ed. São Paulo: Editora Perspectiva S.A, 1997.

LARD, G. *A formação do espírito científico: a psicanálise do conhecimento objetivo*. Trad. Estela dos Santos Abreu. Rio de Janeiro: Contraponto, 1999.

LÖWY, I. Fleck e a historiografia recente da pesquisa biomédica. In: PORTOCARRERO, V. *Filosofia, história e sociologia das ciências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994a. p. 233-249.

LÖWY, I. Fleck no seu tempo, Fleck no nosso tempo: gênese e desenvolvimento de um pensamento. In: CONDÉ, M. L. L (Org.). *Ludwik Fleck: Estilos de Pensamento na ciência*. Belo Horizonte: Fino Traço, 2012. p. 11-33.

LÖWY, I. Ludwik Fleck e a presente história das ciências. *História, Ciências, Saúde, Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 7-18, 1994b.

LÖWY, I. *The Polish School of Philosophy of Medicina*. Dordrecht: Kluwer Academic Reserved. 1990, v. 37.

MAEYAMA, M. A. *Estilos de Pensamento na odontologia social e preventiva: um estudo da disciplina de odontologia social e preventiva do curso de odontologia da Univali*. 2006. 191 p. Dissertação (Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2006.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento*: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

OLIVEIRA, B. J. de. Os circuitos de Fleck e a questão da popularização da ciência. In: CONDÉ, M. L. L (Org.). *Ludwik Fleck: Estilos de Pensamento na ciência*. Belo Horizonte: Fino Traço, 2012. p. 121-144.

PIAGET, J. *O Desenvolvimento do Pensamento*: Equilibração das estruturas cognitivas. Publicações D Quixote. Lisboa Bachelard, 1977.

SCHAFER, L.; SCHNELLE, T. Fundamentação da perspectiva sociológica de Ludwik Fleck na teoria da ciência. In: FLECK, L. *Gênese e desenvolvimento de um fato científico*. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010. p. 1-36.

SCHAFER, L.; SCHNELLE, T. Los fundamentos de la visión sociológica de Ludwik Fleck de la teoría de la ciencia. In: FLECK, L. *La genesis y el desarrollo de un hecho científico*. Madrid: Alianza Editorial, 1986. p. 9-42.

TRIVIÑOS, A. N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais*: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

O conceito de saúde e a determinação social do processo saúde-doença

Marco Aurelio Da Ros
Marina Goelzer Kieling

As duas temáticas propostas nesse capítulo (conceito de saúde e determinação) são indissociáveis e partilhadas pelos autores dessa série. Elas pressupõem um estilo de pensamento que contenha o postulado da experiência máxima explicada por um epistemólogo chamado Fleck, que é objeto de outro capítulo desta série (FLECK, 1986, p. 98).

Será que deveríamos iniciar por este capítulo ou pelo capítulo da epistemologia? Pensávamos... Como captar o conteúdo desta discussão sem entendermos minimamente o que pensamos sobre jeitos diferentes de pensar. Esta é uma discussão que temos com os nossos residentes, mestrandos, graduandos, extensionistas e acabamos concluindo (provisoriamente) que, para entendermos a discussão desse capítulo, é preciso uma permeabilidade para mudança; tentar ao menos, inicialmente, ser permeável a outros argumentos que complicam o velho pensamento da hegemonia, da saúde determinada biologicamente. E então optamos por apresentar antes o capítulo da epistemologia. Então, vamos a nossa discussão.

Na nossa compreensão, a saúde-doença determinada biologicamente não consegue abranger nem os aspectos emocionais, nem os chamados determinantes e muito menos a determinação social do processo saúde-doença. O inverso é possível, ou seja, a partir da determinação social (a forma como se organiza socialmente a produção de bens), conseguimos entender por que parte da população não tem acesso à habitação, à renda, ao serviço de saúde, à educação, ao saneamento, etc., (chamados de determinantes ou condicionantes) e a falta destes determina complicações emocionais, maior suscetibilidade para infecções ou para doenças nutricionais ou por falta de compreensão do que fazer para evitá-las. Aí, aparece enfim o biológico.

Agora, vamos explicar um pouco essas palavras usadas.

Determinação social: entendemos que a sociedade se organiza para sua sobrevivência na forma como organiza a produção material. Ou seja, em determinado momento histórico nós vivíamos em comunidades primitivas, em que os bens eram socializados. O modo de produção seguinte, a partir da propriedade privada, dos meios de produção (instrumentos, pás, enxadas, etc.) com uma tribo escravizando outra. Após vários milhares de anos, a organização social deixa de ser escravagista e passa a ser feudal, ou seja, os mais desamparados passam a ter algum direito, o de parte da sua produção. Passam mais algumas centenas de anos e entramos no modo de produção capitalista, em que os burgueses são os donos dos meios de produção e os trabalhadores vendem sua força de trabalho.

Vivemos hoje neste modo de produção econômico e estamos afirmando que isto é que determina o processo saúde doença. No atual momento, estamos vivendo uma realidade nova no Modo de Produção (MP). Durante vários anos, para garantir a reprodução dos trabalhadores, faziam-se políticas sociais “permitindo” o acesso dos trabalhadores aos serviços de saúde, educação, salários dignos, etc. Hoje este MP tenta cassar esses direitos em nome da acumulação capitalista dos burgueses (a isso chamamos de neoliberalismo).

As doenças modificam-se em cada modo de produção, mas também na forma como esse MP atua numa determinada realidade social. Neste momento, temos uma prevalência enorme de depressão, diabetes, hipertensão, intolerâncias, que não tínhamos há 30 anos.

Nossa sociedade saiu da esperança de direitos sociais para o neoliberalismo. Nosso entendimento, portanto, é que a determinação social é do neoliberalismo na formação social brasileira, ainda com traços de casa grande/senzala, com traços de negação ao diferente, com conquistas sociais sendo esfaceladas, e isto provoca condicionantes que provocam alterações biológicas, diferentes do que eram há 100 anos, há 50 anos, há 20 anos...

Processo saúde-doença: para explicarmos o entendimento desta expressão, é necessário que façamos uma discussão sobre o conceito de saúde.

Em 1986, resultado de anos de lutas do movimento sanitário contra a Ditadura Militar e o modelo instaurado de serviços de saúde privilegiando o chamado complexo médico industrial (exames, remédios, hospitais e planos), ou seja, a forma de ganhar dinheiro com doença, realizamos a 8ª Conferência Nacional de Saúde. A primeira conferência de caráter popular feita no país. E justamente depois de 21 anos de Ditadura Militar. Nela, o coordenador da conferência, Sérgio Arouca, pronunciou o seguinte conceito escrito no relatório final da conferência, mostrado a seguir.

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas (BRASIL, 1986, p.04).

Ora, este entendimento é profundamente divergente do conceito da organização mundial de saúde, datado de 1946, que diz que “saúde é o completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença” (OMS, 1946). Ou, dito de outra maneira, esta palavra “apenas” pressupõe que não possa existir nenhuma doença e, além disso, nenhum problema físico, mental ou social. Ou seja, além de impossível alcançar, parte do pressuposto que não pode existir nenhuma alteração biológica, tipo caspa, unha encravada, uso de óculos, prótese dentária, sobrepeso, etc.

O próprio senso comum percebe que saúde convive com doenças e que este conceito não é apropriado, mas a Organização Mundial de Saúde defende que primeiro eliminemos todos esses problemas, para depois pensarmos no completo bem-estar.

Este conceito tem pautado o ensino nas profissões de saúde que acabam estudando em seus cursos, como curar ou tratar de doenças. O uso de exames, remédios, hospitais e planos de saúde

continuam em plena vigência, buscando o conceito inalcançável da OMS. Deveríamos chamar nossos colegas de profissionais de doença e não profissionais de saúde.

Mas, se eu uso o conceito da 8ª Conferência, então eu tenho que abandonar o conhecimento biológico? Aí é que entra o postulado da experiência máxima de Fleck. Se eu entendo que a organização social da produção se dá nesse momento histórico por um modo de produção capitalista na sua formação neoliberal e que isto exclui direitos sociais como renda, habitação, meio ambiente, lazer, etc. E que se não tenho renda (lembrar que 50% da população brasileira ganha menos de 1 salário mínimo), vou morar num bairro de periferia, longe do centro, sem transporte público adequado, numa casa sem condições, sem saneamento, me alimentando mal e sem condições melhores para dar para meus filhos. Terei o que como consequência? Maior possibilidade de tuberculose, de dengue, infecções respiratórias intestinais, maior estresse para sobrevivência, maior possibilidade de hipertensão, de acidentes, de ser vítima de violência, aí eu adoço. Preciso ser tratado e minha melhor possibilidade é uma boa atenção básica, numa Unidade Básica de Saúde. Aí, minha área tem 5 mil pessoas, um médico que quer fazer residência em, por exemplo, cirurgia plástica e que é obrigado a atender 20 fichas por turno. Como ser bem atendido? Então, invertamos o raciocínio, se tenho uma pessoa atendida numa UBS, com depressão, tenho que entender como ela vive, para colaborar com a sua capacidade de reagir àquela situação em diversos atendimentos e visitas. Isso pode implicar eu necessitar conhecer se tem algum grupo na sua comunidade que ela goste, que queira estar junto e promover a sua integração a este grupo. Desta forma, estou colaborando para a sua autonomia, inclusive dos medicamentos e possibilitando que ela assume rumos para emancipação da sua situação de subalternidade. Ou seja, fui do biológico, passando pelos chamados determinantes (ou condicionantes) do seu problema, e colaborei para que ela tivesse mais clareza da sociedade em que vive. Isto é o princípio da experiência máxima.

Nesta discussão, falamos da determinação social (organização social da produção e do neoliberalismo); dos chamados

determinantes que precipitam o biológico. Falamos da capacidade de reagir a uma situação que oprime (esse conceito é usado pelo Movimento Sem Terra como sinônimo de saúde) (MST, 2000).

Estaremos ao longo da série Conhecimento em Movimento retomando diversos pontos tocados aqui, tais como: o que é promover saúde, então? O que é medicalização da vida? Como trabalhamos grupos? Subalternidade e educação popular; a sociedade que vivemos? Mas nesse momento vamos retomar as duas temáticas iniciais.

Reiniciamos pelo conceito de saúde então. Já mostramos alguns conceitos, embora não explicitamente, como o da OMS, o da 8ª Conferência, o do MST e agora inclusive uma reflexão que o *British Medical Journal* propõe.

Só que os padrões de doença mudaram de 1948 para cá. A maioria das pessoas está envelhecendo com problemas crônicos e deficiências, mas continua independente. “A antiga definição minimiza o papel da capacidade humana em lidar com desafios físicos, emocionais e sociais da vida de maneira autônoma e não reconhece que as pessoas são capazes de viver com uma sensação de bem-estar e realização mesmo quando sofrem de uma condição crônica ou deficiência”, escreveu Machteld Huber e suas colegas no BMJ, em 2011 (GAUCHAZH VIDA, 2015).

Portanto, o que estamos colocando é que sim, é possível ter saúde em presença de doenças. Então, um não é o contrário do outro. São gradientes que dependem da realidade social, mas também das subjetividades, por isso chamamos a isso de processo saúde-doença.

Outra forma de entender o que colocamos pode ser entender um pouco de como é que essas coisas evoluíram historicamente. Nos anos 1800, especialmente entre 1843 e 1851, o movimento de medicina social estabelece que a medicina é uma ciência social e que, para se conseguir debelar doenças, era necessária uma democracia completa e restrita com educação, liberdade e prosperidade, propunha que é tarefa do estado providenciar as condições econômicas e sociais para mudar a saúde e a doença.

Virchow, juntamente com Neumann, em 1848, propõe uma lei de saúde pública que em seu enunciado afirma que “... devem ser tomadas providências no sentido de promover a saúde e combater a doença e que as medidas concernidas em tal ação devem ser tanto sociais quanto médicas”. É importante parar para pensar sobre essa frase. Há uma inequívoca separação entre promover saúde e combater doença, portanto não confundindo prevenção de doença com promoção de saúde (tema que aprofundaremos em outro capítulo desta série); há também uma clara alusão à que um médico deve atuar tanto com medidas biológicas quanto com medidas sociais (ROSEN, 1980, p. 85).

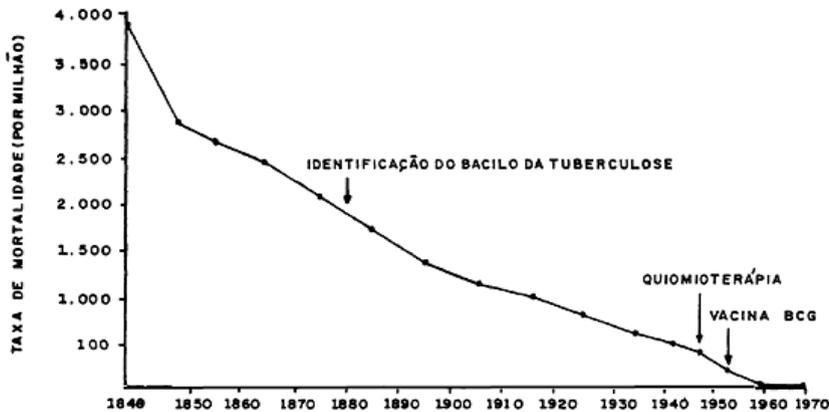
O movimento de medicina social permanece muito ativo entre os anos 1830 e 1875 na Europa e ele entendia que as pessoas adoeciam e morriam em função do jeito em que viviam e este jeito de viver era determinado pela forma como se organizava a economia, naquela formação social específica. Vinte anos depois, em 1893, Behring acreditava que podíamos estudar as doenças infecciosas sem a necessidade de considerações e reflexões sobre a política social. Incorporava desta forma o nascente pensamento bacteriológico de Pasteur e Koch, um novo estilo de pensamento nascente nesta época e que permanece teimosamente até os nossos tempos (ROSEN, 1980).

Em verdade, os movimentos revolucionários europeus do século XIX reivindicando melhores condições de vida, melhores salários, melhores condições de trabalho, acabam sendo incorporados pelo capitalismo já hegemônico no entendimento de que, se não houvesse concessões, talvez não mantivéssemos a proposta capitalista.

O que ocorre em decorrência disto é o declínio das doenças infecciosas que eram majoritárias nessa época. Mas vejamos bem, elas declinam não porque descobrimos a bactéria específica, ou o exame específico, ou até mesmo o remédio, ou a vacina. É interessante tentar explicar o gráfico a seguir de Mckeown (1981).

Como Pensa a Contra-hegemonia na Área da Saúde

Gráfico 1: Tuberculose Respiratória, Taxa de Mortalidade Anual Média Inglaterra e Gales.



Fonte: MCKEOWN, T; LOWE C. R. *Introducción a la Medicina social*, México, Siglo Veintiuno, 1981.

É importante observar que os preconizados avanços da medicina biológica tiveram um impacto mínimo na tendência descendente da mortalidade por tuberculose que inicia com as conquistas de direitos sociais. Acreditamos que o gráfico é suficiente autoexplicativo para estabelecer minimamente uma confusão na argumentação biologicista exclusiva.

Para ilustrar um pouco mais esse entendimento da determinação social, vou me reportar a uma experiência pessoal, quando atuava como médico no Morro da Cruz em Porto Alegre na década de 70. Atendi uma senhora em torno dos 60 anos, que se queixava de insônia e de que ficava pensando em coisas ruins o tempo todo. Ilustrava dizendo, “não sei se meu marido quando sair da cadeia não volta a me bater como fazia antes”; “minha filha foi embora levando a minha neta para o cabaré onde ela trabalha, o que vai ser da minha neta?”, “fico imaginando também, que a minha casa vai cair sobre a minha cabeça e que vou morrer sozinha”. Após explorar um pouco mais sua história de vida, prescrevi um benzodiazepínico e recomendei retorno na outra semana. Ela retornou, me disse que estava dormindo um pouco melhor, mas que continuava pensando naquelas coisas. Renovei a receita e marquei nova consulta. No dia aprazado, ela não apareceu, fui a uma visita domiciliar e lá chegando fui saber por que ela não tinha ido e me falou que estava meio adoentada

e por isso não foi. Expliquei para ela que era um motivo a mais para ter ido e ela me respondeu que estava sendo tão bom conversar, que ela não queria atrapalhar com doença. Mas mais que isso, ela morava numa casa sobre seis pedras de alicerce medindo aproximadamente 3 metros por 2 e a casa tinha suas paredes muito inclinadas, ou seja, a casa ia cair sobre a sua cabeça e eu estava tratando “casas que caem” com benzodiazepínico. Discuti sua situação com a sua devida autorização numa reunião comunitária e o grupo comunitário resolveu reerguer e ampliar a sua casa. O envolvimento da comunidade e sentir-se apoiada fizeram com que tivesse mais força para enfrentar seus problemas. Conversamos outras vezes e ela achou que não precisava mais do medicamento. Da para refletir neste caso a determinação social, os condicionantes e os aspectos biológicos, bem como a possibilidade de interferência em todos eles, ou seja, insônia; casa sem condições; isolamento social; e enfrentamento coletivo.

O movimento de medicina social europeu refluíu ao final do século XIX e foi ressignificado a partir da década de 60 na América Latina sob a coordenação de Juan Cesar Garcia (NUNES, 1989). Entre os expoentes de defesa da determinação social, encontra-se Jaime Breilh, que afirma em um texto publicado pelo Cebes, que *“En fin, ese es el contexto que enmarca la convocatoria que se nos ha formulado para discutir la determinación social de la salud y superar la noción positivista de los ‘determinantes sociales de la salud’”* (BREILH, 2010, p. 90). Caracteriza desta forma que os determinantes têm uma noção positivista e nos chama para voltar, no atual contexto histórico, a discutir a determinação social. Neste texto, ele elabora dez teses para consolidar a posição de esclarecimento sobre a falácia de que determinantes e determinação são a mesma coisa. Só para ilustrar, mostramos em seguida o enunciado da segunda tese, *“El modelo civilizatorio actual y el sistema de aceleración económica y despojo (pillaje) que lo sostiene son el gran eje de la determinación social, y son incompatibles con el buen vivir y los modos de vida saludables”* (BREILH, 2010, p. 94).

No Brasil, um dos seus “descendentes” foi Sérgio Arouca, que coordenou a 8ª Conferência e foi uma liderança na construção do Sistema Único de Saúde, que, portanto, é fruto desta concepção.

Ou seja, a medicina social chamada no Brasil de Saúde Coletiva reatualiza aquela proto-ideia do século XIX e dimensiona a luta pela manutenção da saúde hoje. O avanço do neoliberalismo tenta com uma força avassaladora uma nova concentração de renda; com uma mídia que promove o individual em vez do coletivo; com uma barbárie das relações sociais e até mesmo interpessoais gerando, além de miséria, ansiedade e desesperança. Trata-se, portanto, de buscar forças coletivas para retomarmos a construção de nossa saúde e de nosso SUS.

Referências

BRASIL. *Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: <conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf> Acesso em: 20 jun. 2018.

BREILH J. Las tres 'S' de la determinación de la vida 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. In: CEBES. *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária*. Roberto Passos Nogueira (Org.). Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 87-125.

FLECK, L. *La genesis y el desarrollo de un hecho científico*. Madrid: Alianza Editorial, 1986.

GAUCHAZH VIDA. *Como o conceito de saúde mudou ao longo dos anos*. Maio, 2015. Disponível em: <gauchazh.clicrbs.com.br/saude/vida/noticia/2015/05/como-o-conceito-de-saude-mudou-ao-longo-dos-anos-4751605.html> Acesso em: 19 jun. 2018.

MCKEOWN, T; LOWE C. R. *Introducción a la Medicina social*, México, Siglo Veintiuno, 1981.

MST, *Cartilha de saúde construindo o conceito de saúde do MST*. nº.05, 35 ed. GH. Indústria e Gráfica, 2000.

NUNES, E. D. Juan César Garcia: *Pensamento social em saúde na América Latina*. São Paulo: Cortez, 1989.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)*. Washington, DC, 1946. Disponível em: <direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acesso em: 19 jun. 2018.

ROSEN, G. *Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

A molecularização dos corpos na medicalização da vida: entre a saúde coletiva e a biopolítica

George Saliba Manske

A medicalização da sociedade e da saúde como ponto de partida

A definição tradicional de saúde, promulgada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), está há muito em desuso – ou, no mínimo, em suspeição – no campo da Saúde Coletiva. Não apenas pelos avanços e conquistas realizados em grandes eventos, como a VIII Conferência Nacional de Saúde, mas, sobretudo, pelas condições sociais, científicas e tecnológicas que permitiram que tal definição se tornasse ultrapassada. A ideia de saúde voltada para o equilíbrio bio-psico-social não faz mais sentido num mundo em que a potencialização das capacidades (inclui-se aqui, em especial, aquelas denominadas da saúde) tornou-se o objetivo central das atividades humanas. Desse modo, não basta mais o equilíbrio. Tampouco a anulação do que nos faz mal. É preciso ir além. É premente estar à frente do equilíbrio, de modo que nossas ações pendam para a potencialização de nossas capacidades.

