

SOBRE A APLICABILIDADE DA TEORIA DE ULRICH BECK À REALIDADE BRASILEIRA: SITUAÇÃO DE SAÚDE E AÇÃO POLÍTICA

*Aurea Maria Zöllner IANNI**

RESUMO: Este artigo é parte dos resultados da pesquisa sobre a obra de Ulrich Beck, mais especificamente sobre a teoria da sociedade de risco. Trata-se de um ensaio no qual se argumenta sobre a pertinência das proposições teóricas do autor e sua aplicabilidade aos estudos brasileiros. Toma-se o campo da Saúde Pública, no Brasil, como universo de análise, e mostra como a situação de saúde e o sistema de saúde, no país, refletem as questões teóricas propostas por Beck. Abordam-se as novas desigualdades sociais, a invisibilidade e imperceptibilidade dos processos, a complexidade causal dos fenômenos, os efeitos colaterais latentes e a questão da (sub)política, tendo sempre por referência o campo da Saúde Pública.

PALAVRAS-CHAVE: Teoria social. Sociedade de risco. Saúde pública. Política.

Teorias e realidades

Este trabalho concentrou-se no estudo da teoria da Sociedade de Risco formulada por Ulrich Beck por considerá-la uma contribuição fundamental à teoria social contemporânea, e que aparece, de forma ainda muito tímida, no cenário dos estudos brasileiros.

A incorporação das contribuições de Beck aos estudos sobre a sociedade brasileira ocorreu, principalmente, por meio da sociologia ambiental (GUIVANT,

* USP – Universidade de São Paulo. FSP – Faculdade de Saúde Pública. São Paulo – SP – Brasil – 01246-904 – aureanni@usp.br

1998, 2001; FERREIRA, 2006; FERREIRA et al., 2006), permanecendo restrita a esse campo temático durante muito tempo.

No campo da Saúde, no Brasil, as formulações de Beck foram incorporadas bem mais recentemente e de forma assistemática e pontual, por autores como, por exemplo, Castiel (1996), Luiz e Cohn¹ (2006), Porto (2007) e outros. Spink (2001), na área da psicologia social, desenvolveu um estudo mais amplo com bases no conceito de risco, abordando aí as contribuições de Beck. Essa “incipiência” na incorporação das formulações de Beck aos estudos sobre a realidade brasileira reafirma a pertinência em aprofundar o conhecimento sobre a sua teoria, especialmente aquela relativa à sociedade de risco.

Uma das questões sempre mencionadas sobre a teoria de Beck é a pertinência de suas formulações, considerado o contexto social brasileiro e visto que se trata de um autor – e uma teoria – estruturada com bases na realidade européia.

A problemática da aplicabilidade de teorias às realidades sociohistóricas de países, povos, comunidades, nações, é recorrente e antiga nas ciências sociais. Desde a instituição destas no século XIX, esse tem sido um problema no âmbito das ciências sociais e tema típico da história das ciências e da sociologia das ciências (COMISSÃO..., 1996; LATOUR, 2004).

É sabido que essa questão – a aplicabilidade de uma ou outra(s) teoria(s) às múltiplas e diferentes realidades sociais – sempre foi e continua sendo polêmica, já que teoria e realidade, ainda que autorreferenciadas e retroalimentadas, não se reduzem uma à outra, especialmente no que se refere às ciências sociais. As inúmeras formas interpretativas do real, das quais as ciências sociais são caudatárias, resultam nessa imensa “falta de consenso” (GIDDENS; TURNER, 1996; GOLDBERG; MARSIGLIA; GOMES, 2003) entre pensamentos teóricos sobre o social.

A aplicabilidade não se põe de forma imediata, também, porque teorias são sínteses, ou (re)criações reflexivas sobre determinadas realidades e, nesse sentido, constituem fenômenos ‘em si’, com seu *constructu* próprio e autônomo. Nessa medida, as teorias são relativamente descoladas do real ao qual estão vinculadas ou pretendem interpretar (GERMANI, 1961; GIDDENS; TURNER, 1996), o que significa que – sobre teorias e aplicabilidades – nada se pode estabelecer de forma direta, senão mediada.

Além do mais, teorias são sínteses compreensivas e/ou interpretativas de realidades sociais que se encontram em permanente transformação, dinâmica que numa sociedade como a contemporânea ganha significado muito especial, pois as

¹ O trabalho dessas autoras, intitulado “Sociedade de risco e risco epidemiológico”, não utiliza, em momento algum, obras de Beck, referindo-se sempre ao conceito de risco a partir do trabalho desenvolvido por Spink.

relações de tempo-espaço dos/entre fenômenos encontram-se, aqui, infinitamente aceleradas, sobrepondo-se (BECK, 2006a, 2006b; COMISSÃO..., 1996; GIDDENS, 1991).

Outro problema que não é novo, com relação à aplicabilidade das teorias sociais, é o da contradição, ou adequação, de formulações feitas com bases na realidade social dos denominados países desenvolvidos e a realidade social dos países subdesenvolvidos, de desenvolvimento tardio ou, na acepção mais atual, em desenvolvimento. É sobre este aspecto que recaem as maiores dúvidas sobre a aplicabilidade das proposições de Beck.

Muito já se discutiu sobre as formações sociais e a determinação dos seus processos estruturantes. Considerando as raízes históricas dos países colonizados do Terceiro Mundo como o Brasil, uma contradição evidente, e largamente discutida, tem sido entre a dinâmica socioeconômica e política dos países desenvolvidos, ricos, e a pobreza dos “em desenvolvimento”, com as consequentes diferenças entre as condições de vida das populações, suas necessidades, organizações e manifestações políticas, econômicas, culturais, etc.; considerados os diferentes contextos socioeconômicos e históricos.

A questão de fundo sobre as diferentes realidades sociais e a aplicabilidade das teorias se refere ao fato de que os fenômenos e processos, que são o substrato das formulações teóricas produzidas em âmbito dos países desenvolvidos e ricos, não sendo os mesmos dos países em desenvolvimento, forneceriam arcabouço teórico inadequado e/ou insuficiente para análises consistentes dos contextos sociais vivenciados nestes países, pobres.

