

A RETOMADA POLÍTICO-EMANCIPATÓRIA EM TEMPOS DE GLOBALIZAÇÃO: A SAÚDE COMO LABORATÓRIO?¹

The resumption political-emancipatory in times of globalization: how to health laboratory?

La reanudación política-emancipatoria en tiempos de globalización: como laboratorio para la salud?

João Arriscado Nunes²

RESUMO

Por meio de uma analogia com textos de Boaventura faz-se uma reflexão sobre uma experiência que, ao longo de quase quatro décadas, fez convergir num só projeto, a transformação crítica e solidária do conhecimento plasmada na Saúde Coletiva, o movimento da Reforma Sanitária e a edificação do Sistema Único de Saúde tanto dentro do processo mais amplo de democratização e construção da cidadania no Brasil, como no plano internacional. Contemplando simultaneamente a análise dos possíveis rumos de uma política emancipatória a partir de uma leitura de novas direções que marcam, globalmente, o campo da saúde e dos dilemas que elas suscitam a projetos de reorientação solidária da luta pela saúde, como o da reforma sanitária e da construção do SUS.

Palavras-chave: Biocidadania; Saúde como direito; Reforma sanitária.

ABSTRACT

Through an analogy with texts of Bonaventure it is a reflection on an experience that, for nearly four decades, did converge on a single project, the transformation critical and supportive of knowledge reflected in Public Health, the movement of the Health Reform and erection of the Unified Health System within the wider process of democratization and building of citizenship in Brazil, as in the international arena. Contemplating the simultaneous

¹ Conferência de abertura do Fórum Internacional sobre Educação e Promoção da Saúde, sobre o tema “A reinvenção política e emancipatória do SUS: que caminho é esse?”, Universidade de Brasília, 26 de Outubro de 2008. Optei por conservar as marcas da apresentação oral, tendo apenas acrescentado algumas referências bibliográficas. Versões anteriores de algumas das reflexões aqui avançadas foram apresentadas em seminários realizados na ENSP/FIOCRUZ (Rio de Janeiro) e na Universidade Pablo de Olavide (Sevilha), tendo beneficiado dos comentários e críticas dos participantes. As posições aqui expressas são de minha inteira responsabilidade, embora tenham sido fortemente influenciadas, ao longo dos últimos anos, por diálogos com meus colegas do Centro de Estudos Sociais, em particular com Boaventura de Sousa Santos, que inspirou as principais linhas de reflexão que atravessam o texto, com os membros do Núcleo de Estudos sobre Ciência, Tecnologia e Sociedade do CES, com meus estudantes de pós-graduação e com os colegas que integraram diferentes projectos internacionais. Um reconhecimento especial vai para Marcio Pereira, da Universidade Brasília, e para os pesquisadores e docentes da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fiocruz, no Rio de Janeiro, em particular Marcelo Firpo Porto, Carlos Machado de Freitas, Fátima Pivetta, Lenira Zancan, Cristina Guilam, Eduardo Stotz e Paulo Sabroza, que me guiaram na compreensão da fascinante história do processo da Reforma Sanitária e da construção do projecto da Saúde Coletiva e do SUS e com quem venho mantendo um fecundo diálogo e colaboração.

² Centro de Estudos Sociais. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

jan@ces.uc.pt

analysis of the possible directions of an emancipatory politics from a reading of new directions that are, overall, the field of health and the dilemmas they raise the united refocusing projects in the fight for health, such as health reform and the construction of SUS.

Keywords: Citizenship; Health as a right; Health reform.

RESUMEN

A través de una analogía con textos de Buenaventura es una reflexión sobre una experiencia que, durante casi cuatro décadas, hizo converger en un único proyecto, la transformación crítica de apoyo y de conocimiento se refleja en Salud Pública, el movimiento de la Reforma de Salud y construcción de la Sistema Único de Salud en el proceso más amplio de democratización y construcción de la ciudadanía en el Brasil, como en el ámbito internacional. Contemplar el análisis simultáneo de la posible orientación de una política emancipatoria de la lectura de las nuevas orientaciones que son, en general, el ámbito de la salud y los dilemas que plantea la reorientación de los proyectos unidos en la lucha por la salud, tales como la salud y la reforma la construcción del SUS.

Palabras clave: Biocidadania; la Salud como un derecho, la reforma sanitaria.

INTRODUÇÃO

O domínio da saúde apresenta, no quadro da experiência do Brasil, um conjunto de características singulares que, para além de nos ajudarem a elucidar as especificidades dessa experiência, nos desafiam a refletir sobre alguns dos dilemas que enfrenta a tarefa de, como a definiu Boaventura de Sousa Santos, reinventar a emancipação social no contexto da globalização.

