

Para Viver e Pensar Além das Margens: perspectivas, agenciamentos e desencaixes no campo da Saúde Pública¹

To Live and Think Beyond the Margins: perspectives, agencing and mismatches in the field of Public Health

Rubens de Camargo Ferreira Adorno

Livre-docente. Doutor em Saúde Pública. Professor da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e do Laboratório Interdisciplinar de Pesquisa Social em Saúde Pública - LIESP. Endereço: Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César, CEP 01246-904, São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: radorno@usp.br

Maria da Penha Vasconcellos

Livre-docente. Doutora em Saúde Pública. Professora da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e do Laboratório Interdisciplinar de Pesquisa Social em Saúde Pública - LIESP. Endereço: Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César, CEP 01246-904, São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: mpvascon@usp.br

Augusta Thereza de Alvarenga

Professora Doutora da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e do Laboratório Interdisciplinar de Pesquisa Social em Saúde Pública - LIESP. Endereço: Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César, CEP 01246-904, São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: atal@usp.br

¹ Texto elaborado a partir de apresentação no II Encontro Paulista de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, junho de 2009.

Resumo

Neste ensaio os autores buscam expor ideias, críticas e reflexão ética ao destacarem questões complexas e que requerem a análise densa de estudiosos do campo interdisciplinar da saúde pública. A defesa do ponto de vista dos autores é pensar que a complexidade inerente ao campo requer aproximação mais conseqüente junto às necessidades sociais, criatividade dos agentes públicos, investigação e estudos inovadores que possibilitem uma saúde pública contemporânea e voltada para a realidade brasileira.

Palavras-chave: Saúde Pública Contemporânea; Sofrimento Social; Políticas Públicas; Agenciamentos; Pesquisa Social.

Abstract

In this essay, the authors seek to expose critical ideas and ethical reflection by highlighting complex issues that require a thorough analysis by scholars in the interdisciplinary field of public health. The defense of the authors' point of view is to think that the complexity inherent in the field requires a qualified approach to social needs, public officials' creativity, research studies and new ideas, so as to promote a contemporary public health based on the Brazilian reality.

Keywords: Contemporary Public Health; Social Suffering; Public Policies; Ageing; Social Research.

Introdução

Para iniciar este ensaio recorreremos à citação de dois trechos que procuram pensar as características da ciência e do conhecimento contemporâneos, particularmente o conhecimento como reflexão e como práxis. Para Hannah Arendt, a grande característica do mundo, e, por extensão, da ciência contemporânea, é a ausência da reflexão. Ao introduzir a ideia da “banalidade do mal”, baseada no julgamento de Eichmann, que compactua com a prática de extermínio, ao descrevê-lo, situa com ironia o fato de o pensamento ter se ausentado da reflexão e das ações cotidianas (Arendt, 2008).

Clichês, frases feitas, adesão a códigos de expressão e conduta convencionais e padronizados têm a função socialmente reconhecida de proteger-nos da realidade, ou seja, da exigência de atenção de pensamento feita por todos os fatos e acontecimentos em virtude de sua mera existência. Se respondêssemos todo o tempo a essa exigência, logo estaríamos exaustos; Eichmann se distinguiu do comum dos homens [...] nunca havia tomado conhecimento de tal exigência (Arendt, 2008, p.18).

Mais adiante, Arendt faz referência à era moderna e à subordinação do pensamento à ciência e desta a um modelo abstrato, assim, à reflexão que caracterizaria um aspecto da vida, das decisões gerais e cotidianas, e passaria a ser pautada ou comandada por um sistema externo considerado “neutro” e disposto a ser o critério de julgamento e valores para a vida:

Com o surgimento da Era Moderna, o pensamento tornou-se principalmente um servo da ciência, do conhecimento organizado; e ainda que tenha ganhado muito em atividade, segundo a convicção crucial da modernidade pela qual só posso conhecer o que eu mesmo produzo, foi a matemática, a ciência não empírica por excelência, em que o espírito parece lidar consigo mesmo, que passou a ser a ciência das ciências (Arendt, 2008, p. 21).