Tais possibilidades de incremento das potencialidades humanas se conformam (e se baseiam para efetivar-se) num cenário que possibilita, concomitantemente e como efeito, identificar e ampliar cada vez mais nosologias. É nesse ínterim que é possível afirmar, de modo radical, que estamos todos doentes e que vivemos em uma sociedade doente. Frente a tal assertiva, urge a necessidade não apenas de nos precavermos e prevenirmos dos diversos e dos imprevisíveis acontecimentos da vida, mas de nos melhorarmos, de nos otimizarmos, de estarmos sempre atentos e prontos para algo que possa surgir. Dito a partir de Ribeiro (2003), é possível inferir que, caso não tenhamos declaradamente uma doença, ou algo a ser eliminado, ‘zerado’, negado, suprimido, deve haver, sem

dúvida, algo a ser melhorado, incrementado, adicionado. Desse modo, os investimentos no humano não estão tanto na ordem da ‘anulação do mal’, como a saúde já fora concebida outrora, mas como também e, principalmente, na ‘potencialização do bem’, na valorização ‘do mais’.

Tais inferências somente são possíveis de serem ditas e escritas a partir de um modo de pensar e de ações específicas que foram organizadas e tomaram força e proporção a partir de meados do século XX (GAUDENZI; ORTEGA, 2012; FOUCAULT, 2010; ROSE, 2013). Isto não significa necessariamente que, ao longo da história, indivíduos não tenham adoecido e, tampouco que, de fato, todos os seres humanos estejam doentes. Indica, sim, que, a partir de determinado momento histórico (meados do século passado), os modos de vida do homem, incluindo sua existência, foram apropriados de modo totalizante pelos saberes, técnicas, intervenções, aparatos e linguagens de ordem biomédica. Tal apropriação teve como efeito e finalidade compreender, regular, descrever, discriminar, abarcar e cooptar corpos e saúde em prol de uma economia social. A esse fenômeno uma série de autores se refere como medicalização (FOUCAULT, 2010; GAUDENZI; ORTEGA, 2012; ROSE, 2013).

O uso da noção de medicalização tem sido cada vez comum nas análises realizadas nos diferentes campos vinculados à área da saúde. De modo geral, é possível afirmar que a medicalização são processos que se inserem e se valem da racionalidade biomédica (calcada em pressupostos científicos das Ciências Naturais). Zorzanelli, Ortega e Bezerra Júnior (2013), num artigo de revisão acerca dos usos do conceito de medicalização ao longo do século XX, apresentam que a medicalização pode se referir a quatro ênfases distintas. A primeira delas alude aos processos massivos de sanitização da população europeia ao longo dos séculos XVIII e XIX, naquilo que Foucault (2010) denominou de biopolítica como parte de um emaranhado de práticas voltadas à defesa da vida e da saúde na constituição do Estado-nação europeu. A segunda ênfase apresentada por Zorzanelli, Ortega e Bezerra Júnior (2013) acerca dos usos do conceito de medicalização refere-se à transformação de comportamentos desviantes das normas sociais e morais em

transtornos médicos, na construção de novas nosologias, tal como o alcoolismo ou a deficiência mental (percebemos claramente esse aspecto em exemplos de casos de crimes hediondos, em que julgamos e punimos o condenado classificando-o a partir de um transtorno mental, e não a partir de um comportamento imoral ou antissocial, na medida em que a medicalização de um ato torna-o um problema psiquiátrico e, conseqüentemente, retira do condenado o fato de que este não teria capacidade de julgar seus atos). A terceira ênfase apresentada pelos autores (idem, ibidem) destaca a expansão do imperialismo médico e do controle social exercido pela medicalização, na medida em que os modos de conhecer e agir a partir da medicina passam a explorar cada vez mais segmentos sociais antes não alcançados pelo poder médico, extrapolando as fronteiras que outrora compunha o campo específico da medicina. Por fim, a quarta ênfase, relacionada ao uso da noção de medicalização, destaca os modos pelos quais a racionalidade biomédica ultrapassa o campo da medicina, sendo utilizada por outras áreas afins (não somente da saúde) para organizar seus objetos de conhecimento e intervenção (como é o caso da Educação formal nos mais variados exemplos de categorização de alunos como sujeitos com transtornos de ordem médica, tal como a hiperatividade ou o transtorno de *deficit* de atenção).

É permeado por esses pressupostos e formas de se compreender os processos medicalizantes da vida e da saúde que a reflexão que aqui apresentamos se organiza. Em primeiro lugar, assumimos que a concepção e as práticas de saúde na contemporaneidade são delineadas, sobretudo, por racionalidades biomédicas, fenômeno que pode ser compreendido como processos de medicalização. Em segundo lugar, que tais práticas medicalizantes se assentam cada vez mais numa racionalidade biomédica que se vale e se baseia em conhecimentos cada vez mais biotecnológicos, transformando as formas de pensar sobre os corpos, a vida e, conseqüentemente, a saúde. Por fim, um terceiro pressuposto é de que a articulação das práticas medicalizantes com (e potencializadas por) conhecimentos biotecnológicos geram novos desafios não apenas para a concepção de saúde, mas, em especial, para a saúde coletiva, na medida em que esta tem que dialogar

com ‘novas formas de fazer e de pensar’ no campo da saúde. Tais discussões serão aqui atravessadas pela noção de biopoder.

A molecularização dos corpos e da saúde como prática medicalizante

As condições sociais e tecnológicas atuais, incluídas aquelas voltadas à saúde, abrem cada vez mais um leque de possibilidades de incremento das potencialidades humanas pelo uso de fármacos, drogas e genéricos. Tais incrementos são de diversas ordens, desde aqueles limitados ao plano “molar” dos corpos – visíveis a olho nu – quanto àqueles que atuam no plano “molecular” – que atuam em níveis microscópicos. A noção de “molaridade” e “molecularidade” é discutida por Rose (2013) como aquelas formas e aqueles estilos de pensamento da biomedicina em relação à vida. Por um lado, a “molaridade” é compreendida como uma maneira de conceber e intervir na vida no nível da aparente ordem vital humana, delineada por aquilo que é visível e tangenciável a “olho nu”, vida que expressa, e é assegurada por um conjunto de órgãos, tecidos, sistemas e, em alguns casos, até mesmo acoplamentos nos corpos dos seres humanos (tal como a célebre figura do ciborgue). Por outro lado, a “molecularização”, tomada como um modo de pensamento distinto daquele que opera no nível “molar”, “considera a vida no nível molecular como uma série de mecanismos vitais inteligentes entre entidades moleculares que podem ser identificadas, isoladas, manipuladas, mobilizadas, recombinadas em novas práticas de intervenção”, e que escapam as formas molares de compreensão e de possibilidades de intervenção na vida (ROSE, 2013, p. 19).

Na atualidade, a forma de conhecimento sobre o plano molecular tem avançado a largos passos, modificando sobremaneira não apenas os corpos e a vida, em nível de matéria mesmo, mas especialmente o modo como passamos a nos compreender. Desse modo, a molecularização incide em dois aspectos complementares: por um lado, os corpos e as vidas das pessoas; por outro, a maneira pela qual compreendemos a nós mesmos. É

nesse ínterim que é possível indicar formas de se relacionar com a saúde mediada não mais por determinantes sociais, ou ainda e melhor, pela determinação social – argumento amplamente defendido por setores da Saúde Coletiva –, mas por mecanismos que podem agir de modo microscópico na vida e no corpo, relegando às condições sociais e/ou os modos de produção um lugar cada vez mais secundário nas questões referentes à saúde. Em suma: a molecularização dos corpos, como uma estratégia que remonta e reforça o biologicismo da vida e da saúde, constitui-se como um mecanismo de compreensão desses fenômenos de modo extremamente potente, que reinventa a determinação (e manipulação!) biológica como fator fundante dos processos de saúde. É a articulação da molecularização da vida e da saúde com os saberes e os procedimentos biomédicos que constrói um plano não apenas atual, mas, extremamente potente, de medicalização.

É na esteira destes argumentos que Fagot-Largeault (2004) analisa, a partir da noção de “geneticização do humano”, as novas subjetividades associadas às emergentes condições tecnológicas sobre a vida. A autora toma de empréstimo o uso deste termo a partir do sociólogo canadense Abby Lippman (1999 *apud* FAGOT-LARGEAULT, 2004) para se referir à forma ideológica que a engenharia genética assumiu na cultura ocidental nos últimos anos, especialmente na maneira como se configurou num novo determinismo genético. Essa geneticização, para ela, implica a constituição de subjetividades por meio de uma molecularização (molécula do DNA) do humano. Assim, as condições de sermos humanos são passíveis e possíveis de modificação, desde as novas condições biotecnológicas, que alteram as percepções ontológicas sobre a subjetividade humana, incluindo aqui, em especial, os modos como passamos a nos relacionar com aspectos referentes à saúde ou em sermos saudáveis.

A compreensão do corpo em nível molecular indica um modo particular de compreensão da vida, em que as Ciências naturais e biomédicas concebem a vida e a vitalidade humana em níveis microscópicos, que podem ser manipulados e agenciados de diversas maneiras. Nessa ótica a vida, compreendida como codificações não visíveis a “olho nu”, está sob permanente acesso

e intervenção humana. Desse modo, a visão de corpo baseada numa compreensão molar tem sofrido alterações na medida em que os avanços biotecnológicos criam possibilidades de conhecê-lo neste outro nível, molecular, nos quais as possibilidades de mapear e descrever o corpo são realizadas a partir de elementos infinitamente menores. Desse modo, a vida sofre ações nos termos de propriedades funcionais do código sequencial genômico e em suas variações (ROSE, 2013). Os processos de saúde, quando compreendidos desde essa ótica, podem então descartar elementos de ordem cultural e social que, de toda maneira, incidem sobre sujeitos e populações, na medida em que alterações nos corpos e na vida, em nível celular, podem incidir em elementos do ser saudável. A saúde, desde essa condição tecnológica sobre os corpos e a vida, torna-se cada vez mais manipulável em nível biológico e acaba por desconsiderar aspectos sociais mais amplos que constituem cenários relacionados aos processos saúde-doença.

A medicalização e a molecularização como estratégias biopolíticas

Um dos principais argumentos sustentados por Rose (2013) em relação às ações contemporâneas mediadas pelas tecnologias da vida é que vivemos, se não uma ruptura, ao menos uma reconfiguração com a episteme que orientava nossas ações e nossos modos de pensar relacionados à saúde outrora. A essa nova condição, Rose (2013) sugere que a analisemos como “políticas da própria vida”. Aqui, o autor reflete, pondera e discute a atualidade do conceito de biopoder e de biopolítica proposto na obra de Foucault (1988; 1997a; 1997b; 1999). Rose (2013) argumenta que as políticas sobre a vida desenvolvidas nos séculos XVIII e XIX, abordadas por Foucault, se definiam muito mais como políticas de saúde voltadas a compreender e regular as taxas e os números de nascimentos e mortes, de doenças e epidemias, de saneamento e distribuição de águas, alimentos e outros fatores que compunham as capacidades vitais da população das grandes cidades europeias. Avançando na primeira metade do século XX, tais políticas vitais ganharam impulsos de incremento da vida por meio do melhoramento da

raça, do controle de periculosidades, do gerenciamento das famílias, da compreensão das características populacionais por meio de compreensões eminentemente biológicas.

No entanto, segue o autor, as políticas sobre a vida no século XXI operam em outros domínios, em distintos níveis, por meio de distintos processos daqueles referentes aos séculos XVIII, XIX e primeira metade do XX. As políticas de vida do século XXI buscam elementos, fatores, dados, taxas diferentes de seus anteriores. Elas não são delimitadas “pelos polos de doença e saúde, nem focadas na eliminação das patologias para proteger o destino da nação”, mas sim, tais políticas são concebidas e recombinaadas a partir do aumento de nossa capacidade para controlar, gerenciar, refazer e modular as distintas capacidades vitais que o ser humano pode vir a ter, tomando o ser humano como criatura viva manipulável. A esses processos, capacidades, destrezas, estratégias, saberes e pulsão, Rose (2013) denomina “políticas da própria vida”.

É nesses termos que Rose assume a noção de “políticas da própria vida”, nos modos molecularizantes de pensar a vida, na abertura de espaços para *experts* conduzirem tais tarefas, na construção de subjetividades e coletividades a partir dos modos de pensar, organizar, arranjar, dirigir a vida em si mesma, procurando sua otimização, melhoramento e correção, especialmente em marcações físicas e corpóreas. Desse modo, a vitalidade e a saúde não estão mais apenas ancoradas no pressuposto biopolítico (tradicional) de fazer viver, mas de aumentar as suas qualidades, de incrementar, aperfeiçoar e aprimorar esse viver. São essas condições que permitem aos seres humanos “experimentar a si mesmos de novas maneiras como criaturas biológicas, como si-mesmos biológicos” (ROSE, 2013, p.17), fazendo com que a vitalidade mesma de sua existência se torne objeto central de novas práticas de governo.

Embora não sejam abundantes, uma série de estudos vem sendo realizada na direção de atualizações do biopoder e da biopolítica foucaultianos, sobretudo aqueles voltados aos novos investimentos nos corpos (LIMA, 2004; SIBILIA, 2002), passando por análises dos aspectos de saúde (FRAGA, 2006). Obviamente,

os suportes teórico-metodológicos de Rose (2013), Rabinow (1999) e Rose e Rabinow (2006) marcam iniciativas mais amplas sobre estes aspectos.

No que se refere à articulação da biopolítica, da medicalização e das políticas da própria vida, cabe ressaltar que Rose (2007) questiona se o uso do termo medicalização dá conta de abarcar todos os processos vinculados à exploração, ao domínio e ao controle cada mais minucioso do corpo humano. Ele destaca que a medicalização deve ser o ponto de partida (e não de chegada!) para análises mais amplas acerca da regulação dos corpos e da saúde. Sugere o autor que compreendamos a medicalização como mais uma estratégia biopolítica que, frente aos processos contemporâneos voltados à saúde, atua na direção de um dispositivo das políticas da própria vida (ROSE, 2007).

Este emaranhado de relações que tangenciam corpos, tecnologias e práticas ditas de saúde constituem um cenário produtivo para reflexões e discussões que permitam contingenciar a saúde coletiva de modo geral. É nesse espaço que cabe indagar se as concepções de saúde coletiva permitem analisar os novos atravessamentos biotecnológicos e formas de pensar, compreender e agir sobre os corpos de sujeitos e populações e, assim como precisamos reconsiderar o conceito de biopolítico, se não há, também, a necessidade de reconsiderarmos o conceito de saúde coletiva. Ou ainda e em tempo: se tais alterações na cultura, na ciência e nos conhecimentos sobre ser humano estão direcionados às populações que ainda não sofrem diretamente os efeitos desses novos investimentos. Em linhas gerais: os processos de medicalização da vida e da saúde, calcados em novos pressupostos tecnológicos sobre o corpo, naquilo que podemos indicar como políticas da própria vida, incidem em novas reconfigurações da noção de saúde coletiva?

Saúde Coletiva, Molecularização e Biopoder

A noção de saúde coletiva, entendida como distinta da saúde pública, caracterizada como um estilo de pensamento (DA ROS, 2000), advoga a necessidade de compreendermos os processos

históricos, sociais e culturais que incidem sobre os aspectos que condicionam os elementos vinculados à saúde. Para além do entendimento dos determinantes sociais, amplamente promulgados em diversos espaços, textos e legislações, como a lei orgânica do SUS, para a compreensão da saúde coletiva há que enfatizarmos, especialmente, a determinação social, como as formas de produção dos bens materiais, simbólicos e sociais que implicam diretamente os próprios determinantes de saúde. No entanto, frente às condições tecnológicas envolvidas nos corpos e saúde aludidas ao longo deste texto, há que refletirmos sobre os impactos dessas novas formas de pensar desde os preceitos da molecularização da vida no âmbito dos elementos que incidem sobre a saúde coletiva.

Os processos de molecularização da vida recriam modos de conceber os corpos por um cunho ainda mais radicalmente biológico. Tais formas de pensar alteram o que pode ser concebido como saúde e moldam - cada vez mais no indivíduo e em seus corpos, de modo infinitamente mais ínfimo, pois opera no plano microscópico - no biologicismo o espaço pelo qual processos de saúde-doença podem ser desenvolvidos. As possibilidades de pensarmos saúde coletiva tomando as estruturas sociais como fundantes desse processo – especialmente no que concerne à determinação social – são diluídas e dispersadas a partir de uma episteme que reforça e remonta a determinação biológica (potencialmente, aqui, em se tratando das possibilidades de manipulação do corpo).

A medicalização como um processo de regulação dos corpos desde um viés estritamente biomédico ganha impulsos maiores se inserida nessas novas formas de concepção dos corpos. Funciona como um dispositivo poderoso dentro da nova biopolítica do século XXI, ou, ainda, daquilo que Rose (2013) denomina como política da própria vida. Portanto, frente a tais condições, há que revermos e reforçarmos a noção de saúde coletiva nas novas formas de organização dos corpos e da vida, para que não incorramos, novamente e como fora há décadas, em determinismos biológicos como fundamentos dos processos de saúde das populações. É preciso estarmos atentos aos novos enredos que constituem as possibilidades de vivermos e nos relacionarmos com as concepções de saúde.

Referências

DA ROS, M. A. *Estilo de Pensamento em saúde pública*. 2000. 207f. Tese (Doutorado em Educação e Ciência). Centro de Ciências da Educação, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

FAGOT-LARGEAULT, A. A introdução na medicina de técnicas oriundas da genética ocasionou uma ruptura antropológica? In: *Scientiæ zudia*, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 161-177, 2004.

FOUCAULT, M. Nascimento da biopolítica. In: *Resumo dos cursos do Collège de France (1970 – 1982)* / Michel Foucault. Tradução de Andréa Daher; consultoria, Roberto Machado. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1997a.

FOUCAULT, M. *ww* In: *Resumo dos cursos do Collège de France (1970 – 1982)* / Michel Foucault. Tradução de Andréa Daher; consultoria, Roberto Machado. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1997b.

FOUCAULT, M. *História da sexualidade I: A vontade de saber*. Tradução de Maria T. C. Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1988.

FOUCAULT, M. Aula de 17 março de 1976. In: *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)*. São Paulo: Martins Fontes, 1999. Pgs. 286-315.

FOUCAULT, M. Crise da medicina ou crise da antimedicina. In: *Verve*, 18; 167-194, 2010.

FRAGA, A. B. *Exercício da informação: governo dos corpos no mercado da vida ativa*. Campinas, SP: Autores associados, 2006.

GAUDENZI, P.; ORTEGA, F. O estatuto de medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. *Interface*. V.16, n. 40, p. 21-34, jan/mar, 2012.

LIMA, H. L. A. *Do corpo-máquina ao corpo-informação*: o pós-humano como horizonte biotecnológico (Tese de Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Sociologia. Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2004.

SIBILIA, P. *O homem pós-orgânico* – corpo, subjetividade e tecnologias digitais. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002.

RABINOW, P. *Artificialidade e iluminismo*: da sociobiologia à biosociabilidade. *Antropologia da razão*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1999. p.135-157.

RIBEIRO, R. J. Novas fronteiras entre natureza e cultura. In: Novaes, A. (Org.). *O homem-máquina*: a ciência manipula o corpo. São Paulo, Companhia das Letras, 2003. p.15-36.

ROSE, N. Beyond medicalisation. *The Lancet*, v.369, p. 369-701, February 24, 2007.

ROSE, N. *A política da própria vida*: biomedicina, poder e subjetividade no século XXI. Tradução Paulo Ferreira Valerio. São Paulo: Paulus, 2013.

ROSE, N; RABINOW, P. O conceito de biopoder hoje. *Política & Trabalho Revista de Ciências Sociais* no. 24 Abril de 2006 - p. 27-57

ZORZANELLI, R; ORTEGA, F.; BEZERRA JUNIOR, B. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1859-1868, jun. 2014.

Saúde e meio ambiente: o cuidador da terra e das pessoas como projeto de vida

Yolanda Flores e Silva



Sobre meio ambiente: o que isto tem a ver com saúde?

Antes de tudo é importante que tenhamos claro que não cabe aos profissionais da saúde assumir como parte de sua profissão o cuidado com o meio ambiente. Você, eu ou qualquer pessoa, devemos defender o cuidado ao meio ambiente (rural, urbano, de natureza ou edificado) porque a sua vida, saúde e continuidade depende disto. Você não tem obrigação profissional, você e todos nós temos uma obrigação ética pessoal de defender a nossa casa que se chama TERRA e as pessoas que nela moram!

E não pensem ser este um discurso de mais uma 'eco-chata'. Este é um discurso e o pensamento de quem, nos últimos anos, passou a ver que a sustentabilidade da natureza e dos seres humanos passa por assumirmos que vivemos mal, submissos e subordinados a um modelo de vida excludente do ponto de vista humano em todas as suas instâncias: cultural, social, econômica, educacional, política e

ambiental, e tantas outras possibilidades que cada um dos leitores deste bate-papo possam entender como possível.

