

Vulnerabilidade em Saúde Pública: implicações para as políticas públicas

Vulnerability in public health: consequences to health policies

Cláudio Lorenzo

Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, Bahia, Brasil.

claudio.lorenzo@saude.gov.br

Resumo: Este trabalho situa brevemente o desenvolvimento histórico das primeiras políticas públicas de saúde. A partir das mesmas serão discutidas criticamente as implicações atuais da vulnerabilidade social sobre essas políticas nos países em desenvolvimento, propondo modificações em sua formulação e implementação a partir de elementos da teoria das capacidades de Amartya Sen e da teoria do agir comunicativo de Jürgen Habermas.

Palavras-chave: Políticas Públicas. Vulnerabilidade. Saúde Pública. Teoria das Capacidades. Teoria do Agir Comunicativo.

Abstract: The present work briefly describes the historical development of the first public health policies. Taking these policies as first references implications of current social vulnerabilities upon such policies will be critically discussed. Proposals for changes in their formulation and implementation are outlined according to elements of the Capabilities Theory of Amartya Sen and Communicative Action Theory of Jürgen Habermas

Key words: Public Policies. Vulnerability. Public Health. Capabilities Theory. Communicative Action Theory.

O conceito de vulnerabilidade porta um sentido de susceptibilidade, ou seja, as características que nos deixam aptos a sermos lesados por um evento externo qualquer, e um sentido de risco, que se reporta à possibilidade de que a trajetória desse evento nos encontre em seu caminho. Na vida em sociedade os eventos externos potencialmente causadores de danos podem ter naturezas diversas. Desde fenômenos físicos, como os desastres geológicos e os acidentes nucleares (1), passando por fenômenos mais especificamente sociais como a crimi-

nalidade e o alcoolismo (2), até fenômenos onde o físico, o biológico e o social interagem de forma mais próxima como no caso da vulnerabilidade à fome e à doença (3).

É evidente que, de uma forma geral, todos os seres humanos são vulneráveis a estes e outros fenômenos. Porém, trata-se também de um consenso o reconhecimento de que a susceptibilidade e o grau de risco não se distribuem ao acaso no conjunto da sociedade e, conseqüentemente, a gravidade da vulnerabilidade não é a mesma entre todos os membros de uma sociedade (4). Seja a destruição de moradias por um furacão em Nova Orleans, sejam as lesões causadas por arma de fogo em São Paulo, seja o uso de crack por adolescentes em Salvador, seja a diarreia no primeiro ano de vida em Lisboa, os grupos mais susceptíveis tanto em freqüência como em magnitude das lesões são invariavelmente os grupos sociais em desvantagem socioeconômica. A vulnerabilidade a todos esses tipos de fenômenos precisa ser compreendida, portanto, a partir das razões históricas que determinam a distribuição social e espacial dos sujeitos e comunidades. Esta compreensão imprime ao conceito uma relação muito estreita com as situações de exclusão social.

Em saúde pública é consensual o reconhecimento de que os grupos com piores condições socioeconômicas têm uma maior carga de doença, tanto crônicas como agudas, maior carga de incapacidades físicas e mentais em idade mais precoce, sofrem maior número de acidentes domiciliares ou urbanos, têm menor acesso aos cuidados de saúde em todos os níveis e esses cuidados quando prestados têm menor qualidade (5;6).

Desta forma, conceituaríamos vulnerabilidade em saúde pública como o estado de sujeitos e comunidades nos quais a estrutura de vida cotidiana, determinada por fatores históricos ou circunstanciais momentâneos tem influência negativa sobre os fatores determinantes e condicionantes de saúde. Entre esses fatores determinantes e condicionantes da saúde citaríamos aqueles reconhecidos pela Lei Orgânica da Saúde do Brasil: a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, o acesso aos bens e serviços essenciais. A redução da vulnerabilidade em saúde pública depende, portanto, da formulação e implementação de políticas públicas visando a redução das desigualdades

sociais. Compreendemos como políticas públicas de saúde, o conjunto de ações sociais dirigidas à garantia do direito à saúde em todas as suas dimensões (promoção, proteção e recuperação). O alcance delas, portanto, devem incluir a melhoria dos determinantes e condicionantes da saúde enumerados acima.