Além da “impessoalidade” com que tratamos a interpretação da ciência “empírica” através dessa ciência “não empírica”, que se coloca como o lugar de fundamento e de julgamento epistemológico do

saber, outras questões atravessam a produção do conhecimento contemporâneo, que se colocam principalmente na esfera do descentramento do mundo. Se a generalização da ciência como atividade na cultura atual se dá em escala global, especificamente as ciências humanas também passam por esse tipo de encruzilhada. Assim, também a questão de poder atravessa o que se produz sobre o “outro” ou sobre os fatos que dizem respeito à sociedade. A questão central refere-se a quem se dá a voz, sobre o que se fala e em nome de quem?

Patel (2006), ao propor a discussão sobre uma sociologia autorreflexiva, situa a “polaridade conhecimento-poder” observando que a “globalização”, no seu sentido histórico e contemporâneo, possibilita um processo de abertura no qual se “inclui o livre fluxo de ideias, informação e conhecimento, bens, serviços, finanças, tecnologia e até doenças, drogas e armas” (Patel, 2006, p. 47). Com esse tipo de movimento que cruza fronteiras também se alargam as perspectivas de cooperação e conflitos e ocorrem mudanças nos modos de conceber e consolidar as relações de poder.

Essa autora considera que o atual momento da globalização desnuda uma multiplicidade de diferenças e diversidades dos anteriormente “subalternos”, ou seja, os que anteriormente eram colocados às margens do mundo ocidental.

O reconhecimento ou o desvelamento dessa diversidade do mundo possibilita o que ela chama de uma epistemologia de “fronteiras”, ou “sociologias autorreflexivas” que tratam de:

[...] afastar-se do universalismo das teorias clássicas do início da modernidade; e avaliar os distintos modos de compreender as consequências dessa modernidade, em termos tanto de processos sociais como de seus sistemas de conhecimento [...] Tais perspectivas se mantiveram presas a representações elitistas, que restringem a compreensão dos diversos modos por meio dos quais novas formas de modernidade estão emergindo, a partir das margens e daqueles que são excluídos (Patel, 2006, p. 49).

Nessa perspectiva, Kleinman e Das (1997) e Das e colaboradores (2000) desenvolveram a noção de sofrimento social e de violência subjetiva para referir as consequências da globalização no mundo contem-

porâneo, focalizando os efeitos da circulação global sobre os distintos territórios e questões locais.

Sobre a crítica pós-moderna que reconhece e define a fragmentação como uma forma de expressão da realidade, DAS e colaboradores observam que não se trata de constituir o conhecimento de forma fragmentária, mas construí-lo como uma expressão das “fissuras”, das intensas formas de atuação que o mundo exerce sobre os sujeitos e das profundas marcas que isso infunde. Assim, ela estabelece uma relação entre os “fragmentos” ou as partes que acabam por se conectar à expressão do “mundo” (contemporâneo, global) sobre as experiências de vida, de sofrimento e de reação a elas.

Walter Benjamim (1991), em relação ao conceito de modernidade, traz sua contribuição ao destacar a procura pelas fissuras, pelas cisões da realidade como forma de conhecimento do mundo em transformação. Assim deveríamos olhar para processos de saúde-doença, na perspectiva de ir além da idéia de uma plenitude da saúde ou de um corpo saudável. Concordamos, nessa perspectiva, com Moulin (2006) quando expressa a noção de diluição da “doença” e busca explicitar o fato de que elas continuam a ocorrer, só que agora sem a imagem letal, mas diluídas no corpo alvo de intervenções clínicas e cirúrgicas que longe de reestabelecer a plenitude levam a conviver com situações de controle à custa de restrições ao sujeito,

A fragmentação do cuidado, e a multiplicidade das intervenções terapêuticas podem produzir exatamente o que não se deseja, ansiedades, consumo de fármacos em altas doses, tecnologias substitutivas da anatomia corpórea. Intervenções que trazem novas experiências sobre o corpo e sobre o significado da vida ou morte.

Essas observações aguçadas constataam que diante desses novos movimentos, conceitos que em outros períodos eram definidos pelo lugar social, pela classe social, passam a ser cada vez mais instáveis e, mesmo considerando que as diferenças sociais e as situações de classe continuem com um peso na definição do lugar social, o curso da vida dependerá sempre de resistências, ação e agenciamentos cada vez mais criativos para situar-se nessa complexidade.