Muitas pessoas utilizam como parte de seu arsenal profissional vários termos, que na maioria das vezes são exibições acadêmicas de uma falácia sem prática. Saúde, qualidade de vida, bem-estar, sustentabilidade, inclusão, comunicação, acolhimento, cuidado, entre outros termos, são meras palavras na boca e nos trabalhos de quem, às vezes, joga seu lixo pela porta da janela do carro ou não toca em pessoas que não possuem o privilégio de serem brancas e 'perfeitas' aos olhos de quem deveria no mínimo cuidar sem preconceitos.

E não pensem que, com estas críticas aos outros, eu tiro minha responsabilidade sobre o que estamos vivendo em termos de destruição do ambiente e conseqüentemente da saúde das pessoas. Em quase 35 anos atuando na saúde e pelo menos 25 anos como antropóloga e docente em uma universidade comunitária, cometi e ainda cometo diversos erros com relação ao cuidado de pessoas e meio ambiente. Com Capra e colaboradores (2006) venho aprendendo que o termo sustentável é mal-usado porque reflete apenas a perspectiva ambiental, sem olhar a nós todos como parte deste universo. As comunidades sustentáveis devem ser uma probabilidade para todos e todas e isto inclui que as pessoas tenham educação, emprego, serviços de saúde, alimento sadio, respeito, paz e democracia. Não é possível defender a sustentabilidade do planeta sem refletir sobre as ditaduras que se espalham pelo planeta, sem se dar conta de que vivemos em nossas casas, enquanto outras pessoas dormem ao relento porque não têm casas ou terras para viver.

A compreensão sistêmica da vida não pode, em momento algum e circunstância, apenas ser mais uma abordagem de uma vida utópica descrita em teses e dissertações. Ela é, antes de tudo, uma luta que assumimos pelas vidas de todos e todas e deveria ser uma prática pessoal e profissional daqueles que, como eu, são pessoas privilegiadas em um contexto de miseráveis sem qualquer perspectiva.

Considerando este contexto, este texto nasce como um relato de experiência em um recorte que faço de minha atuação com agricultores familiares, pescadores artesanais, grupos quilombolas e extrativistas no sul do Brasil. Contudo, é também um relato que mostra minhas escolhas de vida desde que completei 11 anos de idade – que para mim foi a idade da compreensão sobre quem eu era e com quem vivia. Também é um relato de escolhas profissionais e pessoais, até chegar onde estou!

Como este texto foi elaborado

Do ponto de vista metodológico, entendo este texto quase como um memorial de histórias vividas, minhas e de várias outras pessoas. Aqui vocês estão sendo apresentados a vivências etnográficas em que incluo observações de uma prática cotidiana ativa e participante, muitas conversas formais e informais com distintas pessoas e, é claro, muitas leituras. Trabalhar com este olhar e perspectiva é conceber o que chamamos academicamente de Antropologia Interpretativa.

Na Antropologia Interpretativa de Geertz (2008), cada pessoa concebe e percebe os fatos a sua volta à sua maneira e, segundo a sua história, memória e leituras. Isto significa que o conhecimento local, o vivido individualmente, ainda que na mesma família, pode ter uma representação diferente para cada pessoa que viveu a experiência e isto deve ser respeitado. O que não invalida o percurso e a interpretação dada aos achados de uma pesquisa ou de uma ou muitas experiências. Para Geertz (1983), uma boa interpretação tem o olhar do informante, o olhar do pesquisador e o olhar das memórias de todos os envolvidos em um trabalho em que o objetivo final é a compreensão de um 'objeto' em um dado lugar e momento histórico.

Foi, portanto, desta forma que este texto nasceu, descrevendo experiências e discursos de pessoas do meu cotidiano de trabalho nas comunidades e nas estantes de bibliotecas (virtuais e não virtuais) com as leituras de vários pesquisadores que me auxiliam na reflexão do que acredito como opção de análise de um conjunto

de ideias que desejo compreender junto a todos e todas que lerem esta comunicação.

Os temas e os subtemas que fortalecem nosso trabalho

Quando pensamos em Meio Ambiente, se focarmos apenas na perspectiva ecológica, nosso glossário de palavras e termos fica muito restrito. Por isto, penso que podemos ampliar este nosso dicionário de base ou dicionário de termos para compreensão da realidade (ECO, 1972). Os termos a acrescentar incluem as pessoas e como um recorte que faço sobre de quais pessoas irei falar (embora todas sejam importantes), aqui me concentro naquelas que fazem parte de comunidades tradicionais ligadas a agricultores familiares, pescadores artesanais, grupos quilombolas e extrativistas do sul do Brasil.

Embora o termo Comunidades Tradicionais (CT) seja mais utilizado com indígenas e afrodescendentes que se reconhecem como quilombolas, venho usando-o em meus trabalhos com outros grupos, seguindo o pensamento de Lifschitz (2011) e entendendo as CT como aquelas formadas por grupos de pessoas que vivem em um dado território vivendo o momento histórico atual com dinâmicas étnico-ancestrais. Nestas comunidades, a reconstrução e/ou luta pelo território em que moram, bem como pelo direito de trabalhar numa perspectiva mais artesanal, seja por escolha e/ou circunstância, é parte do que vivem em um contexto de criação e recriação de identidades culturais, por vezes em meio a muitos conflitos internos e externos.

É importante que esclareçamos que o termo 'Comunidade' foi formulado nas Ciências Sociais quando pensávamos em grupos que estavam em processo de extinção. O texto clássico de Tönnies (1887 apud LIFSCHITZ, 2011, p. 20) sobre 'Comunidade e Sociedade' é um marco nos estudos sobre comunidade, porque apresenta as comunidades como sendo aquelas em que existia um tipo de pessoa 'pura', cujos saberes e fazeres eram únicos de sua história e condição étnica-cultural. Nos estudos que realizamos hoje, evitamos pensar desta forma, porque se pensamos nas

peças assim, terminamos por prendê-las a modelos culturais estáticos. E, embora seja importante lembrarmos às pessoas que elas possuem uma identidade cultural e que o que sabem e fazem para viver é importante, é fundamental que elas também percebam que podem ampliar estes conhecimentos e dinamizar a sua história não se atrelando a ideia de ‘pureza’ de acadêmicos, ONGs, religiosos, poder público, etc. que consideram a cultura como algo imutável e determinante da condição de vida das pessoas.

Há quem proponha uma tipologia para o que denominamos de comunidades tradicionais. Grzebielukam (2012, p. 117) propõe traçar características que permitam identificar as principais comunidades que vivem tradicionalmente no território brasileiro. Isto, de certa forma, pode ser um fator de proteção, visto que alguns benefícios que estas comunidades possuem estão sendo requeridos por grupos que não possuem, por exemplo, “um modo de viver simples e adequado as condições físicas e econômicas que a região onde estão inseridas lhes oferece”. Ou seja, existem grupos que querem ser reconhecidos como CT, entretanto, são grupos que não respeitam suas fontes ambientais, culturais e sociais, e o que na verdade querem é apenas usufruir do direito à terra, por exemplo, unicamente para vendê-las a especuladores imobiliários, fazendo uma ‘grilagem’¹ disfarçada em comum acordo com empreendedores interessados em terras com matas e florestas preservadas (BERGAMASCO, *et al.*, 2003, p. 81-82, apud FELÍCIO, 2007).

E por isso é preciso entender que muitas das ações relacionadas à questão ambiental no Brasil, por exemplo, dizem respeito aos conflitos de terra. A defesa do meio ambiente, bem como da saúde das pessoas que vivem em territórios que interessam aos especuladores empresariais, banqueiros e políticos desonestos, tem uma íntima relação, uma vez que as invasões destas terras aumentam o *stress*, o desolamento, a falta de expectativa, as mortes por homicídios, os suicídios, a orfandade, as violências de gênero, a fome, o aumento dos sem-teto e dos sem-terra, entre outros problemas.

1 O termo ‘grilagem’ tem relação direta com os conflitos agrários no Brasil e é visto como um “processo de apropriação de terras públicas por meio de falsificação dos títulos de propriedades”.

Como podemos ver, o número de termos que trago nesta comunicação com temáticas e subtemáticas diversas mostra a interdisciplinaridade de conhecimentos que perpassam as questões sobre Meio Ambiente e Saúde. Quando estamos a tratar sobre este tema, estamos indo além da fauna e da flora, dos produtos e das matérias-primas que fazem parte da Biodiversidade. Estamos a tratar de vidas humanas e de todo um contexto que fazem parte de nossas vidas, gostemos ou não!

Biodiversidade e manejo comunitário: saúde da terra, saúde humana

As artes, a música, a língua, entre outros elementos, todos são imediatamente vinculados à cultura humana. Contudo, a forma como um povo protege, guarda e utiliza a biodiversidade que faz parte de sua vida e história cotidiana pouco é relacionada a sua cultura e identidade. A primeira grande manifestação ambiental, que vinculou cultura a meio ambiente e tratava inclusive da proteção da terra a partir dos conhecimentos dos povos das comunidades tradicionais, foi a Conferência de Estocolmo em 1972 (SACHS, 2000). Embora o nosso país tenha sido um dos primeiros a aderir ao movimento de proteção à água, áreas degradadas e florestas, na prática estamos em uma guerra constante contra os grandes empresários do agronegócio, os madeireiros, os mineradores, grileiros, banqueiros e outros especuladores das riquezas de nosso país. Ou seja, na prática, não temos políticas culturais que possam proteger a biodiversidade e determinados grupos que vivem em territórios, cuja riqueza são de interesse de grandes grupos econômicos de nosso país.

A falta de políticas que possam proteger territórios e pessoas termina por inviabilizar que aja um manejo comunitário adequado da biodiversidade de determinados territórios e, ao mesmo tempo, observamos o abandono e o ataque criminoso das terras e pessoas que coabitam com os espaços de reservas especiais do ponto de vista ecológico de produção alimentar e cultural. Não se permite a estas pessoas o direito à terra que sempre viveram e em nome de um desenvolvimento que não se direciona às mesmas, estes

territórios são invadidos e neste momento a saúde da terra e das pessoas fica comprometida, quando não é totalmente destruída (CHÁVEZ, 2001).

Esta realidade bastante comum em quase todo o país tem um modelo de convivência e existência mais pacífico no Sul, mais especificamente no estado de Santa Catarina. Nos territórios das Encostas da Serra Geral e no litoral norte do estado, realizamos desde 1995 trabalhos de extensão, pesquisa e ensino em territórios com comunidades tradicionais ligados à agricultura de subsistência (agricultores familiares), pesca (pescadores artesanais) e extrativismo (quilombolas e guaranis). Nos territórios em que atuamos, embora os conflitos existam (e são muitos!!!), nos últimos anos tem sido possível realizar um manejo sustentável que vem viabilizando trabalhar a terra de forma ‘limpa’, evitando insumos agrícolas prejudiciais à saúde ambiental e humana. A ideia é que, por meio da criação de sistemas agroecológicos, tenhamos cultivos e criação de animais mais saudáveis e, conseqüentemente, menos contaminação da terra e da água. Quando isto ocorre, vemos em ação o triângulo da sustentabilidade: relações socialmente mais justas com uma economia viável que oferta bem-estar e qualidade de vida às pessoas e uma terra protegida por meio de um manejo ecologicamente correto (MACHADO, 2007).

Em um país cujos seus governantes e empresários consideram o consumo alimentar com venenos normal e até natural, tratar de manejo ecológico na perspectiva do bem-estar e saúde das pessoas mais pobres é falar de atraso econômico. Desde 2000 a ANVISA e os órgãos associativos, como a ABRASCO, apontam o consumo de agrotóxico no Brasil como um dos maiores do mundo, numa escala que nos permite dizer que vivemos em um país com terra, água, alimentos e pessoas contaminadas. Segundo Ribas e Matsumura (2009, p. 150), os agrotóxicos ou defensivos químicos “são aplicadas em florestas (nativas e plantadas), nos ambientes hídricos, urbanos e industriais e, em larga escala, na agricultura e pastagens para a pecuária”. Para as autoras, no que se refere à saúde humana:

Os efeitos sobre a saúde podem ser de dois tipos: 1) efeitos agudos, ou aqueles que resultam da exposição a concentrações de um ou mais agentes tóxicos, capazes de causar dano efetivo aparente em um período de 24 horas; 2) efeitos crônicos, ou aqueles que resultam de uma exposição continuada a doses relativamente baixas de um ou mais produtos (...) No Brasil, a segunda principal causa de intoxicação é por agrotóxicos, depois de medicamentos, entretanto, a morte dos intoxicados ocorre com maior incidência entre os que tiveram contato com agrotóxicos. (ANVISA, apud RIBAS & MATSUMURA, 2009, p. 153).

Considerando este contexto, o trabalho que realizamos em Santa Catarina tem seu foco nos jovens e no acompanhamento de seus pais, que no passado foram expostos a diversos tipos de defensivos químicos de distintas naturezas: seja na agricultura, na conservação de pescados ou recebidos via água, terra e ar (via aviões) nos bosques e matas onde colhem alimentos nativos via extrativismo. Fornecemos a estes jovens todas as informações possíveis sobre a biodiversidade e o seu papel na saúde da terra e das pessoas e como podemos impactar positivamente na vida de todos por meio de mudanças significativas no modo de trabalhar, consumir e ofertar produtos e serviços voltados principalmente para a alimentação. E como trabalhamos com eles?

Metodologias participativas e manejo comunitário

Um ponto a considerar nesta etapa de convivência com as comunidades tradicionais é o respeito ao conhecimento das mesmas. Isto significa ter um envolvimento respeitoso e ao mesmo tempo cuidadoso, visto que a participação das pessoas tem diferentes momentos e envolvimento, e por que não dizer, confiança. A participação das pessoas, principalmente dos jovens, pode seguir este caminho, segundo Boef & Pinheiro (2007): participação passiva, participação informativa, participação por consulta, participação por incentivo material, participação funcional, participação interativa e automobilização. Em todas elas teremos pessoas diferentes atuando ou interagindo conforme a sua compreensão, vontade, experiência e tempo livre para tal.

O diagnóstico rápido participativo emancipador² (PEREIRA, 2011; PEREIRA, 1998) em meio rural e/ou urbano ou nas matas de manejo extrativista ainda segue um velho manual que não perdeu credibilidade ao longo dos anos e que incorpora o pensamento clássico de Freire (1987) e Chambers (1987) sobre a liberdade como parte de um processo educacional reflexivo. Este formato de diagnóstico, conhecido como ferramenta DRP, tem como propósito maximizar a participação e o engajamento das pessoas nas decisões relacionadas à resolução de seus problemas de modo a levá-las a um patamar de vida com maior qualidade. As ferramentas do DRP envolvem vários aspectos importantes, tais como: interação, criatividade, informalidade e presença local. Nesse contexto, o uso de mapas, de histórias de vida mostrando como o grupo se organiza socialmente é importante para que possamos discutir as ‘boas práticas’ para conservação da biodiversidade e ao mesmo tempo para refletir sobre as condições de vida das famílias que estão inseridas no território trabalhado.

É fundamental que sempre façamos esta relação biodiversidade e condições de vida (educação, saúde, direitos políticos e civis, condições de trabalho, relações de gênero, etc.). Para tanto, neste processo de boas práticas, os grupos mediadores (professores e alunos) devem acautelar-se para não impor o que denomino de patronagem e clientelismo acadêmico, tão ruim quanto aquele imposto pelo governo ou pelos empreendedores capitalistas. Outro cuidado a tomar é pensar que os grupos com os quais trabalhamos são homogêneos no refletir e atuar. Embora as populações de um dado território possam ter objetivos comuns, sabemos que, mesmo as formas de alcançar estes objetivos podem ter caminhos bem diferenciados para as pessoas. Daí a importância de mediar estes conflitos por meio de capacitações que levem à compreensão do contexto local, seus modos de vida e sustento, seus problemas, suas potencialidades e fragilidades

2 “O DRPE é uma metodologia especificamente elaborada para intervir, de forma planejada, na complexa realidade dos assentamentos rurais da Reforma Agrária no Brasil, composta por uma conjugação de métodos e técnicas de intervenção participativa que permitem obter informações qualitativas e quantitativas, em curto espaço de tempo. Constitui um instrumento metodológico de identificação de problemas, suas causas e possíveis soluções a partir da interação dialógica entre os grupos de mediação e os assentados” (PEREIRA, 2011, p. 5).

e a importância de buscar resolver primeiro as questões mais prioritárias e comum a todos. As políticas emancipatórias a partir deste trabalho podem ser assim sintetizadas:

Participação da população em todas as etapas de trabalho da organização a execução; ter uma discussão sobre territorialidade que leve a articulação entre políticas, programas e projetos dentro da mesma região, com vistas a otimizar os recursos, qualificar as ações e fomentar o desenvolvimento de potenciais humanos, econômicos, sociais e culturais endógenos; consciência da intersetorialidade e o reconhecimento do caráter multidimensional tanto da pobreza, quanto das alternativas de superação. Não basta ter o pão na mesa se a família vive o drama da dependência química ou da violência, não adianta tratar a doença, se não houver segurança, não basta ter trabalho se não houver creche para os filhos, posto de saúde, nem saneamento básico. São problemas multidimensionais e exigem ações integradas; e finalmente, trabalhar pela sustentabilidade, que considera a necessidade de aquisição de condições de autonomia da população, permitindo-lhe prescindir dos recursos materiais e técnicos. (CATTANI & FERRARINI, 2010, p. 166).

É com este olhar que trabalhamos as questões da saúde na sua relação com o meio ambiente. Incentivamos a proteção e o amparo da biodiversidade, mas questionamos e refletimos com os jovens e depois com seus pais, amigos e professores, sobre toda a rede de interligações que esta biodiversidade tem com a vida humana, animal, vegetal e mineral. Incentivamos que todos, a começar pelos meninos e meninas das comunidades tradicionais, repensem a sua ética de vida. Como bem afirma Boff (2010), temos que rever nossos conceitos e impor uma nova ótica-ética: cuidar da terra é proteger a vida em todas as suas instâncias e esta proteção não se restringe à preservação e à conservação única do meio ambiente natureza.

Qual a alternativa possível?

A pobreza, a falta de perspectiva e de esperança são fenômenos estruturais com dimensões e demandas grandes, que não podemos

minimizar sem que nos unamos em uma corrente humana que transcende as políticas voltadas a programas de saúde e de meio ambiente. As políticas compensatórias, imprescindíveis para amenizar o circuito de pobreza e abandono de boa parte da população brasileira, estão caindo por terra frente aos desmandos criminosos da política adotada neste ano de 2017. Nesse sentido, estamos a perder muitos dos ganhos políticos dos últimos 10 anos, em nome de um desenvolvimento e crescimento econômico que somente atende aos grandes grupos capitalistas nacionais e internacionais.

Que futuro nos espera? Como fortalecer as pessoas que vivem em situação limite de pobreza, marginalidade e miserabilidade? Como proteger pessoas e biodiversidade frente a um processo evolucionário que não se preocupa com o crescente genocídio humano e ambiental? Quais procedimentos são capazes de oportunizar a autossustentação das famílias e das comunidades tradicionais, hoje em risco de extinção pelo extermínio puro e simples?

São questões sem respostas. Reflitam sobre elas. Perguntem-se sobre o que podemos fazer como profissionais da saúde. Podemos continuar como estamos: prescrevendo e olhando superficialmente a saúde humana. Ou podemos começar a aprender sobre as questões de saúde humana e a sua relação intrínseca com o planeta em todas as suas dimensões, e a partir do que aprendermos nos unirmos aos povos da terra com seus 'saberes e fazeres' para juntos traçarmos um manejo sustentável de proteção, preservação, conservação e viver mais autônomo e livre. Utópico? Sim. Ainda assim, possível, por isto é utópico!

Referências

BERGAMASCO et. al., 2003, p. 81-82, apud FELÍCIO, J. M. A conflitualidade do processo de desenvolvimento rural a partir dos conceitos camponês/agricultor familiar. *Colloquium Humanarum*, v. 4, n.1, jun. 2007, p. 46-57.

BOEF, W. S. de & PINHEIRO, S. L. G. *Um novo profissional na pesquisa de desenvolvimento agrícola participativo*. In: In: BOEF, W.S. et al.

BOFF, L. *Cuidar da terra, proteger a vida*. Rio de Janeiro: Record, 2010.

CAPRA, F. *et al.* Falando a linguagem da natureza: princípios da sustentabilidade. In: STONE, M. k. & BARLOW, Z. (Orgs.). *Alfabetização ecológica: a educação das crianças para um mundo sustentável*. São Paulo: Cultrix, 2006.

CATTANI, A. D. & FERRARINI, A. V. Participação, desenvolvimento local e política pública: estratégias articuladas para a superação da pobreza. *Revista Katálisis*, v. 13, n. 2, p. 164 – 172, jul./dez. 2010.

CHAMBERS, R. *Rural development: putting the last first*. New York: Longman Scientific and Technical, 1987.

CHÁVEZ, M. G.G. Biodiversidade e conhecimento local: dos discursos à prática baseada no território. In: *Anais...* I Encontro Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ambiente e Sociedade. De 06 a 09 de novembro 2002, GT-3 Biodiversidade e recursos naturais p. 1-11.

ECO, U. *Lector in Fabula*. São Paulo: Perspectivas, 1972.

