

DA SAÚDE PÚBLICA À ANTROPOLOGIA: (RE)LIGANDO OS CONHECIMENTOS EM TORNO DAS DESIGUALDADES SOCIAIS E DE SAÚDE

From public health to anthropology: (re)connecting knowledge about social and health inequality

Tatiana Engel Gerhardt¹

RESUMO

Este artigo busca desenvolver uma reflexão teórico-metodológica sobre as relações entre desigualdades sociais e de saúde, o que, no espaço epistemológico das áreas do conhecimento aqui privilegiadas, vai da epidemiologia à antropologia e, na análise dos fatos sociais, vai do individual ao coletivo. Dentro desta perspectiva, são aprofundados elementos de reflexão que recobrem as duas áreas de conhecimento acima citadas e de como esta posição abre perspectivas teóricas e metodológicas que vão além da abordagem paralela sobre o tema. O texto enfatiza a necessidade de aprofundar o debate a cerca da desigualdades sociais e suas relações, identificando as diversidades de situações de saúde a partir do conceito de situações de vida e de vulnerabilidade.

PALAVRAS-CHAVE: Iniquidade Social; Desigualdades em Saúde; Saúde Pública; Epidemiologia; Antropologia.

INTRODUÇÃO

O estudo das desigualdades sociais e suas relações com a saúde, ainda que o tema não seja novo, apresenta desafios teóricos e metodológicos a serem superados, pelas profundas e rápidas transformações econômicas, sociais e institucionais que evidenciaram os limites das políticas de saúde, das formas de cuidado e das práticas assistenciais. As desigualdades sociais são relatadas na história de forma constante e universal, demonstrando como a riqueza é distribuída nos diferentes contextos históricos e sociais e quais os valores agregados a esta distribuição. Ao longo de toda a história da saúde pública, a relação entre saúde e meio ambiente esteve presente nos estudos higienistas, sobretu-

ABSTRACT

The text attempts to develop a theoretical-methodological reflection about the relations between social and health inequalities. In the epistemological space of the areas of knowledge contemplated in this reflection (epidemiology and anthropology), the text analyzes social facts based on the relations between the material and the immaterial, and the individual and the collective. Within this perspective, reflection on the two aforementioned knowledge areas is deepened, and this position is shown to open theoretical and methodological perspectives that reach beyond the parallel approach to the topic. The text emphasizes the necessity of deepening the discussion on social inequalities and their relations, identifying diversities of health situations from the concepts of living and vulnerability situations.

KEY WORDS: Social Inequity; Health Inequalities; Public Health; Epidemiology; Anthropology.

do a partir do século XIX, em que a saúde (sobretudo nas cidades) é analisada através de instrumentos e abordagens da geografia, da demografia, das estatísticas sanitárias, mas também da sociologia.¹

As desigualdades sociais e as grandes disparidades nas taxas de mortalidade, identificadas nos estudos desse período, são interpretadas como sendo uma consequência da situação econômica das sociedades industriais, e não como um produto específico do ambiente por si só. Estas interpretações conduzem o estudo das relações entre ambiente e saúde unicamente do ponto de vista da influência do espaço sobre o estado de saúde ou sobre a situação sanitária da população. O aporte dos estudos higienistas é, portanto, significativo, mas apresenta, hoje, limitações

¹ Tatiana Engel Gerhardt, Doutora em Antropologia Social/Université de Bordeaux 2-França. Professora de Saúde Coletiva, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: tatiana.gerhardt@ufrgs.br.

para a compreensão das relações entre saúde, condições de vida e ambiente, na medida em que reduzem os problemas de saúde existentes na vida cotidiana às problemáticas que somente a epidemiologia tem condições de construir.

Nos países em vias de desenvolvimento, o crescimento extremamente rápido das cidades e o aumento da população urbana colocam muito rapidamente em evidência os limites dessa abordagem. O ambiente urbano torna-se um espaço onde os modos de vida são cada vez mais diversos e complexos e onde as disparidades se manifestam de forma visível em relação às necessidades e às dificuldades. Para os que moram na cidade, as dificuldades são inúmeras: é preciso responder às necessidades básicas em termos de alimentação, moradia, vestimentas, saneamento, energia, compartilhamento de um espaço físico limitado, enfrentamento do acúmulo de lixo, proteger-se dos riscos e das doenças, enfim, poder viver e sobreviver.

As rápidas transformações do meio urbano tornam estes problemas mais incisivos e de difícil controle. Muito rapidamente, as administrações locais enfrentam grandes problemas na organização do território, dando possibilidade para as ocupações ilegais e desordenadas do espaço. Em consequência, o quadro de vida degrada-se e, com ele, a saúde da população, sobretudo dos menos favorecidos economicamente, através de doenças associadas à precariedade da moradia, à transmissão de doenças infecciosas devido à alta densidade populacional, à poluição da água, ao lixo, para citar somente alguns exemplos.

No contexto brasileiro, as desigualdades sociais fazem parte de uma de suas características predominantes ao longo de sua história. As diferenças internas do país mostram contrastes marcantes, com situações extremas, quando se comparam as regiões Norte, por exemplo, e Nordeste (menos desenvolvidas economicamente) com outras regiões, sobretudo as regiões Sul e Sudeste, o meio rural com o meio urbano, e as regiões metropolitanas com as cidades do interior de cada estado. Fora as importantes desigualdades internas, o Brasil revela, em relação ao contexto mundial, uma situação particular que contrasta sua posição relativa na classificação do PIB (13º lugar), do PIB *per capita* (64º lugar) com a posição que ocupa na classificação do IDH (63º lugar), o que coloca o país numa posição muito inferior a países menos desenvolvidos industrialmente e economicamente.² Isto pode ser explicado por um quadro de desigualdades persistente e pronunciado como também pelas políticas de saúde e de educação ineficazes. Outro aspecto do desenvolvimento brasileiro que merece atenção reside no fato de que, ao longo dos últimos anos, mesmo o IDH tendo mostrado um crescimento gradual que se

traduz por melhorias dos fatores levados em conta (PIB *per capita*, saúde, educação), a concentração econômica se acentua contribuindo com o aumento das desigualdades. Novas questões podem ser colocadas neste novo contexto, pois as dicotomias rural/urbano, norte/sul são bastante acentuadas, ao mesmo tempo em que se encontra uma grande heterogeneidade e complexidade no meio urbano, um espaço social com uma profusão de relações sociais, redes, trocas e interrelações intensas.

A tradução das desigualdades sociais em termos de disparidades de saúde faz da saúde pública um campo interessante para o estudo destas relações, sobretudo em um país tão desigual, com diferenças em todas as escalas e níveis; permite também identificar, através das disparidades de saúde, as dinâmicas sociais subjacentes que produzem as desigualdades sociais. Os estados brasileiros apresentam disparidades no estado de saúde da população que podem ser observadas quando se comparam os indicadores de saúde dos estados do Nordeste com os do Sul. A diferença, em 2000, em termos de esperança de vida, atinge 6 anos entre o Estado do Alagoas (65,8 anos) e o da região Sul (71 anos); quando se compara a mortalidade infantil, em 2004, a diferença é de 3,5 vezes maior, com 73,07 mortes/nascidos vivos no Alagoas (na região Nordeste 33,9 mortes/nascidos vivos) contra 18,3 mortes/nascidos vivos no Rio Grande do Sul (na região Sul 15,0 mortes/nascidos vivos).³

Este tipo de análise que se concentra nos extremos tende a simplificar a realidade, mostrando uma imagem dualista de extremos que convivem, como a da “Belíndia” (Bélgica e Índia), sem colocar em evidência a complexidade dos processos sociais, demográficos e sanitários dos “muitos brasis”.⁴ A grande maioria das análises enfatiza que a população mais pobre tem uma carga maior em termos de doenças e de mortes. Nessa visão linear, a noção de causa-efeito entre situação econômica e saúde não leva em conta a realidade social, no interior da qual se estabelecem dinâmicas de interrelações e interdependência que geram situações sociais mais complexas. A intermediação nesta relação entre o indivíduo, pessoa, sujeito e a sua situação de vida deve incorporar as nuances existentes entre os dois elementos desta relação: aspecto econômico e saúde.

Face ao volume de trabalhos existentes sobre tema e o grande interesse atual voltado à construção de indicadores e ferramentas metodológicas capazes de responder às demandas existentes em relação à pesquisa neste campo, a intenção não é a de esgotar as múltiplas formas de análise, mas, ao contrário, estimular a reflexão e o debate.