Nessa discussão, tomar a realidade social como objeto é o cerne da questão, visto que ela forneceria não apenas os elementos necessários e específicos à compreensão das sociedades em si, bem como determinaria a conexão teoria-aplicabilidade; em síntese, considerar o marco histórico-social para qualquer formulação ou incorporação teórica seria um dos pontos fundamentais dessa questão.

Considerando exatamente esses aspectos da problemática sobre a aplicabilidade das teorias sociais é que se pode afirmar que as formulações de Ulrich Beck possibilitam e contribuem para com as análises sobre a realidade social brasileira.

Sobre a situação de saúde no Brasil

No que se refere ao cenário da situação de saúde da população no Brasil, há muito se vivencia processos semelhantes aos dos países desenvolvidos. Na verdade,

no Brasil de hoje há uma mistura de realidades de “ricos” e “pobres”, do “atraso” e do “desenvolvimento”, e esses fenômenos e processos encontram expressão e estão plasmados nos corpos das pessoas e nas suas necessidades de saúde, imprimindo dinâmicas sociais próprias de adoecimento e morte.

Há mais de três décadas, a Saúde Pública no Brasil, enfrenta um fenômeno que se convencionou chamar de ‘transição epidemiológica’, uma mudança do padrão de morbimortalidade da população (MONTEIRO; IUNES; TORRES, 2000; LAURENTI, 1990).

Descreve-se a transição demográfica que é uma conseqüência do comportamento das variáveis mortalidade e fecundidade, traduzindo-se por um envelhecimento da população a qual passa a ter maior proporção de velhos e menor de jovens. Ao mesmo tempo que ocorrem mudanças na estrutura da população também se observam mudanças na incidência e prevalência das doenças bem como nas principais causas de morte. São essas mudanças que deram origem ao conceito de transição epidemiológica que pressupõe uma evolução gradual dos problemas de saúde caracterizados por alta prevalência e mortalidade por doenças infecciosas para um estado em que passam a predominar as doenças não-infecciosas (ou também crônico-degenerativas). (LAURENTI, 1990, p.143)

Contrariamente ao que se previa, ou esperava, no decorrer das décadas de 1970 e 1980, o Brasil migrou de um perfil epidemiológico característico de Terceiro Mundo, em que predominavam as doenças identificadas com o atraso e a pobreza como as diarreias, as doenças infectocontagiosas, as parasitárias, a desnutrição infantil, etc. para um perfil de prevalência de doenças típicas dos países desenvolvidos, ou ricos, como a hipertensão, o diabetes, a obesidade, as doenças psíquicas ‘modernas’, violências e acidentes, aids, etc..

São inúmeras e complexas as relações que se pode estabelecer entre as mudanças ocorridas no perfil epidemiológico da população brasileira e o cenário demográfico, social, político e econômico do país.

Segundo Monteiro, Iunes e Torres (2000), a melhora significativa da situação da saúde infantil no Brasil, em que se destaca a acentuada redução da desnutrição, pode ser atribuída a três fatores principais: a elevação da renda familiar, o aumento da escolaridade das mães e a expansão significativa da oferta de serviços de saúde e saneamento.

Discutindo a alta mortalidade por infarto do miocárdio, os mesmos autores afirmam que esse fenômeno pode ter relação com diversos fatores, como o aumento

do consumo de óleos vegetais e margarinas em substituição à gordura animal como o toucinho, a banha e a manteiga, e também o aumento do consumo dessas gorduras em detrimento dos carboidratos complexos, além do estilo de vida sedentário, com pouca atividade física, relacionado ao padrão produtivo típico dos países desenvolvidos onde predominam as atividades do setor de serviços com ocupações que demandam pouco gasto energético.

Esses mesmos fatores, segundo os autores, podem ter favorecido, também, o aumento excepcional da obesidade, um problema de saúde pública nos dias de hoje e que está intrinsecamente relacionado à mudança da pauta produtiva agrícola, ao desenvolvimento da agroindústria no país e às mudanças de hábito geradas pela intensa urbanização das populações no Brasil após a década de 1970.

Tais fenômenos de morbimortalidade expressam a enorme complexidade envolvida nos processos de saúde e adoecimento vivenciados pela população brasileira, refletindo aspectos sociais, econômicos, demográficos, ecológicos, culturais e políticos. Nesse sentido, é possível afirmar que, no Brasil, as condições de vida da população e a sua situação de saúde não correspondem, estritamente, aos padrões dos países pobres ou em desenvolvimento, mas incorporam os padrões dos países ricos, desenvolvidos.

Epidemiologicamente falando, portanto, o fenômeno da reflexividade, segundo a acepção de Beck², já é um fato para o campo da Saúde Pública no Brasil. Analisados os processos sociais que determinam as condições de vida e a situação de saúde da população brasileira verifica-se que não é mais possível estabelecer claros limites entre o que se considera típico do padrão dos países ricos ou pobres.

Maurício Barreto (1998), discutindo a emergência de doenças infecciosas como a Aids, e a permanescência ou reemergência de outras moléstias como a tuberculose, por exemplo – que se acreditava que seria erradicada com a descoberta de penicilina e hoje se sabe da impossibilidade de sua erradicação em função do alto grau de resistência do bacilo aos antibióticos – , diz:

² A formulação de Beck sobre esse conceito difere da de Giddens (1991, p.45), que define: “[...] reflexividade da vida social moderna consiste no fato de que as práticas sociais são constantemente examinadas e reformadas à luz de informação renovada sobre estas próprias práticas, alterando constitutivamente seu caráter. [...] Em todas as culturas, as práticas sociais são rotineiramente alteradas à luz de descobertas sucessivas que passam a informá-las. Mas somente na era da modernidade a revisão da convenção é radicalizada para se aplicar (em princípio) a todos os aspectos da vida humana, inclusive à intervenção tecnológica no mundo material.”