FREIRE, P. *Educação como prática da liberdade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

GEERTZ, C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

GEERTZ, C. *Local knowledge: further essays in interpretive anthropology*. New York: Basic Book, 1983.

GRZEBIELUKA, D. Por uma tipologia das comunidades tradicionais brasileiras. *Revista Geografar*. Curitiba, v.7, n.1, p. 116-137, jun./2012.

LIFSCHITZ, J. A. *Comunidades tradicionais e neocomunidades*. Rio de Janeiro: Contracapa, 2011.

MACHADO, A. T. Biodiversidade e agroecologia. In: BOEF, W.S. et al. *Biodiversidade e agricultores: fortalecendo o manejo comunitário*. Porto Alegre: L&PM, 2007. p. 40 – 45.

PEREIRA, J. R. *Diagnóstico Rápido Participativo Emancipador (DRPE)* - Metodologia. Brasília: INCRA/BID, 1998. 20p. (Projeto BR 0274 – Mimeografado).

PEREIRA, J. R. Visões mediadoras e o papel dos diagnósticos participativos na organização dos assentamentos rurais. *Organizações Rurais & Agroindustriais*, Larvas da Mangabeira, v. 3, n. 2, p. 1-10, 2011.

RIBAS, P. P. & MATSUMURA, A. T. S. A química dos agrotóxicos: impacto sobre a saúde e meio ambiente. *Revista Liberato*, Novo Hamburgo, v. 10, n. 14, p. 149-158, jul./dez. 2009.

SACHS, I. Sociedade, cultura e meio ambiente. *Volume & Vida*, v. 2, n. 1, p. 7 – 13, 2000.

Saúde: um bem ou um direito?

Marcos Aurélio Maeyama
Luana Gabriele Nilson
Thaine Teixeira Machado
Claudia Helena Jasper
Rodrigo Otávio Moretti-Pires

O artigo 196 da Constituição Federal de 1988 dispõe que saúde é um direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988). Apesar do trecho constitucional explicitar o ordenamento quanto ao direito, na prática, o que define essa questão são as respostas governamentais quanto à organização e às políticas do setor.

Essas respostas governamentais estão sujeitas ainda à conformação política do Estado e às forças que incidem sobre o mesmo, em especial no setor da saúde, tema que este artigo pretende discutir.

A conformação do Estado e a representação política

Segundo Mário Testa (1992), Estado é um espaço social no qual são produzidas discussões sobre necessidades e problemas da sociedade para tomada de decisões, realizadas por meio de disputas e consensos. A definição é bastante genérica, mas apropriada, pois serve para várias conformações políticas possíveis. Vejamos...

O que será atribuído como necessidade e problema para discussão no Estado dependerá exatamente de qual sociedade nos referimos, podendo partir de um Estado em que a governança preza pela solidariedade e pelo bem coletivo, ou de outro em que a preocupação central é garantir a liberdade econômica e regulação pelo mercado, e ainda de uma terceira forma que mescla a liberdade econômica com políticas de proteção social. Em cada uma dessas possíveis conformações de Estado, necessidades e problemas terão pautas diferentes na agenda dos governantes para tomada de decisão.

O Brasil, a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, inaugurou um modelo de seguridade social, baseado numa democracia que combina a forma representativa com a participação direta (MOREIRA; HEIDRICH, 2012).

A seguridade social se baseia na premissa de que o Estado é provedor de proteção social, realizado por meio de políticas sociais amplas que garantam a segurança social das pessoas e a diminuição das desigualdades sociais (ESPING-ANDERSEN, 1991).

A democracia representativa refere-se ao sistema tradicional de eleição político-partidária na qual a população elege seus representantes legislativos e executivos. Porém, ainda que democrática, a participação do cidadão se dá apenas no momento do voto, reduzindo sua soberania nas decisões sobre as políticas públicas (SIPIONI; SILVA, 2013). Já na democracia participativa, os próprios cidadãos da sociedade civil deliberam sobre assuntos de interesse coletivo, especialmente relacionado às políticas públicas, controlando assim as ações do Estado (MOREIRA; HEIDRICH, 2012).

Em termos gerais, a democracia só se concretiza de fato quando os agentes políticos são livremente escolhidos pela sociedade civil e, mais do que isso, quando o povo pode interferir no processo de decisão sobre as políticas públicas, no sentido da efetiva participação social, do compartilhamento de poder, da autonomia dos indivíduos e da liberdade de opinião e expressão (BRASIL, 2009).

Diversas pesquisas têm demonstrado que os mecanismos de democracia participativa no Brasil não têm conseguido alcançar seu objetivo, apresentando problemas de falta de empoderamento, representação e representatividade.

Sobre a democracia representativa, não é preciso se valer de grandes trabalhos para sabermos que ela também não tem funcionado no Brasil. Basta uma rápida reflexão quanto aos políticos por nós eleitos, seja no nível municipal, estadual ou federal, se estes de fato nos representam.

Se não por nós, a quem os governantes têm dirigido seus esforços de governo? Para responder essa pergunta, é necessário entendermos um pouco mais o funcionamento do processo eleitoral no Brasil.

O que tem feito diferença na eleição de políticos no Brasil é, cada vez mais, a campanha eleitoral, que se transformou em um grande empreendimento de *marketing*. Quem vende melhor o seu “produto”, conquista a preferência do “consumidor”, e o investimento em propaganda nesse processo tem feito toda a diferença. Eleição após eleição, o volume arrecadado por políticos e partidos tem aumentado exponencialmente.

De onde vêm esses recursos? Qual o interesse que existe por parte de quem financia uma campanha eleitoral?

Segundo levantamento realizado pela Fundação Getúlio Vargas a partir de dados registrados no Tribunal Superior Eleitoral, 10 dos 23 ministros do Governo Temer vêm de mandatos atuais no Congresso Nacional e receberam doações em suas campanhas nas eleições de 2014. As “contribuições” vieram de empresas ou pessoas físicas que têm interesse direto nas decisões das respectivas pastas ocupadas por eles (KAPA, 2016).

Como exemplo, podemos citar o ex-deputado Maurício Quintella Lessa, que atualmente ocupa o Ministério do Transporte. Aproximadamente 35% do total do valor arrecadado para sua campanha veio de grandes construtoras. Outro exemplo, que muito nos interessa, é o atual ministro da Saúde, Ricardo Barros, que recebeu R\$ 100 mil reais do presidente do grupo Aliança, empresa que administra planos de saúde, em sua campanha para deputado federal nas eleições de 2014 (KAPA, 2016). Isso sem citar os recursos destinados diretamente ao fundo dos partidos políticos e posteriormente distribuídos para os seus candidatos.

Na eleição de 2010, os planos de saúde contribuíram para a eleição de 38 deputados federais, 26 deputados estaduais, 3 senadores, 4 governadores e para a própria presidência da República, além do apoio a outros 81 candidatos não eleitos (SCHEFER; BAHIA, 2011). Esses dados referem-se apenas às doações registradas nominalmente, não sendo possível a relação das doações ocultas (que ainda eram permitidas) e do próprio “caixa dois”, prática ilegal, mas corriqueira na política brasileira (SCHEFER; BAHIA, 2011).

Nas eleições de 2014, os planos de saúde doaram mais de R\$ 52 milhões e contribuíram para 131 candidaturas de 23 partidos

distintos, além de ajudar a eleger a presidente da República Dilma Rousseff, 3 governadores, 3 senadores, 29 deputados federais e 24 deputados estaduais (SCHEFER; BAHIA, 2014).

Interessante é que a saúde suplementar não se alia a bandeiras políticas específicas, apostando em vários políticos, independente de partido ou viés “ideológico” (SCHEFER; BAHIA, 2011). Somente a Qualicorp, do grupo Aliança, líder de mercado no segmento de planos de saúde, doou R\$ 6 milhões na última campanha (FARIAS, 2016).

Coincidência ou não, o empresário Maurício Cheschin, advindo da Qualicorp, assumiu cargo na diretoria da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), órgão federal criado para regular e fiscalizar a atuação dos planos de saúde **para proteção dos consumidores**. No seu mandato frente à diretoria, a ANS publicou as resoluções normativas 195 e 196, que facilitam a comercialização dos planos coletivos por meio de mecanismos de coparticipação do usuário e limitação de cobertura. Atualmente o empresário ocupa a presidência da Qualicorp, que após a publicação dessas resoluções, teve um aumento de 343,6% do seu lucro líquido no primeiro trimestre de 2016, com lucro estimado em R\$ 198 milhões em pleno período de crise econômica do país (FARIAS, 2016).

Nas várias instâncias dos entes federativos, o setor privado e seus representantes políticos podem se beneficiar de diversas formas na área da Saúde: apresentação de projetos de lei, pareceres, relatórios em prol do setor privado; indicação de cargos na Agência Nacional de Saúde Suplementar; definição de políticas fiscais e tributárias que se traduzem em isenção fiscal para as empresas privadas do setor; criação e aprovação de contratos, convênios e parcerias com o SUS; criação de obstáculos para a ampliação do financiamento e qualificação do sistema público; contratação de planos de saúde privados para o funcionalismo público; criação de mecanismos de privatização da gestão e dos serviços de saúde (SCHEFER; BAHIA, 2011).

Na prática, ao longo dos anos, pudemos observar diversas manobras políticas que impediram o crescimento e a consolidação do SUS como política pública ampla, seja pela própria fragilização do sistema ou pelo favorecimento do setor privado, deixando

bastante claro o conflito de interesses com os financiadores de campanha e o descaso com a população de forma geral.

Por esse conflito de interesse, a discussão sobre Reforma Política entrou em pauta na última eleição presidencial, levantada principalmente pelos pequenos partidos. A proposta ganhou relativo espaço nas redes sociais, tornando inevitável uma discussão mais ampla entre todos os partidos.

A Reforma Política, entre outros pontos, deve propiciar a efetiva radicalização da democracia, para que o poder econômico e os interesses dos entes financiadores não prevaleçam em detrimento dos interesses coletivos da sociedade civil (CEBES, 2015).

Como resposta à sociedade, em 2015 foi realizada uma minirreforma política por meio da Lei 13.165/2015, que estabeleceu um teto de gastos para as campanhas políticas, vetou o financiamento de pessoa jurídica, restringindo a participação direta das empresas, entre outras questões. Porém não extinguiu a interferência do setor privado, cujos interesses ainda podem ser defendidos pelo financiamento realizado por pessoas físicas ligadas às empresas.

Além disso, dificilmente será possível auditar todos os gastos e os financiamentos realizados nas campanhas, pois existem inúmeras formas de utilização dos recursos que, mesmo com cruzamento de dados, tornam a tarefa quase impossível, como envolvimento de “laranjas”, utilização de caixa dois, entre outras.

O que acaba sendo bastante contraditório é que, mesmo com toda essa gama de conflitos de interesses, a opinião pública, de certa forma, compactua com as ideias neoliberais, como a ideia de privatização do que é público vinda de uma visão midiática de que o privado é melhor (BRASIL, 2014).

Mídia e formação de opinião

Nas sociedades democráticas, a mídia, como entidade de comunicação social, teria a função de informar os cidadãos sobre os acontecimentos e fatos, possibilitando ainda o controle

e a fiscalização das ações governamentais pela sociedade civil e prezando sempre pelo interesse público (FONSECA, 2011). Contudo as emissoras de TV e de rádio, os jornais, as revistas e os portais de internet brasileiros são, em sua esmagadora maioria, empresas privadas. Assim, por sua própria constituição, visam ao lucro obtido por meio de clientes patrocinadores, que, por sua vez, influenciam a veiculação de notícias de acordo com seus interesses, transformando-a em mercadoria (FONSECA, 2011).

Também não estamos defendendo a obtenção de uma verdade única, mas a manipulação e a distorção dos fatos e acontecimentos em forma de notícia, dirigidas por interesses políticos ou mercantis, podem causar danos para as pessoas, para as instituições e para a sociedade de forma geral (FONSECA, 2011). Por esse motivo, a liberdade de imprensa, ainda que garantida pela constituição, também deve ser ponderada, pois quando estas ultrapassam outros direitos fundamentais dos cidadãos, se tornam tão perniciosas quanto a própria censura, podendo cercear a democracia. Inclusive podem ser ainda mais perversas, uma vez que a manipulação da notícia tem a capacidade de fazer com que as pessoas tomem certas decisões, com a sensação de que foram escolhas livres e conscientes, dando o falso sentimento de viver uma democracia (DORNELES, 2011).

Desta forma, a mídia representa um conglomerado de grande poder nas sociedades ocidentais de hoje, porque direciona pensamentos, cria padrões de comportamento e funciona como aparelho ideológico na produção de consensos de acordo com o pensamento neoliberal (FONSECA, 2011). Isso explica em parte o pensamento dominante das proposições neoliberais em nossa sociedade, tais como a privatização, a diminuição do papel do Estado, a flexibilização do mercado de trabalho e o individualismo, que se propagaram por meio da mídia brasileira e se tornaram hegemônicos (FONSECA, 2011).

Tal poder alcançado pela mídia fez também com que políticos e organizações partidárias se tornassem dependentes dela, pois a forma e o peso como as notícias são veiculadas (ou não veiculadas) podem influenciar a sociedade quanto ao posicionamento sobre determinado conteúdo, interferindo dessa forma na agenda política de campanhas ou mesmo na própria agenda governamental

(DORNELES, 2011). Isso demonstra o interesse e a relação que políticos e partidos têm com os meios de comunicação.

As relações entre o poder político e a mídia podem se dar principalmente de duas formas: uma mais direta, na qual agentes políticos têm a concessão e a propriedade de meios de comunicação de massa; e de forma indireta, quando o ente governamental compra produtos de comunicação ofertados pela mídia, em prováveis trocas de controle e direcionamento de informações para favorecimento de uma tendência político-partidária.

Ainda que seja vedado constitucionalmente a deputados e senadores firmar, manter contrato ou mesmo exercer cargo ou função em uma empresa concessionária de serviço público, na prática mais de 30% das concessões de rádio e TV no Brasil estão ligadas a congressistas, isso sem contar os registros em nome de familiares e laranjas (ZANIN, 2015). Essa infração legal inclusive foi motivo de crítica da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), que divulgou estudo condenando tal prática e classificando-a como uma ameaça à democracia e aos direitos humanos no Brasil (ZANIN, 2015).

Como exemplo da compra de produtos de comunicação, o governo de São Paulo gastou mais de R\$ 250 milhões em compras de exemplares de diferentes publicações ao longo de dez anos de gestão do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB). Desse total, R\$ 52 milhões foram destinados à Editora Abril, como comprovado por publicação no Diário Oficial (ZANIN, 2015).

Mas as revistas e jornais não são importantes fontes de informação para as pessoas? Em teoria, deveriam ser. Mas o que torna duvidosa essa relação é que exatamente no período de protestos nas ruas de São Paulo, em 2013, o Diário Oficial do Estado publicou a compra de 15.600 assinaturas dos jornais *Folha de São Paulo*, o *Estado de São Paulo* e *Revista Veja* pelo Governo do Estado de São Paulo. Todas as compras foram realizadas sem licitação, com um custo aproximado de R\$ 4 milhões (ZANIN, 2015).

Será que existe conflito de interesse na veiculação de notícias? Numa relação de mídia comercial é pouco provável que o “vendedor” fique contra seus “clientes”.

Para entendermos um pouco o direcionamento de informações, basta pegarmos um assunto bastante polêmico na sociedade brasileira, o Programa Bolsa Família. Se fizermos uma rápida busca de notícias veiculadas nos principais meios de comunicação no período de implantação do programa, a tônica das reportagens divulgadas pela grande mídia era o assistencialismo, a dependência, o desestímulo à busca de emprego, a utilização incorreta do benefício, entre outros enfoques que tentavam criar uma visão pessimista para a sociedade em geral. Considerando o período um pouco mais à frente, as críticas ao programa foram sendo amenizadas, pois o Bolsa Família já estava na plataforma política de todos os candidatos à presidência da república, visto a repercussão eleitoral e o próprio aumento no poder de compra das famílias, o que favoreceu também a economia, bem como os interesses mercantis.

O que pouca gente sabe sobre o Bolsa Família é que mais de 1,6 milhão de famílias deixou espontaneamente o programa por já se sentir capaz de tocar suas próprias vidas; ou que a permanência na escola aumentou em média 3 anos nas regiões de maior pobreza e maior número de beneficiários; e ainda que as famílias beneficiárias tiveram importante reforço na alimentação e na ampliação do acesso à vacinação. Todas essas informações podem ser confirmadas pelo Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) e por inúmeras pesquisas de mestrado e doutorado Brasil afora. Mas a grande mídia nunca noticiou tais informações e a visão geral da população (em especial da classe média) sobre o Programa continua sendo de cunho assistencialista eleitoreiro.

Para Silveira, quando grupos políticos controlam ou exercem influência na mídia, existe uma distorção do processo político com falsificação da democracia, uma vez que a opinião pública é construída pela mídia que, desta forma, constrói consensos de acordo com seus interesses (BARBOSA, 2015).

A notícia em si deixou de ser instrumento do interesse público e transformou-se em mercadoria em benefício de seus proprietários e de seus interesses, os quais se unem às das grandes corporações (CARRATO, 2015).

Nesse encontro, vemos a união de interesses entre mercado, partidos políticos e mídia, todos de certa forma a serviço do grande capital.

O domínio do interesse privado sobre o interesse público na saúde

Os interesses mercantis na área da saúde são enormes. No Brasil, os gastos totais em saúde representam 9% do PIB nacional, sendo que 53% correspondem a gastos no setor privado, com equivalente de R\$ 95 bilhões de faturamento (CEBES, 2014).

No que se refere especificamente aos planos de saúde, o Brasil ocupava a segunda colocação dos maiores mercados no mundo em 2014, segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (STEVANIM, 2015).

A própria história demonstra que o setor saúde é movimentado principalmente pelas razões de mercado, e que sua existência e sua sobrevivência são sustentadas pelo lucro como em qualquer outro negócio, e não por ideologias sociais (BRASIL, 2014).

Porém, as estratégias de *marketing* do setor privado tentam direcionar o olhar do consumidor para o cuidado hospitalar, a atenção diferenciada, o uso de tecnologias sofisticadas e até de qualidade de vida (BRASIL, 2014). Aliado a isso, os noticiários veiculados na grande mídia, quando se trata do SUS, dão manchetes para as grandes filas nos hospitais, superfaturamento em compra de medicamentos, falta de estrutura adequada e de pessoal (o que não deixa de ser verdadeiro em muitos casos). Porém a diminuição da mortalidade infantil, o aumento de cobertura da Estratégia Saúde da Família, o fornecimento gratuito de medicamentos, a quantidade de procedimentos realizados, isso nunca vira notícia de destaque. Não se trata de esconder as mazelas do SUS, mas sim de mostrar os vários retratos que caracterizam nosso sistema de saúde.

As próprias pesquisas de opinião dão o tom do interesse e de possíveis manipulações em benefício do mercado. O fato é que as pesquisas relacionadas ao SUS feitas por órgãos públicos como o

IBGE são bastante divergentes daquelas realizadas por institutos comerciais de pesquisa (BRASIL, 2014). E o mesmo ocorre quando o assunto são os planos privados de saúde. Ou seja, nem o SUS é tão ruim, nem os planos de saúde são tão bons como tentam demonstrar.

Com esse arsenal de informações e manipulações, cria-se a ideia ilusória de que o privado irá prover com qualidade e segurança as necessidades e as demandas de saúde das pessoas, e que depender do público é temerário (BRASIL, 2014). Prova disso é que uma pesquisa demonstrou que 90% dos brasileiros têm como principal desejo a aquisição de planos privados de saúde, o que é fruto de investimento de bilhões de reais em publicidade realizado pelo setor privado (VAN STRALEN, 2016).

Porém, na prática, a realidade do segmento privado é totalmente diferente da demonstrada quando da aquisição do plano. Diversas irregularidades têm sido relatadas por usuários dos planos, como descumprimento do prazo máximo para marcação de consultas, presença de cláusulas abusivas quanto à exclusão de coberturas, não autorização de procedimentos médicos e laboratoriais e ainda aumentos abusivos no valor das mensalidades (FARIAS, 2016).

Segundo o Procon de São Paulo, os planos de saúde lideraram as reclamações na última década, e quando estas chegam ao judiciário, 88% são favoráveis aos consumidores, o que demonstra o descumprimento por parte das operadoras (FARIAS, 2016). Essas evidências demonstram que o setor privado tem interesses estritamente mercantis em detrimento do cuidado com a saúde de seus clientes.

A Pzifer, maior indústria farmacêutica do mundo, liderou um processo de negociação que ampliou o tempo de patente de produtos para vinte anos (DRAHOS; BRAITHWAITE, 2003 apud BAGCHI, 2014). A justificativa utilizada é que muito se investe em pesquisa e desenvolvimento dos produtos, porém relatórios das maiores empresas do setor demonstram que os investimentos nunca ultrapassaram 14% de seus gastos (ANGEL, 2004 apud BAGCHI, 2014). A patente de produtos farmacêuticos faz com que o medicamento se torne inacessível para muitas pessoas devido ao alto custo neste período.