As relações entre desigualdades sociais e a saúde

As reflexões aqui apresentadas partem da abordagem das desigualdades sociais e dos determinantes de saúde pela epidemiologia; na sequência são abordados alguns pontos referentes à abordagem antropológica, que através de métodos e ferramentas específicas, retoma essas questões numa tentativa de compreensão da realidade de vida social através da qual perpassam os determinantes de saúde dos indivíduos. Por fim, apresentam-se possibilidades para a abordagem desta relação.

Da saúde pública...

A saúde das populações de países em desenvolvimento reflete frequentemente as falhas e a parcialidade da política de saúde e a incapacidade dos governos de inserir as questões de saúde num processo de desenvolvimento mais amplo. É assim que, até pouco tempo, os programas de saúde eram baseados em teorias relativas à economia da saúde. Ao longo de toda a evolução institucional da saúde pública, notamos uma atenção centrada nos aspectos biológicos da doença em detrimento de seus determinantes sociais. Este modelo atravessou toda a história da saúde pública brasileira e constitui, ainda hoje, um obstáculo para a implantação de um sistema de saúde igualitário.⁵ Essas constatações se tornaram banais, muito embora seja importante ressaltá-las na medida em que países como o Brasil permanecem confrontados na atualidade ao crescimento das desigualdades sociais e de saúde.

Nesse sentido, torna-se necessário e atual realizar uma reflexão sobre as diferentes abordagens sobre o tema, a partir de estudos realizados no campo da epidemiologia e também da antropologia.

Na Europa, até os anos 90, quase a totalidade da produção sobre o tema utilizava as classes socioprofissionais para a análise dos diferenciais de mortalidade.⁶⁻¹⁹ Em 1990, a OMS promoveu uma reunião sobre as Iniquidades de saúde na Europa, com o objetivo de buscar subsídios para a “Saúde para Todos”. As principais conclusões referiram-se à necessidade de melhorar os sistemas de informação e de afinar os indicadores sociais, muito centrados, até então, nas categorias profissionais.

Em relação à produção na América Latina, Behm²⁰ registra no Chile que a mortalidade infantil era mais elevada entre as crianças de operários do que de não operários, e que os efeitos do cuidado médico e da urbanização tinham pouco impacto sobre as mudanças deste indicador, quando as condições de vida eram adversas.²¹ Mais recentemente,

Behm-Rosas²² desenvolveu uma pesquisa sobre os determinantes de sobrevivência de crianças, dividindo-os em familiares e estruturais e identificando, como variáveis associadas, a ocupação do pai, a participação da mãe nas atividades produtivas, as características étnicas e as condições de moradia.

Dentre estes inúmeros estudos, no início da década de 70, Laurell²³ no México e Breilh²⁴, no Equador, propõem reformulações na concepção do processo saúde-doença, de modo a reformular as práticas sanitárias dominantes. Para estes autores, as doenças são determinadas pelas formas de organização social da produção, ao gerarem diferenciais de qualidade de vida e exposição a “processos deteriorantes” segundo as classes sociais a que pertencem os indivíduos. Sendo assim, Breilh²⁵ subsidia a sua proposta de estudos de perfis epidemiológicos de classes sociais enfatizando que cada grupo-sexo-etnia tem um perfil de saúde característico. Desta forma, seu estudo requer o entendimento do processo saúde-doença como um fato social a ser analisado em suas múltiplas dimensões. Como movimento político, estes últimos autores propõem a formulação de um novo referencial teórico dentro do que chamam de “epidemiologia social”.

No México, Bronfman e Tuíran²⁶ desenvolveram uma proposta de operacionalização do conceito de classe social na pesquisa epidemiológica e trouxeram uma colaboração no sentido de transpor as dificuldades teóricas e operacionais desta nova abordagem, que trabalha com múltiplos níveis e recortes da realidade, conservando uma importância explicativa fundamental ao fato de pertencer a uma classe social na geração de diferenças em relação à morte e à doença. Ainda no México, Lozano *et al.*²⁷ analisam a desigualdade social, a pobreza e a saúde. Lemus²⁸ analisa as condições de vida e de saúde na Argentina; Nuñez²⁹ trabalha sobre os perfis de mortalidade segundo as condições de vida na Venezuela. Estes dois últimos autores tentam recompor a pobreza a partir de um indicador de “Necessidades Básicas Insatisfeitas” (NBI), proposto pelo PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento) construído a partir de cinco indicadores parciais de carências: a densidade intradomiciliar, a presença de equipamentos de saneamento, a educação e o nível de renda. Diversos trabalhos demonstraram a relação inversa entre as propostas do indicador do NBI e a qualidade de saúde e insistem sobre o fato que o desprovidimento social determina maior frequência de doenças e que é necessário alocar diferentes recursos de forma mais adequada para enfrentar estas carências e reduzir o seu impacto na situação de saúde.

A Organização Pan-americana de Saúde, dentro de seu programa de Análise de Situação de Saúde, postula a utilização de conceitos de necessidades e problemas e propõe a estruturação de Sistemas Nacionais de Vigilância de Situação de Saúde segundo Condições de Vida, através do trabalho de Castellanos³⁰, que traz aportes conceituais e sugestões operacionais para análises das relações saúde e condições de vida. Para este autor, o processo saúde-doença pode ser entendido tanto como expressão das condições de vida, como determinante de outros fenômenos da vida humana e o seu estudo se caracteriza pela complexidade e indefinição, exigindo o emprego de inúmeras variáveis e admitindo um alto grau de incerteza quanto à relação entre elas.

Diferentes estudos realizados no Brasil sobre as relações entre a situação socioeconômica e o estado de saúde da população urbana utilizam indicadores socioeconômicos (renda, PIB, ocupações, consumo de bens e serviços, educação, etc.), socioambientais (tipo de habitação, densidade habitacional, acesso as redes de água e esgoto, coleta de lixo, etc.) e de saúde (mortalidade infantil, mortalidade geral, mortalidade por causas, morbidade, etc.) na avaliação de diferenciais intraurbanos. No Brasil, Leser³¹, Paim³² e Monteiro³³ evidenciaram a degradação das condições de saúde da população frente ao “milagre brasileiro”. Thébaud-Mony³⁴ evidenciou as consequências das desigualdades sociais na saúde no Brasil, através das elevadas taxas de mortalidade infantil contrastadas segundo as regiões do país (60.4 óbitos de crianças menores de um ano/1000 NV na região Nordeste; 22.8/1000 NV na região Sul).

Guimarães e Fishmann³⁵, em estudo realizado na cidade de Porto Alegre (região Sul do Brasil), identificaram as diferenças da mortalidade infantil entre favelados (163,4 mortes/1000) e não favelados (12,6/1000), o que significa que, para a população pobre, há 163 crianças/1000 que morrem antes de atingirem 1 ano de idade. Neste estudo foram selecionadas quatro grandes áreas geográficas da cidade, de acordo com suas características socioeconômicas (setor central, intermediário norte, intermediário sul e periférico), sendo analisada a distribuição da mortalidade infantil e as causas de mortalidade na população favelada e não favelada destes quatro setores.

Paim *et al.*³⁶ relacionam a distribuição espacial da mortalidade infantil proporcional na cidade de Salvador e os indicadores socioeconômicos e sanitários destes espaços. Os indicadores socioeconômicos utilizados foram: proporção de famílias de baixa renda (0 à 5 salários mínimos), proporção de habitações precárias, disponibilidade de água *per capita*, densidade habitacional, número de alunos

matriculados em escolas públicas de primeiro grau. Como indicadores sanitários foram utilizados: disponibilidade de médicos em centros e postos de saúde, disponibilidade de leitos-maternidade, disponibilidade de leitos hospitalares. Dentre os resultados obtidos, salienta-se a proporção de mortes de crianças menores de um ano foi de 3.9% nos bairros “ricos” e de 52.5% nos bairros “pobres”.

Na cidade de Pelotas-RS, um importante estudo longitudinal acompanhou um grupo de 6.000 crianças nascidas em 1982. Dentre os resultados publicados, os de Barros *et al.*³⁷ analisaram a saúde perinatal e os fatores sociais e biológicos relacionando-os com o aleitamento materno e o nível socioeconômico. Os trabalhos de Victora *et al.*^{38,39} analisaram o peso ao nascer, o nível socioeconômico e o crescimento da criança, evidenciando as desigualdades de sobrevivência infantil de acordo com a classe social. Cabe mencionar também os trabalhos de Barros⁴⁰ sobre a utilização do conceito de classe social nos estudos de perfis epidemiológicos, e os de Lombardi⁴¹ que propõem a operacionalização do conceito de classe social, adaptado de Bronfman e Tuíran.