Para Beck (2006b, p.173, grifo do autor), a proposição de Giddens diz respeito mais à reflexão que reflexividade que, segundo ele, “[...] se vincula essencialmente a **las consecuencias no deseadas de la modernización**. [...] En el sentido más amplio esto es así porque, junto con la reflexión (conocimiento), en alemán **Reflexivität**, también incluye reflejo en el sentido del efecto o efecto preventivo del no-conocimiento.”

[...] fica evidente que grande parte do problema (*emergência de doenças infecciosas*) é consequência de intervenções humanas sobre o meio ambiente e a vida social. Inclusive, parte das mutações genéticas não se dá ao acaso, sendo decorrente de pressões ambientais sofridas pelos agentes infecciosos. Esta discussão é de extrema relevância, pois a partir do entendimento do problema é que se pode definir a forma de conduzi-lo nas agendas de saúde pública e científica. Assim, os efeitos danosos de intervenções sobre o meio ambiente, incluindo os riscos de exploração de novos nichos ecológicos, os movimentos migratórios, o desenvolvimento industrial e as novas tecnologias, com as recentes terapias e técnicas de processamento de alimentos, a falta de resolução dos problemas da fome e da desnutrição, a despreocupação em muitas sociedades com as desigualdades sociais, as condições de vida das populações pobres em meio urbano e rural, a resistência a antibióticos, etc. foram secundarizados em função de uma visão apocalíptica, também cientificamente construída, de que vivíamos o período final da derrocada das doenças infecciosas. (BARRETO, 1998, p.21-22).

O antigo e o novo na Saúde no Brasil são, portanto, uma mesma realidade que se constitui como objeto de reflexão e intervenção para todos os profissionais da área – pesquisadores, acadêmicos, lideranças dos movimentos de saúde, gestores dos serviços de saúde (estatais, privados, Organizações não Governamentais/ONGs, Organizações Sociais de direito público/OS e fundações), os inúmeros profissionais que exercem suas práticas de cuidado e atenção em saúde, os usuários dos serviços e os formuladores das políticas públicas do setor (no âmbito dos legislativos e executivos das esferas municipal, estadual e federal). É por esse motivo que Monteiro, Iunes e Torres (2000, p.353) afirmam que:

Não há tampouco lugar para duas agendas independentes: uma, tradicional, centrada no combate a doenças infecciosas e carências nutricionais – para estratos e regiões mais pobres do país – e outra, nova, centrada na prevenção de riscos ambientais, na informação sobre práticas de vida mais saudáveis e na busca da longevidade com qualidade de vida – para os demais estratos e regiões. Se, com relação às doenças da escassez, os diferenciais entre ricos e pobres tendem a aumentar, no caso das doenças do coração, de vários tipos de câncer, dos acidentes e violências, da obesidade, do tabagismo e de outros fatores de risco para enfermidades crônicas, a tendência é a da homogeneização, quando não diferenciais desfavoráveis para os estratos e regiões mais pobres [...].

Como se vê, o cenário da situação de saúde no Brasil justifica a incorporação das formulações teóricas propostas Beck, considerando-se, sempre, as especificidades brasileiras e até mesmo regionais do país.

Esclarecido esse ponto sobre a pertinência da teoria da sociedade de risco às análises dos fenômenos e processos sociais no Brasil, fica mais fácil discutir as relações entre algumas das formulações estruturantes da teoria de Ulrich Beck e os fenômenos em saúde.

Formulações teóricas de Beck e fenômenos em saúde

Uma das relações entre os fenômenos de saúde-doença e as formulações de Beck se refere à múltipla determinação dos processos, e corresponde ao que ele identifica como **as novas desigualdades sociais dentro da sociedade de risco**.

Así pues, las desigualdades de las sociedades de classes y del riesgo pueden solaparse y condicionarse, éstas pueden producir aquéllas. El reparto desigual de la riqueza social apenas ofrece muros superables y justificaciones para la producción de riesgos. (BECK, 2006a, p.63)

O alerta evocado por Monteiro, Iunes e Torres (2000) chama a atenção, exatamente, para essas novas desigualdades sociais que emergem no Brasil contemporâneo: o surgimento das doenças ‘do desenvolvimento’ ou crônico-degenerativas, de certa forma, escamoteiam a permanência das doenças “do atraso”, que continuam fustigando os setores populares mais pobres; um cenário que obscurece, muitas vezes, a dupla vulnerabilidade desses segmentos.

De acordo com Beck, no processo de modernização, mais cedo ou mais tarde, os conflitos sociais de uma sociedade de “distribuição de riquezas” imbricam-se aos conflitos de uma sociedade de “distribuição de riscos” (BECK, 2006a, p.31). Considerando o cenário da situação de saúde das populações no Brasil, é prudente concordar com o seu argumento de que o predomínio dos “[...] conflictos de la producción de riqueza y, portanto, la invisibilidad social de la sociedad del riesgo no son una prueba de la irrealidad de ésta, sino el contrario: son el motor de su surgimiento y, por tanto, una prueba de su realidad.” (BECK, 2006a, p.64).

O quadro sanitário brasileiro sugere que a agenda teórica proposta por Beck em meados da década de 1980 (tornada pública em 1986, com a edição do seu polêmico livro sobre a teoria da sociedade de risco) chega tardiamente ao

Brasil, considerados os processos sociais em saúde vivenciados pela população, e identificados pelos profissionais do campo desde finais da década de 1980³.

O diagnóstico desses profissionais, em termos cronológicos, corresponde às obras iniciais de Beck. Esse descompasso entre a realidade de saúde no país e o pensamento social brasileiro precisa ser superado sob pena das ciências sociais perderem a oportunidade de desempenhar o seu papel, o da necessária contribuição teórica à interpretação e análise dos fenômenos e processos em curso no país. A incorporação das formulações teóricas de Beck, nesse contexto, aporta conteúdos que contribuem, em muito, para a compreensão, e a crítica, dos processos vivenciados pelas populações.