Outro exemplo que demonstra o interesse direcionado ao lucro é o relatório realizado pela Organização dos Médicos Sem Fronteiras, que analisou os investimentos nas últimas décadas em novas drogas realizado pelas grandes indústrias farmacêuticas para tratamento de doenças infecciosas, que continuam a matar milhões de pessoas nos países pobres. Segundo o relatório, praticamente não existiam investimentos por parte das indústrias, por isso doenças como malária, tuberculose e leishmaniose continuam sendo tratadas com as mesmas antigas drogas com quadros de resistência dos microrganismos (BAGCHI, 2014).

Além de todo trabalho da mídia na construção do pensamento de que o privado é melhor do que o público, outras manobras políticas favorecem o fortalecimento do setor privado em detrimento do que deveria ser público.

Oposto do que foi colocado inicialmente na constituição, em que o setor privado poderia, em caráter de complementariedade, ofertar serviços que o SUS não tivesse condições de oferecer, na prática tem sido diferente. O SUS acaba servindo de retaguarda para o setor privado, especialmente em procedimentos de alto custo, fornecimento de medicamentos e serviços de urgência e emergência (BRASIL, 2014), tudo isso para diminuir os custos do setor privado e aumentar o lucro.

No Canadá, que possui um grande sistema público de saúde, os planos de saúde privados só podem oferecer serviços não disponíveis no sistema público de saúde, de forma realmente complementar, sem a promoção de competição entre o público e o privado no provimento de serviços de saúde (ANTUNES, 2016).

Ainda que a universalidade garanta o direito a todos os cidadãos, a Lei n. 9656/1998 prevê o direito de ressarcimento dos custos pelo SUS em cobrança aos planos de saúde, após a prestação do serviço. Porém, desde a criação da referida lei, o ressarcimento na prática não tem ocorrido e, ao mesmo tempo em que beneficia o lucro dos planos privados, também prejudica o setor público, com menos recurso futuro pelo não ressarcimento (PASSOS; KRUGER, 2013).

Somado a isso, o financiamento do setor público ainda é prejudicado pelos crescentes subsídios e renúncias fiscais concedidos a

empresas e pessoas físicas, que ao abrir mão da arrecadação, o próprio Estado tira do público em favor do privado (BRASIL, 2014).

A renúncia fiscal no setor saúde ocorre no abatimento de imposto de renda de pessoas físicas com qualquer gasto em saúde em valor integral, e de empresas que fornecem planos de saúde aos seus funcionários, podendo ser abatido do lucro tributável (OCKÉ-REIS; GAMA, 2016). As desonerações fiscais ocorrem ainda com empresas farmacêuticas e hospitalares filantrópicas, que por meio de incentivos fiscais também deixam de gerar receita para os cofres públicos (CEBES, 2015).

Para alguns autores, o Estado, ao deixar de arrecadar, age como se estivesse realizando um pagamento, e nessa lógica denominam de gasto tributário (OCKÉ-REIS; GAMA, 2016). Na prática, é como se o Estado estivesse pagando parte de um plano de saúde para pessoas físicas ou empresas, ou mesmo concedendo subsídios ou contrapartidas para a indústria farmacêutica e hospitais filantrópicos.

Para se ter uma ideia do tamanho da renúncia fiscal, somente considerando o setor saúde, dados da Receita Federal apontam que o Estado deixou de arrecadar aproximadamente R\$ 25 bilhões somente em 2013, o que equivale a 13% de todo gasto público em saúde no mesmo ano (OCKÉ-REIS; GAMA, 2016). Se considerarmos todos os setores para além do setor saúde, o tamanho da renúncia fiscal no ano de 2014 chega a cerca de R\$ 250 bilhões (STEVANIM, 2015), valor maior do que o total de gastos públicos em saúde, juntando União, Estados e Municípios.

O lado mais perverso da renúncia fiscal é que se beneficiam exatamente os grupos com maior capacidade de receita, e se restringe o orçamento para o investimento em políticas sociais, prejudicando principalmente os mais pobres (MENDES; WEILLER, 2015).

Esse modelo de renúncia fiscal segue a lógica americana neoliberal e, segundo apontam estudos, favorece a expansão do setor privado no Brasil, em especial o mercado dos planos de saúde, indo contra a política de proteção social proposta na Constituição, cujo financiamento vem de impostos e contribuições sociais (OCKÉ-REIS; GAMA, 2016).

Além disso, alguns entes federativos oferecem planos privados de saúde para os funcionários públicos, totalmente pagos com dinheiro público (CEBES, 2015). Somente a União gastou aproximadamente R\$ 1 bilhão em planos privados de saúde para o funcionalismo (SCHEFER; BAHIA, 2011). Isso significa mais gastos com a iniciativa privada e menos dinheiro para ser investido no público, sem falar na mensagem subliminar de desvalorização do seu próprio sistema de saúde ofertado à população.

E, por fim, os problemas relacionados diretamente às formas de financiamento do SUS, que sempre foram instáveis desde a sua criação. Fazendo uma rápida retrospectiva, já no início dos anos de 1990 houve perda de recursos oriundos da Previdência Social, na época a principal fonte de financiamento. A criação da CPMF em 1997 trouxe certo fôlego para o setor, porém seu término em 2007 implicou sérias dificuldades de financiamento para o SUS, com perdas que hoje representariam cerca de R\$ 40 a R\$ 50 bilhões por ano no orçamento do setor (BRASIL, 2014). Mesmo assim o fim da cobrança foi comemorado por políticos e população como vitória, muito em função da influência da mídia.

Em seguida, tivemos a não aprovação da proposta de emenda constitucional conhecida como “Saúde Mais 10”, que foi enviada ao Congresso em 2013 com assinatura de mais de 2 milhões de brasileiros, e previa a vinculação de gastos da União na ordem de 10% sobre sua receita bruta, que implicaria um acréscimo de R\$ 50 bilhões ao ano no orçamento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014). E ainda, a não regulamentação da emenda constitucional 29, que estabelecia o compromisso de financiamento em saúde de Municípios, Estados e União, tramitando no Congresso Nacional e no Senado desde 2000, com aprovação parcial apenas em 2012, sem definição de gasto mínimo por parte da União, exatamente o ente com maior poder de financiamento (MENDES; WEILLER, 2015).

Em decorrência desses problemas de subfinanciamento, os gastos públicos em saúde no Brasil correspondem a apenas 47% do total de gastos, bem próximo dos Estados Unidos, cujo modelo neoliberal de saúde despende cerca de 48,2% (MENDES, 2013; BRASIL, 2014). Este percentual vai contra as evidências internacionais de países com sistemas públicos universais reconhecidos pela sua qualidade que empregam recurso público superior a 70% do gasto total em

saúde, com é o caso do Reino Unido, Canadá e Noruega (MENDES, 2013; BRASIL, 2014).

Outra evidência de limitação de recursos refere-se ao gasto público *per capita* em saúde. No Brasil, historicamente – e desde a criação do SUS –, os investimentos em saúde são bastante baixos quando comparados com países com sistemas públicos universais (VIEIRA; PUCCI DE SÁ; BENEVIDES, 2016).

Dados do IBGE publicados em 2015 apontam que o Brasil investiu R\$ 946 *per capita* em 2013, equivalentes a US\$ 591 na época. No mesmo ano, Reino Unido e França, países com sistemas universais de saúde, investiram *per capita* US\$ 2.766 e US\$ 3.360, respectivamente. E mesmo em países que não possuem sistemas universais de saúde, o investimento *per capita* foi de US\$ 3.696 na Alemanha, US\$ 1.167 na Argentina, US\$ 795 no Chile e US\$ 4.307 nos Estados Unidos (BRASIL, 2015; VIEIRA; PUCCI DE SÁ; BENEVIDES, 2016).

Todas estas manobras de não ressarcimento de recursos do setor privado, renúncia fiscal, gastos diretos desnecessários com o setor privado e subfinanciamento do setor público de saúde são sustentados pelo poder político que, por sua vez, é influenciado pelo próprio setor privado financiador de partidos e políticos. Todo esse cenário conta ainda com o apoio da mídia, também privada e voltada aos interesses de seus clientes, neste caso, o próprio setor privado da saúde. Um ciclo vicioso que se retroalimenta o tempo todo.

Políticas sociais ou livre mercado?

Somam-se a esse quadro de fragilização financeira do sistema público de saúde as novas investidas de privatização da saúde, com uma proliferação desordenada de modelos de terceirização e contratação de entidades privadas para a gestão e a oferta de serviços públicos, sem estrutura de ordenamento e controle das atividades, muitas vezes alheias às necessidades de saúde da população e do próprio SUS (BRASIL, 2014).

A privatização nada mais é do que a posse individual (privada) do que anteriormente era propriedade de todos (COBURN; COBURN,

2014). Vale a lembrança de que o interesse do privado sempre se mostrou a partir do lucro, e ainda que algumas instituições se valham do dispositivo da filantropia, elas se escondem com discurso do bem coletivo e social para favorecimento particular de empresas, grupos ou pessoas.

Esse ideário vem de uma concepção de Estado Mínimo defendido pelo modelo neoliberal, que aposta no liberalismo econômico e na meritocracia como estratégia para crescimento econômico, e que este geraria distribuição de renda. Porém, analisando o período pós-guerra, os países que apostaram na social democracia, com políticas de proteção social, tiveram um crescimento econômico maior do que os de regime liberal (COBURN; COBURN, 2014).

Isso derruba a tese de recomendações do FMI para os países em crise que solicitam seu auxílio financeiro, com imposições de corte de gastos públicos com programas sociais e incentivos à privatização de atividades governamentais, como estratégias para o crescimento econômico (COBURN, COBURN, 2014).

Historicamente, o neoliberalismo atribuiu a concessão de políticas públicas pelos Estados como responsável pelo aumento da dívida pública e consequente crise econômica (BRASIL, 2009). Porém, tomando como exemplo a crise econômica europeia que eclodiu em 2007, naquele momento a dívida pública representava apenas 0,9% do PIB, alcançando -6,7% em 2009. Portanto, isso demonstra que a crise não é resultado do aumento da dívida pública, mas o aumento desta se deve à crise econômica (GIOVANELA, 2013).

Conforme aponta Lehndorff (2012), essas políticas de austeridade recomendadas pelo Banco Mundial e FMI, com redução de gastos públicos, foram adotadas em diferentes países que enfrentaram situações de crise econômica, especialmente na América Latina e na Ásia, e seus resultados foram desastrosos tanto no desenvolvimento econômico como social, com aumento da recessão, diminuição do PIB, aumento do desemprego e consequente ampliação das desigualdades sociais (GIOVANELLA, 2013).

A diminuição dos gastos públicos com as pessoas acelera a recessão, que por sua vez aumenta o desemprego e o trabalho informal, gerando diminuição na arrecadação de impostos. A consequência

disso é a necessidade de prestação de serviços sociais pela situação de vulnerabilidade das pessoas em contradição com a falta de recursos públicos para proteção social, portanto a teoria de corte de gastos públicos com políticas sociais se mostra equivocada em princípio e prática (GIOVANELA, 2013).

A grave crise econômica da Grécia fez com que o governo tomasse medidas de austeridade entre 2009 e 2012, com grandes cortes públicos no sistema de saúde. O resultado foi um aumento de 40% na mortalidade infantil, colapso e descontrole na transmissão do vírus HIV, aumento de 40% de população sem moradia e ainda aumento de 60% em suicídios (SANTOS, 2016).

O reconhecimento do insucesso das políticas neoliberais abriu espaço para que alguns Estados percebessem que o próprio crescimento econômico é dependente da diminuição das desigualdades sociais e que, portanto, as políticas públicas devem ser facilitadoras desse processo, com geração de trabalho e renda (VIANA; SILVA, 2012).

A sustentação dessa teoria pode ser comprovada em uma pesquisa que avaliou diferentes medidas governamentais tomadas em países durante período de crise econômica, sendo que o investimento em políticas públicas de proteção social (como ocorrido na Malásia) teve resultados econômicos e sociais melhores quando comparados com países como Indonésia e Tailândia, que adotaram políticas de austeridade de corte de gastos públicos (COBURN; COBURN, 2014). Para termos ideia do impacto dos sistemas de proteção social, a taxa de mortalidade infantil da Malásia é menor que a dos americanos, mesmo com PIB *per capita* inferior e gastos totais *per capita* em saúde menores (COBURN; COBURN, 2014).

Mesmo em tempos de crescimento econômico, as políticas neoliberais de livre mercado não têm se mostrado suficientes para diminuir as desigualdades sociais. Para Navarro (2002), o próprio exemplo do Brasil no chamado período de “milagre econômico”, de 1968 a 1981, em que, seguindo as recomendações neoliberais do Banco Mundial e do Fundo Monetário Internacional e mesmo com crescimento econômico significativo, teve aumento no índice de

mortalidade infantil, que subiu de 72 para 90 óbitos para cada mil nascidos vivos nesse período (MCLNTYRE; MOONEY, 2014). A análise de distribuição de renda desses anos demonstrou que os recursos do crescimento econômico basicamente foram para os mais ricos, aferido pelo percentual de consumo nacional, no qual os 5% mais ricos tiveram um aumento de 20% para 48%, em contrapartida do decréscimo de consumo dos 50% mais pobres da população que passaram de 20% para 12% no período, explicando assim o aumento da mortalidade infantil (MCLNTYRE; MOONEY, 2014).

Isso demonstra que o PIB de uma nação, ou mesmo o PIB *per capita*, apenas expressa a riqueza de um país, porém não necessariamente se relaciona com as boas condições de vida e equidade social, pois a riqueza pode estar concentrada nas mãos de poucos, e grande parte da população vivendo em situação de miséria.

Uma das formas utilizadas para medir as desigualdades sociais é o índice de Gini, cuja escala vai de 0 a 1, sendo que 0 corresponde à igualdade completa e 1 desigualdade completa. A média mundial do índice de Gini é de 0,67, o que demonstra grande desigualdade de forma geral. Os países com melhores resultados são os países nórdicos, exemplos de regimes sociais democratas, tendo a Suécia como expoente com 0,32 (COBURN; COBURN, 2014).

A sociedade brasileira apresenta bastante desigualdade, com índice de Gini de 0,57, inclusive superior a muitos países da América Latina (PORTO et al., 2014). A China, no período pré-capitalista, apresentava índice de Gini de 0,3 e atualmente com o modelo neoliberal apresenta índice de 0,55. Os Estados Unidos, exemplo das políticas neoliberais e que possui o maior PIB do mundo e maior PIB *per capita* mundial, apresenta índice de Gini de 0,45, também com relativa desigualdade.

O que torna relevante tais comparações não é apenas a aferição do índice de desigualdade, mas sim suas consequências para a sociedade. O Canadá, que tem PIB *per capita* inferior ao dos Estados Unidos, apresenta melhor distribuição de renda e, comparativamente, os Estados Unidos apresentam maiores taxas de criminalidade e encarceramento, jornadas de trabalho mais longas, saúde mais precária, entre outros indicadores sociais (COBURN; COBURN, 2014).

Além dos países mais ricos, que apostaram em políticas sociais amplas, exemplos como da Costa Rica, Cuba, Sri Lanka e o estado indiano de Kerala demonstram que, mesmo em países com economia mais tímida, a priorização de financiamento e do fornecimento público de uma gama de serviços sociais, especialmente saúde e educação, apresentou grande sucesso na diminuição de desigualdade social (MOONEY, 2014). Os próprios gastos com serviços públicos já são reconhecidos como mecanismos de redistribuição de riqueza (MOONEY, 2014).

O economista e sociólogo David Stuckler e o médico e epidemiologista Sanjay Basu, a partir de estudos realizados em Oxford, afirmam que os investimentos em políticas públicas como saúde e educação – seja em períodos de crescimento ou crise econômica – são os que apresentam melhor multiplicador fiscal, ou seja, que retornam no futuro para os próprios cofres públicos, gerado pela participação dos indivíduos no desenvolvimento econômico do país (STUCKLER; BASU, 2014).

O dilema da saúde no Brasil: direito ou mercadoria?

Na contramão das evidências, o atual governo brasileiro do presidente Michel Temer tem caminhado seguindo a cartilha do Banco Mundial e do Fundo Monetário Internacional. O ministro da Fazenda, Henrique Meirelles, afirmou recentemente que os gastos com saúde e educação têm inviabilizado o controle das contas públicas, defendendo cortes profundos em gastos sociais, intervenção na economia, privatizações e abertura para o capital estrangeiro (SANTOS, 2016).

Uma das medidas do atual governo foi a aprovação da Emenda Constitucional 95/2016, que em síntese desvincula a obrigatoriedade de uso de recursos em educação e saúde, e congela os atuais investimentos por 20 anos. Ou seja, menos recursos para as políticas sociais.

Na mesma linha ideológica, o atual ministro da Saúde, Ricardo Barros, tem afirmado que, como os recursos do Estado são limitados, uma forma de desafogar o SUS é a criação de planos

populares de saúde mais baratos e acessíveis para a população, porém com redução de coberturas, especialmente as hospitalares (KAPA, 2016). Essa medida, além de ir contra a determinação da ANS que tenta proteger os consumidores dos abusos dos planos de saúde, só beneficia o setor privado, pois este poderá ampliar o número de consumidores e o lucro não apenas pelo quantitativo de pessoas, mas também por ofertar apenas procedimentos de baixo custo. Já os procedimentos de alto custo como internações hospitalares, medicamentos e exames de alto custo, inevitavelmente irão cair na conta do SUS.

A última cartada do governo Temer (até a finalização deste artigo) em benefício do privado foi a abertura massiva para privatização de diversos serviços públicos, como saúde, educação. Atraídos pela possibilidade de desvinculação de gastos com salários dos profissionais do setor, prefeitos e governadores devem aderir em grande medida a proposta para aliviarem o percentual de gastos com pessoal, fugindo assim do risco de improbidade administrativa, uma vez que Estados e Municípios trabalham, em geral, no limite do teto permitido pela lei. Vale a lembrança do interesse do privado no setor saúde.

A pesquisadora Isabela Soares Santos (2016) constatou em sua tese de doutorado que a existência de dois sistemas em competição afeta negativamente o que é público.

A convivência do público com o privado faz com que exista um tensionamento para que o público seja de baixa qualidade, exercido pelas forças políticas e pela mídia a serviço do mercado, exatamente para que os que podem pagar se esforcem para poder comprar a mercadoria da assistência à saúde. Essa é a organização que interessa ao neoliberalismo, a de Estado Mínimo, na qual as políticas ou os programas governamentais têm apenas caráter compensatório para a população mais pobre, abrindo espaço para a iniciativa privada (CAMPOS; MISHIMA, 2005).

Nessa lógica neoliberal é importante que os serviços públicos não sejam de boa qualidade, pois sendo assim, apenas os que não têm condições de comprar os serviços utilizarão o sistema público de saúde. Do contrário, a boa qualidade pode representar a perda de segmento que potencialmente pode pagar pelos serviços e produtos.

O caráter compensatório de dar o mínimo também não pode ser visto como caridade, pois a desassistência total geraria um ônus social muito maior para o Estado Neoliberal, portanto dar o mínimo para a população mais pobre também serve aos interesses do capital.

O contraditório de todo esse percurso é que, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, o Brasil inaugura um novo modelo de proteção social, incluindo a previdência social, a atenção à saúde e a assistência social, introduzindo a noção de direitos sociais universais como parte de condição de cidadania (FLEURY, 2009), mas, na prática, o movimento político tem privilegiado as propostas neoliberais, em claro desrespeito ao ordenamento constitucional.

Especificamente em relação à saúde, o trecho constitucional a garante como direito do cidadão e dever do Estado, dentro ainda do ideário de universalidade, equidade e integralidade, que implica integrar o desenvolvimento de políticas econômicas e sociais para a diminuição das desigualdades e consequente melhoria das condições de vida e saúde (BRASIL, 1988). Portanto, deixa claro que o melhor nível de saúde só é possível com o desenvolvimento social e a construção de políticas públicas amplas, reconhecidas em sua lei orgânica que as associam às condições de moradia, alimentação, trabalho, educação, renda, lazer, saneamento básico, transporte, segurança, entre outros (BRASIL, 1990).

Apesar de todo o poderio neoliberal, com boicotes e manobras, inclusive ilícitas, imorais e antiéticas, desde sua criação o SUS tem contribuído significativamente para a melhoria dos indicadores de saúde da população brasileira. A mortalidade infantil, no período de 1992 a 2012, caiu de 62 para 14 óbitos por mil nascidos vivos. A expectativa de vida do brasileiro aumentou. As doenças crônicas, como diabetes e hipertensão, tiveram considerável controle. As internações por causas sensíveis à Atenção Básica diminuíram significativamente (BRASIL, 2014).

Além disso, o SUS é internacionalmente reconhecido como o maior sistema público de saúde do mundo, e ainda sendo referência em sistema de imunizações com coberturas extraordinárias,

programa de controle e tratamento de HIV/AIDS como modelo internacional, e sendo considerado também um dos maiores sistemas de transplantes do mundo (BRASIL, 2014).

Para quem tem dúvidas quanto à opção por sistemas universais públicos ou sistemas privados, basta comparar alguns dados de países que optaram por uma ou outra forma de organização das políticas de saúde.