O diálogo com esses autores provoca algumas reflexões: O que fazemos nós, atores que dialogam

a partir do mote da saúde? Qual seria o público da saúde pública a que fazemos referências e aos quais poderíamos chamar de atuais ou contemporâneos na relação entre a instituição saúde e a sociedade brasileira?

Assim, pretendemos estabelecer um diálogo entre aspectos do modo de refletir presente no que poderíamos situar como uma teoria social contemporânea e o campo de propostas presente na política pública de saúde a partir da experiência brasileira, que nas últimas décadas “reformou” a administração e a política desse setor, estimulada tanto pelo mercado como para responder às chamadas “demandas sociais”.

Como arcabouço dessas mudanças, presidiu a influência de teorias sistêmicas, assim como uma “cultura política”, que apregoa o “localismo”. É interessante destacar que essa mudança também se dá no contexto internacional de uma onda “neoliberal”, e no contexto nacional de uma transição política a partir do final do regime militar.

Por sua vez, tomando seus contornos mais atuais, aparece como política pública que procura expandir e possibilitar o acesso a um consumo médico, como resposta às demandas sociais, tendo como crença que viabilizando esse consumo “promova-se” a melhoria das condições da saúde da população. As discussões que anos atrás chamavam atenção para condições de vida, de trabalho, de educação etc., como questões presentes na “determinação” da saúde, deixam de aparecer como questões críticas para a implementação de uma política pública e em seu lugar são colocadas as insígnias de “vulnerabilidades” e diferenças de acesso, voltando-se para as afirmações “identitárias”, que por sua vez apareceriam nas últimas décadas como propostas sociopolíticas na linha da “inclusão” na sociedade.

Essa questão passa a juntar planos e realidades díspares na insígnia das vulnerabilidades, como populações indígenas, remanescentes quilombolas, identidades construídas a partir de expressões da sexualidade e de gênero, cor da pele, migrantes, moradores de rua etc.

Chamamos atenção que esses grupos merecem sem dúvida atenção e aparecem no quadro contemporâneo como expressões marcantes das desigualdades e da demonstração da falência dos

“modelos” de mercado, ou da falência das políticas “neoliberais”. Nas propostas de inclusão, porém, eles são pensados de forma semelhante às teorias que na década de 1950 pensavam as doenças como determinação da pobreza. Seguem a linha da inspiração neoliberal: a inclusão ao consumo de saúde, (preferencialmente vendido ao paciente potencial consumidor) ou viabilizado pelo estado de forma precária, passa a incluí-los a partir do acesso aos serviços médico-hospitalares, o que sem dúvida se apresenta como uma questão humanitária, mas não os retira das “margens” que a sociedade “incluída” cria e recria.

Situando o que “globalmente” aparece como o campo da saúde pública, vamos ver a individualização da responsabilidade pela saúde ou a saúde como uma responsabilidade individual (Petersen e Lupton, 1986), como estratégia de mercado, e as “cidades saudáveis” como uma representação de um ideal universalizante e distante das cidades reais. Poderíamos citar vários exemplos, porém cremos que o período das águas entre dezembro e março, particularmente na região sul e sudeste do Brasil, ilustram nas cidades concretas a vida sofridamente vivida de seus habitantes.

A ausência de debate, esse pretensão consenso, esse lugar em que as coisas se acomodam na anuidade do mercado e dos termos do absolutamente livre empreendimento da parte dos que dominam os empreendedores tem tudo a ver com a discussão da saúde pública.

O “neoliberalismo”, como define Harvey (2007), significa uma:

[...] teoria de práticas político-econômicas que afirma que a melhor maneira de promover o bem estar no ser humano consiste em não restringir o livre desenvolvimento das capacidades e das liberdades empresariais do indivíduo, dentro de um marco institucional caracterizado por direitos de propriedade privada fortes, mercados livres e liberdade de comércio. O que significa colocar os indivíduos em movimento sem que se altere suas condições sociais de origem, mas que estimule sua capacidade de agenciamento a partir do mercado, como agente em movimento que oferece como valor o significado de uma atualização constante de fluxos e trocas que propõe

uma nova temporalidade para o curso de vida. O papel do Estado tem que garantir a qualidade e integridade do dinheiro, dispor de funções e estruturas militares, defensivas, policiais e legais necessárias para assegurar os direitos de propriedade privada e garantir, em caso necessário mediante o uso da força, o correto funcionamento dos mercados (Harvey, 2007, p. 6).