No debate intelectual entre epidemiologistas e sociólogos brasileiros, críticas foram formuladas à epidemiologia social, pois segundo Possas⁴², a epidemiologia não leva em conta as mediações teóricas necessárias à construção de uma teoria epidemiológica diferente. Ela propõe a adoção de um novo referencial teórico baseado “sobre as formas concretas de inserção socioeconômica (condições de trabalho e condições de vida) da população”, capaz de definir modelos distintos de determinação do processo saúde-doença.

O tema das desigualdades sociais e de saúde adquire tal importância que ele se torna o tema do 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia (“Epidemiologia e desigualdade social: desafios do fim do século”), realizado em Campinas, em 1990. Loureiro⁴³ apresentou um trabalho sobre desigualdades, doenças e morte segundo as regiões brasileiras. Victora *et al.*³⁹, um trabalho sobre a forma de medir o nível socioeconômico nos estudos epidemiológicos de saúde infantil.

Stephens⁴⁴ e Akerman *et al.*⁴⁵ desenvolveram estudos sobre os diferenciais intraurbanos de mortalidade na cidade de São Paulo, partindo da utilização da base geográfica municipal (56 distritos e subdistritos) em que se compatibilizam dados censitários e do movimento do registro civil. Os indicadores socioeconômicos utilizados para caracterizar a desagregação geográfica foram: renda familiar *per capita*, consumo de água *per capita*, rede de esgoto, percentagem de população analfabeta e com primário incompleto, número

de pessoas por domicílio. Os resultados encontrados foram: diferenças significativas em termos socioeconômicos entre as zonas com reflexos marcantes nos padrões de mortalidade por idade, sexo, causas e regiões da cidade (piores zonas, piores indicadores).

Outro estudo realizado simultaneamente em Accra (Gana) e em São Paulo por Stephens⁴⁴ analisa os diferenciais intraurbanos de saúde nas cidades. Ela utiliza um indicador para identificar os diferentes espaços da cidade, através de um escore que leva em conta a presença de água de boa qualidade, as condições de moradia, o nível de renda, o nível de educação e o destino do lixo. Uma associação inversa é revelada entre a qualidade de vida e a pontuação do escore. Ainda na cidade de São Paulo, Duncan *et al.*⁴⁶ desenvolveram estudos sobre os diferenciais de mortalidade segundo as classes sociais. Outras pesquisas transversais foram igualmente realizadas utilizando-se dados de pesquisas nas quais a classe social é atribuída ao indivíduo ou à família entrevistada, geralmente a partir da ocupação ou do nível de educação ou de renda.

Estudo realizado por Gianini⁴⁷, através de uma revisão bibliográfica, analisa 41 estudos latino-americanos e 34 estudos de outros países, realizados durante o período de 1960-88, fazendo uma comparação com as estratificações sociais utilizadas, os modelos de estudos e os resultados obtidos, na tentativa de identificar padrões de sensibilidade, poder de discriminação e consistência. No mesmo sentido, Almeida Filho⁴⁸ realiza estudo da produção científica, a partir dos anos 60, na América Latina e Caribe, sobre desigualdades em saúde segundo condições de vida, no qual faz uma análise da metodologia e operacionalização desses estudos.

Em suplemento da Revista de Saúde Pública, Monteiro e Freitas⁴⁹ avaliam os condicionantes socioeconômicos da saúde na cidade de São Paulo no período de 1984-1996. Como indicadores socioeconômicos, foram utilizados a renda familiar *per capita* e anos de escolaridade declarados pelas mães das crianças estudadas.

Um estudo organizado por Minayo⁴ mostra uma preocupação em evidenciar a coexistência de vários perfis de doença nas diferentes camadas da população brasileira, assinalando a complexidade dos processos sociais, demográficos e sanitários das diferentes regiões brasileiras, apesar da maior carga que os mais pobres e os excluídos carregam em termos de doença e de morte. Mas já em 1994, Castiel⁵⁰ analisou a necessidade de uma mediação entre os níveis sociais e individuais, um nível de organização intermediária para demonstrar “de que forma as variáveis consideradas como pertencentes a uma dimensão macrosocial (por

exemplo, a classe social) teriam relações causais diretas (ou determinantes) com o aparecimento de eventos específicos detectados no nível microssocial”.

No 2º Congresso Brasileiro de Epidemiologia, Goldbaum⁵¹ assinala o esforço da epidemiologia na busca de uma equidade de saúde ao longo do tempo, reiterando o papel da epidemiologia no estudo da saúde das populações no contexto coletivo. Neste ano, a ABRASCO realiza um seminário latino-americano sobre condições de vida e situação de saúde, na cidade de São Paulo, resultando em um trabalho organizado por Barata⁵² que agrupa a contribuição de vários autores latino-americanos na abordagem dos aspectos teóricos, conceituais e metodológicos sobre o tema.

Viana *et al.*⁵³, em estudo desenvolvido em parceria pelo IPEA/OPAS, com o objetivo de medir as desigualdades em saúde no país, encontraram persistência das desigualdades geográficas e de renda, ao utilizarem como indicadores a oferta de recursos humanos e estruturais (médicos/1000 hab., leitos/1000 hab.), o acesso e utilização dos serviços (internações/100 hab., consultas/hab/ano) e financiamento (SUS, convênios, particular), desagregados por macrorregião e/ou estado, para mensurar as desigualdades geográficas. Também analisam a qualidade da atenção (razão de câncer de mama e útero, análise do usuário), situação de saúde (esperança de vida, mortalidade infantil), e saúde e condições de vida (escolaridade, renda, taxa de pobreza), como medidas de condição de saúde, aplicando a renda como categoria de análise.

Do mesmo modo, estudos mais recentes, como o de Duarte *et al.*⁵⁴, trabalham a epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil, utilizando o conceito de desigualdade em saúde especificamente como a distribuição desigual dos fatores de exposição, dos riscos de adoecer ou morrer e do acesso a bens e serviços de saúde entre grupos populacionais distintos. Também em 2002, Silva e Barros⁵⁵ analisam historicamente o conceito de desigualdade e abordam o tratamento dado à desigualdade em saúde. São analisadas as desigualdades naturais e sociais, o conceito de equidade, as explicações teóricas sobre a desigualdade e a estratificação social nas sociedades modernas. São analisadas, também, as relações entre os estudos sobre desigualdades sociais em saúde e a epidemiologia, desde o nascimento dessa disciplina, passando pela era bacteriológica e chegando aos dias de hoje, em que cresce o interesse pelo tema. Apontaram os limites teóricos e metodológicos na abordagem do tema.

No entanto, falar sobre desigualdades sociais e desigualdades em saúde em nosso país é sempre um desafio, sobretudo quando tanto já se falou sobre esses problemas e sobre os mecanismos que os produzem, “*mesmo quando*

governos procuram mobilizar a sociedade e as forças políticas para medidas destinadas a golpear alguns dos mecanismos mais importantes de reprodução da desigualdade - como a inflação, as restrições de acesso à educação e à saúde, o desemprego, o escasso impacto redistributivo dos investimentos e gastos sociais - não é fácil vencer as resistências e dar à problemática social o destaque que merece”.^{56:10}

Os estudos desenvolvidos demonstram poucas mudanças nas formas de abordagem das relações entre as desigualdades sociais e desigualdades de saúde, ou seja, ancoradas de forma linear em indicadores socioeconômicos. É inegável a contribuição destes estudos, como também é importante ressaltar que são estudos que se situam em um nível de análise mais global, em que são demonstrados os aspectos mais gerais de uma determinação socioeconômica e ambiental. Não se nega a existência de mecanismos macroestruturais na constituição das desigualdades, mas deve-se ir além, pois com esta redução, perde-se a oportunidade de aprofundar o conhecimento sobre aspectos mais dinâmicos, subjacentes a cada realidade social, desses processos de desigualdades e suas complexas relações com a saúde.

Embora vários estudos incorporem indicadores sociais, estes não expressam a forma como os atores sociais lidam com essas variáveis na vida cotidiana. Torna-se imprescindível descartar o raciocínio mecanicista de que bastaria crescimento econômico para superarmos os problemas de saúde da população. Ele é amplamente desejável e absolutamente necessário, entretanto a questão é mais ampla. A existência de um quase consenso de que pessoas expostas a condições sociais e econômicas desfavoráveis apresentam piores condições de saúde, demonstra a contínua tendência em se considerar a existência de uma relação direta e linear de determinação das desigualdades sociais em desigualdades de saúde, como fica evidente quando afirma Sagar⁵⁷, parecer lógico que os pobres sejam menos saudáveis que os mais ricos e que o ambiente físico seja decorrente do ambiente social. Estes estudos, embora demonstrem preocupação com a questão social da saúde, não incorporam o universo de fatores que envolvem a questão saúde, sobretudo por não considerar o papel dos atores sociais na mediação de suas condições de vida e saúde.