Assim como os sanitaristas no Brasil admitem que “[...] as mudanças no perfil de morbimortalidade da população operadas nos últimos anos impõem à saúde pública brasileira não apenas uma revisão de agenda, mas também revisão de estratégias.” (MONTEIRO; IUNES; TORRES, 2000, p.354), Beck (2006a, p.17) sugere que “*tendremos que acometer una dura lucha con las viejas teorías y hábitos de pensar*”.

Es este nuevo contraste entre modernidad y sociedad industrial (en todas sus variantes) lo que hace que a nosotros, que estamos acostumbrados a pensar la modernidad con las categorías de la sociedad industrial, se nos diluya hoy el sistema de coordinadas. (BECK, 2006a, p.19)

Outro componente intrínseco à teoria de Beck diz respeito às noções de **invisibilidade e imperceptibilidade** dos processos na sociedade de risco. Trata-se das contradições entre o que ele denomina de marcos da primeira modernidade, aqueles da crença no desenvolvimento econômico, científico e tecnológico, e os marcos da segunda modernidade, pós-industrial, industrial tardia, etc., no qual os processos não podem mais ser impingidos sem que venham acompanhados dos resultados indesejados, invisíveis, imperceptíveis: os riscos.

O cenário epidemiológico brasileiro oferece exemplos à fartura. A obesidade, a hipertensão arterial e os cânceres se encaixam perfeitamente nessa categoria, pois são doenças que refletem as consequências implícitas – invisíveis e imperceptíveis – da industrialização. Doenças crônico-degenerativas, como essas, estão muitas

³ Grande parte da produção sobre a transição epidemiológica no Brasil e as novas demandas da agenda de Saúde Pública no país é datada de 1990 em diante. Este fato tem uma relação direta com a constituição do campo da Saúde Coletiva que ampliou não apenas a discussão sobre esses temas como criou veículos próprios de divulgação científica. É o caso da fundação da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), em 1989, na seqüência da promulgação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, e a realização de congressos científicos da área e a edição de revistas.

delas relacionadas a fatores físico-químicos (ainda que não se restrinjam a eles) e consistem, sem dúvida, em problemas de Saúde Pública nos quais as conexões invisíveis da sociedade de risco transformaram-se, sob a forma residual, em adoecimento concreto, visível, impresso nos corpos dos indivíduos.

Sin embargo, llama la atención que en aquel tiempo (primeira modernidade), a diferencia de hoy, los perigos atacaban a la nariz o a los ojos, es decir, eran perceptibles mediante los sentidos, mientras que los riesgos civilizatorios hoy se sustraen a la percepción y más bien residen en la esfera de las fórmulas químico-físicas [...] (BECK, 2006a, p.32-33)

Giovanni Berlinguer, sanitarista e deputado italiano, quadro intelectual e político da Reforma Sanitária naquele país e um dos grandes inspiradores da Reforma Sanitária Brasileira (SCOREL, 1999; SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2006), que ocorreu nas décadas de 1970/1980, da qual resultou a promulgação do Sistema Único de Saúde (SUS), dizia, em meados dos anos 70, que as doenças emergentes

[...] são formas em que há um prolongado período de latência, um decurso lento. Ao contrário, grande parte das doenças infecciosas tem um decurso diferente, uma explosão rápida, que é percebida imediatamente pelo indivíduo. [...] Ao contrário, para um tumor, para o diabetes, para a arteriosclerose na fase inicial, existe uma diferenciação entre estado objetivo da doença, que começa a existir, e o estado subjetivo, a condição da pessoa, que não sente a doença. O médico, se espera ser chamado pelo doente, muitas vezes chega atrasado. (BERLINGUER, 1978, p.110).

Este trecho do texto de Berlinguer parece descrever com muita acurácia o que, nos termos de Beck, seriam a imperceptibilidade e a invisibilidade dos processos e fenômenos sociais no contexto da reflexividade da modernidade e do risco, típicos da segunda modernidade.

Mais adiante, Berlinguer menciona o fato de que muitas doenças não se apresentam como fenômenos novos, mas como um desdobramento ou desenvolvimento de condições mais ou menos normais, e complementa:

Um indivíduo pode ter ou não ter a equinocose, ou a malária, mas não existem caminhos intermediários. Os tumores, ao contrário, não respondem a esta lei, porque a passagem da célula normal para a célula tumoral é uma passagem lenta, insensível, complexa, durante a qual há muitíssimas fases intermediárias em que é impossível dizer se existe ou não a doença. (BERLINGUER, 1978, p.111).

E conclui estabelecendo uma analogia entre essa invisibilidade do risco e o iceberg: “o iceberg está submerso” (BERLINGUER, 1978, p.111).

Um outro aspecto importante da teoria de Beck diz respeito à **complexidade da cadeia causal** que, segundo ele, é **impossível de ser estabelecida** no contexto da sociedade de risco.

[...] las mismas substancias nocivas pueden tener un significado completamente diferente para personas diferentes de acuerdo com la edad, el sexo, los hábitos alimenticios, el tipo de trabajo, la información, la educación, etc. (BECK, 2006a, p.38).

Berlinguer (1978, p.109), discutindo a origem das doenças, afirma que:

[...] fatores diferentes entre si, podem provocar a mesma doença, deste modo não há mais uma etiologia simples, mas complexa. [...]

Existem, ainda, doenças específicas de causas inespecíficas. E existem fatores idênticos que levam a doenças diferentes.

Este é um problema que foi, e tem sido, recorrentemente discutido na Saúde em função da sua importância para a definição das estratégias de atenção e cuidado e das políticas públicas do setor. A complexidade envolvida na causalidade das doenças demanda práticas de atenção diferenciadas e também complexas, o que implica decisão sobre a alocação de recursos no setor, alocação e contratação de profissionais, abertura de novos ou diferentes serviços de atenção, instalação e aquisição de equipamentos e medicamentos, diferentes estratégias de cuidados e novos programas de saúde. Nesse sentido, a complexidade da cadeia causal dos processos saúde-doença desafia o setor saúde a mudar estratégias políticas consolidadas, buscando novas alternativas num cenário imprevisível.