Na virada da década, Boaventura desenhou e dirigiu, a partir do Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra, um ambicioso projeto coletivo e internacional que tinha por título, precisamente, “A Reinvenção da Emancipação Social”. Seis equipas de investigadores e de investigadores-ativistas de outros tantos países (Brasil, Colômbia, África do Sul, Moçambique, Índia e Portugal) produziram um conjunto de estudos que procuravam explorar, através de pesquisas ancoradas em experiências locais, nacionais ou de articulação transnacional, a emergência de novas contribuições para as lutas e processos de sentido emancipatório num contexto em que se afirmava a globalização neoliberal. O projeto procurava identificar as novas formas de organizar não apenas a resistência a essa globalização hegemônica ou neoliberal, mas de construir, nesse processo, novas maneiras de forjar as solidariedades sobre as quais tomaria forma outra globalização, uma globalização contra-hegemônica.

Na formulação original do projeto, foram avançadas três grandes ordens de interrogações: sobre o que é a globalização, sobre o que se entende por emancipação social e sobre a (in)capacidade dos modos de conhecimento hegemônico, especialmente os das ciências sociais, para lidar com essas duas questões. O desenvolvimento do projeto e a organização da publicação dos seus resultados (em quatro continentes e em cinco línguas diferentes) assentou na identificação de cinco temas que constituíam outros tantos pontos de entrada na indagação sobre as novas formas e a constelação emergente da emancipação social: a reinvenção participativa da democracia; a reinvenção solidária da economia; a reinvenção de cidadanias assentes na articulação entre reconhecimento e redistribuição e numa concepção intercultural de direitos humanos; a reinvenção cosmopolita dos saberes e conhecimentos num registro de justiça cognitiva; e a reinvenção do internacionalismo, em particular do internacionalismo laboral.³

Não é possível, aqui, resumir o projeto de maneira a fazer justiça à sua originalidade e à sua riqueza. A razão porque o evoco é porque constituiu um esforço pioneiro de identificação dos territórios em que se joga hoje o relançamento de projetos emancipatórios que, se não podem ser idênticos aos que inspiraram os movimentos revolucionários ou de libertação dos séculos XIX e XX, devem ser capazes de, sobre o legado destes, construir criticamente novas formas de conhecimento e de ação.

O projeto partia da identificação de uma dificuldade: sendo difícil, senão mesmo impossível, na virada do século, uma teoria geral da emancipação (e sendo duvidoso que ela seja desejável), que outras formas podem ser encontradas de construir, partilhar e sedimentar os conhecimentos produzidos nas e pelas lutas e iniciativas que se opõem a globalização hegemônica? Para isso, propunha Boaventura que se recorresse a três procedimentos: o resgate das experiências silenciadas, marginalizadas ou ativamente reduzidas à inexistência, através de uma sociologia das ausências; a identificação das experiências que apontavam para o futuro, através de uma sociologia das emergências; e, finalmente, uma teoria da tradução, que permitisse dar conta dos processos de produção de inteligibilidade mútua, de aliança, de convergência ou de articulação entre lutas, iniciativas ou movimentos e entre os saberes ou configurações de saberes que lhes são próprios. Em trabalhos posteriores, e elaborando estas propostas, Boaventura viria a promover a necessidade de, contra a monocultura do saber hegemônico, promover o que designou de ecologia de saberes^(6,7).

³ Os resultados do projeto, financiado pela Fundação MacArthur e, para o trabalho sobre Portugal, pela Fundação Calouste Gulbenkian, foram publicados, no Brasil, numa série de que apareceram, até ao momento, cinco volumes ⁽¹⁻⁵⁾ (Santos, 2002a, 2002b, 2003, 2005a, 2005b).

A reflexão que aqui trago é devedora da experiência de participação nesse projeto, enquanto coordenador da equipe que trabalhou sobre Portugal, e procura ampliá-la a novos terrenos e a novas interrogações, através de uma reflexão sobre uma experiência que, ao longo de quase quatro décadas, fez convergir num só projeto a transformação crítica e solidária do conhecimento plasmada na Saúde Coletiva, o movimento da Reforma Sanitária e a edificação do Sistema Único de Saúde. É a singularidade desta experiência, tanto dentro do processo mais amplo de democratização e construção da cidadania no Brasil, como no plano internacional, que a torna especialmente instigante para a elucidação das condições de possibilidade da reinvenção da emancipação social. É notável, de fato, a forma como na luta pela saúde no Brasil convergem, no mesmo processo, os cinco temas que acima foram explicitados:

- a democracia, a relação entre o instituinte e o instituído, entre o movimento e o Estado, entre a representação e a participação;
- a organização pública e solidária da produção de bens coletivos e de direitos básicos, como a saúde, e a relação complexa e conflitual com a dinâmica do mercado e da privatização;
- a luta pelo reconhecimento, pela inclusão e pela redistribuição de bens, serviços e recursos e a emergência de novos atores e de novas identidades associadas à luta pelo direito à saúde e pela sua democratização;
- a construção de um projeto solidário e inovador de conhecimento, a Saúde Coletiva, e pela redefinição das suas relações com o saber biomédico dominante, mas também com os saberes “outros”, locais, comunitários ou indígenas;
- a participação na invenção de um novo internacionalismo sanitário, manifesto não só na solidariedade ativa do movimento da Reforma Sanitária e dos seus protagonistas com experiências noutros lugares e, em particular, noutros países da América Latina, mas também, mais recentemente, na definição e aplicação de uma política de resposta à AIDS e a sua contribuição para novas relações entre países do Sul, desafiando o regime vigente de patentes de medicamentos ou mostrando ser possível, contra as posições da maioria das organizações internacionais, o desenvolvimento efetivo, em países do Sul, de terapias baseadas em antiretrovirais, ultrapassando o viés “preventivista” que considerava a terapia dos seropositivos ou pacientes de AIDS como uma estratégia carente de racionalidade, de eficácia e de eficiência, e economicamente inviável.

Com todas as suas contradições, hesitações, avanços e recuos, a experiência da Reforma Sanitária, da construção da Saúde Coletiva como projeto indissociavelmente político e de conhecimento e da edificação do Sistema Único de Saúde aparece, como diria Bruno Latour, como um dos pontos de passagem obrigatórios no mapa contemporâneo da luta pela emancipação.

Procurarei, a seguir, refletir sobre alguns dos possíveis rumos de uma política emancipatória a partir de uma leitura de novas direções que marcam, globalmente, o campo da saúde e dos dilemas que elas suscitam a projetos de reorientação solidária da luta pela saúde, como o da reforma sanitária e da construção do SUS. Essa leitura é assumidamente parcial e limitada, mas permite manter a proximidade tema substantivo que aqui nos traz o da repolitização e do relançamento emancipatório do SUS e do setor da saúde.

Meu enfoque contempla três tópicos: as novas formas de conhecimento e intervenção sobre a vida e as suas implicações para a redefinição da saúde e da doença; as “novas” e “velhas” formas do que vou designar, em geral, de biocidadania; e, finalmente, a redefinição do direito à saúde no quadro de uma política de defesa e promoção da vida.

AS NOVAS FORMAS DE CONHECIMENTO E INTERVENÇÃO SOBRE A VIDA

No seu *O Dilema Preventivista* (2003/1975), Sérgio Arouca⁽⁸⁾ referiu-se com bastante detalhe à necessidade de reconceptualizar a saúde a partir de outra visão da medicina como prática social historicamente contextualizada. A sua crítica do modelo biomédico, que se tornaria um dos aspectos centrais do projecto da saúde coletiva, implicava não uma segregação da saúde coletiva da medicina, mas a transformação desta no quadro de uma redefinição da saúde que obrigava a reconhecer como elementos constitutivos da própria definição desta o que então se chamava já os determinantes sociais da saúde. No campo da epidemiologia, era visível um movimento no mesmo sentido, de crítica ao modelo epidemiológico dominante, que levaria ao reforço de orientações como a epidemiologia social e da epidemiologia crítica, que, como é sabido, assumiram, características originais na América Latina.

As posições defendidas por Arouca e outros participantes na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) e no âmbito da Reforma Sanitária reafirmaram esse princípio de crítica e de necessidade de transformação da biomedicina enquanto forma de saber crucial para a saúde

coletiva. Mas não foram muitas, de fato, as reflexões e, em particular, os avanços no campo da pesquisa e do ensino que se tenham traduzido em transformações significativas dos saberes e práticas da biomedicina e da sua ideologia profissional.

À Saúde Coletiva, enquanto projecto de conhecimento, parece ter faltado dar o passo para que apontavam as reflexões de Arouca: a transformação mútua dos saberes sobre a saúde que assim se encontravam e a constituição de uma nova configuração de conhecimentos capaz de dar resposta aos limites dos modelos biomédico e epidemiológico dominantes. Houve, mesmo assim, tentativas interessantes de avançar nesse sentido, as propostas da holopatogênese, de Naomar Almeida Filho e Roberto Silva Andrade, e de transformação crítica de epidemiologia, através da reorientação desta no sentido da etnoepidemiologia, avançada também por Naomar de Almeida Filho^(9,10).

Num sentido distinto, não em direcção à biomedicina, mas à ecologia, são conhecidas as importantes reflexões e contribuições de Paulo Sabroza e outros para a definição de concepções eco-sistémicas e eco-sociais da saúde e da doença, e a que voltarei mais adiante.

Uma terceira direcção dessa ampliação consistiria em retomar a concepção ampla da saúde que estava na origem do projeto da Saúde Coletiva, reafirmando a sua indissociabilidade do conjunto dos processos e práticas que dão forma aos determinantes sociais da saúde e que obrigaria a pensar os saberes e práticas no campo da saúde como parte de saberes e práticas mais amplos ligados a um conjunto de políticas sociais, convergindo em torno de um projeto de defesa e promoção da vida. Esta direcção tem encontrado expressão, por exemplo, nas acções propostas por organizações como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) para rearticular a luta pela saúde com políticas sociais mais amplas.