Os Estados Unidos têm um sistema majoritariamente privado, organizado na lógica dos planos de saúde, e apesar de ser o país que apresenta o maior gasto em saúde, tem indicadores – como baixo peso ao nascer, mortalidade infantil e anos de vida potencialmente perdidos – bem inferiores aos de outros países desenvolvidos que adotam sistema público universal de saúde, com custos menores (STARFIELD, 2002).

Ainda em termos comparativos, segundo dados da UNICEF do ano de 2012, os Estados Unidos estavam apenas na 40ª posição no *ranking* de mortalidade infantil, sendo superado por países como Cuba, Croácia, Polônia, além de tantos outros europeus que, na sua grande maioria, têm sistemas de saúde majoritariamente públicos e ainda aliados a outros sistemas de proteção social (UNICEF, 2014).

Além da premissa de ter sistema público de saúde, o que também caracteriza os melhores indicadores sanitários é a sua organização baseada na Atenção Primária à Saúde. Essa relação pode ser identificada em um estudo realizado em 11 países desenvolvidos, o qual demonstrou que os países com baixa orientação para a Atenção Primária obtinham resultados sanitários mais pobres, especialmente os de mortalidade infantil, quando comparados com os demais (MENDES, 2012). Outros estudos demonstraram que os sistemas baseados em uma Atenção Primária forte tinham melhores resultados sanitários para todas as causas de morbimortalidade (MENDES, 2012).

Países que tinham histórico de oferta de serviços públicos estruturados na APS, com sua retirada, existe um declínio rápido dos indicadores de saúde (STARFIELD, 2002), o que demonstra tanto a importância de sistemas públicos universais quanto de

modelos baseados na APS. Um exemplo clássico dessa afirmativa é a antiga União Soviética, que com o fim do regime socialista e término da seguridade social universal, inclusive assistência à saúde, viu a expectativa de vida cair aproximadamente de 65 para 57 anos entre homens e 74 para 71 anos entre as mulheres no período entre 1988 e 1994 (COBURN; COBURN, 2014). Um alerta para o desmonte das políticas sociais no Brasil.

Além disso, diversos trabalhos também apontaram que os sistemas de saúde orientados pela Atenção Primária à Saúde apresentam menor gasto *per capita* em saúde; maior satisfação do usuário; menor quantidade de exames e medicamentos consumidos; menor quantidade de hospitalizações por urgência e emergência; menor quantidade de internações por casos sensíveis à atenção ambulatorial; melhores chances de vida independente da influência de fatores como renda; maior equidade no acesso à saúde (MENDES, 2012).

Além dos ganhos sanitários, é importante evidenciar a vantagem econômica da APS, inclusive como contraponto à justificativa de corte de gastos em programas sociais utilizada pelos neoliberais. Um relatório do Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido demonstrou que o custo de procedimentos realizados na Atenção Primária é dez vezes menor do que nos ambulatórios de especialidade e 1330 vezes menor se comparado com os custos dos hospitais terciários (MENDES, 2012).

Apesar de inúmeras evidências apontarem para importância de um sistema público universal baseado na APS, dificilmente ele entra na pauta política, pois não interessa aos prestadores de serviços, às grandes indústrias farmacêuticas e muito menos aos planos de saúde (MENDES, 2012).

Há de registrarmos que a APS nasce de propostas que consideram a saúde como dependente do desenvolvimento social e econômico da população, não apenas restrita ao fornecimento de serviços de saúde, e que, portanto, melhorar as condições de vida das pessoas por meio de políticas sociais deve ser esforço de todas as nações (OPAS, 1978).

Nesse sentido, o projeto da reforma sanitária brasileira não se restringe à luta em defesa de um sistema público universal de saúde, mas se estende à luta por direitos sociais amplos, como educação que gere oportunidades de crescimento pessoal e profissional, alimentação em quantidade e qualidade adequadas, trabalho digno e renda suficiente para os bens essenciais, e outros como direito a lazer, segurança, moradia, etc. Do contrário, os indicadores de saúde terão desempenhos insatisfatórios ou, em outras palavras, pessoas adoecerão e morrerão pela escolha de sociedade que fizermos. Começamos pela defesa de um SUS universal, equânime, integral e de qualidade.

Referências

ANTUNES, A. *O papel da saúde privada em países com sistemas universais*: Como atuam os planos privados em países em que a saúde é considerada dever do Estado? EPSJV/Fiocruz. Publicado em 21 de setembro de 2011 e atualizado em 08 de setembro de 2016. Disponível em: <epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/o-papel-da-saude-privada-em-paises-com-sistemas-universais>, acesso 15 outubro 2011.

BAGCHI, A.K. Gerindo o Mercado do Setor Saúde: os requisitos sociais e políticos. In: MCLNTYRE, D.; MOONEY, G. (Orgs.). *Aspectos Econômicos da Equidade em Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

BARBOSA, B. *Novo alvo do MPF*: os políticos donos da mídia. Por Intervozes na Carta Capital, 24 novembro 2015, Política. Disponível em: <cartacapital.com.br/blogs/intervozes/novo-alvo-do-mpf-os-politicos-donos-da-midia-3650.html> acesso 23 outubro 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *CONASS Debate* – Caminhos da Saúde no Brasil. Brasília: CONASS, 2014. 100 p.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988* – Título VIII ‘Da Ordem Social’, Capítulo II ‘Da Seguridade Social’, Seção II ‘Da Saúde’, Artigo 196. Disponível em: <<http://www>>

planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso: 23 outubro 2016.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Conta-satélite de saúde Brasil: 2010 a 2013*. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 67p. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv95012.pdf>>. Acesso: 14 outubro 2016.

BRASIL. *Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990*: Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso: 24 outubro 2016.

BRASIL. Ministério da Fazenda, Escola de Administração Fazendária. *Relação Estado–Sociedade*. Programa Nacional de Educação Fiscal – PNEF. 4 ed. Brasília: ESAF, 2009. 52 p.

CAMPOS, C.M.S.; MISHIMA, S.M. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. *Cad Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.21, n.4, p.1260-1268, jul-ago, 2005.

CARRATO, A. *A mídia e seus interesses*. Observatório da Imprensa, 24 fevereiro 2015 na edição 839, Imprensa em questão. Disponível em: <observatoriodaimprensa.com.br/imprensa-em-questao/_ed839_a_midia_e_seus_interesses/>. Acesso: 23 outubro 2016.

CEBES. *Saúde não é negócio nem mercadoria, é direito de cidadania*. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – Tese para a 15ª Conferência Nacional de Saúde, 02 abril 2015. Disponível em: <cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2015/04/Tese-Cebes-15-CNS_Final.pdf>. Acesso: 23 outubro 2016.

CEBES. Em defesa do direito universal à saúde: saúde é direito e não negócio. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 194-199, abr-jun, 2014.

COBURN, D.; COBURN, E. Saúde e Desigualdades Sociais em Saúde em um Mundo Globalizado Neoliberal. In: MCLINTYRE, D.; MOONEY, G. (Orgs.). *Aspectos Econômicos da Equidade em Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

DORNELES, H.J.P. A intervenção da mídia na política – Liberdade de imprensa X democracia. *Trabalho de Conclusão de Curso*. Salvador, 2011. Disponível em: </hermy.jusbrasil.com.br/artigos/179006500/a-intervencao-da-midia-na-politica-liberdade-de-imprensa-x-democracia>. Acesso: 23 outubro 2016.

ESPING-ANDERSEN, G. As Três Economias Políticas do Welfare State. *Revista Lua Nova*. N. 24, set, 1991.

FARIAS, L. *Lobby suprapartidário*. ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 13 julho 2016, Por Comunicação Abrasco. Disponível em: <abrasco.org.br/site/2016/07/planos-de-saude-barros-artigo-leandro-farias/>. Acesso: 23 outubro 2016.

FONSECA, F. Mídia, poder e democracia: teoria e práxis dos meios de comunicação. *Revista Brasileira de Ciência Política*. Brasília, n.6, p.41-69, julho-dezembro, 2011.

GIOVANELLA, L. Crisis europea y sistemas de salud. *Divulgação em Saúde para Debate*. Rio de Janeiro, n.49. p.196-202, outubro, 2013.

KAPA, R. *Dez ministros receberam doações de empresas interessadas em suas pastas*. Folha de S. Paulo, 31 maio 2016, PAÍS. Disponível em: <piaui.folha.uol.com.br/lupa/2016/05/31/dez-ministros-receberam-doacoes-eleitorais-de-empresas-interessadas-em-suas-pastas/>. Acesso: 23 outubro 2016.

LIMA, C.P. *Comparando a saúde no Brasil com países da OCDE: explorando dados de saúde pública* [Dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, Escola de Matemática Aplicada. 2016. 140 f. Disponível em: <bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/16503/CeciliaMestrado.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso: 15 outubro 2016.

MCLNTYRE, D.; MOONEY, G. Que rumo tomar agora em relação à equidade? In: MCLNTYRE, D.; MOONEY, G. (Orgs.). *Aspectos Econômicos da Equidade em Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

MENDES, A.; WEILLER, J.A.B. Renúncia fiscal (gasto tributário) em saúde: repercussões sobre o financiamento do SUS. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, v.39, n.105, p.491-505, abr-jun, 2015.

MENDES, E. V. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: Organização Panamericana da Saúde, 2012. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf>. Acesso: 30 março 2016.

MENDES, E.V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. *Estud. av.* v.27, n.78, São Paulo 2013. Disponível em: <scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200003>. Acesso: 16 outubro 2016.

MOONEY, G. A equidade no Contexto da Diversidade Cultural e da Diversidade de Sistemas Econômicos. In: MCLNTYRE, D.; MOONEY, G. (Orgs.). *Aspectos Econômicos da Equidade em Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

MOREIRA, I.A.; HEIDRICH, A.V. Participação social na saúde: limites e possibilidades de controle social em tempo de reforma do Estado. *Sociedade em debate*. Pelotas, v.18, n.2, p.107-119, 2012.

OCKÉ-REIS, C.O.; GAMA, F.N. *Radiografia do gasto tributário em saúde – 2003-2013*. Nota Técnica nº19, Brasília: IPEA, maio de 2016.

OPAS. Declaração de Alma-Ata. *Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde*. 6-12 de setembro de 1978. Disponível em: <opas.org.br/declaracao-de-alma-ata/>. Acesso: 24 outubro 2016.

PASSOS, A.F.; KRÜGER, T.R. Acesso aos recursos do SUS pelos setores privados e filantrópicos da saúde por meio da complementaridade dos serviços. *Congresso Catarinense de Assistentes Sociais*. Florianópolis, SC, 22 a 24 de agosto de 2013. 10p. Disponível em: <cress-sc.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Acesso-aos-recursos-do-SUS-pelos-setores-privados-e-filantr%C3%B3picos-da-sa%C3%BAde-por-meio-da-complementaridade-dos-servi%C3%A7os.pdf>. Acesso: 24 outubro 2016.

PORTO, S.M. et al. Equidade no Financiamento da Saúde, Alocação de Recursos e Utilização dos Serviços de Saúde no Brasil. In: MCLINTYRE, D.; MOONEY, G. (Orgs.). *Aspectos Econômicos da Equidade em Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

SANTOS, I.S. *Investir em saúde para sair da crise econômica*. CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 03 agosto 2016. Disponível em: <cebes.org.br/2016/08/investir-em-saude-para-sair-da-crise-economica/>. Acesso: 23 outubro 2016.

SCHEFFER, M.; BAHIA, L. Representação política e interesses particulares na saúde: o caso do financiamento de campanhas eleitorais pelas empresas de planos de saúde privados no Brasil. *Interface*. Botucatu, v.15, n.38, p.947-56, jul./set. 2011.

SCHEFFER, M.; BAHIA, L. *Representação política e interesses particulares na saúde: a participação de empresas de planos de saúde no financiamento de campanhas eleitorais em 2014*. Relatório de pesquisa – 25/02/2015. 42p. Disponível em: <abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2015/02/Planos-de-Saude-e-Eleicoes-FEV-2015-1.pdf>. Acesso: 24 outubro 2016.

SIPIONI, M.E.; SILVA, M.Z. Reflexões e interpretações sobre a participação e a representação em conselhos gestores de políticas públicas. *Revista de Sociologia e Política*. Curitiba, v.21, n.46, p.147-158, 2013.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

STEVANIM, L.F. O que está por trás de renúncia e desoneração fiscal. *RADIS – Comunicação e Saúde*. ENSP/Fiocruz, n.150, p.10-17, mar 2015.

STUCKLER, D.; BASU, S. *A economia desumana: por que mata a austeridade?* Lisboa: Bizâncio, 2014. 302p.

TESTA, M. *Pensar em Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

UNICEF. *The State of the World's Children 2014 in Numbers*.

United States, 2014. Disponível em: <unicef.org/sowc2014/numbers/>. Acesso: 29 outubro 2016.

VAN STRALEN, C.J. O Cebes e a defesa intransigente do direito à saúde e da democracia. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, v.40, n.108, p.4-7, jan.-mar. 2016.

VIANA, A.L.D.; SILVA, H.P. Desenvolvimento e Institucionalidade da Política Social no Brasil. In: MACHADO, C.V.; BAPTISTA, T.W.F.; LIMA, L.D. (Orgs.). *Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

VIEIRA, F.S.; PUCCI DE SÁ E BENEVIDES, R. *Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil*. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. Nota Técnica, n.28, Brasília, setembro de 2016. Disponível em: <ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/160920_nt_28_disoc.pdf>. Acesso: 14 outubro 2016.

WOLF, M. *Teorias da comunicação*. Editorial Presença. Lisboa, 2001.

ZANIN, C. A imprensa e o papel das mídias no Brasil. *Pragmatismo político* – 02 março 2015, Democratização Comunicação. Disponível em: <pragmatismopolitico.com.br/2015/03/a-imprensa-e-o-papel-das-midias-no-brasil.html>. Acesso: 23 outubro 2016.

Em Defesa da Ética Aplicada: contribuições de Giovanni Berlinguer

Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima

Há vários modos de escrever um texto. Quando nos propomos, por exemplo, a escrever uma carta a uma pessoa querida, temos a possibilidade de brincar com as palavras e mobilizar sentimentos para imprimir o pensamento. Quando intencionamos escrever sobre algum tema que nos agrada ou um relato de experiência, temos à nossa disposição a liberdade e a espontaneidade; ao utilizarmos essas ferramentas, o texto flui por si mesmo, sustentado pelo prazer experimentado no processo de produção. Quando pretendemos escrever um texto científico, preparamo-nos de antemão para as amarras que certamente iremos experimentar. O próprio substantivo que denomina o destino do artigo – submissão – já nos apequena em nosso exercício de liberdade e espontaneidade.

Este texto, provavelmente, será produzido na mistura das possibilidades que se apresentarem sobre os diversos modos capazes de orientar uma produção. Por isto, de início, quero registrar o reconhecimento de não saber, *a priori*, que produto será gerado. Assumo, no entanto, que tentarei me conceder liberdade.

O fato é que me foi carinhosamente pedido para escrever “um texto sobre ética, de um jeito simples” para série Conhecimento em Movimento. Ainda que a minha resposta tenha sido afirmativa, confesso que acabei passando à frente outras produções da agenda. Agora, cá estou tentando escrevê-lo, com o prazo de entrega já expirando. Por quê?

Será que não gosto de escrever sobre a tal ética? Será que adiei a produção por receio de não conseguir escrever de modo simples? Ou o adiamento se deu em função de eu não querer entrar em contato com o lugar que a ética tem ocupado neste momento histórico? Ou, quem sabe, por uma defesa do sentimento de

solidão que vivo para desenvolver o ensino da ética na experiência docente? Se estou convencida da necessidade de Séries Didáticas para ancorar as atividades docentes, por que adiei a produção?

De todo modo, adentrar o campo da ética exige disposição, pois coloca em disputa duas condições demasiado humanas – necessidade e liberdade; pelo menos, na abordagem que faz sentido para mim e que tentarei apresentar aqui.

Ao contrário do que os questionamentos acima possam sinalizar, a ética sempre foi um dos mais vivos e pulsantes referenciais da minha trajetória acadêmica vivenciada na idade adulta “tardia”. Após pouco mais de vinte anos de exercício da clínica em odontologia, decidi subverter a rota e retornar à academia, em busca de novos sentidos para a prática clínica. O primeiro contato com o campo da ética aconteceu em uma experiência de especialização em Saúde Coletiva, na Universidade Federal de Minas Gerais, em 2004-2005. Dois anos depois, a ética foi a área de concentração de meu mestrado em Saúde Pública, desenvolvido no período 2006-2008, na Universidade Federal de Santa Catarina. A partir do doutorado em Saúde Coletiva, 2009-2013, experimentado nesta mesma Casa, a ética se tornou referencial de vida e de análise de minhas pesquisas. O adiamento da tessitura deste texto parece se tratar, portanto, de uma ambivalência manifestada neste momento histórico, ou seja, da presença simultânea, e com a mesma intensidade de dois sentimentos opostos entre si, em relação ao convite que me fora feito: vivo o tema e me esquivo dele.

Sem retomar os prováveis porquês, vamos ao texto. Quem sabe, ao final, nos encontremos com a determinação da ambivalência.

Para enfrentar o desafio – escrever de modo simples –, escolhi resgatar elementos basilares do meu processo de encontro com a ética. Espero que a escolha produza um bem ético no leitor. Vamos lá.

Em que espaço e de que modo este campo teórico-prático entrou na minha vida?

Na especialização em Saúde Coletiva, me apropriei sumariamente do termo ética como uma ferramenta balizadora de minhas

ações no mundo. Somente isto. Havia muitos temas das Ciências Humanas a serem discutidos com dentistas, o que exigiu da disciplina centrar os esforços não no aprofundamento, mas na descrição e na problematização dos temas eleitos.

Na experiência de mestrado, a situação foi outra. O próprio processo *stricto sensu* permitiu escavações, em terrenos de interesse pessoal. Acabei embarcando numa viagem sem volta, iniciada na disciplina “Bioética Cotidiana”.

Na aula de abertura, uma das professoras nos perguntou:

O que é filosofia?

Considerando que éramos profissionais da área da saúde e, como tais, formados na lógica instrumental, em que técnicas e protocolos regem as ações a serviço da vida, não conseguimos arriscar eventuais e/ou prováveis respostas. Um silêncio fez-se manifesto.

Filosofia seria perguntar alguma coisa, algum tema das humanidades? Seria sinônimo de indagação? O que se utiliza para filosofar: conceitos ou imaginação? Teria a ver com sabedoria? Lembrei-me, naquele momento, de que, na pré-adolescência, filósofo, para mim, era a pessoa que viajava no pensamento, que divagava, imaginava “coisas”.

Ao final da aula, eu percebi que havia registrado duas coisas: filosofia tem a ver com pensar, com um pensar dirigido; e ética é um saber filosófico que nasceu na Grécia antiga, na *polis*; logo, ética tem a ver com pensar.

Primeiro ensinamento: ética tem a ver com pensar

Na segunda aula da disciplina, fomos recebidos por outra professora que nos trouxe um jeito de pensar ética: o jeito de Giovanni Berlinguer, médico humanista e político italiano. Daquele momento até o final da disciplina, fomos conduzidos a pensar ética não em âmbito teórico, mas na perspectiva da práxis³

3 “Uma ciência-ação (p. 882), teorização de uma relação humana que, no teorizar, exprime e organiza uma **vontade de transformação**, tornar-se práxis ela

de Berlinguer. Para quem engatinhava no exercício de pensar, a empreitada não seria fácil.

De fato, entrar em contato com seus escritos foi um desafio, mas um desafio encantador e instigante, alentador e provocativo. Comecei, devagarinho, por conta própria, a ler seus livros.

O primeiro livro de autoria dele que nos foi apresentado chama-se *Bioética Quotidiana* (BERLINGUER, 2000). O livro acabou me seduzindo, me desafiando. Como era difícil entender o fluxo da sua escrita que, para dar voz a um determinado tema da área da saúde, transita da civilização grega ao contemporâneo, em diálogo com a arte, política, economia, antropologia, história, instituições, modos de produção, além da filosofia.

Nas insistentes leituras de *Bioética Quotidiana*, com vários retornos em parágrafos anteriores no afã de entender as interlocuções que ele fazia para expor um tema, eu comecei a me identificar com o modo provocativo e responsivo com que ele pensava as humanidades; o capitalismo; o mercado humano; a saúde; a doença; as desigualdades sociais injustas; o preconceito; a política; as escolhas de domínio público, as de domínio privado; etc. Eu comecei a me identificar também com o modo como ele pensava as ações e os processos humanos e com a relação que ele fazia entre saber e prática; entre saúde, doença e sociedade; entre medicina e política; entre privilégios para ter saúde e direito à saúde; entre desigualdades sociais e capitalismo; entre mercado e Estado; entre outras.

À medida que eu viajava nas leituras, comecei a me identificar, ainda, com o modo peculiar dele pensar as escolhas individuais e coletivas, ao longo do processo civilizatório. Ao mesmo tempo, a disciplina me mostrava que filosofar é o ato de indagar o que parece óbvio ao senso comum. No processo que amadurecia paulatinamente comecei a colocar essas identificações num baú que preservo com muito carinho.

