

Quatro tensões na saúde pública¹

NICOLAS LECHOPIER ¹

Ciência, valores e saúde pública

EXISTE uma definição consensual de saúde pública? “A saúde pública é uma ciência e uma arte de prevenir a doença, prolongar a vida e promover a saúde através dos esforços organizados da sociedade.” Essa definição proposta pela Faculdade de Saúde Pública do Colégio Real de Médicos (Inglaterra) foi adotada pelos autores do “Relatório sobre ética da saúde pública” do Conselho Nuffield de Bioética (Nuffield Council on Bioethics, 2007, p.5). Ela é possivelmente uma definição consensual. A saúde pública é definida simplesmente como uma arte e uma ciência. Do mesmo modo que a medicina e outras ciências práticas, a saúde pública situa-se na intersecção entre a produção do conhecimento e o engajamento na ação. Como essas duas dimensões interagem na saúde pública? Como devem ser organizadas a pesquisa e a prática para tornar a saúde pública valiosa?

Como resposta, pode-se dizer que a saúde pública pode ser caracterizada (1) como um campo propício à aplicação de políticas públicas; (2) como um conjunto especial de disciplinas científicas; e (3) como um projeto antropológico. Após discorrer sobre cada uma em particular, procuraremos mostrar que essas características da saúde pública revelam tensões constitucionais que precisam ser enfrentadas em conjunto.

A saúde pública enquanto política

Winslow (1920) detalhou os meios típicos para atingir os objetivos da saúde pública, ou seja, segundo a definição, “prevenir doenças, prolongar a vida e promover a saúde”:

- (1) a sanitização do ambiente;
- (2) o controle das infecções transmissíveis;
- (3) a educação individual da higiene pessoal;
- (4) a organização de serviços médicos e de enfermagem para o diagnóstico precoce e o tratamento preventivo de doenças;
- (5) construir a maquinaria social para assegurar a todos um padrão de vida adequado para a manutenção da saúde.

Quase um século depois da definição de Winslow, os primeiros quatro itens continuam a ser listados como os meios de que dispõe a saúde pública. O quinto item insiste na dimensão política e social (e não unicamente sanitária)

da disciplina. Os “esforços organizados da sociedade” concernem, assim, não somente à prevenção das doenças e ao acesso aos serviços de saúde, mas também à pesquisa e intervenção em determinantes sociais da saúde e das doenças, à criação de recursos para melhorar a qualidade de vida, às políticas e serviços de saúde, à justiça social etc. Assim, a maioria das associações de saúde pública considera a saúde pública não somente uma ciência de acesso às necessidades comunitárias de saúde e recursos, não só como um campo de políticas em resposta a essas necessidades. Considera-se a saúde pública também como um movimento dedicado a “atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (OMS, 1986). Nesse sentido, a saúde pública é tanto uma disciplina científica como um campo de políticas e ações relacionadas com a saúde da população. Enquanto campo de confluência entre conhecimentos e práticas, enquanto projeto social, a saúde pública caracteriza-se pela interação entre valores sociais, éticos e cognitivos.

Os governos são usualmente responsáveis pelo monitoramento e melhoramento da saúde da população. Até as primeiras décadas do século xx, a saúde pública tinha como referência o movimento higienista, com campanhas de educação sanitária para as massas e a profilaxia bacteriológica (Jorland, 2010). Essa função foi realizada pelo movimento higienista, por meio de campanhas gerais de prevenção, de programas de vacinação, de educação em saúde, respostas coordenadas às epidemias etc. Dependendo do país, organizações filantrópicas e de caridade têm sido muitas vezes fontes importantes de políticas de saúde pública. A consolidação das organizações internacionais de saúde deu origem a políticas coordenadas de saúde pública. Nos anos 1960, foram organizadas campanhas internacionais de saúde pública. Elas geralmente adotavam abordagens de cima para baixo (*top-down*), dirigidas principalmente para a erradicação de doenças particulares. Essas abordagens obtiveram sucesso – a varíola foi declarada erradicada em 1979 –, mas também apresentaram limites. Na saúde pública, a procura pela intervenção simples e sempre eficaz, “a bala mágica” (“*magic bullet*”), não se mostrou bem-sucedida para muitos problemas de saúde pública. Na maioria das vezes, mesmo quando uma vacina é biologicamente ativa e permitiria erradicar uma doença, sua eficácia repousa sobre todo um conjunto de condições sociais. Foi em particular com a epidemia da Aids, a qual tornou necessário levar em conta os determinantes sociais, que a saúde pública reconheceu seu lado social. A partir da década de 1980, foram cunhadas na saúde pública novas políticas que adotaram abordagens de “baixo para cima” (*bottom-up*) caracterizadas por serem participativas e interdisciplinares, tal como a ilustrada na abordagem que visa a promoção da saúde. Esse tipo de perspectiva mais complexa e interdisciplinar é mais sensível ao contexto; entretanto, nesse caso, o desafio é o de encontrar a via adequada para avaliar seus efeitos e eficácia. A abordagem de “saúde global” (*Global health*), em suas várias formas, aparece nesse contexto no final dos anos 1990 com especificidades particulares de governança (Lidén, 2013). Essa abordagem representa a passagem de uma perspectiva que põe o