Em sua presunção o Estado não abdica de seus papéis, mas tem suas ações limitadas pelos interesses do mercado, ou seja, dos grupos que detêm o poder.

A tomada do mundo por um grande mercado, ao realizar um aspecto que está em um dos fundamentos da teoria sociológica, desenvolveu as trocas tornando mundial a reciprocidade, deixando, porém, a herança da desigualdade e das diferenças como uma “base” móvel e flexível a partir da qual essas relações se desenvolvem, pois no livre mercado as pessoas, os lugares e as coisas são marcadas por um valor, que passa a ser negociado como valores quaisquer no cotidiano desse imenso mercado; populações, lugares, modos de levar a vida, experiências entram na competição internacional revestidos de seu valor desigual.

Nesse ponto queremos destacar o que o sociólogo Giddens (1991) caracteriza como os “desencaixes” - que evidenciam os descompassos que a modernidade trouxe entre tempo e espaço -, traduzindo a imagem das “fichas simbólicas” e sua livre circulação - o dinheiro se apresenta como caso exemplar -, um raciocínio que resvala facilmente para o entendimento do mundo dentro de uma perspectiva funcional ou sistêmica - o que obviamente o mesmo autor refuta. Destacamos que as desigualdades mais do que nunca existem condicionadas cada vez mais pelo mercado e os “desencaixes” apresentam tanto brechas como obstáculos reais a entrada de cada um nesse mercado; assim, se propiciam a prática de agenciamentos, espertezas, outras formas de conseguir obter lucros e ganhos, que continuam servindo para reforçar as barreiras de classe, gênero, origem, geração etc., o que tem sido reduzido a uma política de atenção especial ou de acesso.

Evitando rotular-se de uma “ciências sociais de”, ou a “serviço deste ou daquela proposta tão em voga”, ou de ser entendida como a(s) disciplina(s) que vai trabalhar os “aspectos culturais” para acrescentar

o sucesso das ações técnicas, as ciências sociais, notadamente a antropologia, devem exercer uma “alteridade” sobre o técnico e refletir acerca de coisas cotidianas em movimento, tais como trânsitos, percursos, resistências, descobertas, emoções, cisões e afetividades em torno do movimento de afirmação de vida de cada um dos grupos - alvo das ações, dos tratamentos, das normas, de disciplina terapêutica, do uso das drogas, sendo que esse último exemplifica um dispositivo que cresceu, no seu consumo mundial, juntamente com a introdução da prática de uso dos fármacos.

As experiências dos usos não regulados das drogas passaram a ser objeto das ações médicas, da segurança pública ou “doença do corpo social”. O dilema sobre questões tão complexas requer debates e encaminhamentos na esfera pública sobre: terapêuticas, cuidado de si, prescrição, experimentação, na perspectiva de ir para além do bem e do mal.

Trânsitos, Percursos e Novos Agenciamentos: a subversão nos espaços da instituição saúde

De Certeau (1994) trouxe importante contribuição metodológica ao mostrar como as pessoas, apesar da “estrutura” a que estão submetidas, subvertem essas lógicas e realizam desde pequenas agenciamentos no sentido de criar lógicas próprias, colonizar o cotidiano com sua vida, demonstram o que poderíamos chamar de um avesso às investidas do poder de que tanto nos falou Foucault (2009). (Não trazemos aqui a polêmica clássica de De Certeau e Foucault, mas antes achamos que suas contraposições são complementares).

A linha de pesquisa que desenvolvemos, no campo da Saúde Pública, valoriza o cotidiano, construções metodológicas que se apoiam na etnografia ou na sociologia do cotidiano, na investigação dos percursos e socialidades, procurando registrar e compreender as situações encontradas e dar voz ao sujeito no sentido de eles nos mostrar em suas estratégias de vida, como enfrentam as doenças, as adversidades, o sofrimento, as emoções confusas e disruptivas causadas pelos eventos quase sempre limites, estratégias de vida que compõem inclusive a ida aos serviços de saúde.