A biomedicina e a saúde coletiva têm, de fato, coexistido sem que cheguem verdadeiramente a constituir-se como parte do que Boaventura de Sousa Santos⁽⁶⁾ chamou uma ecologia de saberes e de práticas. A confrontação desses saberes e práticas e o seu envolvimento mútuo permitiria configurar um novo espaço de saberes sobre a saúde que não se construísse apenas contra a biomedicina, mas também com ela e num processo de transformação mútua. A relação com os saberes biológicos e biomédicos não parece ter sido verdadeiramente reconfigurada ou reconstruída, faltando um envolvimento ativo com o que esses saberes podem trazer de novo e de relevante para o conhecimento e conceptualização da saúde.

Partindo destas observações, pode-se sugerir que o projeto da saúde coletiva poderia ampliar o espaço dos saberes que o constituem em três direcções:

- a) um maior debate e envolvimento ativo com correntes nas ciências da vida – incluindo a genética, a biologia do desenvolvimento, a biologia da evolução ou a ecologia – que estão lidando com a necessidade de reconceptualizar a biologia – e a saúde e a doença – tendo em conta os diferentes níveis de organização do “vivo” e a complexidade dos processos que se interseccionam ou constituem mutuamente na produção dos fenômenos da vida. São especialmente interessantes, aqui, as reflexões sintetizadas pelo biólogo Scott Gilbert⁽¹¹⁾ sobre os efeitos de ações humanas ou agentes produzidos pela ação humana (como os disruptores endócrinos ou outros agentes carcinogênicos, mutagênicos ou indutores de interrupção do metabolismo) na mutabilidade de características consideradas como “trancadas” pela genética ou nos efeitos intergeracionais sobre a saúde ou sobre as características biológicas, configurando uma nova sensibilidade à plasticidade do biológico. Isto leva a questionar a própria definição do que conta, hoje, como “biológico”: não deveriam muitos dos fenômenos estudados pela biologia ser reconceptualizados como processos de construção heterogênea, de que a ação humana e o que se costuma chamar de determinantes sociais e ambientais da doença e da saúde seriam elementos integrantes, que permitiriam reforçar e ampliar idéia da nossa responsabilidade pelas gerações futuras? Esta reorientação implicaria ainda atribuir novo conteúdo à idéia de que a biologia é também política por outros meios, uma forma de política ontológica, que cria novos seres, entidades e relações que fazem diferença no mundo e cuja existência tem conseqüências de que os produtores de conhecimento são (co)responsáveis⁽¹²⁾.
- b) Uma segunda direção é a da ampliação e aprofundamento das orientações ecológicas, ecossistêmicas ou eco-sociais da saúde e da doença, que têm tido importantes contribuições de autores como Paulo Sabroza e outros, e que deveria ser articulada com a orientação anterior, em especial com os trabalhos o interessante fenômeno da “ecologização” da biologia do desenvolvimento e das contribuições recentes de correntes como a teoria dos sistemas em desenvolvimento (veja-se, em particular, os trabalhos de Susan Oyama) ou a *evo-devo*, ou biologia evolutiva do desenvolvimento⁽¹³⁾.
- c) Em terceiro lugar, um maior envolvimento ativo com os problemas da *complexidade* e com os estudos que, tanto nas ciências da vida como nas ciências sociais, têm procurado dar consistência teórica e empírica e operacionalidade a esse conceito, que corre o risco de se tornar um *slogan* ou uma proclamação de princípios que não

consegue formular alternativas convincentes às estratégias reducionistas, ou, na pior das hipóteses, se transforma numa justificação da inação. Neste domínio, é importante a exploração dos espaços de relações entre processos intersectantes e mutuamente constitutivos e a definição do que deve ser incluído nesses espaços para, como diz Richard Levins, se desenhar de maneira suficiente e adequada tanto os problemas como as respostas. É importante, aqui, compreender como as definições daquilo que está “dentro” ou “fora” de um dado modelo analítico ou explicativo influenciam as atribuições de causalidade e, através destas, de responsabilidade pelas conseqüências dos processos abordados. Como vem notando Peter Taylor^(14,15), é indispensável identificar o que ele designa de “infraestrutura” (técnica, institucional, social, política...) sem a qual não são viáveis nem a produção de conhecimento nem as intervenções nele baseadas. Segundo o mesmo autor, é importante criar instrumentos adequados para edificar os “andaimes” (“*scaffolding*”) que permitem construir modelos que permitam dar conta da complexidade de situações e processos e de intervenções apoiadas nesses modelos. A saúde coletiva, ao constituir-se como ecologia de saberes, necessita de instrumentos para modelar a complexidade e intervir nela, que consiga reconhecer a diversidade dos saberes e das práticas em presença (incluindo os que costumam ser considerados como “não-científicos”, os saberes e práticas locais ou baseadas na experiência e em modos de vida distintos) e que possa instituir critérios e procedimentos para a validação situacional e pragmática - no sentido filosófico do termo^(7,16) - de diferentes configurações emergentes de conhecimentos. Um ponto de entrada de particular relevância para esta abordagem poderá ser o da vulnerabilidade e dos riscos, e a proposta, avançada por autores como Marcelo Firpo Porto, de construção de uma ecologia política dos riscos⁽¹⁷⁾.