De modo sumário, no livro *Bioética Cotidiana*, editado em 2000, Berlinguer apresenta reflexões, questionamentos e argumentos

mesma” (p. 433) (GRAMSCI, A. *Quaderni del carcere*. 3. ed. A cura di Valentino Gerratana, v. 1. Torino: Einaudi, 2007, p. 882; 433).

sobre duas bioéticas laicas⁴ por ele nomeadas: bioética cotidiana e bioética de fronteira. O livro é fruto de um compromisso assumido consigo mesmo na Convenção do Instituto Gramsci sobre “Questões de vida: ética, ciência e direito”, realizada em 11 de março de 1988, quando ele apresentou uma reflexão sobre essas duas bioéticas (BERLINGUER, 2000).

Bem, falávamos de ética na disciplina como campo filosófico. Por que um livro de “Bioética”? Por que intitulá-lo “Bioética” e não “Ética”?

A tal Bioética foi objeto de várias aulas. Aprendi que o termo havia surgido nos anos 80 e que significa ética aplicada à vida, ou seja, uma forma de “filosofia moral”⁵. Mas, se ética é um campo filosófico, cuja gênese da primeira tradição é a Grécia antiga e, naquele contexto, ela já era aplicada (à vida política da *polis*), o que o neologismo bioética representava?

Representava e representa, por meio do prefixo “bio” (vida), um chamado para a importância da ética aplicada (à vida) diante do caráter multifacetado do desenvolvimento científico e tecnológico, advindo nos anos 80. No entanto, Berlinguer pondera no próprio livro Bioética Cotidiana que, embora o termo bioética tenha sido cunhado nos anos 80, ela (bioética) é, na prática, tão antiga quanto a história das ideias e das ações cotidianas.

4 O eticista laico é o que raciocina por meio de “uma atitude crítica e antidogmática, que, partindo do pressuposto de que ‘não podemos pretender possuir a verdade mais do que qualquer outra pessoa possa pretender’, inspiramo-nos nos valores do pluralismo, da liberdade, e da tolerância, portanto no princípio da autonomia recíproca entre todas as atividades humanas” (ABBAGNANO, N. Dicionário de Filosofia. 5ª ed., 2007, p. 692). É aquele que raciocina “independentemente da hipótese de Deus, aceitando os limites intransponíveis da existência e do conhecimento humano” (SCARPELLI, U. Bioética Laica. In: FORNERO, G. Bioetica Cattolica e Bioetica Laica. Milano: Ed. Bruno Mondadori, 2005, p. 71)

5 Sugiro a leitura do Capítulo 5, da Unidade 8, do Livro “O que é filosofia?” (Marilena Chauí) para uma leitura pormenorizada sobre moral e filosofia moral. De modo resumido, moral consiste num conjunto de valores impostos por uma dada sociedade sobre o bem e o mal, sobre o que é permitido ou proibido, e sobre condutas corretas que devemos preservar na vida social. A existência de valores normativos para a vida social não se confunde com a ética que estamos discutindo no texto. É possível viver uma existência moral sem que se exercite a ética, a filosofia moral. Sim, ética é sinônimo de filosofia moral, na medida em que esta significa a reflexão que analisa, interpreta valores morais. <https://books.google.com.br/>

As questões não se calavam: por que o livro se chama “Bioética Cotidiana” e não “Bioética Cotidiana e Bioética de Fronteira”? Já que tanto na Convenção do Instituto Gramsci como no livro ele discorre sobre as duas? A escolha pelo título Bioética Cotidiana se deu exatamente porque ele queria iluminar esta bioética e colocar criticamente em pauta a de fronteira.

No prefácio do livro, Berlinguer comenta que, desde o surgimento do termo bioética, as análises bioéticas valorizam muito mais casos-limite de interferência sobre a vida do que casos cotidianos presentes no dia a dia das pessoas, em todos os tempos e lugares. Isto é, temas como aborto, reprodução assistida, eutanásia, mutações genéticas provocadas são muito mais investidos pela ciência do que temas sobre gênero, relações humanas, interdependência humana, relações entre os povos, tratamento de pessoas doentes e, sobretudo, sobre quantas mortes injustas acontecem e poderiam ser evitadas, o que ele chama de *cacotanásias*. Ele sinaliza que a supremacia da análise de questões de fronteira em detrimento da de questões cotidianas se dá pela influência do desenvolvimento das ciências biomédicas (BERLINGUER, 2000).

Nas inúmeras leituras atentas, percebi, ainda, que Berlinguer apresenta seus argumentos sem um método estruturado, mas sob o reconhecimento de que é sobre as próprias contradições históricas (do autor), apresentadas ao longo do texto, que o método se fará presente. Este aprendizado foi fundamental para os meus movimentos posteriores, no âmbito da pesquisa.

Segundo ensinamento: Somos seres históricos. Portanto, ética aplicada à experiência/bioética está em relação com o tempo e História

Ainda em Bioética Cotidiana, Berlinguer nos direciona, com rigor e sensibilidade, para um exercício de reflexividade dirigida à compreensão das contradições históricas apresentadas pelo processo civilizatório.

Sim, para indagar um determinado tema, Berlinguer leva em conta a história (do tema) e as suas contradições. Da mesma forma que

seu conterrâneo sardo Antonio Gramsci, nascido 33 (trinta e três) antes dele. Para analisar a vida italiana no período carcerário, Gramsci cunhou um método: o método humanístico de análise da realidade, sustentado pelo diálogo entre a historicidade do objeto e das suas tendências contraditórias (LIMA et al., 2016). Essa mesma linha metodológica para analisar questões mundanas conduziu o pensamento de Berlinguer. E, dele, hoje, sou uma seguidora fervorosa.

Em seu livro mais recente, *Storia della Salute*, publicado em 2011, quatro anos antes de sua morte, Berlinguer transita por séculos para expor uma bonita análise dialética sobre a medicina moderna contemporânea, individual e/ou de coletividades. Dialética, no sentido de analisar a realidade questionando o que está por trás da aparência do objeto; neste caso, o objeto é a medicina moderna contemporânea.

Na reflexão empreendida, ele resgata um conjunto de aspectos da medicina hipocrática, para qual a prioridade médica não estava na relação entre saúde e sociedade, mas na relação entre doença, doente e médico. Ele resgata, também, os trabalhos sobre doenças ocupacionais, desenvolvidos pelo também italiano Bernardino Ramazzini, em 1700, para evidenciar que o tema “mercado médico” não é contemporâneo, uma vez que Ramazzini já o havia caracterizado no último ano do século XVII, ao reconhecer que naquele tempo histórico havia um mercado médico instituído por uma categoria de médicos que prescrevia longos tratamentos para doenças passageiras e que seriam curadas por si mesmas. Nessa reflexão, Berlinguer nos convida a compreender que o reducionismo biomédico e o mercado médico, que se fazem bem vivo entre nós, são produtos historicamente determinados.

Quanto ao fato de ele pensar a ética aplicada/bioética levando em conta as contradições inscritas nas ações e nos processos humanos, o que isto quer dizer? Sem contextualizar as ações e/ou processos humanos não quer dizer quase nada. Se contextualizamos a ação humana, por exemplo, na força com que a medicina ocidental se impôs ao mundo, podemos argumentar que, ao longo da história, a própria ciência e seus ditos avanços

foram impondo distorções à relação médico-paciente e ao lugar ocupado pelo médico na vida social. Um exemplo é a deformação histórica imposta à relação médico-paciente pelo surgimento da bacteriologia no final do século XIX. Este avanço científico, ainda que tenha gerado inúmeros bens às humanidades, coibiu o modelo da determinação social do processo saúde-doença, capitaneado em décadas anteriores pelo Movimento de Medicina Social, gerando um abismo indiscutível ao papel primordial da sociedade na etiologia de doenças. Com o surgimento do modelo teórico da unicausalidade, pela bacteriologia, as portas se abriram ao modelo biomédico de atenção à doença. A relação médico-paciente se tornaria prescritiva. Era só uma questão de tempo.

Quando dizemos que o modelo biomédico é, por exemplo, mercadológico, pois reparte o corpo, vendendo a ideia de que uma pessoa é um “corpo repartido” (expressão cunhada por um professor da especialização em Saúde Coletiva) e que as partes precisam ser cuidadas por especialistas, negando, portanto, a relação entre saúde e sociedade, estamos exprimindo o nosso jeito de ver saúde, doença e sociedade neste momento histórico. No entanto, para construir argumentos críticos sobre o modelo biomédico, Berlinguer nos direciona para a história: quando esse jeito repartido de pensar a totalidade humana foi criado, para quem, com qual intenção, em que contexto; no caso de ter sido importado, quando, por quem, para que, para quem, em que contexto. Para daí pensarmos os entraves e as relações de força implicados no domínio do modelo com vistas à argumentação. Nesse sentido, a perspectiva histórica é absolutamente apropriada para a produção de argumentos sobre as distorções impostas à relação médico-paciente pelo reducionismo do modelo biomédico. Voltando-nos para a história, encontramos determinações e contradições que as explicam.

Terceiro ensinamento: ética aplicada/bioética não existe fora da experiência; não é um pensar por pensar, mas um pensar dirigido, um pensar que se utiliza do sistema de valores para escolher a ação que seja boa para si e para os outros.

Ao aprender com Berlinguer que ética aplicada/bioética não existe fora da nossa experiência no e com o mundo, tampouco fora da experiência com objetos científicos do campo da saúde, o horizonte teórico-conceitual se ampliou. Ao apreender esta premissa, o salto foi qualitativo. Veja: é importante observar que nem toda experiência pessoal requer exercício ético (reflexão); por exemplo, a experiência de escolher e usar uma determinada roupa prescinde de exercício ético. No entanto, toda e qualquer experiência humana que afeta terceiros reivindica o exercício ético. Quanto a experiências com objetos científicos em pesquisa qualitativa, a ética aplicada/bioética é um referencial de análise convidativo.

E, aqui, cabe problematizar uma questão contemporânea, mencionada acima: o fato de aspectos da vida social terem se transformado em problema médico. Como olhar para a questão? Emitindo juízo do fato? Emitindo juízo de valor? Não. Em meu aprendizado, absorvi que a análise histórica de uma questão social não se dá em nível de julgamento, mas de compreensão dialética sobre os valores fundantes das ações implicadas.

Isto não significa que seja fácil compreender o que nos deixa indignado e inconformado; ao contrário, diante da dialética da História, não julgar constitui-se em um exercício árduo; “é difícil compreender”, como nos diz o historiador Eric Hobsbawn. No entanto, se focamos para o exercício de um caminho compreensivo sem nos descolarmos das contradições, podemos nele nos fortalecer como coletivo pensante e atuante. Se refletimos sobre o fato histórico “aspectos da vida social se transformaram em problema médico”, adotando um curso de pensamento que privilegie esta realidade como um produto histórico das ações e dos processos humanos (aqui, incluída a ciência), teremos a

possibilidade de coletivamente entender que as ações humanas são produtos de escolhas também humanas e que essas ações constroem a história que conhecemos pelos livros e a que não conhecemos. E a História não é cor de rosa; ela se desenvolve sobre contradições.

Retomando o exemplo: ao longo do processo civilizatório, as escolhas (científicas, sobretudo, mas não somente) foram condicionando um determinado jeito de pensar a vida social – o jeito medicalizado. Ficamos tristes? Vamos ao médico. Sentimos angústia? Vamos ao médico. Nos desencantamos com o mundo? Vamos ao médico. Estamos agitados? Vamos ao médico. É isto que estamos querendo dizer por medicalização da vida cotidiana: um objeto da ética cotidiana de Berlinguer.

Como superar isto? Que condições de possibilidades são necessárias? Estão dadas? De que modo a medicina e a política têm-se debruçado sobre a questão ao longo da história?

Berlinguer nos mostra que a Revolução Industrial foi “uma pedra militar do progresso humano”, pois, ao inscrever a possibilidade de progresso econômico-produtivo a partir do êxodo da zona rural para a cidade, gerou falta de alimento, muitas doenças e carga de trabalho desumana. Ele nos mostra, também, que um estudo realizado por Rudolf Virchow, em 1848, revelou a importância de a medicina entrar “na vida política do seu tempo” para melhorar a saúde dos povos, uma vez que o que estava posto era uma “má política na gestão da saúde” (BERLINGUER, 2011, p. 202).

Hoje, o que está posto?

Pois bem: hoje o que está posto não é muito diferente. Em outra roupagem, fazendo uso da expressão atual ‘precarização do trabalho’ e olhando para o Sistema Único de Saúde, nesta conjuntura, não estamos muito distantes das ações humanas empreendidas pela Revolução Industrial ou por governantes prussianos⁶.

6 O estudo de Virchow foi realizado na Silésia, antiga Prússia (BERLINGUER, 2011).

Quarto ensinamento: ética é, em sua dimensão filosófica, um pensar de foro íntimo, dirigido para a ação, em que o eu reconhece que o outro existe em sua vida social como ser de dignidade e respeito. Logo, não somos ilhas individualizadas.

Deste modo, ética, em sua dimensão filosófica, não corresponde à reflexão de si para o benefício exclusivo de si, mas uma reflexão em que o eu não se descola da existência do outro, isto é, a reflexão que visa à ação capaz de produzir um bem para si e, ao mesmo tempo, para o outro de si.

Você pode estar se perguntando: mas, então, ética, nesta perspectiva, se realiza somente em âmbito individual?

Sim, reafirmando, esta ética que tratamos aqui é um exercício interno reflexivo, de foro íntimo. No entanto, a ação (ou argumento) a ser orientada por ela é de domínio público, evidentemente.

Por exemplo, é possível dizer, nesta lógica de ética, que o governo atual brasileiro feito por homens concretos e históricos é antiético? Não. No entanto, é possível refletir sobre a “moral pública” deste governo. As reflexões, sobre se as ações deste governo foram e têm sido precedidas de reflexão (exercício ético) ou não, cabem a cada um dos governantes, produtores das ações. São deles este ofício. A nós, cabe refletir a “moral pública”, a partir da nossa ética (reflexiva), e produzir ações responsivas para superar o caos (política).

Berlinguer nos conta um pouco, ainda em *Storia della Salute*, sobre a sua experiência como parlamentar na Itália, na que ele participou de muitas decisões sobre temáticas da saúde. Ele nos diz que, nesta atividade, conviveu com pessoas convencidas da importância de boas decisões, mas, ao mesmo tempo, pôde perceber que em quase todas as decisões das duas mais importantes instituições italianas – o Comitê e o Parlamento Europeu – afirmava-se, entre as proposições que “[...] a saúde é importantíssima ‘porque promove a produtividade’ e porque ‘ajuda a vencer a competição

econômica””. E prossegue: “[...] não se constata nunca que a saúde das pessoas é, antes de tudo, um valor intrínseco, um fim em si mesma, uma legítima aspiração e um direito universal. Sugere-se, ao contrário, que os negócios e as mercadorias têm prioridade sobre a vida dos cidadãos” (BERLINGUER, 2011, p. 217).

Retomando o processo de mestrado...

Bem, no momento de qualificação do projeto de mestrado, a minha compreensão de ética aplicada à vida cotidiana/bioética cotidiana foi sacudida, quando fui orientada para preparar o projeto para passar num tal Comitê de Ética. Nas especializações que eu havia feito (Saúde Coletiva/UFMG e Saúde da Família/UFSC), os trabalhos de conclusão haviam passado “pela ética”, mas como ambos os procedimentos ficaram sob a alçada de orientadoras e como a apropriação do campo da ética havia sido superficial, eu nem me atentei para isto. Fui me dar conta “da coisa” no processo de mestrado.

O que significava preparar o projeto de pesquisa do mestrado para o Comitê de Ética? O que seria isto? Se ética é um campo filosófico e, como tal, tem a ver com pensar, será que esse Comitê se reuniria conosco (mestrandos) para “refletir” sobre o que intencionávamos pesquisar no mestrado? Não. Soube que o meu projeto seria submetido a este Comitê para ser avaliado (avaliação imprime juízo de valor/critérios) e que toda universidade tem um Comitê de Ética.

Que confusão.

Em aulas sucessivas, eu aprendi que um Comitê de Ética tem o papel de “defender os interesses dos sujeitos da pesquisa em sua integridade e dignidade e [...] contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos” (BRASIL, 1996). De imediato, surgiram várias perguntas: Como assim? É possível que algum pesquisador proponha uma pesquisa que não valorize a integridade e a dignidade da vida dos participantes? Ética havia se transformado em sinônimo de padrão? Objeto de um Comitê?

Eis a importância da História para a ciência. Aprendemos, na disciplina, que os Comitês de Ética têm suas raízes no Código de Nuremberg, produto do Tribunal de Nuremberg composto por 10 (dez) pontos sobre ética em pesquisa com seres humanos. Neste Tribunal, os vencedores da Segunda Guerra julgaram as atrocidades nazistas adotadas pelo holocausto. Um dos processos deste Tribunal foi o Processo Médico de Nuremberg, por meio do qual sete médicos foram condenados à pena de morte, em 19 de agosto de 1947. Eles foram considerados culpados por:

[...] crimes de guerra e crimes contra a humanidade, com provas documentais dos experimentos médicos, desde testes de sobrevivência em situação de fome, congelamento, infecções causadas e exposição ao gás mostarda, até várias mutilações cirúrgicas e atos de esterilização e eugenia. (TEALDI, 2006, p. 34-5).

O Código de Nuremberg iniciou uma discussão progressiva sobre pesquisa biomédica e sobre a necessidade de regulação dessas pesquisas por meio de princípios éticos, o que correspondeu a uma clara representação da aliança entre ética médica e direitos humanos. No ano seguinte, foi aprovada a Declaração Universal dos Direitos Humanos (TEALDI, 2006).

Era razoável esperar que, naquele momento histórico, o Código de Nuremberg passasse a cancelar as pesquisas científicas. Contudo, durante os primeiros 20 anos, as suas diretrizes não sensibilizaram os médicos: houve pouca cobertura da imprensa e a formação de uma opinião pública que concebia o controle ético proposto por Nuremberg como um instrumento dirigido apenas aos médicos nazistas (DINIZ, GUILHEM, 2002).

Em 1966, por exemplo, Henry Beecher, anestesiológico do Massachusetts General Hospital, analisou 22 (vinte e dois) relatos expostos pelo artigo *“Ethics and Clinical Research”*, publicado no *“New England Journal of Medicine”*, mostrando que os sujeitos de pesquisa eram: internos em hospitais de caridade, adultos deficientes mentais, crianças com retardo mental, idosos, pacientes psiquiátricos, recém-nascidos e presidiários (COSTA, 1999).

Havia a necessidade, portanto, de multiplicar as precauções éticas para proteger as populações vulneráveis de qualquer abuso. Era preciso questionar ‘o caráter ético’⁷ dos experimentos, uma vez que não se duvidava das intenções curativas da prática médica (DINIZ, GUILHEM, 2002). Eis que eu me deparava com outra ética, não reflexiva, mas estruturada em precauções.

Ao longo de décadas sucessivas, várias declarações e relatórios mundiais foram elaborados e continuam sendo atualizados para proteger os sujeitos de pesquisa.

Será que esse arcabouço normativo tem sido capaz de orientar para o bem todas as pesquisas com seres humanos? Isto é possível, considerando a imperfeição da condição humana e os interesses do capital em pesquisa?

Vejamos o caso de uma pesquisa recente sobre a malária, realizada no Amapá:

Em 2001, o Comitê de Ética e Pesquisa da Fiocruz e o Comitê de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde aprovaram uma pesquisa estadunidense intitulada “Heterogeneidade de vetores da malária no Amapá”. Iniciada em 2003, a pesquisa foi coordenada pela Universidade da Flórida e financiada pelo Instituto Nacional de Saúde dos EUA, com a parceria da Fundação Oswaldo Cruz, da Universidade de São Paulo, da Fundação Nacional de Saúde e da Secretária Estadual de Saúde do Amapá. No Amapá, ela foi coordenada pelo Instituto de Estudos e Pesquisas do Amapá (SANTOS; SANTOS, 2011).

Segundo o Ministério Público do Amapá (2006), citado por Santos e Santos (2011, p. 147), a pesquisa foi realizada na comunidade de Pirativa, município Santana, Amapá, com o objetivo de analisar os vários tipos de transmissores de malária na região. Os autores relatam no texto que na ocasião houve uma série de denúncias da promotoria do município de Santana, quanto aos procedimentos éticos da pesquisa, recebidas por moradores locais: participantes da pesquisa estavam recebendo “em média R\$ 12,00 [...] para servirem de cobaias humanas”:

7

Grifo nosso.

[O] Instituto de Estudos e Pesquisas do Amapá (IEPA), [...] através de seu pesquisador/coordenador, acompanhou um norte-americano não identificado, até o povoado de Pirativa, Amapá, para propor que os moradores participassem de uma pesquisa sobre a malária. Assim, por nove noites de trabalho por mês os ribeirinhos receberiam R\$ 108,00 capturando e alimentando mosquitos transmissores da malária, ou seja, R\$ 12,00 por noite. Os voluntários para a pesquisa que, sem ler, pois, muito mal sabiam escrever o nome, assinaram o contrato no qual constava que a pessoa será voluntária para alimentar mosquitos nos braços ou pernas para estudo de marcação e recaptura (BUARQUE, 2007). Em nota oficial a FIOCRUZ explicou que apesar do projeto da pesquisa ter sido aprovado pelo CEP da FIOCRUZ e pela CONEP do CNS, quando o foi, em 2001, não mencionava o pagamento aos colaboradores nem a sua utilização como “isca humana”. Foi constatado, posteriormente, que uma frase do texto original do projeto previa a utilização de cobaias humanas, mas esse parágrafo teria sido omitido na versão em português, à qual as instituições brasileiras teriam tido acesso e isso foi uma forma de o projeto ser aprovado pela CONEP, pois os órgãos dos comitês de ética só leem a versão em português (SANTOS; SANTOS, 2011, p. 147-8).