O surgimento das políticas públicas de saúde

Apesar de ser possível perceber o reconhecimento implícito da vulnerabilidade inerente à vida social na própria história da construção dos Estados ocidentais modernos (7), a concepção política de direitos sociais só aconteceu a partir da segunda metade do Século XIX em meio aos conflitos entre as novas classes burguesas e as novas classes trabalhadoras gerados pela revolução industrial (8). Nesta época instalou-se o desencantamento com as promessas do Estado liberal burguês, inspirado nos ideais de liberdade, igualdade e solidariedade da revolução francesa. Era claro para todos que nem a lei, nem o Estado, tratavam indistintamente os grupos sociais, que as classes economicamente mais poderosas haviam conseguido desviar a atuação do Estado na defesa de seus interesses, e que a própria ordem jurídica passou a ser construída para a manutenção destas estruturas de poder. Foram exatamente os movimentos sociais dos mais pobres contra a ordem, orientados por idéias extremamente perigosas para os interesses das classes economicamente mais poderosas, como as que estavam contidas no Manifesto Comunista de 1869, que forçaram o Estado liberal a reconhecer os direitos sociais.

No campo da saúde pública, os marcos históricos dessas primeiras políticas públicas nos Estados Modernos estão na Inglaterra e na Alemanha do Século XIX. Foucault (9) argumenta que as grandes agitações sociais provocadas pela classe pobre no início do Século XIX na Inglaterra, a tornaram uma força política reconhecida. Assim, surgiu na Inglaterra, no terceiro terço do Século XIX, a Lei dos Pobres, um conjunto de normas jurídicas que criava uma espécie de controle médico sobre a população pobre. De um lado, esta se beneficiava de um sistema de assistência básica gratuita, de outro, era obrigada a se submeter a diversas intervenções médicas em sua vida cotidiana, como inspeção das moradias, vestuário e higiene corporal e transfe-

rências de residência. Essas políticas se estendiam também à recuperação da saúde dos operários das fábricas. Dessa maneira, segundo Foucault, ao mesmo tempo em que as primeiras políticas públicas de saúde diminuía a possibilidade de que as epidemias atingissem as classes ricas, conservavam a força de trabalho necessária à expansão das indústrias e, conseqüentemente, do próprio capitalismo.

Na Alemanha de Bismarck, por intermédio da chamada Medicina de Estado, as políticas públicas tiveram um desenvolvimento ainda mais amplo. Entre 1883 e 1889 a Alemanha levou a cabo a criação de um sistema de previdência social no qual surgiram os primeiros seguros obrigatórios contra a doença, a velhice e a invalidez. No entanto, o chamado *Estado de Bem-Estar Social*, fomentador de políticas públicas compensatórias das desigualdades sociais, só iria se fixar como realidade na Europa a partir do Século XX, mais precisamente, após a Segunda Guerra Mundial.

No Século XX, a expansão das idéias socialistas na Europa e o exemplo das revoluções na Rússia e na Alemanha, contribuíram para o reconhecimento estatal dos direitos sociais que passaram a ser chamados de direitos de segunda geração, por terem nascido depois dos direitos civis e políticos (10). Surge então uma idéia de Estado que conservasse o direito à propriedade e ao lucro, mas se propusesse a taxá-los por meio de impostos, para sustentar políticas públicas compensatórias, que garantissem e expandissem direitos sociais. No Brasil, não foi diferente. Tanto a criação da previdência social quanto dos direitos trabalhistas durante o Estado Novo, que mitificou no país a figura de Getúlio Vargas, foram resultado da conjunção de duas necessidades estatais: a de aplacar os movimentos sociais dos trabalhadores e a de preparar a sociedade brasileira para a modernização do capitalismo.

Na atualidade, dois grandes grupos principais de políticas públicas visando países em desenvolvimento têm sido discutidos: o grupo das políticas transnacionais, apoiadas em doações financeiras dos países ricos e conduzidas por organismos internacionais não governamentais visando reduzir a exclusão social em países especialmente pobres; e o grupo das políticas nacionais, levadas a cabo pelos governos de países em desenvolvimento com economia emergente, como o Brasil. Ambas estão ligadas ao projeto desenvolvimentista de

globalização, que por sua vez tem a mesma inspiração filosófica das primeiras políticas públicas do século XIX e XX: buscam antes promover a estabilidade e a paz social necessária ao desenvolvimento do capitalismo que promover uma verdadeira emancipação das classes sociais empobrecidas.