foco em problemas, para uma perspectiva em que esse foco está no sistema de saúde; assim, agora se trata de estabelecer parcerias operativas (isto é, cooperações efetivas) de vários setores públicos e privados, de dar prioridades aos resultados/aplicações, de procurar introduzir “decisões objetivas” baseadas em evidências e dados estatísticos para otimizar a alocação dos recursos etc. Como veremos adiante, a avaliação adequada dos resultados dos “esforços sociais” da saúde pública é um desafio contemporâneo importante.

Os fundamentos científicos da saúde pública

O leque das disciplinas associadas com a saúde pública vai das ciências sociais, passando pela biologia, à medicina. Enquanto praticantes de um campo de políticas, os trabalhadores da saúde pública usam para realizar suas tarefas instrumentos e técnicas, dentre os quais podemos incluir as drogas, os procedimentos de higiene, os materiais educacionais, os testes bioquímicos, as redes sociais, os seguros, os padrões técnicos etc. Essas técnicas e instrumentos não são independentes dos saberes das ciências e das práticas experimentais que as justificam. Dentre as disciplinas científicas que conformam o campo da saúde pública, a mais influente é sem dúvida a epidemiologia. Tendo emergido da aplicação sistemática da inferência estatística aos dados de saúde coletados em arquivos, a epidemiologia permite descrever os fenômenos e testar hipóteses acerca deles que somente podem ser detectadas no nível coletivo populacional. O pensamento populacional e os usos sistemáticos da comparação entre grupos são as duas principais características do pensamento epidemiológico (Broadbent, 2013; Morabia, 2004). Para a saúde pública, a epidemiologia é uma “ciência básica” capaz de dar os fundamentos das ações de saúde pública. Faz já um século que a epidemiologia foi construída, no campo da saúde, como uma ciência “pura” cujos objetivos são os de descrever a saúde da população e encontrar seus fatores causais, e não o de engajar-se em transformações concretas ou advogar por uma nova política. Nos anos 1990, a comunidade dos epidemiologistas viveu um intenso debate sobre se a epidemiologia devia ser considerada uma mera ciência básica com muito poucos engajamentos práticos nas questões de saúde pública ou se essa visão devia ser substituída por uma saúde pública de raízes práticas na direção do movimento higienista e dos movimentos de reforma social (Pearce, 1996). Na França, entretanto, onde a comunidade dos epidemiologistas tinha que encontrar seu espaço em um campo dominado pela autoridade do clínico de hospital, muitos cientistas assumiram a concepção da epidemiologia como ciência pura, na base da saúde pública (Berlivet, 2005a; Gaudillière, 2002). No Brasil, o movimento de reforma sanitária pós-ditadura encorajou a clínica médica e a comunidade da saúde pública a criar um campo politicamente engajado, visando defender o acesso universal aos cuidados da saúde, chamada então “saúde coletiva” (Campos, 2000).

Esses debates acerca do papel e lugar da epidemiologia enquanto ciência e sua relação com a saúde pública não se limitaram à justificação que a epi-

miologia fornece para as ações desenvolvidas na saúde pública, mas envolveram também debates epistemológicos e metodológicos sobre o próprio campo da epidemiologia, na qual há uma diversidade de abordagens. Desde os anos 1950, as abordagens científicas dominantes na epidemiologia consistiram na identificação dos “fatores de risco” na escala individual. Estudos de coorte de longo termo e análises retrospectivas e, portanto, o uso em larga escala da estatística permitiram identificar fatores de risco para um largo âmbito de condições de saúde, principalmente crônicas e medir sua importância relativa para cada indivíduo (Berlivet, 2005b). A abordagem do fator de risco foi criticada por sua falta de visão social dos fenômenos populacionais. De fato, os determinantes sociais da saúde e da morte permanecem obscuros se são considerados somente os fatores de risco individuais. Por isso, a abordagem do fator de risco foi qualificada na epidemiologia como uma abordagem “de cima para baixo” (“*top-down*”) (Susser; Stein, 2009). Em consequência, os estudos sobre os determinantes sociais da saúde ganharam mais espaço e legitimidade no interior da pesquisa epidemiológica (Marmot et al., 2008). Atualmente, a ecoepidemiologia e a epidemiologia social são consideradas abordagens legítimas para o estudo das condições de saúde no nível populacional. Análises multinível e redes (*networks*) bayesianas são usadas, desde poucas décadas, para estimar a importância causal relativa de um amplo âmbito de determinantes, desde os níveis macrossocial e demográfico até os elementos individuais e infraindividuais (Chaix; Chauvin, 2002). Essas evoluções metodológicas e mudanças nas estratégias epidemiológicas são importantes na elaboração das políticas públicas de saúde.