- d) Finalmente, um reconhecimento explícito da diversidade de práticas terapêuticas e da assimilação desse reconhecimento pelo próprio sistema de saúde. Aqui, o tema da saúde das populações e comunidades indígenas, das suas concepções de pessoa, de saúde e de doença, dos seus saberes e recursos terapêuticos e medicinais assume uma relevância particular, apontando um dos caminhos mais desafiantes para a construção de uma saúde coletiva intercultural.

AS “NOVAS” E “VELHAS” FORMAS DE BIOCIDADANIA

As novas formas de produção de conhecimento e de intervenção sobre a vida, utilizando os recursos desenvolvidos pela biotecnologia, têm tido conseqüências importantes para a redefinição do que conta como saúde e como doença e para a definição das pessoas saudáveis e das pessoas doentes. Procedimentos de diagnóstico de problemas genéticos ou metabólicos, por exemplo, permitem, através de testes hoje disponíveis em *kits* que chegam a ser de venda livre em alguns países, saber se, devido a alguma anomalia genética ou a algum polimorfismo, se é susceptível a problemas de saúde que poderão ou não vir a manifestar-se, mas que alteram muitas vezes radicalmente a vida das pessoas e das suas famílias. São bem conhecidos os efeitos desta situação no domínio dos seguros, por exemplo, ou na criação de uma “indústria da susceptibilidade”, uma das formas que assume hoje o “biocapitalismo”, e que fez proliferar o que Ruth Hubbard⁽¹⁸⁾ chamou os “doentes saudáveis”, tratados – e induzidos a governar-se a si próprios em função dessa condição – como “doentes em suspenso”, em risco permanente. Como notou o antropólogo Paul Rabinow⁽¹⁹⁾, estas possibilidades (que não têm, em geral, equivalente no domínio do diagnóstico) contribuem para a emergência de novas formas do que ele designou de biosocialidade, de formas de classificação social baseadas na partilha, por exemplo, de um “fator de risco” ou de uma “susceptibilidade” e na reconfiguração das categorias mais convencionais de classificação “social”, apoiada na concepção da biologia como algo de maleável, sujeito a ser modificado ou “corrigido” pela cultura.

Em muitos casos, e especialmente quando as notas promissórias da pesquisa biomédica e dos desenvolvimentos da biotecnologia são tomadas a sério, constituem-se novos coletivos e novas formas de ação coletiva em torno da exigência de investimento em pesquisa e desenvolvimento de meios de diagnóstico e de terapias para doenças “órfãs” ou negligenciadas. Um conjunto de tecnologias biomédicas, de visualização, de diagnóstico ou de manipulação (como as tecnologias associadas à chamada reprogenética, incluindo, por exemplo, as várias modalidades de reprodução medicamente assistida ou o diagnóstico genético pré-implantatório) vêm completar o reportório desses novos modos de configurar a vida e de criar novas entidades bio-sociais, incluindo não só os doentes saudáveis, mas também o casal infértil, o embrião criado *in vitro*, a barriga de aluguel, as doadoras de óvulos e os doadores de sêmen, ou ainda a transformação do corpo morto em corpo com algumas funções mantidas artificialmente, a fim de permitir a recolha de órgãos para transplantes.

Emergem assim novas modalidades de cidadania, a partir da capacidade de transformar características biológicas, associadas geralmente a um problema de saúde grave

ou debilitante ou gerador de incapacidade, mas também de situações antes consideradas como fatalidades que a medicina não conseguia corrigir, como a infertilidade, no fundamento de reivindicações de direitos. A demanda de medicalização de certos problemas pode, assim, tornar-se uma via de acesso à cidadania. Expressões como “biocidadania”, “cidadania biológica”, “cidadania biomédica”, “cidadania terapêutica” ou “cidadania farmacêutica” têm sido cunhadas por cientistas sociais para descrever essas formas emergentes de cidadania, de que as associações de pacientes são uma expressão organizada com particular visibilidade, mas que toma corpo, também, a partir de iniciativas do Estado e de novas modalidades de governo da vida.