As políticas públicas de saúde nos países em desenvolvimento e as implicações da vulnerabilidade social.

Independente da natureza e extensão das políticas públicas, todas pressupõem, ao menos, quatro fases para seu desenvolvimento: 1) reconhecimento de uma demanda social; 2) tomada de decisão para execução de uma política pública dirigida àquela demanda; 3) planejamento das ações e cálculo de custo; 4) implementação, manutenção e supervisão da política em curso.

Em primeiro lugar é preciso compreender que a possibilidade de implementação de políticas públicas de saúde mais ou menos eficientes dar-se-á no espaço historicamente determinado pelos jogos de poder políticos e socioeconômicos responsáveis pela própria geração das vulnerabilidades sociais em um determinado país. Neste sentido, a variabilidade na qualidade de governança provocada pela natural alternância democrática de poder ou por momentos de ataque ao Estado democrático de direito, exercem influências determinantes em cada uma das fases de desenvolvimento das políticas de saúde. Os governos podem ser mais ou menos sensíveis às demandas sociais, ter maior ou menor vontade política de intervir, ter maior ou menor independência em relação aos interesses estrangeiros, ter maior ou menor controle sobre a corrupção no uso dos recursos públicos.

Ainda que trabalhem com a suposição da existência de um governo sensível às demandas sociais, com vontade e independência política para intervir e com honestidade no uso dos recursos públicos, a qualidade e eficiência das políticas estariam em relação de dependência com, ao menos, três outros aspectos do contexto sociopolítico: a) a quantidade e variabilidade de necessidades geradas pelos grupos vulneráveis; b) a capacidade dos grupos mais vulneráveis em tornar visíveis suas necessidades; c) as exigências epistemológicas para a adequação da formulação e implantação das políticas públicas de

saúde à diversidade cultural e às estruturas de vida cotidiana dos grupos alvos. É exatamente sobre estes três aspectos sócio-políticos, que as implicações da vulnerabilidade são mais significativas e influentes sobre o potencial de eficiência das políticas públicas de saúde.

Quantidade e variabilidade de necessidades geradas pelos grupos vulneráveis

É evidente que quanto mais significativa for a parcela da população em situação de vulnerabilidade em saúde pública, mais difíceis se tornarão as possibilidades de suas necessidades serem atendidas a curto ou médio prazo por meio das políticas públicas de saúde. As implicações são ainda maiores pelo fato de que as necessidades precisam ser tratadas, tanto do ponto de vista geográfico, garantindo a uma determinada região as ações de promoção e proteção e de assistência em todos os níveis de complexidade, quanto do ponto de vista de vulnerabilidades especiais, como as de trabalhadores em risco, as do gênero feminino, as dos grupos etários extremos, as dos grupos raciais e étnicos em desvantagem social, entre outras.

Capacidade dos grupos vulneráveis em tornar visíveis suas necessidades

A capacidade desses grupos tornarem visíveis as especificidades de suas demandas depende em grande medida de sua capacidade de organização civil, sendo diretamente proporcional ao seu capital cultural e social. Nestes conceitos formulados por Bourdieu (11), o capital cultural diz respeito ao domínio de saberes e práticas engajadas em uma determinada cultura que permite ao indivíduo interagir com outros indivíduos e com o ambiente de maneira favorável ao atendimento de suas necessidades. Já o capital social é representado pela rede de inter-relações pessoais do indivíduo, que lhe permitem fazer elos de solidariedade ou de representação política para a proteção de seus interesses. No Brasil, por exemplo, a realidade do analfabetismo funcional, que atinge mais de 40% da população acima de 15 anos, e o processo de perda de laços sociais provocados pelo êxodo rural, podem ser citados, respectivamente, como importantes razões de baixo capital cultural e social das populações urbanas de baixa renda. A dificuldade de organização dos grupos vulneráveis para reivindicar o

atendimento às suas demandas traz implicações consideráveis para as políticas públicas de saúde, pois impõe aos planejadores e gestores o desenvolvimento de estratégias de busca ativa de demandas.