Chama atenção em algumas pesquisas e em nossos percursos de campo que a “integralidade”, a “autonomia”, a “intersectorialidade” etc. são antes de tudo buscadas através de outras estratégias que não a dos serviços de saúde.

Mendonça (2008) mostra muito bem que a inclusão de mulheres consideradas “mais velhas” no atendimento de saúde mental, com a ampla distribuição de psicoativos, é acionada como uma forma de pertencimento a uma rede, nos espaços de espera, em que fazem amizades, trocam visitas e acabam trocando e experimentando os diversos medicamentos, para experimentarem ou dizerem que não experimentaram os efeitos que as agora amigas de roda do serviço experimentaram. Assim, resolvem inclusive seus problemas interiores, casas, filhos, maridos que não param de beber, não porque se conscientizem de uma autonomia de gênero, mas porque buscam identidade nas trocas de experiências com outras mulheres, parceiras de histórias cotidianas muito semelhantes.

Recentemente uma inquietação trazida por uma pós-graduanda se referia a uma “política” interna dos serviços na cidade de São Paulo. Tirar as pessoas das salas de espera ou das filas dos serviços e entregar os medicamentos em domicílio. Medida extremamente impopular para mulheres que ali tinham um espaço para sua sociabilidade. As praças da cidade são cercadas, as pessoas retiradas dos espaços dos serviços públicos, em uma lógica que pensa a vida para dentro em uma retórica que se completa: Não é a saúde da família? Afinal que família? Cada um que resolva internamente seus problemas, cada um com seu celular ou publicizando sua intimidade no *twitter*, pois, possivelmente, o diagnóstico chegará *on-line*.

Outras narrativas que recolhemos em campo, entre pessoas em situação de rua e mulheres refugiadas, dizem respeito ao périplo pela cidade para ir a uma unidade em que encontrem um funcionário que também tenha sido de rua ou refugiado, essa simplicidade é importante para a escolha do lugar a ir.

Fazendo um contraste com esses exemplos, podemos citar a pesquisa de Bettini (2005), que trabalhou com o banco de dados do Datasus, procurando discriminar as desigualdades existentes entre as áreas metropolitanas brasileiras de menor e de maior Índice de Desenvolvimento Humano - IDH, a partir dos

diagnósticos de internação de homens e mulheres. Como aspecto central dessas diferenças, a pesquisa mostrou que muitas vezes o diagnóstico de internação, como, por exemplo, as infecções urinárias para mulheres entre 49 a 60 anos, era o mesmo, variando o coeficiente de internação em relação à população; assim, as regiões de menor IDH tinham três vezes mais internações (reinternações possivelmente) que as regiões de maior IDH, mostrando como o serviço e a medicalização toma o lugar, ou melhor, supre as precariedades de grupos da população. A ausência de educação básica, saneamento, condições adequadas para higiene nas moradias, orientação nas questões sexuais e reprodutivas etc. acabam se transformando em um constante adoecimento.

Olhar para os Desencaixes da Realidade

De fato, a grande expansão da atenção médica durante o século XX e particularmente após a Segunda Guerra Mundial respondeu também a fenômenos que foram denominados de “medicalização da sociedade” (Illich, 1975; Donnangelo e Pereira, 1979; Singer e col., 1978) e ao fato de a assistência médica ter sido incorporada parcial ou integralmente ao consumo da sociedade através das políticas de estados modernos, passando a fazer parte do Estado do Bem-Estar Social. Responde às demandas individuais através do atendimento médico individual, que passa a operar como um mediador entre a população e o consumo médico, basicamente de medicamentos e outros insumos, financiados também integral ou parcialmente pelo Estado. Assim sendo, os serviços de saúde respondem como lugares nos quais se processa o consumo médico que tem atrás de si um complexo financeiro e industrial, como o que envolve o setor de medicamentos e tecnologias, e o Estado garante a governabilidade no sentido de encaminhar soluções aos conflitos e problemas a partir de um equipamento de atenção.