O fenômeno da invisibilidade articulado ao da imprevisibilidade se associa, na Saúde, a outro, recorrentemente expresso nas formulações de Beck e estruturante da sua teoria, o dos “**efeitos secundários latentes**” (BECK, 2006a, p.22) ou os efeitos colaterais do desenvolvimento, que consistem nas **consequências indesejadas da modernização** que vão sendo plasmadas lentamente, sob a forma de ameaças irreversíveis.

A mudança do tipo de gordura ingerida pela população no Brasil, por exemplo, promove um padrão alimentar que se articula à mudança da agenda produtiva agrícola em função dos interesses dos agronegócios, e é viabilizada pelo desenvolvimento científico e sua incorporação tecnológica. T tamanha mudança

trouxe resultados imprevisíveis para a saúde das pessoas. Inofensivas se consideradas em si e isoladamente, essas substâncias podem ter consequências imprevisíveis nos corpos dos seres humanos.

Lo que puede ser “no peligroso” en relación a um producto individual tal vez sea extremadamente peligroso en el “receptáculo del consumidor final” en que se ha convertido el ser humano en el estadio avanzado de la comercialización total [...]. (BECK, 2006a, p.38-39).

De maneira sintética, portanto, é possível afirmar que a desnutrição no Brasil, um flagelo de países do Terceiro Mundo subdesenvolvido, foi lenta e silenciosamente substituída pela obesidade da sociedade da riqueza e da abundância, uma consequência indesejada da modernização; nenhum destes problemas podendo ser desprezado pela agenda da Saúde Pública no país hoje.

BECK (2006a) afirma que as transformações ocorridas na sociedade industrial moderna, e que põem em cheque as bases estruturais dessa sociedade, são o resultado da “vitória da modernização ocidental”; para ele, o **sujeito da destruição criativa** da sociedade ocidental são os **êxitos** da primeira modernidade.

El proceso de modernización se vuelve reflexivo, se toma a sí mismo como tema y problema. Las cuestiones del desarrollo y de la aplicación de tecnologías (en el ambito de la naturaleza, la sociedad y la personalidad) son sustituidas por cuestiones de la “gestión” política y científica (administración, descubrimiento, inclusión, evitación y ocultación) de los riesgos de tecnologías a aplicar actual o potencialmente en relación a horizontes de relevancia a definir especialmente. (BECK, 2006a, p.30).

A evolução das doenças crônico-degenerativas resulta desse processo na medida em que expressa o padrão produtivo e de consumo da sociedade industrial tardo-moderna, resultando num estilo de vida muito próprio a essas sociedades.

A longevidade humana alcançada ao longo do século XX e resultado do desenvolvimento socioeconômico é acompanhada da permanência e longevidade das doenças crônicas na vida das pessoas, evidenciando o sabor amargo do progresso: vive-se mais, porém vive-se doente.

Comentando a transição epidemiológica, Ruzicka chama a atenção para a “combinação paradoxal” de declínio da mortalidade com aumento da morbidade. Isso porque, no decorrer da transição epidemiológica, não somente os “tipos” de doenças sofrem mudanças (de infecciosas para crônico-degenerativas e causas

externas) mas também suas características comportamentais ou de duração. De fato, de predominantemente agudas e quase sempre de alta letalidade, passam a ter longa duração, ocorrendo, dessa maneira, um acúmulo de doenças na população, particularmente nas idades mais velhas. (LAURENTI, 1990, p.147 apud RUZICKA, 1990).

(Sub)Política em Beck e o Sujeito na Saúde

No livro *La Sociedad del Riesgo Global. Hacia una Nueva Modernidad*, BECK (2006a) dedica um tópico do capítulo 8 “*Demarcación de la Política: acerca de la relación entre dirección política y cambio técnico-económico en la sociedad del riesgo*” à subpolítica da medicina, o item 8.5 “*Estudio de un caso extremo: la subpolítica de la medicina*” (BECK, 2006a, p.331-342). Neste tópico ele discute o fato de que a medicina, a serviço da saúde, acabou por criar circunstâncias totalmente novas na relação do homem consigo mesmo, com as enfermidades, com o seu sofrimento e morte, inclusive transformando o mundo.

Considerando o marco da Medicina Social, não apenas na América Latina, mas em suas origens europeias (FOUCAULT, 1993; MACHADO, 1993; ROSEN, 1994), é evidente que a Saúde vem, de há muito, transformando politicamente o mundo; basta considerar o papel desempenhado pelas políticas de saúde e estratégias do setor na constituição dos estados nacionais do século XIX, e o pilar que sempre representaram na proteção social do Estado do Bem Estar do século XX, em âmbito mundial e no Brasil (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2006, BRAGA; PAULA, 1981, VIANA; LEVCOVITZ, 2005).

Ocorre que esse vasto campo da política social – as práticas, as ações e estratégias políticas de saúde – se realizaram sempre, e em larga medida, no que se convencionou circunscrever à esfera privada da vida das pessoas, das populações, e, por isso mesmo, muitas das questões aí envolvidas acabaram por serem consideradas, no âmbito das ciências sociais, como exteriores à esfera pública, exteriores aos fatos essencialmente políticos.

Esse é um problema teórico que merece discussão aprofundada, que não será feita nesta oportunidade: porque as questões da natureza humana, mais especificamente a dos corpos ‘biológicos’, e as questões relativas à esfera privada da vida humana – ambas muito caras à saúde – foram, durante longo tempo, consideradas objetos menores pelas ciências sociais, marcando indelevelmente o conhecimento científico da área.

As ciências sociais ‘clássicas’, mais especificamente a sociologia e a política, tradicionalmente relegaram as questões da saúde para fora de seus interesses

instituídos. A antropologia foi a única, dentre as ‘clássicas’ ciências sociais, a se aproximar do tema abordando-os, em grande parte, em estudos relativos às sociedades primitivas, arcaicas ou tradicionais, tendo somente em meados do século XX aproximado essa discussão das dinâmicas contemporâneas das sociedades complexas (VALLADARES, 2005; COMISSÃO..., 1996; CANESQUI, 1995, 2007).