Exigências para a adequação da formulação e implantação das políticas públicas à diversidade cultural e às estruturas de vida cotidiana dos grupos alvos

Gostaríamos de nos reportar a este terceiro aspecto por pelo menos dois vieses. O primeiro é de conteúdo político-filosófico e trata-se da inspiração desenvolvimentista da maioria das políticas públicas de saúde. O segundo é de conteúdo mais propriamente epistemológico e diz respeito à hegemonia da racionalidade médico-científica e do argumento de autoridade no processo de discussão por meio do qual são planejadas e executadas essas políticas.

Quanto ao primeiro viés, gostaríamos de começar lembrando que as teorias desenvolvimentistas nascem no Século XX no contexto do *Estado de Bem-Estar Social*, no qual a sociedade estava polarizada entre uma classe alta, detentora de poder político, econômico e científico, e uma classe pobre, de proporções bem maiores, vulnerada por um crescimento econômico desorganizado e injusto. Essas teorias se expandiram na América Latina a partir dos anos 1960. A compreensão do processo saúde-doença dentro dessas teorias esteve de certa forma muito ligada à visão higienista do ciclo pobreza-ignorância-doença, nos quais os comportamentos inadequados das classes inferiores eram os responsáveis pelas doenças e pelas epidemias. Apesar dos inegáveis avanços nos últimos anos, tanto em relação à produção literária, quanto em relação às práticas adotadas por algumas das políticas públicas de alguns países em desenvolvimento, entre os quais o Brasil, não podemos dizer que, em geral, essas políticas se afastem completamente da concepção desenvolvimentista (12).

No plano internacional, a antiga visão sobre a obrigação das classes superiores contribuírem para os cuidados de saúde das classes inferiores, transferiu-se para a questão da solidariedade dos países ricos em ajudar no controle das epidemias dos países pobres. Vale destacar, entretanto, que não se discute com o mesmo fervor a indenização de alguns países pobres pela exploração secular de suas riquezas e de suas populações durante o processo de colonização, nem a implementação de normas comerciais internacionais mais justas que

permitam a competitividade dos produtos produzidos por esses países e, conseqüentemente, geração de riquezas internas, facilitando os investimentos nacionais em políticas públicas.

Na concepção desenvolvimentista das políticas públicas de saúde existe uma faceta moderna que deve fazer avançar a arcaica, um centro que deve cuidar da periferia, um urbano que deve planejar ações para o meio rural, uma elite que deve contribuir por meio de impostos e doações para a saúde dos pobres, países do Norte que devem tutorar o desenvolvimento de países do Sul. Para isso as instituições governamentais ou não governamentais devem contratar especialistas para elaborar ações e discursos adequados visando organizar a produção do conhecimento, o acesso a serviços e o fornecimento de informações sobre saúde aos grupos vulneráveis, alvos dessas políticas. Trata-se, portanto, na maioria das vezes, de políticas verticais discutidas, planejadas e implantadas de cima para baixo, baseadas no argumento de autoridade do expert e seguindo, em geral, uma lógica utilitarista, onde se calcula o maior número de indivíduos atingidos pela ação visada com o menor custo possível. O resultado deste processo é uma simplificação das demandas e uma generalização das necessidades.

Amartya Sen (13) é um dos mais importantes críticos dessa visão de políticas públicas derivadas das concepções de *Estado de Bem-Estar Social*. Assinala que na economia tradicional a abordagem do bem-estar e da liberdade dos grupos, que estamos considerando aqui como especialmente vulneráveis, é duplamente deficiente. Primeiro porque não considera o caráter subjetivo da expressão das necessidades e, por conseqüência, não entende a diversidade de capacidades dos indivíduos sob situação de vulnerabilidade social. Segundo, porque a noção de utilidade torna-se uma interpretação isolada e distanciada da estrutura da vida cotidiana desses indivíduos. Para Sen, a elevação do bem-estar social não pode ser tratada como se os grupos vulneráveis fossem uma massa homogênea de sujeitos com necessidades e desejos absolutamente idênticos. O Bem-Estar Social é um somatório de bem-estar individual.

Sen explora a perspectiva das capacidades na avaliação do bem-estar e da liberdade para buscar bem-estar. Neste sentido, o bem-estar é concebido em termos de qualidade da forma como o sujeito está e se sente no mundo. Viver representa um conjunto de funcionamentos

interligados e de capacidades para estes funcionamentos que concorrem para o sentimento de realização de uma pessoa. Os funcionamentos vão desde os mais elementares, como estar nutrido, estar livre de doenças e livre de uma morte prematura, até estados mais complexos como ser feliz, ter amor próprio, ser amado por alguém, sentir-se útil à comunidade etc. As políticas públicas devem buscar, então, desenvolver os conjuntos capacitários dos grupos alvos, para que seus membros possam realizar-se plenamente.