Um diagnóstico assim estabelecido requer soluções colocadas apenas em termos de modificação radical do alicerce social e econômico da sociedade. Com esta redução, perde-se a oportunidade de aprofundar o conhecimento sobre aspectos mais dinâmicos, subjacentes a cada realidade social, destes processos de desigualdades e suas complexas relações com a saúde. As categorias de análise macroestruturais fazem referência ao contexto no qual está inserida a vida cotidiana dos indivíduos, mas elas

não explicam toda a realidade social. Elas são importantes em um certo nível (pois afetam as decisões e escolhas dos indivíduos), além de outros fatores que intervêm, como as condições de vida objetivas. Por outro lado, é preciso considerar que existe uma possibilidade, um espaço, uma margem onde os indivíduos, sendo atores de suas próprias vidas, desenvolvem estratégias de enfrentamento aos problemas que lhes são impostos e, desta forma, constroem suas próprias situações de vida. Estas estratégias incluem as modalidades de manejo do quadro de vida material e social restritivo e expressam as diferentes capacidades individuais. Para ir além da dimensão coletiva e do nível de análise mais global, é preciso enriquecê-lo acrescentando a noção de ator social e, neste caso, é preciso desenvolver novas metodologias e instrumentos de análise que sejam capazes de incorporar tal noção.

... à Antropologia e saúde

A vida em sociedade apresenta atualmente diferenças crescentes entre as categorias sociais, em relação ao emprego, renda, moradia, ambiente físico, alimentação e saúde. Além disso, a saúde constitui um elemento central e essencial para a reprodução dos grupos humanos e dos indivíduos. Assim, a saúde constitui um campo favorável para a avaliação objetiva do quadro de vida e do que ele pode produzir no corpo físico de indivíduos, pois o corpo reflete, de certo modo, os traços do ambiente material e social de cada indivíduo.

A saúde constitui assim, no campo antropológico, um ângulo de análise e um campo esclarecedor do funcionamento da sociedade. Entretanto, o desafio consiste em relacionar as questões de saúde com a desigualdade social, objeto recente para a antropologia, disciplina cuja escala de análise é bastante distinta de outras disciplinas que já incluíam, em seus objetos de estudo, as relações entre desigualdades sociais e saúde, como é o caso da sociologia. Desta forma, dois aspectos parecem pertinentes para o debate: o espaço da saúde na antropologia e o estudo das relações entre desigualdades, pobreza e saúde como novo campo para a disciplina.

Há certo consenso entre os pesquisadores da área da saúde coletiva, sobre os limites de uma concepção de saúde centrada nos aspectos biológicos e na modificação radical dos comportamentos individuais. Diversas vezes, a antropologia e a sociologia foram solicitadas para auxiliar na compreensão de questões formuladas pelo campo da saúde através da evidência da dimensão social e cultural da saúde e da doença.

Em relação à antropologia especificamente, sua vinculação com a saúde é definida como *“uma sub-disciplina da antropologia dedicada à análise da maneira pela qual as pessoas, em diferentes culturas e em diferentes grupos sociais dentro de uma mesma cultura, reconhecem e definem os seus problemas de saúde, tratam seus pacientes e protegem sua saúde. A antropologia da saúde tem como objeto principal de pesquisa as concepções populares e profissionais dos problemas de saúde, a natureza de tratamentos da doença, os tipos de terapeutas que aplicam estes tratamentos, os processos pelos quais os indivíduos procuram ajuda e as instituições que governam o espaço sociocultural de saúde”*.^{58:15}

De uma forma geral, a antropologia define o conceito de cultura e o tem como objeto científico privilegiado. Sem entrar no debate da evolução e da história da antropologia, a rápida transformação das sociedades hoje e as falhas de diversos programas de prevenção e de promoção da saúde, fizeram emergir novos objetos, novos conceitos, novas metodologias. A antropologia se vê assim confrontada ao desafio de construir uma problemática a partir de seu objeto de estudo (a cultura) e dos instrumentos que ela construiu (visão holística, observação participante) e de se confrontar a outras abordagens científicas, a outros enfoques de reconstrução da realidade, sobretudo os da epidemiologia.

A noção de cultura, noção central da antropologia, assume diferentes significados no interior da disciplina e, durante muito tempo, dominou a antropologia. Partindo da noção de Raynaud⁵⁹ que define cultura *“como toda configuração singular de linguagem, de pensamentos, de saberes, de organização de relações sociais, de práticas materiais, que são associadas a um grupo humano, considerado também na sua singularidade”*, podemos observar que cultura *“é um conjunto de princípios (explícitos e implícitos) herdados pelos indivíduos enquanto membros de uma sociedade particular. Tais princípios mostram a eles a forma de ver o mundo, de vivenciá-lo emocionalmente, e de comportar-se dentro dele em relação a outras pessoas, a deuses, ou forças sobrenaturais e ao meio ambiente natural. Ele também fornece a forma de transmitir estes princípios para a geração seguinte, através do uso de símbolos, linguagem, ritual e artes. De certa forma, a cultura pode ser considerada como uma “lente” herdada, através da qual os indivíduos percebem e compreendem o mundo que habitam, aprendendo a viver dentro dele. Crescer dentro de qualquer sociedade é uma forma de “endoculturação”, processo através do qual o indivíduo adquire gradualmente a “lente cultural” daquela sociedade. Sem essa percepção compartilhada do mundo, a coesão ou a continuidade de qualquer grupo humano seria impossível”*.⁶⁰

Certos pesquisadores, e já há algum tempo, concentram sua atenção nas dinâmicas e nos processos de transformações da sociedade. Abordadas desta forma, as sociedades apresentam uma constante recomposição, consequência da urbanização e do crescimento populacional, das transformações econômicas e políticas, dos problemas ambientais. Neste processo, as sociedades se encontram afetadas tanto no nível de vida material quanto nas formas de pensamento e de organização das suas relações sociais.⁶¹ Assim, a antropologia precisa enfrentar alguns desafios teóricos: rejeitar os limites do culturalismo (as sociedades não são estáticas), reconhecer e analisar a existência de tais dinâmicas (o tempo como categoria central para análise das transformações dos padrões culturais), sem perder de vista a pertinência do conceito de cultura, ainda central para a disciplina.

As estratégias desenvolvidas pelos indivíduos e os discursos que as acompanham são elaborados a partir de instituições, de representações coletivas e de relações sociais preexistentes que são reinterpretadas e recompostas de acordo com as adversidades existentes. O enfoque das dinâmicas sociais requer, assim, uma articulação entre o social e o cultural. Paralelamente a esta articulação, são as relações entre o indivíduo e a sociedade que proporcionam outro desafio, pois para dar conta das dinâmicas, dos conflitos, das contradições, nos distanciamos da visão segundo a qual as práticas e as representações individuais são impostas pela realidade. O ator, como negociador das novas realidades sociais e culturais, não é, porém, muito presente nos trabalhos antropológicos.

Neste campo, o objeto das desigualdades sociais e de saúde torna-se pertinente para levar em conta as relações entre o individual e o coletivo. O desafio consiste, entretanto, em conciliar a atenção legítima dada ao ator individual com a preocupação de identificar o que, no universo cultural ao qual ele está conectado (complexo, diversificado e em transformação), forma e informa sobre suas decisões e suas escolhas. A saúde e a doença oferecem um campo particularmente fértil para a aproximação da esfera do público e do privado, do indivíduo e do coletivo, na medida em que a saúde, a doença, o infortúnio, o sofrimento inscrevem-se no corpo dos indivíduos. Além disso, a saúde constitui um excelente revelador da complexidade e da dinâmica e torna-se um caminho para ler a realidade social.

No campo das ciências sociais, a sociologia manifestou interesse crescente pela saúde, sobretudo a partir do fim dos anos 1980, em diferentes domínios: sociologia da medicina, da família e das relações sociais de sexo, dos modos de vida e das desigualdades sociais⁶². Os estudos desenvolvidos por Pierret (1988 e 1993) levaram em conta

diferentes indicadores para compreender o lugar ocupado no sistema produtivo.⁶² O que surge como questão nestes diferentes estudos é a dificuldade em estabelecer as classes sociais e a forma de apreendê-las.

Segundo Aiach e Cebe⁶³, o acúmulo de fatores de risco é multiplicado para os que estão em uma situação afetiva e socioprofissional desfavorável. Os autores evocam três hipóteses para explicar as diferenças entre as classes sociais: “as categorias mais desfavoráveis desenvolvem uma cultura fundamentada na passividade e no fatalismo; existe um grande abismo entre a classe média e a classe de trabalhadores; a procura de serviços de saúde é percebida diferentemente em termos de custos e benefícios de acordo com a classe social”. Estas hipóteses remetem às condições de vida, aos valores e às atitudes globais em função da situação social.