São muito pertinentes algumas interrogações que têm surgido à medida que vão sendo mais bem conhecidas as experiências neste campo, tanto no Norte como no Sul. Se é certo que, em muitos casos, características definidas nos termos da biologia ou da biomedicina podem ser, de fato, vias de acesso à cidadania, especialmente para populações pobres ou excluídas - veja-se o caso das respostas à AIDS no Brasil -, e se elas podem contribuir para reforçar a exigência de maior compromisso do Estado com a saúde e com as políticas sociais, pode ocorrer também que as novas formas de biosocialidade reforcem o descomprometimento do Estado, através das alianças dos novos coletivos com as indústrias, procurando nestas uma resposta que o Estado, assumindo-se como financiador e regulador - mas não como produtor de cuidados, de conhecimento e de inovação - não pode e/ou não quer dar. O reforço e aprofundamento de desigualdades existentes ou a emergência de novas desigualdades pode, assim, ser um dos resultados das novas parcerias entre os novos atores (bio)sociais, a indústria e a assumpção, pelo Estado, de um papel que será, no máximo, o de regulador e de, dentro de certos limites, de financiador, através, nomeadamente, do reembolso de procedimentos de diagnóstico e de terapias produzidos pelo sector privado.

É importante também não esquecer o modo como algumas destas novas formas de biosocialidade e de biocidadania, centradas na idéia de que a resposta aos problemas de saúde virá da pesquisa e desenvolvimento e do acesso a tecnologias inovadoras e a novos medicamentos, podem contribuir para acentuar a desqualificação das “velhas” mas persistentes formas de classificação social dos que sofrem problemas de saúde ligados à pobreza, à subnutrição, às condições de moradia e de trabalho. Entre o reconhecimento de novos problemas e daqueles que sofrem com eles e a necessidade de não esquecer os “velhos” problemas e as “velhas” populações sujeitas a doenças infecciosas e candidatas permanentes a vítimas de endemias, há escolhas que devem ser feitas sobre a definição de prioridades e a

redistribuição de recursos. Como poderão as formas existentes de articulação do instituinte e do instituído lidar com a proliferação das biosocialidades e com as demandas de biocidadanias heterogêneas? E como integrar as novas biocidadanias associadas, por exemplo, à necessidade de ampliar a cobertura do SUS aos seus “ausentes”, como a população de rua, os pobres entre os pobres, os participantes nos ensaios clínicos “relocados” para os países de Sul ou aqueles que, como as populações indígenas, já referidas, apresentam o desafio da redefinição intercultural da saúde e do direito à saúde?

A SAÚDE COMO DIREITO (HUMANO) E A POLÍTICA DA VIDA

Na declaração final da 8ª Conferência Nacional de Saúde do Brasil (1986), era afirmada uma concepção do direito à saúde convergente com a redacção do artº 25º da Declaração Universal dos Direitos Humanos:

“Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade“.

O direito à saúde viria a ser inscrito na Constituição brasileira de 1988, e na seqüência da Emenda popular que resultou do movimento da Reforma Sanitária, seria consagrado como “um direito de todos e uma obrigação do Estado”. Declarações que vão no mesmo sentido, ainda que sem a mesma ênfase no dever do Estado, podem-se encontrar nas constituições de outros países, como Portugal.

Hoje, porém, é notória a secundarização ou o condicionamento desse direito em discursos e proclamações sobre os direitos dos cidadãos e sobre os direitos humanos. A partir da idéia de que existem diferentes gerações de direitos humanos, é conferida prioridade no tempo à realização dos direitos de primeira geração, os direitos cívicos e políticos, em detrimento dos direitos econômicos e sociais, como o direito à saúde. Chegou-se mesmo a defender que a reivindicação de ampliação dos direitos humanos para os direitos de segunda e terceira geração teriam como efeito reduzir a eficácia da luta pelos direitos humanos (uma posição que viria a ser revista por organizações de defesa de direitos humanos, mas com conseqüências limitadas). Como lembrou o médico, antropólogo e ativista sanitário Paul Farmer⁽²⁰⁾, os direitos econômicos e sociais são muitas vezes tratados como os “enteados” dos

direitos humanos, subordinados aos direitos cívicos e políticos. Há mesmo, em certos casos, a idéia de que a violação do direito à saúde não é em si mesma uma violação dos direitos humanos, podendo, contudo contribuir para a violação destes, entendidos como direitos cívicos e políticos.

É importante, por isso, reafirmar a centralidade do direito à saúde na teia dos direitos humanos, mas reconhecendo um problema que Dina Czeresnia enunciou de forma muito lúcida:

“Apesar de configurar avanço inquestionável tanto no plano teórico quanto no campo das práticas, a conceituação positiva de saúde traz novo problema. Ao se considerar saúde em seu significado pleno, está-se lidando com algo tão amplo como a própria noção de vida. Promover a vida em suas múltiplas dimensões envolve, por um lado, ações do âmbito global de um Estado e, por outro, a singularidade e autonomia dos sujeitos, o que não pode ser atribuído à responsabilidade de uma área de conhecimento e práticas”^(21,22).

É central, aqui, a idéia de que, ao ampliar o conceito de saúde no sentido que foi adotado pelo projeto da saúde coletiva, nos veríamos obrigado(a)s a lidar com algo “tão amplo quanto a própria vida”. As implicações desta conceituação ampla da saúde são vastas e radicais sob o ponto de vista do enfoque da saúde como direito humano, como têm apontado as reflexões e práticas ligadas ao que chamo a “constelação da libertação” – o complexo de posições filosóficas, pedagógicas, sociológicas, políticas e teológicas que inclui autores tão diversos como Franz Hinkelammert, Enrique Dussel, Paulo Freire ou Boaventura de Sousa Santos -, e que podem ser condensadas na seguinte fórmula:

“ESTAR VIVO É A CONDIÇÃO PARA SE PODER TER DIREITOS”.