Se seguirmos o raciocínio de Sen, compreendemos que os impactos da vulnerabilidade tornam-se ainda maiores, pois, ao identificar as demandas sociais para a formulação de políticas públicas é necessário que se identifique as nuances das necessidades de cada grupo social na perspectiva do respeito à imensa variabilidade subjetiva dos indivíduos. Logo, as políticas públicas precisam dar conta de gerar, além de acesso a bens e serviços (que tem sido, desde sua criação, o principal objetivo delas), acesso a oportunidades e ao desenvolvimento de capacidades pessoais de realização. É preciso, portanto, que as políticas públicas garantam o acesso a fazer escolhas.

Quanto ao viés epistemológico da formulação, poderíamos destacar que as políticas públicas de saúde partem do universo cultural de sujeitos que detêm o poder de formulá-las e implantá-las em direção ao universo cultural dos grupos alvos. Isto é especialmente importante no caso de políticas que atingem pequenas comunidades rurais isoladas, grupos sociais extremamente excluídos e grupos étnicos diversos, como indígenas ou ciganos. Muito raramente são levadas em consideração as dimensões simbólicas da compreensão do processo saúde-doença por esses grupos e a própria matriz cultural a partir da qual a relação entre os responsáveis pela implantação das políticas e os membros do grupo é estabelecida. Desta forma, a diversidade cultural dos grupos alvos potencializa os impactos da vulnerabilidade e torna necessário o desenvolvimento de metodologias de formulação e implementação, nas quais essa diversidade seja não apenas levada em conta, mas considerada como elemento indispensável para o desenvolvimento do potencial de eficiência das políticas.

Estes aspectos aqui levantados demonstram que para compreender a particularidade e a subjetividade das necessidades que derivam tanto do universo simbólico, no qual as ações de saúde serão

inseridas, quanto dos conjuntos capacitários dos indivíduos membros destes grupos, faz-se necessário que seus representantes estejam presentes nas discussões a partir das quais serão formuladas e implementadas as políticas públicas. Neste sentido, a Ética do Discurso de Habermas, derivada de sua teoria social da Ação Comunicativa (14;15) parece oferecer uma opção interessante como mecanismo procedural para a condução dos grupos de discussão responsáveis pela formulação de políticas públicas.

De forma bastante resumida poderíamos dizer que o que Habermas propõe é que as ações sociais sejam planejadas e decididas a partir de uma racionalidade comunicativa, praticada no interior de espaços democráticos de discussão. Essa forma de racionalidade significa a construção de sentidos, proposições e planejamentos, não a partir da autoridade intelectual ou dogmas ideológicos, científicos e religiosos visando um fim específico, mas, antes, por meio de um diálogo livre, onde todos têm o mesmo direito ao uso da palavra. Isto implica em, ao menos, mais duas exigências: a abertura dos mundos vividos e a criação de condições de inter-compreensão entre os agentes sociais da discussão.

Mundo vivido, para Habermas, é o pano de fundo a partir do qual nossos valores são formados e a partir do qual raciocinamos e nos expressamos por meio da linguagem. Ele representa, portanto, o ponto de congruência entre sociedade, cultura e personalidade. Quando dois ou mais indivíduos oriundos de mundos vividos diferentes se reúnem para pensar uma ação conjunta, que terá conseqüências sobre ambos ou todos, a decisão não pode ser tomada a partir dos valores de um só grupo. É necessário haver uma abertura dos mundos vividos, isto é, a ação não pode ser guiada por um valor específico do mundo vivido de um dos grupos, mas por um novo valor possível de ser aceito no interior de todos os mundos vividos e que tenha sido construído conjuntamente pelos diálogos ocorridos no espaço democrático de discussão.