A saúde pública enquanto projeto

A saúde pública envolve muitos saberes de várias disciplinas, e claramente ela não é livre de valores. Por exemplo, uma decisão estatal de organizar programas de detecção de sinais de câncer na população geral depende de um conjunto de evidências científicas concernentes ao câncer: sua prevalência, incidência, fatores de risco individuais, eficácia dos tratamentos, valor do diagnóstico precoce etc. Mas essa decisão precisa de elementos que se encontram para além dessas evidências epidemiológicas (Armstrong; Eborall, 2012). Ela está ligada a representações dos comportamentos individuais e coletivos, práticas culturais, escolhas acerca dos serviços de saúde etc. Formula também juízos de valores acerca do significado para os indivíduos de ter conhecimento acerca dos riscos de sua doença, concernente aos custos econômicos desse tratamento e suas alternativas, acerca das relações entre o nível individual e o coletivo, e acerca de como o bem comum deve ser promovido, e finalmente acerca dos “bons” modos de vida entre as diversas aspirações que existem na sociedade.

De modo a considerar essas várias dimensões, a pesquisa qualitativa é cada vez mais usada para entender as perspectivas de valor das pessoas concernidas, envolvendo desde aspectos culturais até juízos de valor (Bosi, 2012). Essa consideração da perspectiva de valor das pessoas concernidas permite, por exemplo,

fornecer os meios para contrabalançar a importância dos interesses econômicos que estão em jogo, servindo para revisar as prioridades da saúde pública. Mas precisamos também que uma reflexão crítica sobre esse projeto seja sensível aos debates epistemológicos assim como às dimensões políticas e éticas. Essa reflexão crítica obteria assim benefício de uma articulação entre as ciências sociais, a epistemologia e a ética aplicada. Contudo, esses diferentes campos não são em geral suficientemente articulados.

Tal como foi notado recentemente por Debora Lupton, coautora de um livro crítico acerca da “nova saúde pública” (Petersen; Lupton, 1996), os praticantes da ética e da sociologia crítica raramente interagem. A ética da saúde pública, tal como é tratada na revista de mesmo nome, é um tipo de ética aplicada, baseada em uma filosofia moral e política clássica. Os filósofos mobilizam e adaptam as perspectivas clássicas de modo a iluminar e avaliar as decisões possíveis da saúde pública. Alguns autores propõem emendar os princípios da ética biomédica clássica para estarem mais bem adequados às questões éticas da saúde pública (Massé; Saint-Arnauld, 2003). Perspectivas utilitárias, libertárias, de direitos humanos ou de justiça distributiva oferecem pontos de vista diversos para avaliar as reivindicações da saúde pública e tomar decisões acerca de qual é a ação mais ética baseada nesse raciocínio. Os que optam pela ética da saúde pública tendem a publicar seus artigos em revistas da saúde pública do *mainstream*, em revistas médicas especializadas ou em jornais de ética da saúde pública. Exemplo desse tipo de publicação é o relatório sobre ética na saúde pública do Conselho Nuffield de Bioética (Nuffield..., 2007). Os praticantes da saúde adotaram o ponto de vista dos elaboradores de políticas e examinaram criticamente as motivações presentes em políticas não consensuais, como fluoretação da água, campanhas de vacinação contra doenças infecciosas etc.

As ciências sociais críticas representam uma comunidade de pesquisa ativa que questiona os fundamentos e a ideologia da saúde pública e de suas diversas manifestações. Existe já há algumas décadas, tal como se encontra particularmente nos artigos publicados na revista *Critical Public Health*, estabelecida em 1979 sob o título original de Radical Community Medicine. Há estudos críticos variados de antropólogos, sociólogos e historiadores, mas muitos continuam a inspirar-se na análise foucaultiana do biopoder. As políticas de saúde pública foram criticadas como modos específicos de subjetivação e, enquanto tal, como modos de controle. Elas são um exemplo típico daquilo que Agamben chama de “dispositivo” (*apparatus*), que serve “para capturar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar e assegurar os gestos, as condutas, as opiniões e os discursos dos seres vivos” (Agamben, 2007, p.31). Continuando com o exemplo das campanhas de diagnóstico precoce do câncer, essas campanhas engajam o indivíduo no autocontrole, o que transforma a relação desse indivíduo com o próprio corpo (Armstrong; Eborall, 2012; Löwy, 2009). As campanhas de educação em saúde para o gerenciamento individual dos fatores de risco