O que Hinkelammert e Dussel chamam o “princípio vida” ou a “vontade de vida” torna-se, assim, um referencial primeiro de todas as práticas na saúde pública e da sua avaliação. Falar de direitos implica reconhecer como direitos primeiros e fundamentais os que têm a ver com a sobrevivência, com a defesa, ampliação e desenvolvimento da vida humana, o que constitui, nas palavras de Dussel, o conteúdo material fundamental de toda a ética e de toda a política^(23,24) (DUSSEL, 1998, 2006).

A partir desse reconhecimento, a saúde humana é reafirmada como um dos direitos humanos fundamentais, e a violação ao direito à saúde (entendida de modo amplo) deverá ser considerada e denunciada como violação dos direitos humanos. E é de fato, muitas vezes,

através das suas violações que o caráter fundamental do direito à saúde como condição de respeito pela vida se torna manifesto. Um Estado que permite que os seus cidadãos sejam privados de acesso a atenção básica ou que não intervenha para garantir as condições materiais de existência sem a qual não pode haver vida humana e saúde no sentido mais amplo é um Estado que, por muito que proclame o seu respeito pelos direitos cívicos e políticos, estará a cometer violações, por vezes em massa, dos direitos humanos. Estas situações ocorrem tanto em países centrais – bastará lembrar o exemplo dos Estados Unidos, o país mais rico e que mais gasta em saúde no mundo, que é também um país onde uma parte substancial da população não tem acesso garantido a cuidados de saúde - como em países periféricos e semiperiféricos, mas são especialmente visíveis onde os efeitos da violência estrutural associada a uma ordem social e econômica injusta e desigual são mais marcantes, atingindo desproporcionadamente as mulheres, as crianças, os idosos ou as populações deslocadas.

A saúde pública tem, pois, de ser pensada como parte integrante e constitutiva de uma política democrática, solidária e de promoção da vida e da igualdade. O Estado, enquanto garante dos direitos dos cidadãos, terá assim um papel central na sua realização, em articulação com organizações e movimentos na sociedade que assegurem as condições de um efetivo controle social sobre a produção, execução, monitoramento e avaliação das políticas públicas.

Enquanto expressão institucional desse “dever do Estado”, o SUS tem sido atravessado por tensões políticas que marcam os projetos políticos que se defrontam na sociedade e no próprio interior do Estado (e que atravessam, também, governos e partidos políticos): de um lado, concepções gestionárias e técnicas que tendem para uma vinculação preferencial a projetos de inspiração neoliberal, baseados na privatização, liberalização e mercadorização da saúde (“o maior negócio depois do comércio de armas”, como dizia, recentemente, em Portugal, uma responsável de um grande grupo privado...); do outro, uma orientação democrática e solidária, que se apóia na experiência histórica da Reforma Sanitária e do projeto da Saúde Coletiva para desenhar novas respostas a desafios que entretanto foram mudando. Um dos sintomas dessa tensão está na confrontação entre critérios de avaliação das intervenções e políticas de saúde pública: avaliação de custo-benefício do sistema, de programas ou intervenções específicas pode assim ser contrastada com a avaliação dos resultados em termos de indicadores globais do estado de saúde da população, como esperança de vida, mortalidade infantil e juvenil, mortalidade materna, e outros indicadores de

saúde e bem-estar, a par de indicadores da situação econômica e social e da participação política e social.

Um domínio que terá de ser repensado em função desta exigência de reafirmar e fortalecer a saúde como um direito fundamental é o da bioética, hoje centrada seja em questões referidas à relação individual médico-doente ou a questões suscitadas pelas novas possibilidades de manipulação da vida ou de prolongamento desta através de meios técnicos, para questões que se referem ao acesso à saúde e à atenção em saúde, às desigualdades, às vulnerabilidades e aos efeitos da violência estrutural e ao respeito pela diversidade de saberes e práticas terapêuticas, àquilo a que Giovanni Berlinguer chamou a bioética cotidiana. Este processo, mais uma vez, está já em curso em países como o Brasil, mas tem ainda um longo caminho a percorrer na Europa ou nos Estados Unidos.

Gostaria de terminar com uma nota de otimismo e, ao mesmo tempo, de prudência.