Para que seja possível a construção conjunta dos valores que guiarão as ações é preciso criar condições de inter-compreensão. Estas condições existem quando os agentes da discussão passam a reconhecer mutuamente a validade dos argumentos e proposições. As regras para a pretensão à validade dos argumentos e normas foram

retiradas por Habermas do estudo das formas cotidianas de diálogo. Ele afirma que quando participamos de uma reunião podemos recusar o argumento de alguém de três maneiras principais: ou dizemos que esse argumento é baseado em uma mentira ou imprecisão da verdade; ou diremos que apesar de verdadeiro ele não se aplica à realidade social ou cultural local; ou acusamos o agente de não estar sendo autêntico no anúncio daquele argumento. Daí extraiu, respectivamente, os três tipos de pretensão à validade dos argumentos e normas: verdade proposicional, precisão normativa e veracidade do agente. Uma ação comunicativa seria, portanto, uma ação social planejada por argumentos capazes de resistirem aos testes de validade.

Nos serviremos de um exemplo prático para explicar estes três tipos básicos de validade da argumentação. Imaginemos que durante uma reunião para formulação de políticas públicas de saúde visando comunidades rurais, um determinado agente social afirmasse que a alta incidência de certa doença de pele nestas comunidades seria decorrente do tipo de material com o qual é fabricado uma ferramenta de agricultura, muito utilizada em várias regiões do país e, em seguida, propusesse como solução em curto prazo a compra e distribuição pelo governo de uma ferramenta com as mesmas características e funções, mas feita em aço inoxidável. A verdade proposicional exigiria que ao anunciar um argumento contendo uma verdade de natureza verificável, como as verdades científicas, o agente desse provas da mesma. Assim, seria necessário que este agente apresentasse os dados comprobatórios da relação da doença com o material da ferramenta a partir de estudos clínicos e epidemiológicos. A precisão normativa exigiria que ele demonstrasse que a mudança de hábito implicada na troca de ferramentas é capaz de ser absorvida pela cultura e pelas normas de conduta inerentes às formas de vida cotidianas locais. Finalmente, a veracidade do agente exigiria que ele tivesse a autenticidade de sua argumentação reconhecida pelo grupo. Se algum outro agente de discussão demonstrasse, por exemplo, que ele comprou um grande número de ações da única empresa no país que produz aquela ferramenta em aço inoxidável, a validade de seus argumentos anteriores estaria imediatamente sob forte suspeitas, invalidando a influência de sua argumentação na tomada de decisão.

Atendidos esses três tipos de pretensão à validade é preciso ainda

que o grupo possa cumprir o princípio único de universalidade, segundo o qual é necessário que os efeitos e conseqüências decorrentes do cumprimento daquela ação, possam ser aceitos sem coações ou constrangimentos, por todos os implicados.

É claro que, em contato com comunidades culturalmente muito diversas, em particular as comunidades indígenas, a proposição mesmo de regras de argumentação é problemática, pois esses grupos têm regras de argumentação próprias com laços culturais seculares. Além disso, a própria noção de verdade e de precisão normativa, definidas no modelo, precisariam ser construídas conjuntamente a partir dos espaços de discussão. Da mesma forma, o critério de veracidade do agente seria difícil de ser alcançado por um sujeito externo à comunidade no intervalo de um ou dois encontros de discussão, podendo ser indispensável, em alguns casos, a mediação de interlocutores da sociedade branca, que já tenham conquistado a confiança destes grupos.

Mesmo quando se trata de grupos culturalmente menos diversos que os indígenas, nem sempre um espaço verdadeiramente democrático de discussão existirá e nem sempre os agentes sociais presentes na discussão conseguirão atender às exigências de validade dos argumentos, o que significa reconhecer os limites do modelo. Mas, ao mesmo tempo, parece difícil crer que existe uma saída para as formulações de políticas públicas, que busquem se afastar do autoritarismo médico-científico e do etnocentrismo moral e político, por outra via que não esta do diálogo livre entre os implicados.

Conclusão

As implicações da vulnerabilidade para as políticas públicas de saúde precisam ser consideradas tanto pelo viés quantitativo da identificação de grupos vulneráveis e seus déficits de bens, serviços, oportunidades e escolhas, quanto pelo viés qualitativo da interação com os universos simbólicos e subjetividades envolvidas na geração de demandas. Mais recentemente o Brasil parece ter se aproximado de formulações com essas características no que diz respeito a pelo menos duas políticas públicas de saúde: o *Programa de Saúde da Família* (PSF) e a *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*

(PNASI). O envolvimento com essas políticas de profissionais sensíveis a algumas das questões aqui levantadas, a prática da discussão democrática com os grupos alvos no planejamento de ações e o uso de ferramentas como a pesquisa-ação para implementação das políticas, têm se constituído em avanços concretos. Persistem, no entanto, por parte desses profissionais, críticas dirigidas ao autoritarismo do modelo médico-científico na formulação dessas políticas e da heterogeneidade das concepções ideológicas que tem conduzido à implantação das mesmas nas diversas regiões do país (16;17).