Internacionalmente, autores como Fassin (2004), têm chamado atenção para as novas conformações que vem tomando a “saúde pública”, que em sua história se colocou explicitamente como um campo de intervenção sobre a sociedade ou sobre equipamentos coletivos, visando mudanças na saúde da

população. Essa questão histórica é bastante recorrente nas polêmicas que envolvem as práticas dos profissionais, levando inclusive, no Brasil, à construção do termo “saúde coletiva” para diferenciar a ação da saúde pública da atenção médica.

No plano geral, é quase senso comum a ideia de que a saúde de uma população é a expressão de sua qualidade de vida, que é dada pelo modo e pelas condições de vida social e ainda pelo lugar social que ocupa na estrutura da sociedade. No entanto, falar em ações coletivas ou mesmo no discurso da “prevenção” em uma sociedade voltada para o consumo, como a sociedade contemporânea, é uma questão difícil ou pelo menos não generalizada.

Nesse sentido, Fassin (2004) localiza hoje a saúde pública na ação de redes ou empreendimentos locais, que mobilizam várias instituições, profissionais, lideranças locais em torno de questões e lutas específicas nesse contexto. São questões que se tornam transversais à assistência médica e que envolvem ações de cunho social: a melhoria de condições de moradia, a maior proteção aos idosos ou às crianças, a inclusão de populações excluídas e inclusive a atenção para o sofrimento social. Nessa direção mais específica Fassin desenvolve ao que chamou de uma configuração semântica da ação pública.

Fassin (2006) chama atenção para o fato de que essa compreensão tenha levado à proposição de seu “tratamento” através do reconhecimento do sofrimento psíquico, em grande parte também em função da sensibilidade de psicólogos e psiquiatras, que junto com quadros do Estado, na França, passaram a reconhecer a necessidade de uma forma de atenção à saúde mental voltada para a escuta das pessoas “excluídas”. O autor interpreta que ao lado da discussão da “despsiquiatrização” e “despsicologização” como ações necessárias (no Brasil, representado pelo movimento “anti-manicomial”) acabe ocorrendo o contrário: uma psiquiatrização e psicologização do efeito das questões sociais. Assim problemas que se remetem ao político e ao econômico, tratados a partir da “compaixão” e da “repressão”, acabam sendo remetidos a uma função reparadora através dos serviços de saúde, especificamente os serviços de saúde mental.

Nesse processo, fala-se de equidade como uma equação técnica a ser promovida pelo serviço que

se volte aos que apresentem maiores “vulnerabilidades”, deixando a igualdade de ser refletida como um valor ou um ideal a ser perseguido. Toma-se questões de natureza distributiva, como os bens econômicos, os direitos sociais, civis, a justiça (Mattos, 2004), para se tratar de uma assistência reparadora

Seguindo uma lógica de individualizar e comparimentar demandas dirigidas a tipos específicos de cuidado à saúde desenha-se, a partir de um conceito ampliado de saúde voltado para o bem-estar social, uma lógica de acesso a ações de reparação. Uma lógica que vem de certo modo se adequar ao tema da “medicalização da sociedade” mais candente na discussão dos anos 1970 e 1980, e, ao mesmo tempo dirigindo-se a demandas mais sofisticadas de consumo do atual século. A ação política dos serviços de saúde como de reparação compensatória às injustiças e desigualdades sociais.

Se pensarmos na conjunção do universo “psi” a partir das preocupações que Fassin (2006) enuncia para a situação francesa, registramos que essa versão também tem se consumado no território brasileiro a partir da atenção à saúde mental. A preocupação daí reside em questões como a interpretação “psiquiátrica” e “psicologizante” da violência (não temos a pretensão de tratar essa discussão nesse espaço, mas destacamos a preocupação desse enfoque quando deixe de participar na interpretação da violência o contexto da sociedade, o que acaba por reforçar o dispositivo que destacamos anteriormente: da individualização do fenômeno da violência). De qualquer modo, levantar esses aspectos críticos nos leva a uma situação paradoxal, como mais um “desencaixe” da contemporaneidade. Como tratar de seus aspectos tradicionais que vem sendo impactados pelo sentido global da contemporaneidade, que articula temas como a masculinidade e a violência de gênero e as atividades dos mercados paralelos? De algum modo esse desafio nos leva a articular os problemas no contexto local, buscar parcerias, formas de organizar coletivamente autores e vítimas e demandar por uma concepção mais ampla de política pública, que remeta à igualdade diante da justiça, políticas locais mais inteligentes e menos normativas.