O tema da **medicina**, na obra de Beck, é introduzido articulado ao conceito de **subpolítica**. Nesse capítulo, ora em análise, ele diz que por trás das “novas imprevisibilidades” se oculta uma grande transformação do político; a separação entre o político e o não político vai se destruindo no curso da modernização reflexiva e ocorre a **transmutação do não político em subpolítico** (BECK, 2006a, p.313).

El concepto de “subpolítica” se refiere a la política al margen y más allá de las instituciones representativas del sistema político de los estado-nación. Centra la atención en los signos de una autoorganización (en última instancia global) de la política que tiende a poner en movimiento todas las áreas de la sociedad. La subpolítica quiere decir política “directa” – es decir, la participación individual en las decisiones políticas, sorteando las instituciones de la formación representativa de la opinión (partidos políticos, parlamentos) y muchas veces en carencia incluso de protección jurídica. En otras palabras, subpolítica quiere decir configurar la sociedad desde abajo. La economía, la ciencia, la carrera profesional, la existencia cotidiana, la vida privada han quedado atrapadas en las tormentas del debate político. (BECK, 2006b, p.61-62).

As questões de saúde, tendo sido sempre relegadas ao secundário nas ciências sociais, permaneceram durante longo tempo como questões não políticas: a quem cabia a decisão de ter ou não filhos senão ao homem, quando muito ao casal? Muito posteriormente essa decisão foi transferida à mulher. A quem sempre coube a decisão sobre as alternativas terapêuticas, os tratamentos, quando o paciente está em perfeito estado de consciência senão ao seu médico e, otimistamente, ao próprio paciente também? Quem decide sobre a vacinação dos filhos, ou quantos refrigerantes e doces consumir senão a própria criança ou, quando muito, seus pais?

Quando a sociologia se ocupou dessas questões? E a política? E porque deveriam elas se ocupar de questões tão prosaicas?⁴

Ocorre que essas questões se transformaram rapidamente em questões políticas, ou na formulação de Beck: elas saíram da esfera do não político para a esfera do *subpolítico*.

⁴ As questões de gênero, especialmente aquelas relativas à autonomia da mulher, foram incorporadas pela sociologia no Brasil a partir da década de 1970, aí incluídos os direitos reprodutivos sempre referidos ao direito universal.

Importante lembrar que no caso do Brasil essas questões envolvem estratégias políticas universais de saúde como as campanhas de vacinação, por exemplo, que vão das Unidades Básicas de Saúde às Associações Médicas de Pediatria e demais especialidades, dos laboratórios de pesquisa básica às indústrias de produção farmacêutica, dos profissionais do SUS ao complexo midiático.

O caso da obesidade é outro exemplo. Problema de Saúde Pública é, nos dias de hoje, objeto de uma rede de serviços como os de nutrição, os médico-estéticos, clínicos, cirúrgicos, psiquiátricos, envolvendo, ainda, a rede de equipamentos esportivos, a indústria farmacêutica, etc

[...] cada vez más áreas y preocupaciones de la sociedad que se consideraban naturales (tamaño de la familia, temas de educación, elección de profesión, movilidad, relaciones de géneros) se hacen ahora sociales e individuales, y por tanto se consideran susceptibles de exigencia de responsabilidades y sometidas a decisiones, y como tales son juzgadas y condenadas. (BECK, 2006b, p.119).

Ortega (2008) apresenta uma problemática bastante curiosa e ilustrativa de como pode ocorrer a construção *subpolítica* na sociedade contemporânea, ou de como o não político se torna político. Discutindo a situação dos portadores da síndrome de Asperger, um tipo de autismo, ele analisa as atitudes e controvérsias que permeiam uma comunidade que se constitui dos pais de autistas, autistas de alta resolução, neurocientistas, profissionais de saúde, gestores de serviços de saúde, médicos, além de inúmeros outros atores/segmentos. Trata-se de uma comunidade que está articulada em torno da discussão sobre neurodiversidade e os direitos dos autistas, ou neurodiversos.

Um primeiro aspecto que merece destaque é a própria constituição de uma comunidade que se mobiliza em torno de um problema dessa ordem, um problema de natureza biológica, de saúde-doença. Ela se articula por meio da criação de redes de comunicação na internet, organizando manifestações públicas, elaborando e divulgando manifestos, discutindo protocolos terapêuticos e de pesquisa, estabelecendo redes de apoio aos portadores da síndrome, etc.. Uma comunidade sociopolítica, portanto, ou nos termos de Beck, *subpolítica*, que atua nos meios de comunicação, nas discussões científicas, nos protocolos clínicos, interfere nas plataformas de pesquisa, nas políticas públicas de saúde, e condiciona as relações privadas como as familiares, por exemplo.

A grande controvérsia no interior dessa comunidade versa sobre os direitos do autista.

A discussão se dá, principalmente, entre os autistas de alta resolução, ou seja, aqueles que, ao contrário do que se conhece comumente, são indivíduos bastante

produtivos, inseridos socialmente, alguns deles tidos até como mentes brilhantes (por exemplo, Bill Gates, a quem se atribui o diagnóstico de autismo de alta resolução), e os pais dos autistas de baixa resolução, os casos mais comumente conhecidos, que lutam desesperadamente pelo menor sinal de contato com seus filhos. Para estes, o diagnóstico do autismo como doença, anormalidade psíquica, é importante porque lhes garante assistência e seguro médico e a perspectiva, mesmo que remota, de uma possível cura ou, no mínimo, de melhora mediante o tratamento. Para os primeiros, o reconhecimento do autismo como doença significa a medicalização de um ‘jeito de ser’, de uma identidade biopsicossocial com a qual eles convivem e se identificam. Segundo eles, que se autodenominam neurodiversos, o autismo seria uma característica intrínseca e identitária dos sujeitos, assim como ser gordo, ruivo, ou algo parecido, e não uma anormalidade, uma doença e, nesse sentido, não deveriam ser tratados, medicalizados, com o objetivo de reconduzí-los à normalidade. Uma polêmica que põe em causa uma identidade e, portanto, uma noção de *sujeito* psíquico, social, cultural, político.