A participação da comunidade passou a ser uma das diretrizes organizacionais do Sistema Único de Saúde (SUS), determinada na Constituição e garantida por meio das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde nas esferas federal, estadual e municipal. As conferências nacionais de saúde já deram mostras de sua importância para o país, a exemplo da VIII Conferência, de 1986, que lançou as bases para o desenvolvimento do próprio SUS. O desafio passa a ser, então, conferir cada vez maior legitimidade à representação e ao trabalho dos Conselhos de Saúde, sobretudo nas esferas mais problemáticas que são a Estadual e a Municipal.

É preciso considerar, entretanto, que esses espaços formais não são suficientes. É necessário também que se trabalhe na extremidade do processo, ou seja, na formação de espaços democráticos de discussão dentro de cada comunidade alvo das políticas. Neste sentido, a compreensão das demandas a partir da Teoria das Capacidades de Amartya Sen e a utilização da Ética do Discurso de Habermas dentro dos grupos de discussão e controle social, podem vir a representar uma contribuição inestimável à neutralização dos jogos de poder disciplinares e ideológicos em torno da formulação e implementação de políticas públicas inseridas em ambientes multiculturais. Isso constitui, assim, uma proposição concreta para neutralizar tanto o universalismo etnocêntrico das propostas desenvolvimentistas, quanto o relativismo ingênuo e inoperante de algumas correntes antropológicas.

Conferência apresentada no IV Encontro Luso-Brasileiro de Bioética, setembro de 2006.

Referências:

- 1 Blaikie, P; Cannon, T & Davis I. *At risk: natural hazards, people's vulnerability and disasters*. London: Routledge, 1994.
- 2 George-Abeyale, D. Race, ethnicity and the spatial dynamic: towards a realistic study of black crime, crime victimization and criminal justice processing of black. *Social Justice*; 17 (3), 1989. pp. 153-166.
- 3 Watts, M & Bolhe, G. Hunger, famine and space of vulnerability. *Geojournal* 30 (32), 1993. pp.117-25.
- 4 Giddens, A. *Les conséquences de la modernité*. Paris: L'Harmattan, 1994.
- 5 Starfield, B. Equity and health: a perspective on non-random distribution of health in the population. *Panamerican Journal of Public Health* 12(6), 2002. pp. 384-7.
- 6 Schneider, MC; Castillo-Salgado, C; Bacallao, J; Loyola, E; Mujica, O; Vidaurre, M & Roca, A. Methods for measuring inequalities in health. *Panamerican Journal of Public Health* 12(6), 2002. pp. 398 - 414.
- 7 Kottow, M. The vulnerable and the susceptible. *Bioethics*, 17(5-6), 2003. pp. 460-71.
- 8 Rosen, G. *Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- 9 Foucault, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1986.
- 10 Bobbio, N. et al. *Dicionário de política*, Brasília: Editora UnB, 1986.
- 11 Bourdieu, P. *Raisons pratiques, sur la théorie de l'action*. Paris: Seuil, 1994.
- 12 Teixeira, R. "Informação e comunicação em saúde". In: Schaireber, L. *Saúde do adulto. Programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec, 1996.
- 13 Sen, A. *On ethics and economics*. Oxford: Blackwell Publishing, 1998.
- 14 Habermas, J. *The theory of communicative action*. McCarthy, T. (trad) London: Beacon Press, 1986.
- 15 Habermas, J. *De l'éthique de la discussion*. Paris: Flammarion, 1999.
- 16 Bonfim, L. & Bastos, A. O impacto sócio-cultural do programa de saúde da família (PSF): uma proposta de avaliação. *Cad. Saúde Pública*, 14(2), 1998. pp. 429- 35.
- 17 Ferreira, L. *Limites e (im)possibilidades da articulação entre as medicinas tradicionais indígenas e o sistema oficial de saúde*. (Em publicação, 2006).

Recebido em 8/8/2006,. Aprovado em 3/10/2006