Logicamente o atendimento e a reparação física são incontestavelmente aspectos que uma política

de estado deva responder, mas em si são insuficientes. Da mesma forma o tratamento aos autores da violência não ocorre no atual sistema carcerário, que tem se comportado, segundo Wacquant (2001), como uma política de encarceramento da pobreza e da exclusão.

Esse autor considera os efeitos da penalidade como um dispositivo de práticas, instituições e discursos relacionados à pena criminal, ou seja, ao encarceramento, no contexto neoliberal, no qual o Estado, incapaz de controlar a “decomposição do trabalho” e refrear a “hipermobilidade” do capital, que desestabilizam a sociedade como um todo, reforça a estratégia policial e de encarceramento das populações pobres. Na sociedade brasileira notamos que essa lógica do controle da exclusão pela penalidade, convive com um discurso dos direitos apregoado no plano político.

O discurso de direitos não resolve por sua vez a existência de uma sociedade dividida em praticamente dois mundos, convivendo os integrados com uma grande parte que tem condições precárias de habitação, saneamento, acesso à escola, etc. Luna (2009) descreve, assim, o próprio funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), caracterizando-o como um sistema que ao mesmo tempo que pretende “fazer viver” “deixa morrer”. Em sociedades em que a integração “social” vem se realizando através do mercado, do acesso ao consumo, o que não é acompanhado pelas políticas públicas e de certa forma pelas políticas urbanas de infraestrutura, acabam por expor a população como um todo a riscos ambientais e a “desencaixes” do sistema, como é o caso dos acidentes de trânsito. A infraestrutura pública e os direitos caminham muito mais lentamente que o mercado. O atendimento de assistência médica e odontológica talvez tenha se generalizado no SUS à medida que responde muito antes a uma lógica de mercado, na qual o Estado passa a ser o grande comprador da indústria farmacêutica e de insumos hospitalares, odontológicos e de tecnologia voltada ao uso da medicina.

Ilustra bem essa questão o caso da população de rua (considerada “excluída”), que está exposta cotidianamente aos acidentes, entre eles o atropelamento: verificamos que quando dessa ocorrência, eles são resgatados e levados a atendimento de

emergência e, caso tenham sofrido politraumatismos, acabam sendo internados e passam meses em cirurgias e intervenções hospitalares, e, depois “da alta”, voltam imediatamente para a circulação das ruas, sem acompanhamento fisioterápico, reabilitação e recuperação dos movimentos, embora com o corpo cheio de “pinos” e “proteses” como um *cyborg* colocado novamente em circulação. Parece haver um certo paralelismo entre a ação da remoção dos descartes urbanos e dos corpos em via pública.

Entrando em contato com grande parte dos chamados artigos científicos, tão caros ao modo de avaliação e referência para o *ranking* da atividade acadêmica universitária, encontramos dezenas de descrições sobre “saúde da família”, ou de como tratar os “idosos”, quando não procuram fazer os cálculos das vulnerabilidades de cada um. Geralmente textos em um contexto de autorreferências, ou seja, raramente se extrapola o próprio “umbigo” dos serviços de saúde, do SUS, como citamos no início desse ensaio, a reprodução de clichês que viram assunto em dado momento, na arena de falas e discursos sobre o suposto sentido “coletivo” da saúde, Metodologicamente percebe-se uma repetição das ditas “associações” e indicadores, com ausência de criatividade investigativa que possibilitem levar ao estabelecimento de outras formas de se olhar as questões no contemporâneo.

A antropóloga Venna Das (2007), ao discutir a relação sujeito-objeto na antropologia, destaca que antes de classificar relações entre padrões de sociabilidade e de pensar os sujeitos como pertencentes ao “mundo” é necessário estabelecer o plano em que nos relacionamos com os sujeitos e que define o nosso olhar sobre eles.