“Quando a existência de uma relação direta entre condições sociais e econômicas e suas consequências sanitárias não é verificada, os estudos fazem intervir variáveis intermediárias, e se direcionam para a análise dos fatores estruturais (de onde surge, por exemplo, que os serviços de saúde são mais adaptados às necessidades das categorias mais altas), culturais (existência de crenças e transmissão familiar destas crenças que se tornam difíceis de serem evidenciadas), e comportamentais (dificuldades de evidenciar a forma com a qual o contexto social e cultural intervém na saúde levam a realização de estudos que privilegiam uma melhor compreensão dos comportamentos individuais em detrimento dos processos sociais)”.^{62:18}

A centralidade colocada nos comportamentos individuais mostra que o modelo biomédico deposita a responsabilidade no indivíduo em termos de saúde e prevenção e conduz a minimizar as influências sociais e econômicas, acentuando o peso dos modos de vida individuais. A valorização da responsabilidade individual se confronta, entretanto, com as limitações econômicas e sociais que impedem as mudanças dos comportamentos individuais.

A utilização de variáveis sociais, objetivas e subjetivas (categoria social, profissão, renda, região geográfica, ambiente físico, desemprego, apoio social), comportamentais (consumo de cigarros, de álcool, exercícios físicos, regime alimentar) e de atitudes (fatores de saúde, causas de doenças, crenças) leva a concluir que “as variáveis sociais que incluem o apoio social possuem maior peso na saúde do que os comportamentos”; “o modo de vida em geral tem um efeito mais importante na saúde do que a posição econômica e profissional”¹². Na Inglaterra, várias noções foram desenvolvidas em torno desta questão, como *health behavior* ou *health promotion*, para integrar os estilos de vida (*lifestyles*) na análise⁶². Vários estudos foram desenvolvidos sobre os comportamentos individuais e a maioria dentre

eles demonstrou que é difícil compreender os comportamentos individuais sem lhes situar no conjunto de comportamentos da vida cotidiana.

O que sobressai destes diferentes estudos, do ponto de vista da sociologia, é a dificuldade em tratar os fatores socioculturais em variáveis descontextualizadas. Os comportamentos e as percepções que estão por detrás destes fatores não são situados no contexto de ameaça que fundamenta a resposta que o indivíduo dará ao evento ameaçador.

Outros estudos sobre o tema das desigualdades sociais e de saúde forma desenvolvidos por antropólogos, sobretudo nos trabalhos de Fassin^{64,65} na África, Fassin e Jeannée⁶⁶; Fassin e Aiach⁶⁷; Develay *et al.*⁶⁸, e Fassin⁶⁹ na América Latina, dentre muitos outros. Os estudos realizados na África mostram a existência de fracas correlações entre o nível socioeconômico e o estado de saúde da população ou o acesso aos serviços de saúde, a importância de articular a pesquisa epidemiológica e antropológica para abordar essas questões e a necessidade de levar em consideração outros tipos de indicadores para medir as desigualdades sociais, sobretudo os relacionados às práticas sociais adotadas para o enfrentamento da doença e da morte. Contrariamente ao que pode ser observado na África, os estudos realizados na América Latina mostraram um forte correlação entre o nível socioeconômico e o estado de saúde da população ou o acesso aos serviços de saúde.

Outra pesquisa realizada na África, de caráter interdisciplinar, procurou associar a categoria espaço com a estratificação socioeconômica da população.^{59, 70-77} Foi em torno dos questionamentos sobre o fenômeno de crescimento urbano, sobre suas manifestações demográficas e geográficas, sobre seu significado social e econômico, que foi orientado o conjunto do programa de pesquisa. Os resultados obtidos mostraram, sobretudo em relação a alguns parâmetros, uma baixa associação estatística entre o nível socioeconômico e o estado de saúde da população e a importância das práticas sociais (tais como a capacidade em mobilizar relações sociais no parentesco, na vizinhança ou no meio socioprofissional) no enfrentamento dos problemas cotidianos. Ainda, as pesquisas desenvolvidas mostraram claramente a pertinência do enfoque interdisciplinar e da articulação entre a epidemiologia e as ciências sociais, demonstrando como, de um lado, os questionamentos orientados sobre as relações entre estado de saúde dos cidadãos e condições de vida materiais e sociais, reposicionados no contexto espacial no qual eles se inscrevem, auxiliam melhor a compreensão da dinâmica da sociedade urbana nas suas múltiplas dimensões e suas implicações no estado de saúde da população. Por outro lado, foi demonstrado, a

partir de elementos sobre a forma como a cidade se ordena espacialmente e funciona econômica e socialmente, as condições de existência às quais eles estão submetidos e as formas como estas influenciam o estado de saúde.

O conjunto de estudos aqui mencionado possui o mérito de evidenciar a natureza das desigualdades sociais e de saúde, assim como as diferentes formas de abordá-las tanto no plano teórico como metodológico e as diferentes noções que estão por detrás: “desigualdades sociais”, “desigualdades socioeconômicas”, “nível socioeconômico”, “pobreza”, “quadro de vida”, “nível de vida”, “estratificação socioeconômica”. Estes estudos permitiram também levantar questões metodológicas, a fim de poder integrar as noções de “margem” e de “patamar” ao mesmo tempo no plano sociológico e estatístico. As lições tiradas destes estudos foram assinaladas por Raynaud^{71,72} sobretudo em relação a necessidade de dispor de uma definição de desigualdades que não feche as portas para as formas sociais de gestão e manejo do ambiente material e social.

Recentemente, Nguyen e Peschard⁷⁸ apresentaram uma revisão sobre estudos das relações entre a antropologia, as desigualdades e a doença evidenciando as contribuições dos estudos etnográficos para a compreensão das estratégias cotidianas desenvolvidas pelos indivíduos para enfrentarem a doença e as dificuldades de ordem material (econômica).

Possibilidades para a abordagem das relações entre desigualdades sociais e saúde: (re)ligando os conhecimentos através da interdisciplinaridade

Algumas tentativas de aproximação e intermediação entre as diferentes abordagens têm possibilitado, sem dúvida, interpretações menos polarizadas sobre os parâmetros que devem orientar a mensuração das desigualdades sociais em saúde⁷⁹. Entretanto, o desafio da operacionalização de alguns conceitos e abordagens permanece.

Sendo assim, pensa-se que a noção de situações de vida pode contribuir para um melhor entendimento das relações entre desigualdade social e saúde. Esta noção recupera a utilização que os atores sociais fazem de suas condições materiais e imateriais (de acordo com as percepções construídas das adversidades materiais e imateriais às quais os atores sociais estão submetidos, enquanto recompõem e reinterpretam estas adversidades). Além disso, esta noção permite fazer uma síntese entre o que, na existência de um indivíduo - ou de um grupo - releva de fatores contextuais coercitivos, quer sejam materiais, sociais ou culturais, e as interpretações e combinações que o indivíduo faz de acordo com suas próprias percepções, de seus objetivos

e de sua capacidade em formular um projeto de vida. É exatamente neste contexto dinâmico que se opera a hierarquização de problemas. A noção de situações de vida assim definida pode reconciliar a existência de fatores objetivos de vulnerabilidade (material e condições sociais de vida) e a ação do sujeito como intérprete do real, tornando-se uma ferramenta para compreender a vulnerabilidade.

Estas observações permitem algumas considerações sobre o sentido dado aqui à noção de vulnerabilidade. Esta noção agrupa vários fatores aos quais os indivíduos - ou um grupo humano - estão expostos, sendo que as combinações destes fatores, frente a um evento negativo, tornarão os indivíduos mais ou menos vulneráveis. De acordo com a combinação destes fatores, o indivíduo reage ou não ao evento em termos de controle ou não da ameaça.⁸⁰ O conceito remete então a um conjunto de fatores, mas também para a capacidade de reação do indivíduo e a percepção que ele faz do ambiente ameaçador e, portanto, dos recursos (material e simbólico) que mobiliza para minimizar ou contornar um evento negativo (morte, doença, perda de trabalho, etc.). Tomada neste sentido, a noção de vulnerabilidade compreende a ideia de pluralidade de adversidades e de eventos favoráveis à exibição do indivíduo a um evento negativo. Certo número dos fatores sociais intrínsecos à vida na cidade, como o desemprego, a pobreza crescente, as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, representam alguns fatores coercitivos para a vida de um indivíduo ou de um grupo. Nestas condições, a vulnerabilidade remete às condições gerais de vida material e social do indivíduo, e leva em conta a ideia de dinâmica e de mudanças inscritas no sistema social como elementos que participam no processo de sua própria reprodução, sendo permeável aos efeitos do ambiente externo (próximo ou global), que pode se alterar a qualquer momento de acordo com a capacidade do indivíduo para enfrentar o problema que se apresenta.