Agrega-se a essa problemática, no relato de Ortega, o papel do **conhecimento** de neurocientistas, pesquisadores, médicos em geral, psicólogos, psicanalistas, psiquiatras, terapeutas, portadores da síndrome, cuidadores dos ‘doentes’, pais, amigos, vizinhos, veículos de divulgação científica, etc.. Toda uma comunidade mobilizada em torno do conceito de normalidade do autismo e, decorrentemente, sobre a medicalização ou não do sujeito autista; polêmica completamente permeada pela informação científica, mais especificamente das neurociências e psiquiatria. E este é um dos aspectos fundamentais do conceito de *subpolítica* em Beck, na medida em que na esfera do *subpolítico*, segundo ele, há a mediação da ciência e da tecnologia nas decisões individuais das pessoas, definindo sua trajetória biográfica, sua identidade (BECK 2006a, 2006b; BECK-GERNSHEIM, 2000).

A problemática discutida por Ortega apresenta, assim, dois componentes fundamentais do conceito de *subpolítica* em Beck, o da trajetória biográfica cientificamente informada e o da disputa entre diferentes racionalidades científicas, ambos componentes envolvendo a democratização da ciência e a sua apropriação social.

Interessante que o protagonista dessa controvérsia *subpolítica* parece ser, não os atores/sujeitos propriamente envolvidos, mas o conhecimento cientificamente informado. É por meio dele que a comunidade dialoga, se manifesta, discute, produz documentos, se posiciona. É ele que legitima os discursos e os argumentos, fornecendo aqui e ali as bases de uma ou outra posição. Ele informa os pais, os parentes, os portadores da síndrome. É ele que informa, também, os serviços de saúde, os profissionais, os seguros-saúde, os (neuro)cientistas, definindo, conseqüentemente, as políticas do setor. É esse conhecimento que alimenta a

produção científica dos vastos segmentos interessados e fornece as bases de uma nova identidade. E assim sucessivamente, numa rede aparentemente não política, porém sumamente política, *subpolítica*. Um caso exemplar da politização do privado por meio do conhecimento produzido cientificamente, um processo de politização do social.

No Brasil, o Fórum de Portadores de Patologias do estado de São Paulo pode ser considerado uma instituição semelhante a essa dos neurodiversos. Trata-se de uma comunidade de portadores de doenças e síndromes raras, crônicas ou que envolvam a incapacitação dos acometidos, e ainda, dos parentes de dependentes legais (em decorrência da condição de saúde). Este Fórum interfere nas políticas setoriais da Saúde em âmbito estadual e nacional, pleiteia recursos públicos específicos, discute as práticas, os programas e as intervenções médicas, divulga informações atualizadas sobre terapêuticas e medicamentos, cria redes de apoio, etc., podendo, nesse sentido, ser considerada uma comunidade (sub) política.

Conclusão

A medicina sempre foi uma arte técnica e, na sociedade contemporânea, com a sua arte ela invadiu definitivamente a política.

*Y así se difunde, de modo cada vez más profundo y amplio, la visión médica de las cosas en todos aspectos de la vida y de la existencia. Cada vez son más los campos en los cuales se presupone, al pensar y actuar, una realidad prefijada y acuñada médicamente. Aparece un derecho configurado por la medicina, tecnologías de trabajo “valoradas” médicamente, datos sobre el medio ambiente y normas de protección, hábitos alimentáricos, etc., que dan lugar a lo mismo. Y así, la espiral de decisiones y construcciones médicas no solo se amplía en la realidad ambigua de la sociedad del riesgo, sino que también **crea un inegotable deseo de medicina**.* (BECK, 2006a, p.341, grifo do autor).

A realidade em saúde das populações nas sociedades contemporâneas, como a brasileira, evidencia o caráter sumamente político da medicina ou, numa formulação mais geral, o caráter sumamente político da Saúde, em todas as suas esferas de realização. “*La estructura de la acción del “progreso” (en medicina) por su normalidad causa una transformación silenciosa de las condiciones de vida sociales*” (BECK, 2006a, p.335), fazendo proliferar uma outra política, imperceptivelmente.

Para Beck, essa revolução social, cultural e sobretudo política, vem ocorrendo sem que a opinião pública se dê conta, critique suas consequências, seus fins e perigos autoproduzidos. Segundo ele, muitas das questões envolvidas nas práticas médicas e de saúde em geral aparecem, para a sociedade, como questões de ordem ética, de prestígio ou competência médica ou científica; de certa forma, essas questões ainda têm sido percebidas e tratadas como atinentes apenas à esfera do individual, do privado ou do subjetivo. Sendo assim percebidas, aparentam ser não políticas. Isso ocorre porque “[...] *existe una estructura social del conocimiento científico en la práctica médica que excluye todo control externos.*” (BECK, 2006a, p.338).

Esse fato deve ser considerado em sua força e dimensão, na medida em que se expressa, dentre outras formas, nas políticas públicas de saúde no país, especialmente no âmbito do SUS.

Cabe às ciências sociais contribuir para a visibilidade dessas questões, assumindo-as como suas, sociais, políticas, históricas e culturais que são.

Con más urgencia que nunca necesitamos conceptualidades que (sin dar con giro mal entendido a lo nuevo eternamente viejo, llenas de dolores de despedida y manteniendo buenas relaciones con los tesoros desconocidos de la tradición) nos permitan pensar de una nueva manera lo nuevo que se nos echa encima y vivir y actuar con ello. (BECK, 2006a, p.21).

ON THE APPLICABILITY OF ULRICH BECK’S THEORY TO BRAZILIAN REALITY: HEALTH SITUATION AND POLITICAL ACTION

ABSTRACT: *The present article discusses part of the results of our research on Ulrich Beck’s work, mainly focused on the Risk Society theory. Our essay discusses the relevance of the author’s theoretical propositions and their applicability to Brazilian studies. Based on the Brazilian Public Health field, it indicates the health situation and the health system in the country as constitutive of social processes that reflect the theoretical questions posed by Beck. We discuss a new social inequality, the invisibility and imperceptibility of processes, the causal complexity of phenomena, the latent side effects and the (sub)political issue.*

KEYWORDS: *Social theory. Risk society. Public health. Policies.*

Agradecimentos

Meu agradecimento à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado São Paulo/FAPESP pelo apoio financeiro a essa pesquisa.