Uma tarefa importante dos cientistas e intelectuais críticos, hoje, é a reversão da pouca ou nula atenção conferida às experiências da América Latina quando se discute, na Europa ou na América do Norte, os processos de reforma neoliberal do Estado, incluindo a dos sistemas de saúde. Esse ignorar da América Latina é tanto mais estranho quanto foi neste continente que foram experimentadas as políticas neoliberais antes da sua generalização como um dos eixos centrais da globalização hegemônica, através do chamado Consenso de Washington. Foi também na América Latina que primeiro se tornaram manifestas as suas conseqüências no desmantelamento do Estado social, na privatização e mercadorização dos bens comuns e na ampliação e aprofundamento das desigualdades e das exclusões. Não será descabido sugerir que poderá também ser por esta parte do mundo que surgirão as novas experiências e as novas dinâmicas que apontam para um futuro pós-neoliberal.

A revista *Carta Capital* (22.10.08) anunciava, recentemente, que depois da queda do Muro de Berlim em 1989 teria agora caído o outro muro, o de Wall Street e do capitalismo neoliberal, campeão da desregulação, da privatização e do mercado. Talvez esta seja uma visão excessivamente otimista do que está hoje ocorrendo, porventura uma daquelas situações em que é importante saber aliar, como dizia Gramsci, o pessimismo do intelecto com o otimismo da vontade. Mas não será excessivamente arrojado, certamente, afirmar que o contexto mundial de turbulência crescente, exacerbada pelas dificuldades encontradas pelas aventuras bélicas imperiais, pelas crises dos mercados alimentares ou pela crise financeira em curso, amplia o espaço de incerteza e de possibilidades na dinâmica presente e futura do sistema mundial. É essa incerteza, contudo que permite considerar o momento presente como

uma daquelas conjunturas em que, parafraseando Marx, os seres humanos assumem ativamente o protagonismo da sua história, ainda que em circunstâncias que não foram por eles criadas, mas que inscrevem no presente as heranças do passado, sem fechar as possibilidades de um futuro diferente do presente que temos. É este o caminho, estreito e perigoso, sem dúvida, que os processos emergentes que procuram realizar a emancipação terão de percorrer. E, aqui, a experiência das sociedades da América Latina, primeiro banco de ensaio do neoliberalismo, e do Brasil em particular, será certamente decisiva para o desenho e exploração de outros mundos e futuros possíveis.

REFERÊNCIAS

1. Santos BS, organizador. Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2002a.
2. _____. Produzir para viver: os caminhos da produção não capitalista. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2002b.
3. _____. Reconhecer para libertar: os caminhos do cosmopolitismo multicultural. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2003.
4. _____. Semear novas soluções: os caminhos da biodiversidade e dos conhecimentos rivais. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2005a.
5. _____. Trabalhar o mundo: os caminhos do novo internacionalismo operário. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2005b.
6. Santos BS. A gramática do tempo: para uma nova cultura política. São Paulo: Cortez; 2006.
7. Santos BS. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 2007; 78:3-46.
8. Arouca S. O dilema preventivista. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2003.
9. Almeida Filho N, Andrade RFS. Holopatogênese: esboço de uma teoria geral de saúde-doença como base para a promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003; p. 97-115.
10. Almeida Filho N. *A ciência da saúde*. São Paulo: Hucitec. 2000.
11. Gilbert SF. 2008, *Science, Stories, and Personhood: Avoiding a Syllabus of Errors*. Apresentação ao ciclo de seminários “As Ciências da Vida e a Sociedade: Desafios da Era

Pós-Genômica”, Centro de Estudos Sociais e Centro de Neurociências e Biologia Celular da Universidade de Coimbra; 2007-2008.

12. Nunes JA. A pesquisa em saúde nas ciências sociais e humanas: tendências contemporâneas. In: Oficina do CES. Coimbra: Centro de Estudos Sociais; 2006. p.36

13. Oyama S, *et al* organizadores. *Cycles of Contingency: Developmental Systems and Evolution*. Cambridge, Massachusetts: MIT Press; 2001.

14. Taylor, PJ. *Unruly Complexity*. Chicago: University of Chicago Press; 2005.

15. Taylor, PJ., 2008, *Infrastructure and Scaffolding: Themes and Questions to Support Diverse Engagements with the Sciences of Changing Life*. Apresentação ao ciclo de seminários “As Ciências da Vida e a Sociedade: Desafios da Era Pós-Genômica”, Centro de Estudos Sociais e Centro de Neurociências e Biologia Celular da Universidade de Coimbra; 2007-2008.

16. Nunes JA. O resgate da epistemologia. *Revista Crítica de Ciências Sociais* 2008; 80:45-70.

17. Porto MFS. Uma ecologia política dos riscos. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2006.

18. Hubbard R. *Profitable Promises: Essays on Women, Science and Health*. Monroe. Maine: Common Courage Press; 1995.

19. Rabinow P. *Antropologia da Razão*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1999.

20. Farmer P. *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor*. Berkeley: University of California Press; 2005.

21. Czeresnia D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceito, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p.39-53.

22. Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ; 2003.

23. Dussel E. *Ética de la liberación en la edad de la globalización y de la exclusión*. Madrid: Editorial Trotta; 1998

24. _____. *20 tesis sobre política*. México: CREFAL, Siglo XXI Editores; 2007