As pesquisas em antropologia da saúde, especialmente sobre a Aids na África, mostram que os membros de uma população não são passivos frente às restrições sociais e econômicas. Cada membro da sociedade, seja qual for sua posição na hierarquia de poder e de status socioeconômico, constrói sua própria visão de sua situação social e de saúde. Além disso, ele representa as restrições que lhe são impostas, como também os recursos que pode mobilizar para resolver estes problemas, priorizando assim os riscos (de saúde ou não) que ele deve enfrentar, construindo estratégias individuais e coletivas de resposta para se reproduzir física e socialmente.⁸⁰

Na presente fase de construção de conhecimento e de reflexão sobre os impactos das desigualdades sociais na

saúde, e se beneficiando para isto do “capital” de estudos realizados, é apropriado agir no sentido de uma melhoria da qualidade de vida e do estado de saúde das populações mais vulneráveis. Uma das formas possíveis, mas não a única, consiste em apoiar as próprias estratégias colocadas em prática pelos indivíduos como atores sociais. Mas isso exige ampliar o conhecimento sobre os atores sociais e dos aspectos mais dinâmicos dos processos de desigualdade social e as suas relações com disparidades de saúde. Assim, é necessário desenvolver novos tipos de estudo fundamentados em uma observação concreta, detalhada e interdisciplinar das relações entre as realidades sociais (na sua diversidade e especificidade) e a saúde das populações.

O impacto de desigualdades na saúde de indivíduos e populações não é mecânico, não há um salto do social para o biológico, mas ele passa pelas relações entre as condições de vida que geram situações potenciais de risco e, a partir disso, são produzidas diferentes situações de saúde da população. Algumas categorias de população são mais vulneráveis que outras em função de suas condições de vida o que as leva a desenvolver estratégias para administrar as situações de risco, e enfrentar os riscos presentes em cada situação.

Deste modo, nas relações entre as desigualdades sociais e de saúde, encontramos diferentes objetos de pesquisa que demandam várias disciplinas: a sociologia procura entender os mecanismos sociais mais globais geradores destas desigualdades; a economia procura pôr em relação os sistemas de produção, a pobreza e a doença; a antropologia procura compreender as práticas e as estratégias subjacentes em diferentes contextos; a epidemiologia tenta identificar os fatores associados à frequência maior ou menor de doenças. São estes diferentes objetos de várias disciplinas que demonstram o campo fértil da interdisciplinaridade.

Frente ao atual contexto econômico, político e social de vários países, impõe-se, no plano científico, uma tarefa importante de aprofundamento do conhecimento desta realidade, para que os profissionais, gestores e cidadãos possam desenvolver e também ter acesso a instrumentos concretos que possibilitem dar subsídios aos movimentos políticos e sociais capazes de agir no plano político na procura de soluções.

Na área da saúde, o que se espera é que estas investigações, além de clarear os efeitos das desigualdades sociais na saúde e os mecanismos de mediação entre o social e o biológico, sejam capazes de colocar em evidência a grande diferença existente entre as categorias socioeconômicas, permitindo o desenvolvimento de políticas sociais e de saúde com intervenções específicas mais equitativas, de

“oferecer mais a quem tem mais necessidade”, e estimular ações de saúde comunitária mais adaptadas às diferentes realidades.

Esta é, entretanto, uma questão complexa que requer um enfoque e utilização de várias disciplinas e o recurso à interdisciplinaridade. Como já mencionado, o estudo das desigualdades sociais se situa na esfera de preocupações de diferentes disciplinas, como a sociologia, a antropologia, a economia, e não é um objeto específico das disciplinas da saúde, nem mesmo da epidemiologia que, embora estude a frequência e a distribuição dos problemas de saúde no plano coletivo, como também os fatores determinantes, não possui os instrumentos necessários para analisar a complexidade do sistema social e das relações sociais e econômicas. Porém, entendendo que toda sociedade se reproduz e se desenvolve em um ambiente físico que significa ao mesmo tempo uma realidade física e social, a saúde pode ser um eixo para analisar as desigualdades socioeconômicas, na medida em que os fatos ou eventos de saúde e de doença são manifestações que se situam na interface entre estas duas realidades.

Como conclui Magalhães⁷⁹, “situar o problema do monitoramento das desigualdades em saúde associadas ao perfil das vulnerabilidades sociais é compreender a necessidade de fazer dialogar diferentes disciplinas e filiações teórico-metodológicas. Somente a partir desta perspectiva interdisciplinar, é possível construir novas e significativas bases informacionais para o desenho e implementação de políticas de saúde capazes de dar resposta ao desafio da equidade”.

A interdisciplinaridade é, atualmente, amplamente reconhecida como sendo uma exigência de natureza científica. De forma mais evidente, a complexidade do real reclama a transposição das fronteiras que se formaram entre as disciplinas ao longo do tempo. Na prática, entretanto, a tomada de consciência da utilidade de um enfoque interdisciplinar tende a ser feito fora do campo da ciência especulativa. É a necessidade que emana frequentemente de uma prática social que visa intervir sobre o real e não pode para tal reduzir-se a um enfoque disciplinar.

A constatação de uma relação específica à prática é importante, pois há implicações na própria conduta do encaminhamento científico. De fato, o confronto das disciplinas sobre questões que não se inserem completamente no seu quadro de referência lembra constantemente a cada uma delas a necessidade de ultrapassar sua representação do real. O confronto torna necessária a utilização de metodologias interativas, evolutivas, que combinam vários campos do conhecimento. Mais do que em qualquer outro contexto,

talvez, a oposição entre a pesquisa fundamental e a aplicada perde aqui o seu sentido: a aplicação torna-se inseparável da reflexão teórica. Isto é verdadeiro para qualquer encaminhamento experimental, mas a diferença vem do fato de que a experiência humana não se desenvolve em um meio controlado (onde todas as coisas são iguais) e não pode organizar-se em torno de um só objetivo de conhecimento.

Se for verdade que os imperativos da ação reforçam a exigência de uma renovação de enfoques científicos, compreendemos que as iniciativas em favor de um enfoque interdisciplinar vêm normalmente de campos de intervenção onde os problemas abordados não podem ser resolvidos sem levar em conta a multiplicidade de fatores diferentes: naturais, técnicos, econômicos, sociais e culturais.

Não é nada surpreendente que o interesse pela interdisciplinaridade se manifeste com uma vivacidade particular nos países onde a precariedade dos recursos financeiros os incita a explorar novas vias que permitam atacar os problemas na sua raiz, ao invés de aplicar técnicas paliativas e onerosas que não trazem uma solução mais durável. É particularmente o caso do desenvolvimento social e econômico, ao manejo e proteção do meio ambiente, a saúde pública.

As desigualdades sociais e de saúde constituem assim um objeto de pesquisa privilegiado *“pelo fato da exigência específica da multiplicidade de olhares e métodos que a sua natureza implica: realidade empírica que é necessário avaliar, realidade política que é necessário situar em seu contexto histórico, realidade social frequentemente desconhecida ou realidade composta de elementos complexos, vindos da matéria orgânica e cultural; mas também como realidade científica que é necessário construir a partir de instrumentos e de problemáticas difíceis de conceber devido, precisamente, aos inúmeros fatores em jogo”*.^{81:3}

A complexidade das relações entre desigualdades sociais e saúde conduziu a antropologia e a epidemiologia a levantarem questões sobre as dificuldades para abordar esta complexidade, como pode ser visto pelo conjunto de estudos apresentados. Como, então, aprofundar a análise e através de que meios, para melhor entender a dinâmica complexa que está por detrás das desigualdades sociais e de saúde?

Numerosos são os trabalhos que mostram a importância dos fatores sociais na gênese das diferenças frente à doença e à morte, e a necessidade de articulação de diferentes abordagens existentes a este respeito. Cada vez mais, diferentes trabalhos mostram que a complexidade da maioria dos problemas de saúde ultrapassa as categorias analíticas, metodológicas e técnicas de cada campo disciplinar. A interdisciplinaridade está cada vez mais presente nos discursos de cientistas e instituições, mas, infelizmente, sobretudo

na América Latina e no Brasil, os estudos que levam em conta as relações entre a antropologia e a epidemiologia são raros, pontuais e apresentam dificuldades importantes.