Referências

BARRETO, M. L. Emergência, e “permanescência” das doenças infecciosas. **Médicos**, São Paulo, v.1 n.3, p.19-24, 1998.

BECK, U. **La sociedad del riesgo: hacia una nueva modernidad**. Barcelona: Paidós, 2006a.

_____. **La sociedad del riesgo global: amok, violencia, guerra**. Madrid: Siglo XXI, 2006b.

BECK-GERNSHEIM, E. Health and responsibility: from social change to technological change and vice-versa. In: ADAM, B; BECK, U; LOON, J van (Ed.). **The risk society and beyond: critical issues for social theory**. London: SAGE Publications, 2000. p.122–135.

BERLINGUER, G. **Medicina e política**. São Paulo: Hucitec, 1978.

BRAGA, J. C. de S.; PAULA, S. G. de. **Saúde e previdência: estudos de política social**. São Paulo: Hucitec, 1981.

CANESQUI, A. M. **Ciências sociais e saúde no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2007.

_____. Introdução: os novos rumos das ciências sociais e saúde. In: CANESQUI, A. M. (Org.). **Ciências sociais e saúde**. São Paulo: Hucitec, 1995. p.19-35.

CASTIEL, L. D. Vivendo entre as exposições e agravos: a teoria da relatividade do risco. **Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.3 n.2, p.237-264, 1996.

COMISSÃO GULBENKIAN PARA A REESTRUTURAÇÃO DAS CIÊNCIAS SOCIAIS. **Para abrir as ciências sociais**. São Paulo: Cortez, 1996.

SCOREL, S. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

SCOREL, S., NASCIMENTO, D. R.do; EDLER, F. C. As Origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T, GERSCHMAN, S., EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz:OPAS:OMS, 2006. p.59-81.

FERREIRA, L. da C. **Idéias para uma sociologia da questão ambiental no Brasil**. São Paulo: Annablume, 2006.

FERREIRA, L. da C. et al. Environmental issues, interdisciplinarity, social theory and intellectual production in Latin America. **Ambiente & Sociedade**, Campinas, v.9, n.2, p.9-24, 2006.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. São Paulo: Graal, 1993.

GERMANI, G. Prólogo. In: WRIGHT MILLS, C. **La imaginación sociológica**. Fondo de Cultura Económica: México, D. F., 2004. p.9-20.

GIDDENS, A. **As conseqüências da modernidade**. São Paulo: Ed. da UNESP, 1991.

GIDDENS, A.; TURNER, J. Introdução. In: GIDDENS, A.; TURNER, J. (Org.). **Teoria social hoje**. São Paulo:Ed. da UNESP, 1996. p.7-21.

GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R. M. G.; GOMES, M. H. A. Apresentação. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R. M. G.; GOMES, M. H. A. (Org.). **O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.13-32.

GUIVANT, J. A teoria da sociedade de risco de Ulrich Beck: entre o diagnóstico e a profecia. **Estudos, Sociedade e Agricultura**, Rio de Janeiro, n.16, p.95-112, abr. 2001.

_____. Trajetórias das análises de risco: da periferia ao centro da teoria social. **BIB: revista brasileira de informação bibliográfica em ciências sociais**, Rio de Janeiro, n.46, 1998.

LAURENTI, R. Transição demográfica e transição epidemiológica. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 1., 1990, Campinas. **Anais...** Campinas: ABRASCO, 1990. p.143-165.

LATOUR, B. **Políticas da natureza: como fazer ciência na democracia**. Bauru: EDUSC, 2004.

LIMA, N. T., FONSECA, C. M. O.; HOCHMAN, G. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, N.T. et al. (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz: OPAS:OMS, 2006. p.27-58.

LUIS, O. do C.; COHN, A. Sociedade de risco e risco epidemiológico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.11, p.2339-2348, 2006.

MACHADO, R. Introdução: por uma genealogia do poder. In: Foucault, M. **Microfísica do poder**. São Paulo: Graal, 1993. p.VII-XXIII.

MONTEIRO, C. A., IUNES, R. F.; TORRES, A. M. A evolução do país e de suas doenças: síntese, hipóteses e implicações. In: MONTEIRO, C.A. (Org.). **Velhos e novos males da saúde no Brasil**: a evolução do país e de suas doenças. São Paulo: Hucitec: NUPENS: USP, 2000. p.349-356.

ORTEGA, F. O sujeito cerebral e o movimento da neurodiversidade. **Mana**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.477-509, 2008.

PORTO, M. F. de S. **Uma ecologia política dos riscos**: princípios para integrarmos o local e o global na promoção da saúde e da justiça ambiental. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Ed. da UNESP, 1994.

RUZICKA, L. T. The use of mortality and morbidity statistics for national health promotion. **World Health Organization DES/ICD/C/90.17**. Londres; World Health Organization, 1990. Documento apresentado na Reunião de Centro colaboradores da OMS para Classificação de Doenças.

SPINK, M. J. P. Trópicos do discurso sobre o risco: risco-aventura como metáfora na modernidade tardia. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.6, p.1277-1311, 2001.

VALLADARES, L. do P. (Org.). **A Escola de Chicago**: impacto de uma tradição no Brasil e na França. Belo Horizonte: Ed. da UFMG; Rio de Janeiro: IUPERJ: UCAM, 2005.

VIANA, A. L. D'A.; LEVCOVITZ, E. Proteção social: introduzindo o debate. In: VIANA, A. L. D'A., ELIAS, P. E. M.; IBÁÑEZ, N. (Org.). **Proteção social**: dilemas e desafios. São Paulo: Hucitec, 2005, p.15-57.

Recebido em dezembro de 2010

Aprovado em março de 2010