A partir do conhecimento sobre os Comitês de Ética, comecei a aprender que o campo da ética laica tem uma história e que a aparente confusão se deve exatamente ao modo como ela foi construída no processo civilizatório. Da civilização grega (seu berço) ao contemporâneo, a ética reflexiva foi perdendo espaço para uma ética estruturada. O terreno da ética laica como reflexão (seu *ethos*) foi perdendo espaço para éticas normativas.

Seu berço é a filosofia grega, mais especificamente a Ética das Virtudes de Aristóteles, desenvolvida no século IV a.C. Desde então até o século XVI, o campo da ética laica permaneceu recolhido. No século XVII ela ressurgiu não mais reflexiva, mas sistematizada, com Espinoza, filósofo holandês. No século seguinte, foram desenvolvidas duas novas tradições éticas, também estruturadas:

Ética do Dever, campo teórico desenvolvido pelo filósofo prussiano Immanuel Kant e a Ética Utilitária, doutrina ética defendida por John Stuart Mill e Jeremy Bentham, filósofos e economistas ingleses. Na segunda metade do séc. XX, a ética reapareceu em uma lógica principlista (ética médica, baseada em princípios), de autoria de Tom Beauchamp e James Childress, e ressurgiu em sua lógica de origem, reflexiva, por meio de inúmeras éticas aplicadas/bioéticas (reflexivas), como a Bioética Cotidiana de Giovanni Berlinguer, por exemplo.

Eis que me encontro, neste momento, com a determinação da minha ambivalência, manifestada na tessitura deste texto: sou uma apaixonada pelo tema, mas é preciso gás para entrar em contato com ele. E, nessa conjuntura nacional, em que deliro com a ética de Berlinguer no homem público, a reserva está baixa. Mas, que bom, o texto saiu. Sem amarras; sem a preocupação com a sua forma. Buscando poucas referências para fundamentá-lo; somente algumas básicas.

Eu o escrevi com a imagem de Berlinguer à minha frente, a última que carrego na memória, gerada num encontro lindo que tive a oportunidade de viver com ele, em sua casa, no seio de Roma, em 2012, na ocasião de meu estágio de doutorado na Itália.

Já finalizando, onde está a beleza desta ética, laica, de base filosófica?

Em tantos lugares, creio.

Está resumidamente, para mim, na capacidade de Berlinguer me tocar profundamente a respeito das mazelas e das contradições humanas, de modo instigante, responsivo e doce; na capacidade de ele me ensinar a importância do reconhecimento contínuo do outro de mim; de me ensinar a acolher-me em minha imperfeição; de compartilhar seu compromisso com a importância do exercício ético nas ações mais triviais do cotidiano, que envolvem terceiros; de movimentar-me com seu inconformismo a respeito de várias escolhas humanas do processo civilizatório; de me encorajar para lutar de modo intransigente por outra sociedade – que considere importante não o capital, mas o ser humano, em sua simplicidade e complexidade, e os seus direitos sociais.

Como pesquisadora, a beleza desta ética está, para mim, no cultivo de um imperativo: o desenvolvimento científico e tecnológico não prescinde e não deve prescindir de reflexão ética e argumentos críticos.

Neste momento, a sensação é boa. Sinto que escrever o texto acabou produzindo um bem ético para mim: o reconhecimento de que é neste caminho de pensamento que permaneço. Em que resisto na vida e, particularmente, na luta do exercício docente.

Obrigada, Berlinguer!

Referências

BERLINGUER, G. *Bioética Quotidiana*. Firenze: Giunti, 2000.

BERLINGUER, G. *Storia della Salute*. Firenze: Giunti, 2011.

BRASIL. *Resolução Nº 196, de 10 de outubro de 1996*. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, 10 out 1996.

COSTA, S. I. F. Ética e pesquisa clínica segundo Henry Beecher. In: *O mundo da saúde*, v. 23, n.23, p. 336-341, 1999.

DINIZ, D.; GUILHEM, D. *O que é Bioética*. São Paulo: Ed. Brasiliense, 2002. 69 p.

LIMA, R. C. G. S. et al. Tutoria acadêmica do Projeto Mais Médicos para o Brasil em Santa Catarina: perspectiva ético-política. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 21, n. 9, p. 2797-2805, 2016.

SANTOS, R. C. S.; SANTOS, E. C. Malária: cobaias humanas no Amapá. *Estação Científica* (UNIFAP), v. 1, n. 2, p. 143-50, 2011.

TEALDI, J. C. Historia y significado de las normas éticas internacionales sobre investigaciones biomédicas. In: KEYEUX, G.; PENSCHASZADEH, V.; SAADA, A. Ética de la Investigación en los Seres Humanos y políticas de Salud Pública; 2006, p. 32-62.

Integralidade

Luiz Roberto Agea Cutolo
Inajara Carla de Oliveira

A integralidade (ITG) tem sido um tema muito discutido na área da saúde e tem despertado sentimentos contraditórios naqueles que esforçam para compreendê-la. Podemos dizer que o primeiro sentimento se encontra na dificuldade de estabelecer uma definição e um conceito a seu respeito, devido ao seu caráter polissêmico, apresentando sentidos, sentidos múltiplos... Já o segundo, se apropria do potencial dessa categoria inacabada, que extrapola em ideias superficiais.

Aprofundando a compreensão de como este termo foi apropriado pela Saúde Coletiva (SC), vale iniciarmos pelo léxico da palavra a partir da consulta ao dicionário Houaiss, o qual apresenta quatro definições possíveis: 1. Qualidade do que é integral; 2. Reunião de todas as partes que constituem o todo; 3. Totalidade; 4. Completude.

Diante de tais definições e baseados na epistemologia, compreendemos que estas definições não se aplicam a seres sociais e éticos, uma vez que não existe totalidade na relação cognitiva entre sujeito e objeto. Em outras palavras, por mais que haja aproximação das necessidades do outro, **jamais haverá o entendimento de sua completude, ou seja, totalidade não é “alcançável”** ao olhar epistemológico. Nesta mesma perspectiva, Fleck (1986) aponta que podemos chegar à experiência máxima que a produção do conhecimento permite frente às necessidades do sujeito humano. Considerando o fato de que a experiência máxima tem como critério a história, devemos considerar a sua condição intrínseca de mudança. Assim, afirmamos que, por mais complexo o nosso olhar, nunca compreenderemos o outro em sua plenitude, o que nos faz considerar a ITG como processo e não produto, integralidade como caminho e não destino, ela como meio e não o fim.

A respeito da definição “reunião de partes que constituem o todo”, nos faz resgatar o ideário da visão cartesiana, que em resumo tem se apresentado reducionista em suas tentativas de entender os sujeitos. Este reducionismo encontra-se no fato de que não há possibilidade de investigação de algo de essência humana a partir de um olhar vertical e de seu desmembramento, para então tomá-lo em seus retalhos para entendê-lo em seu espectro horizontal. Isso quer dizer que a ITG não é a soma das partes.

Ao buscarmos os sentidos e os significados na língua inglesa, nos deparamos com duas traduções possíveis. A primeira delas é *Integrity*, traduzida como o “estado de ser integral e completo”, a qual vai de encontro às discussões realizadas acima, em que seu sentido não nos interessa. A outra expressão usada na língua inglesa que tem sido traduzida como ITG é *Comprehensiveness*. Na área da SC, tem-se utilizado o termo *Comprehensiveness Care*. O seu sentido compreende a: **“habilidade de compreender um amplo aspecto de determinado objeto”**. Aqui, destaca-se o descompromisso em entender a totalidade e marca um esforço de ampliação do olhar na relação sujeito e objeto. Neste sentido, temos uma aproximação mais realista do que pode ser considerado como um sentido da ITG.

Considerando a ITG no contexto brasileiro, identificamos como esta foi inicialmente tratada na história do Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira. Para isso, é preciso resgatar que a VIII Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986), marco do movimento, apresentou a primeira aproximação da ITG a partir do seguinte indicativo: “...integralização das ações, **superando a dicotomia preventivo-curativo**”. Embora a palavra ITG não tenha aparecido no relatório final, a “integralização das ações” ganhou espaço como um dos sentidos da integralidade. Ainda na Constituição Federal (BRASIL, 1988), no artigo 198, encontramos o sentido que posteriormente seria compreendido como Ações Integradas de Saúde, identificado a partir do seguinte trecho “...atendimento integral, com prioridade para ações preventivas, sem prejuízo para ações assistenciais”.

Sobre suas origens e fontes, o autor Mattos (2009) aponta dois movimentos, o de **Medicina Integral** e da **Medicina Preventiva**. O

primeiro, baseou-se em pressupostos que negavam a fragmentação da medicina, criticando sua gênese, o modelo Flexneriano e sua forma reducionista de ver o indivíduo. Já o segundo, a Medicina Preventiva, considera a base do texto constitucional, desenvolvida pela saúde coletiva brasileira, que considerou a Determinação Social do Processo Saúde/Doença o fundamento de sua teoria.

A compreensão da Promoção de Saúde, diferente da proposta por Leavell & Clark (1965) no início da década de sessenta, tem sido inclusa na prestação de serviços pelos autores Vasconcelos & Pasche (2007). Estes reforçam a ideia de que as diversas dimensões do processo de saúde e doença devem ser consideradas na compreensão da integralidade. Por consequência desta ampliação, Noronha, Lima e Machado (2008) consideram as ações atreladas às políticas sociais e econômicas atuantes sobre os determinantes do processo de saúde e doença, a fim de garantir condições aceitáveis de saúde à população.

Entretanto, em busca de transpassar os limites impostos pela concepção de determinantes, consideramos importante a ótica política ampla. Mesmo reconhecendo a importância devida da prática dos determinantes de saúde, acreditamos que a perspectiva da Determinação Social do processo saúde e doença deva ser difundido e ponderado. Nesta ótica, os determinantes são chamados de condicionantes e estes estão submetidos hierarquicamente à Determinação Social, o que nos leva a crer que a justiça social, a redução de iniquidades e a distribuição de rendas se produzem com política e não com ações multiestratégicas. E política deste âmbito e magnitude não são consideradas e ou efetivadas em estado com pensamento neoliberal.

No domínio do Direito Sanitário, a ITG também é considerada como um direito de cidadania previsto na constituição brasileira. E num exercício de síntese, entendemo-la como **o reconhecimento da necessidade do sujeito** e que, por assim dizer, parte de um questionamento: Qual a necessidade do sujeito? Essa compreensão está vinculada ao conceito de Clínica Ampliada proposto por Cunha (2005). A cada sujeito, um questionamento e uma resposta única e diferenciada...um sujeito precisa de imunização, outro de um aporte psicológico, outro um medicamento para amenizar sua dor.

Numa sala de espera de um serviço de saúde, nos deparamos com inúmeras necessidades, pois cada sujeito está ali, buscando algo.

Então, se a integralidade parte de um questionamento e uma identificação de demandas, ela requer também respostas. Aqui, encontramos o sentido de ITG como resposta à necessidade do sujeito. As respostas também são variáveis, assim como as demandas, pois para um a resposta é o acesso a fonoaudiólogo, pode ser ações muito estratégicas quando a demanda for num território com prevalência de gravidez na adolescência, para outro uma visita domiciliar, e para outro, ainda, um curativo. Ou seja, reconhecer para intervir... é olhar para o sujeito, identificar sua necessidade e inferir sobre os seus aportes.

Ainda nesta mesma perspectiva, Mattos (2009) traz um sentido de integralidade como **boa prática clínica**. Tal ideário considera uma boa prática clínica aquela que se baseia nas melhores evidências científicas, intervenção singularizada, negociada e, sobretudo, fundamentada nas reais necessidades dos sujeitos.

Esta resposta, em algumas situações, para ser efetiva, pode exigir atuação de outros profissionais e são nestes casos que emerge outro sentido da ITG, como **cuidado interdisciplinar**. Segundo Cutolo (2007), a ITG se expressa em relações cooperativas interdisciplinares preferencialmente, pois ela vem acompanhada de aumento da resolubilidade, beneficiando o sujeito que busca o serviço. A interdisciplinaridade otimiza o processo de trabalho, produz conhecimento entre os profissionais durante o trabalho em equipe e aumenta a eficiência dos serviços de saúde.

Extrapolando o conceito de interdisciplinar, a partir da compreensão de que saúde não se produz apenas com um setor, chegamos ao sentido de ITG como **Cuidado Intersetorial**. Este sentido exige uma visão ampliada, que não permite que a saúde fique à margem da saúde, da educação, das associações específicas de portadores de doenças, uma vez que considera estas relações fundamentais para desenvolver o cuidado.

Conceitos amplos como **concepção de mundo, concepção de sujeito, concepção de saúde** também podem ser considerados como influentes nos sentidos da integralidade. Mediante uma percepção da história do mundo, nos deparamos com uma

visão naturalizada de sujeito e que, por consequência, nos leva a uma visão biologizada do processo de saúde e doença. Assim, é importante evidenciar que, quando falamos de sujeitos, nos referimos ao homem, e o que o diferencia dos animais é justamente a sua construção histórica. Este pensamento nos leva à noção de Humanização; e o seu contrário, a desumanização. Seria possível o ato de desumanizar? A possível resposta para este questionamento seria a naturalização do homem, ou seja, tirá-lo de seu contexto social e histórico, considerando seu processo de adoecimento como estritamente biológico e requerendo uma intervenção também desta natureza. Entramos agora em outro sentido de ITG, o de **cuidado humanizado**. Diferentemente do que comumente tem sido evidenciado em discussões sobre humanização, é claro que humanizar não é ser simpático com o sujeito, ou estender um tapete vermelho para recepcioná-lo, mas sim reconhecê-lo em suas dimensões ética, familiar, social e biográfica. Em suma, vê-lo como ser Histórico, com sonhos, frustrações e necessidades.

Assim a integralidade, como vemos, traz em si uma gama complexa de sentidos, que demanda abandono de dicotomias vinculadas ao modo de pensar moderno. Falemos, então, da ITG **como superação de dicotomias** clássicas entre Indivíduo e Coletivo; Corpo e Mente; Saúde e Doença; Clínica e Saúde Pública, bem como Teoria e Prática. Esta superação incorpora uma nova visão de mundo, de ser e fazer saúde.

Referências

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil* de 1988. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório* final da *8ª Conferência* Nacional de Saúde. Brasília, DF, 1986.

CUNHA, G. T. *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. São Paulo: Editora Hucitec, 2005. 212 pp.

CUTOLO, L. R. A. Bases epistemológicas da interdisciplinaridade. In: SAUPE, R; WENDHAUSEN, A. L. P. (Org.) *Interdisciplinaridade e saúde*. 1. ed. Itajaí: Univali, 2007.

FLECK, L. *La génesis y el desarrollo de un hecho científico*. Madrid: Alianza Editorial, 1986.

LEAVELL, H. R; CLARK, H. R. E. G. *Preventive Medicine for the Doctor in his Community*. 3. ed. New York: McGraw, 168p. 1965.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: Abrasco, 2009. p. 43-68.

NORONHA, J.C; LIMA, L. D; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde - SUS. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 435-72.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D.F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 531-562.

Posfácio

Marco Aurelio Da Ros
Organizador

No nosso grupo de pesquisa discutimos o que nos diferencia do modelo tradicional e listamos uma série de temas que poderiam ser escritos pelo próprio grupo. Por outro lado, entendemos que existem parceiros com muito mais apropriação sobre os temas e preferimos lançá-los nesse posfácio sem a correlação do tema com os professores desse grupo de pesquisa, para chamar os companheiros de outras instituições para se candidatarem a escrever sobre esses títulos, podendo modificá-los, mas preservando as ideias-chave que são: o tema, a característica da contra-hegemonia no tema, uma linguagem mais universalizante. Seguem então os temas pensados e aguardamos ansiosamente candidatos à escreverem os próximos capítulos dessa “série Conhecimento em Movimento: **Como pensa a contra-hegemonia na área da saúde**”, que ora iniciamos.

Solicitamos que entrem em contato com o editor para dizer: “Tal assunto eu quero escrever!”. Acreditamos que entre 6 e 10 páginas seja um tamanho palatável para cada capítulo.

Bem-vindos!

Volume I

Prefácio – O SUS sonhado como contra-hegemonia

Epistemologia e Saúde - Fleck

A determinação social do processo saúde/doença ou determinantes?

Medicalização dos corpos

Meio ambiente e saúde

Saúde, bem ou direito

Em defesa da ética reflexiva: contribuições de Giovanni Berlinguer

Integralidade

Posfácio – Volumes série Conhecimento em Movimento

Volume II

Da utilização das categorias Gramscianas e a indissociabilidade delas

Promoção de saúde diferente de prevenção e promoção -
Organização de grupos de promoção

Metodologia qualitativa e saúde

Território e sociabilidade

O Programa Mais Médicos

PNAB - alterações históricas e retrocessos

Educação em saúde e Paulo Freire

Volume III

Psicologia social e comunitária

Práticas Integrativas Complementares no SUS - da acupuntura à homeopatia- ênfase em fitoterapia

A clínica ampliada ou a boa clínica

Saúde pública e saúde coletiva- diferenças de origem e referencial teórico

DCNs - Avanços e impasses

As diferenças do pensamento estratégico em Testa para o planejamento Normativo

Medicina comunitária - matriz Murialdo

Volume IV

Como trabalhamos grupos

A residência multiprofissional e a defesa da imagem-objetivo:
SUS, AB, Saúde coletiva

Os movimentos sociais e os trabalhadores da saúde

Extensão como espaço de contra-hegemonia

O controle social - no SUS e nas ruas

Estudos de diversidade cultural, gênero e etnia

Epidemiologia Clássica x epidemiologia crítica

Educação sanitária e educação em saúde

Volume V

A organização do Sistema de Saúde

Conselhos corporativos não são aliados

Atenção primária em saúde ou cuidado fundamental

Agrotóxico e saúde

Saúde ocupacional x saúde do trabalhador (origem histórica,
culpabilização ou responsabilidade do capital)

Que autores estudar na contra-hegemonia e por que esses?

Tecnologias leves nas áreas específicas da residência

A defesa do SUS que sonhamos

Volume VI

Espiritualidade

Bases filosóficas

Terapias baseadas em evidência

Como Pensa a Contra-hegemonia na Área da Saúde

Legislação, gestão e financiamento

O federalismo no Brasil

O princípio do conhecimento máximo fleckiano e a inclusão da boa clínica dentro da saúde coletiva

O saneamento rural e urbano

Volume VII

NASF que defendemos

Como atuar contra-hegemonicamente no SUS, na interdisciplinaridade e nas especificidades das profissões.

A medicina, a enfermagem e a odontologia.

A fisioterapia, a educação física e o serviço social.

Nutrição, farmácia e a veterinária.

A fonoaudiologia, a psicologia e a educação.

Políticas de saúde, história e formação em odontologia

Biomedicina e terapia ocupacional

Volume VIII

Educação popular e saúde

Ecologia e trabalho comunitário

Terapias comunitárias

Como trabalhar popularmente com cidadania, emancipação, autonomia

Movimentos sociais MST, MAB, MTST, ASA.

Saúde na população dos campos, das águas e das florestas

A população indígena e como podemos trabalhar juntos

Volume IX

Fome

Como trabalhar a questão da diversidade

Trabalho em equipe

O que é o neoliberalismo e como ele é implementado hoje

Cuidado farmacêutico - a formação em farmácia e o SUS

Práticas corporais

Psicologia, formação e SUS

A educação física e o NASF

Este livro foi composto na fonte Calibri,
corpo de texto 12, entrelinhas 14,3.

Itajaí - SC - Brasil
Inverno de 2019

Este 1º volume da série Conhecimento em Movimento, intitulada: **Como Pensa a Contra-hegemonia na Área da Saúde**, parte do princípio de uma epistemologia que entende que as “verdades” científicas dependem de um coletivo de pensamento, em dado momento cultural, histórico e social, e que convive simultaneamente com outras “verdades”. Parte-se do pressuposto que o processo saúde-doença é determinado socialmente (a forma como se organiza socialmente a produção), que precipita condicionantes como saneamento, salário, habitação, vivência comunitária, alimentação, lazer, educação, posse da terra, etc.; que facilitam a emergência de uma doença biológica. A série tem uma proposta de seis a oito assuntos por volume e é concebida para ser utilizada desde programa de pós-graduação em saúde, mas também para a graduação e para educação popular. Portanto, buscamos uma linguagem acessível. Pretende ainda abrir para os próximos números a contribuição de autores de outras instituições que se identificam com a ideia da contra-hegemonia.