Os diferentes caminhos seguidos pela antropologia, pelas outras ciências sociais e pela epidemiologia conduzem estas disciplinas a interfaces onde deverão ser relevados os principais desafios de pesquisa nas próximas décadas. Porém, a antropologia e a epidemiologia, cada uma em seu campo disciplinar, não possuem todos os instrumentos necessários para relevarem, sozinhas, tal desafio. A interdisciplinaridade constitui a este respeito uma abordagem interessante na medida em que permite o diálogo e a complementaridade entre as diferentes disciplinas e a capacidade de fortalecer, no plano teórico e metodológico, as suas próprias abordagens dos processos estudados.

A epidemiologia geralmente tende a tratar os fatores sociais na sua forma estrutural. O fato de ser homem ou mulher, de pertencer a tal grupo de idade, a tal classe social ou tal grupo étnico ou, ainda, as características formais da rede de apoio social, tudo é frequentemente tratado como um fator de risco por si mesmo. Porém, se estes fatores influenciam sem dúvida o estado de saúde do indivíduo, só o é indiretamente, enquanto determinante de suas condições concretas de existência. Certamente, o fato de ser uma mulher, um pobre, um imigrante, um assistido social ou uma criança condiciona a exibição do indivíduo a eventos e dificuldades da vida diária mais problemática. Porém, o fator de risco para a saúde mais imediato é a vida cotidiana e não o estatuto social, mesmo se este último condiciona amplamente o primeiro.⁵⁸ O estudo da vida cotidiana representa assim um potencial de complementaridade entre as ciências sociais e a epidemiologia.

A colaboração entre as duas disciplinas já é parte de pesquisa importante, e se a antropologia e a epidemiologia se distinguem por suas metodologias (qualitativo e quantitativo), elas se unem no interesse comum pela multicausalidade dos problemas de saúde. O ponto privilegiado da complementaridade entre elas é a articulação dos métodos e dos resultados em torno de um objeto comum de pesquisa.

As relações entre desigualdades sociais e saúde abrem perspectivas a serem exploradas concretamente de forma interdisciplinar. Em nível teórico, estas relações alimentam reflexões e desafios da Saúde Coletiva sobre as relações entre o individual e o coletivo e sobre a imaterialidade das realidades objetivas. Ainda no campo da Saúde Coletiva, enquanto campo de conhecimento de natureza interdisciplinar, a superação do biologismo dominante, da naturalização da vida social, da sua submissão à clínica e da sua dependência ao modelo médico hegemônico representam

elementos significativos para o marco conceitual da saúde coletiva. Assim, a valorização da dimensão subjetiva das práticas de saúde, das vivências dos usuários e trabalhadores do setor abre espaços de comunicação e diálogo com outros saberes e práticas, abrindo novas perspectivas de reflexão e de ação, sobretudo em relação às desigualdades sociais e de saúde. Do ponto de vista metodológico, desafiam, igualmente, a operacionalização de parâmetros a serem considerados capazes de gerar informação para alimentar a elaboração de políticas de saúde que levem em conta as diferentes dinâmicas das relações entre desigualdades sociais e saúde. O desafio persiste, o debate é, ainda, necessário.

REFERÊNCIA

1. Rosen G. Uma história da saúde pública. São Paulo/Rio de Janeiro: UNESP/HUCITEC/ABRASCO; 1994.
2. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (ONU). Relatório de Desenvolvimento Humano-Brasil: racismo, pobreza e violência. Brasília: Primapágina; 2005.
3. Ministério da Saúde (Brasil). Saúde Brasil 2006: análise das desigualdades de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
4. Minayo MCS. Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO; 1995.
5. Gerhardt TE. Les enjeux politiques de la santé au Brésil: le santé publique prise au piège du système privé. *Rev Sociologie Santé*. 1995; 13: 33-48.
6. Aiach P. Un syllogisme dévoyé: l'égalité devant la mort et la maladie. *Rev Agora*. 1990; 13: 5-10.
7. Surault P. L'inégalité devant la mort. Paris: Economica; 1979.
8. *Revue Agora*. Regards sur les inégalités sociales et la santé. 1990; 13.
9. *Revue Prévenir*. Inégalités, Santé, Exclusion. 1995; 13.
10. Illsley R. Les inégalités sociales de santé en Grande-Bretagne. In: Illsley R. Les inégalités sociales de santé en France et en Grande-Bretagne. Paris: INSERM/La Documentation Française; 1987. p.43-62.
11. Morris JN. Inequalities in health: ten years and little further on. *Lancet*. 1990; 336 (8713): 491-93.
12. Blaxter M. Evidence on inequality in health from a national survey. *Lancet*. 1987; 2: 30-33.
13. Fox AJ. Longitudinal studies based on vital registration records. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 1989 ; 37 (5-6) : 443-48.
14. Fox AJ. Socio-economic differences in mortality and morbidity. *Scandinavian Journal of Social Medicine*. 1990; 18 (1): 1-8.
15. Marmot MG, Smith GD, Stansfeld S, Patel C, North F, Head J, *et al*. Health inequalities among british civil servants: the Whitehall II study. *Lancet*. 1991; 337 (8754): 1387-93.
16. Haynes R. Inequalities in health and health service use: evidence from the General Household survey. *Soc Sci Med*. 1991; 33 (4): 361-68.
17. West P. Inequalities? Social class differentials in health in british youth. *Soc Sci Med*. 1988; 27(4): 291-96.
18. Carr-Hill R. The inequalities in health debate. A critical review of the issues. *Journal Social Policy*. 1987 ; 16 (4): 509-42.
19. Carr -Hill R. The measurement of inequities in health: lessons from the british experience. *Soc Sci Med*. 1990; 31(3): 393-404.
20. Behm H. Mortalidad infantil y nivel de vida. Santiago: Universidad de Santiago de Chile; 1962.
21. Behm H. Los determinantes económicos y sociales de la mortalidad en América Latina. *Rev Centroam Ciencias Salud*. 1979; 12:69-102.
22. Behm-Rosas H. Los determinantes de la sobrevivencia en la infancia: un marco de referencia para su análisis. In: Behm-Rosas H. Factores de riesgo de muerte en la infancia. Santiago de Chile: CELADE ; 1990. p. 11-30.
23. Laurell AC. A saúde-doença como um processo social. In: Nunes ED. Medicina social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global;1993. p.133-58.
24. Breilh J, Granda E, Campaña A, Yépez J, Páez R, Costales P. La salud enfermedad como hecho social: um nuevo

- enfoque. In: Breilh J. Deterioro de la vida. Un instrumento para analisis de prioridades regionales en lo social y la salud. Quito: Corporacion Editora Nacional, 1990. Cap.2.
25. Breilh J. El genero entre fuegos: iniquidad y esperanza. Quito: CEAS; 1996.
26. Bronfman M, Tuiran R. La desigualdad social ante la muerte: clases sociales y mortalidad en la ninez. Cuad Med Soc. 1984 ; (29/30) :53-74.
27. Lozano RIC, Schlaepfer L, Frenk J. Desigualdad, pobreza y salud en México. México: El Nacional; 1993.
28. Lemus J. Condiciones de vida y salud en la Argentina. Rev Hospital Fernandez. 1992; (27): 9-18.
29. Nuñez N. Perfis de mortalidad según condiciones de vida em Venezuela. In: Lima e Costa MFF, Sousa RP, organizadores. Qualidade de vida: compromisso histórico da epidemiologia. Belo Horizonte: COOPMED/ABRASCO; 1994.
30. Castellanos PL. Sistemas nacionales de vigilancia de la situación de salud según condiciones de vida y del impacto de las acciones de salud y bienestar. Washington: OPS/OMS; 1992.
31. Leser WSP. Relacionamento de certas características com a mortalidade infantil no município de São Paulo. Probl Bras. 1972; 10 (109):17-33.
32. Paim JS. Indicadores de saúde no Brasil: relações com variáveis econômicas e sociais. Rev Baiana Saúde Pública. 1975; 2 (2): 39-83.
33. Monteiro P. Da doença à desordem: a magia na umbanda. Rio de Janeiro: GRAAL; 1985.
34. Thebaud-Mony A. A propos des inégalités sociales et de santé au Brésil. Rev Agora. 1990; 13: 41-48.
35. Guimarães JLL, Fishmann A. Desigualdades na mortalidade infantil entre favelados e não favelados no Município de Porto alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, em 1980. Boletim de la Oficina Sanitaria Panamericana. 1986; 65 (1): 19-38.
36. Paim JS. Distribuição espacial da mortalidade infantil proporcional a certas variáveis socioeconômicas em Salvador, Bahia, Brasil. Boletim de la Oficina Sanitaria Panamericana. 1987; 103 (2): 113-22.
37. Barros MBA, Victora CG, Granzoto JÁ, Vaughan JP, Lemos JAV. Saúde perinatal em Pelotas, RS: Fatores sociais e biológicos. Rev Saúde Pública. 1984; 18: 301-12.
38. Victora CG, Barros FC, Vaughan JP, Martines JC, Beria JU. Birthweight, socio-economic status and growth of Brazilian infants. Annals of Human biology. 1987; 14 (1): 49-57.
39. Victora CG, Facchini LA, Barros FC, Lombardi C. Pobreza e saúde: como medir nível socioeconômico em estudos epidemiológicos de saúde infantil? In: Anais do 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia-Epidemiologia e desigualdade social: os desafios do final do século, 1990, Campinas. Trabalhos. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva; 1990. p. 303-315.
40. Barros MBA. A utilização do conceito de classe social nos estudos de perfis epidemiológicos: uma proposta. Rev Saúde Pública. 1986 ; 20 (4) : 269-73.
41. Lombardi C, Bronfman M, Facchini AF, Victora CV, Barros FC, Béria JU, *et al.* Operacionalização do conceito de classe social em estudos epidemiológicos. Rev Saúde Pública. 1988; 22 (4): 253-265.
42. Possas C. Epidemiologia e sociedade. Heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil. São Paulo: Hucitec; 1989.
43. Loureiro S. Brasil, desigualdade social, doença e morte. In: Anais do 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia-Epidemiologia e desigualdade social: os desafios do final do século, 1990, Campinas. Trabalhos. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva; 1990. p. 63-80.
44. Stephens C, Timaeus I, Akerman M, Avie S, Maia PB, Campanário P, *et al.* Environment and health in developing countries : an analysis of intra-urban differentials using existing data in Accra (Ghana) and São Paulo (Brazil) and analysis of urban data of four demographic and health survey [Pesquisa]. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine; 1994.
45. Akerman M, Stephens C, Campanário P, Maia PB. Saúde e meio ambiente: uma análise de diferenciais intra-