Os profissionais que atuam na saúde pública, no Brasil e no exterior, são agentes públicos que atuam em nome de uma instituição secular e fundamental para as necessidades humanas de proteção a vida, por suposto, estamos nos referindo à assistência, ao acesso a tecnologias, segurança alimentar, segurança habitacional, saneamento básico, água para consumo humano, adequação de políticas sobre resíduos urbanos, transporte, proteção de mananciais e florestas tropicais, produção de medicamentos e fitoterápicos, recreação, segurança pública. Certamente, quando assumirmos a importância das

políticas públicas voltadas para as políticas sociais, vamos ter uma possível mudança nas pessoas que fazem fila na porta dos hospitais e nos serviços de saúde, na permanência de leis e sanções do estado sobre a autonomia dos modos de vida e reivindicações mais qualificadas sobre necessidades dirigidas principalmente dentro das instituições que proclamamos como “de saúde”. Talvez, consigamos uma aproximação sobre a noção de que o público da saúde pública somos todos nós e não somente a população despossuída de riqueza material.

Referências

- ARENDDT, H. *A vida do espírito: o pensar, o querer, o julgar*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.
- BENJAMIM, W. *A modernidade e os modernos*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1991.
- DAS, V. *Life and words: violence and the descent into the ordinary*. Berkeley: University of California Press, 2007.
- DAS, V. et al. (ed.) *Violence and subjectivity*. Berkeley ; Los Angeles: University of California Press, 2000.
- BETINI, G. *Gênero e atenção à saúde: explorando o IDH e a variável sexo na morbidade hospitalar no SUS*. 2005. 152 f. Tese (Doutorado) em Saúde Pública - Programa de Pós Graduação em Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.
- DE CERTEAU, M. *A invenção do cotidiano*. Petrópolis: Vozes, 1994.
- DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Editora Duas Cidades, 1979.
- FASSIN, D. Et la souffrance devint sociale: de l'anthropologie médicale à une anthropologie des afflictions. *Critique: revue générale des publications françaises et étrangères*, Paris, v. 60, n. 680-681, p. 16-29, 2004.
- FASSIN, D. Souffrir par le social, gouverner par l'écoute: une configuration sémantique de l'action publique. *Politix*, Paris, v. 19, n. 73, p. 137-157, 2006.
- FOUCAULT, M. *Seguridad, territorio y población: curso em el Collège de France: 1977-1978*. 1. ed. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2009.
- GIDDENS, A. *As conseqüências da modernidade*. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1991.
- HARVEY, D. *Breve historia del neoliberalismo*. Madrid: Ediciones Akal, 2007.
- KLEINMAN, A.; DAS, V. (ed.) *Social suffering*. Berkeley: University of California Press, 1997.
- ILLICH, I. *A expropriação da saúde: Nêmesis da Medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.
- LUNA, L. “Fazer viver e deixar morrer”; a má-fé da saúde pública no Brasil. In: SOUZA, J. *A ralé brasileira: quem é e como vive*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009.
- MATTOS, P. O reconhecimento, entre a justiça e a identidade. *Lua Nova: revista de cultura e política*, São Paulo, v. 63, p. 143-161, 2004.
- MENDONÇA, R. T. et al. Medicalização de mulheres idosas e interação com consumo de calmantes. *Saúde e sociedade*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 95-106, jun. 2008.
- MOULIN, A. M. El cuerpo frente a la medicina. In: CORBIN, A.; COURTINE, J. J.; VIGARELLO, G. *Historia del cuerpo*. Madrid: Santillana Ediciones Generales, 2006. Cap. 1. t.3.
- PATEL, S. Para além de um pensamento binário: questões para uma sociologia auto-reflexiva. In: PORTO, M. S. G.; DWYER, T. P. (org.). *Sociologia e realidade: pesquisa social no século XXI*. Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 2006.
- PETERSEN, A.; LUPTON, D. *The new public health: health and self in the age of risk*. London: Sage Publications, 1986.
- SINGER, P.; CAMPOS, O.; OLIVEIRA, A. *Prevenir e curar, o controle social através dos serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Forense, 1978.
- WACQUANT, L. *Os condenados da cidade: estudos sobre marginalidade avançada*. Rio de Janeiro: Editora Revan, 2001.

Recebido em: 16/11/2010
Aprovado em: 12/12/2010