- urbanos enfocando o município de São Paulo, Brasil. *Rev Saúde Pública*. 1994; 28 (4):320-25.
46. Duncan BB, Rumel D, Zelmanowicz A, Mengue SS, Santos S, Dalmáz A. Social inequality in mortality in São Paulo state, Brasil, *International Journal of Epidemiology*. 1995; 24 (2): 359-65.
47. Gianini RJ. Desigualdade social e saúde na América Latina. São Paulo: Annablume; 1995.
48. Almeida Filho N. Desigualdades em saúde segundo condições de vida: Análise da produção científica na América Latina e Caribe e bibliografia anotada. Washington (DC): Organização Pan-Americana de Saúde; 1999.
49. Monteiro CA, Freitas ICM. Evolução de condicionantes socioeconômicas da saúde na infância na cidade de São Paulo (1984-1996). *Rev Saúde Pública*. 2000; 34 (6 Supl): 8-12.
50. Castiel LD. O buraco e o avestruz. A singularidade do adoecer humano. São Paulo: Papirus; 1994.
51. Goldbaum M. A epidemiologia na busca da equidade em saúde. In: III Congresso Brasileiro de Epidemiologia, II Congresso Ibero-americano de Epidemiologia, 1º Congresso Latino-americano de Epidemiologia, 1995, Salvador. São Paulo: Mimeo; 1995.
52. Barata RB. Condições de vida e situação de saúde. Rio de Janeiro : ABRASCO ; 1997.
53. Viana SM, Barata R, Santos JR, Nunes A. Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: Uma proposta de monitoramento. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS): Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2001.
54. Duarte EC, Schneider MC, Paes-Sousa R, Ramalho WR, Sardinha LMV, Silva Júnior JB, *et al*. Epidemiologia das desigualdades em Saúde no Brasil: um estudo exploratório. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS); 2002.
55. Silva JB, Barros MBA. Epidemiologia e desigualdade: notas sobre a teoria e a história. *Rev Panam Salud Publica*. 2002 ; 12 (6) : 375-83.
56. Faria V. Prefácio. In: Kliksberg B. Desigualdade na América Latina. O debate adiado. São Paulo/Brasília: Cortez/UNESCO; 2001. p. 9-11.
57. Sagar A. Health and social environment. *Environmental. Impact Assessment Review*. 1994; 14:359-75.
58. Massé R. Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé. Montréal: Gaëtan Morin Éditeur; 1995.
59. Raynaut C. Le privilège urbain: conditions de vie et santé au Niger. *Politique Africaine*. 1987; (28): 42-52.
60. Laraia R. Cultura: um conceito antropológico. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1996.
61. Raynaut C. L'Afrique et le sida: questions à l'anthropologie, l'anthropologie en question. *Sciences sociales et santé*. 1997; 15 (4): 09-36.
62. Pierret J. Cultures ou production de santé dans la famille: différenciations et inégalités sociales. Paris: MIRE/CERMES; 1996.
63. Aiach P, Cebe D. Les inégalités sociales de santé. *La Recherche*. 1994; 25 (261): 100-109.
64. Fassin D. Pauvreté, urbanisation et santé. Les inégalités d'accès aux soins dans la banlieue de Dakar. *Psychopathologie Africaine*. 1987; 21 (2): 155-176.
65. Fassin D. Pouvoir et maladie en Afrique. Paris: PUF; 1992.
66. Fassin D, Jeanne E. Immunization coverage and social differentiation in urban Senegal. *Public Health Briefs*. 1989; 79 (4): 509-11.
67. Fassin D, Aiach P. De l'épidémiologie aux sciences sociales. Formes de l'interdisciplinarité autour de l'étude des inégalités de santé en Afrique. *Santé Publique*. 1991; (1):39-43.
68. Develay A, Sauerborn R, Diesfeld HJ. Utilization of health care in an African urban area: results from a household survey in Ouagadougou, Burkina-Faso. *Social Science and Medicine*. 1996; 43(11):1611-619.
69. Fassin D. Les origines sociales des inégalités de santé en Équateur. *Cahiers Santé*. 1991; 1(1): 25-32.
70. Raynaut C. Croissance urbaine et santé à Maradi (Niger), in *Urbanisation et socio-systèmes urbains*, dossier

- urbanisation et santé (UR 401). Bulletin ORSTOM. 1986; (18): 43-61.
71. Raynaud C. Inégalités socio-économiques et inégalités de santé. Remarques méthodologiques. In: Pluralités des modes d'accès aux systèmes de santé en milieu urbain [Communication]. Paris: CNRS/ORSTOM; 1988. 12p.
72. Raynaud C. Disparités et homogénéité à Maradi (Niger): la santé comme révélateur d'une réalité urbaine. In: Cenaddom T. Pauvreté et développement dans les pays tropicaux. Bordeaux: Ed. CNRS/CRET; 1988. p. 125-140.
73. Raynaud C. Disparités économiques et inégalités devant la santé à Maradi (Niger). In: Salem G, Jeanne E (org). Urbanisation et santé dans le tiers monde - transition épidémiologique, changement social et soins de santé primaire. Paris: Ed. ORSTOM; 1989. p. 477-503.
74. Raynaud C. Inégalités économiques et solidarités sociales. In: Fassin D, Jaffre Y, editors. Sociétés, développement et santé. Paris: Ellipses/Aupelf; 1990. p. 136-54.
75. Raynaud C. Inégalités et santé dans une ville du Niger. Revue Agora. 1990; 13: 67-76.
76. Raynaud C. Approches sociales de l'alimentation infantile en milieu urbain Africain (Guide méthodologique). L'Enfant en Milieu tropical, 201. Paris: Centre International de l'Enfance; 1992.
77. Raynaud C. Se nourrir en ville: stratégies économiques et pratiques sociales (Le cas de maradi, Niger). In: Ch. Blanc-Pamard (org.). La santé en société. Regards et remèdes. Paris: ORSTOM; 1992. p.141-98.
78. Nguyen V, Peschard K. Anthropology, inequality, and disease: a review. Annu Rev Anthropol. 2003; 32: 447-74.
79. Magalhães R. Monitoramento das desigualdades sociais em saúde: significados e potencialidades das fontes de informação. Ciênc Saúde Coletiva. 2007; 12(3): 667-673.
80. Desclaux A. La vulnérabilité au VIH/sida en Thaïlande: construction sociale, pratiques préventives. In: Rapport de Recherche North Thailand Perinatal HIV Prevention Trial. Université de Bordeaux: ORSTOM/Laboratoire Sociétés, Santé, Développement. 1998.
81. Aiach P, Fassin D. Introduction. Revue Agora. 1990; (13): 3-4.

Submissão: abril de 2009

Aprovação: agosto de 2009