conduz paradoxalmente a reforçar a heteronomia (Berlivet, 2004), promovendo certos modos de subjetivação que refletem as estruturas de poder da sociedade (Gastaldo, 1997). Os estudos críticos de saúde pública possuem geralmente um foco muito menos instrumental do que a ética da saúde pública, tendendo a pôr o foco mais nos fundamentos estruturais sociais dos programas de saúde pública e a engajar-se em uma crítica política mais aberta. Os sociólogos que escrevem nessa área adotam comumente uma postura de fora, enquanto, ao contrário, os praticantes da ética da saúde pública frequentemente encontram-se no interior da área da saúde pública e fazem parte de um esforço na procura de argumentos acerca de decisões. As duas vertentes se interessam pelos casos fronteira, onde as ações de saúde pública ultrapassam certos limites e perturbam certas representações estabelecidas, como quando campanhas de prevenção consistem em pagar às pessoas para que elas mantenham tais ou quais comportamentos são (Thaler; Sunstein, 2008). Para os estudos críticos, esses casos limites são vistos como reveladores daquilo que é implícito nas políticas de saúde pública; eles possuem uma função heurística, uma função de esclarecimento. Para os praticantes da ética da saúde pública, esses casos encapsulam decisões ou atitudes as quais se trata de avaliar se estão bem fundamentadas ou não, em razão de certos valores que se trata de explicitar. Desse ponto de vista, a ética da saúde pública faz parte da ética aplicada, assim como a ética ambiental ou a ética clínica. Mas contrariamente a outros terrenos de aplicação da ética aplicada, a ética da saúde pública remete a um conjunto particular de valores éticos (liberdade, equidade, dignidade, solidariedade etc.); ela tem como fundo uma variedade de referências epistemológicas (epidemiologia, medicina, ciências sociais etc.); e evidentemente, dado que ela é também um campo político, o consenso concernente aos valores de certas ações da saúde pública não é obtido somente por identificação do melhor argumento, mas tem lugar em uma arena social e política. É por isso que é preciso ir além da aplicação do raciocínio bioético nas decisões problemáticas da saúde pública, mas também é preciso continuar aberto ao ponto de vista dos praticantes nas atividades de saúde pública.

Na próxima seção, propomos um referencial para articular as diferentes dimensões da ética e da epistemologia da saúde pública sem esquecer sua dimensão sociopolítica. Esse referencial consiste em uma rede de tensões que afetam o campo da saúde pública como um todo. Diferentemente da ética aplicada clássica, ele é um referencial descritivo que não é dedicado ao aperfeiçoamento das decisões; diferentemente dos estudos críticos da saúde pública, ele leva em consideração as questões críticas sem limitar-se a um trabalho de esclarecimento ou de denúncia crítica. Esse modelo pretende chegar a um certo nível de generalização, potencialmente útil para a avaliação do ponto de vista dos valores e para o esclarecimento dos desafios que se põem nesse campo. O referencial proposto visa, assim, articular as questões críticas da saúde pública em suas dimensões ética, epistemológica e antropológica.

Uma rede de tensões

O referencial descritivo desenvolvido a seguir está baseado em uma matriz de quatro tensões. Essas tensões relacionam-se

- (1) às finalidades da saúde pública;
- (2) à legitimidade das ações;
- (3) às estratégias de construção dos saberes;
- (4) às relações de poder.

Existe uma estrutura antinômica subjacente a essas quatro tensões na saúde pública: para cada polo dessa matriz desenha-se uma tensão entre duas respostas que se repulsam. Essa tensão é ao mesmo tempo uma falha interna e a fonte de um *input* criativo para novos arranjos sociodinâmicos.

Prevenção da doença versus promoção da saúde

A saúde pública entendida como projeto contém uma tensão interna que decorre não tanto de seu caráter público, como da interpretação da própria noção de “saúde”. A “saúde” que orienta e define a saúde pública é, com efeito, uma noção polissêmica e ambivalente. Essa ambivalência da noção de “saúde” é a fonte da primeira tensão entre prevenção e promoção.

A ambivalência do conceito de “saúde” tem sido identificada por meio da discussão filosófica acerca da escolha entre conceitos descritivos e normativos de saúde. Por um lado, a saúde é uma questão de fato e, portanto, acessível à investigação biológica. É antônimo de “doença” e a saúde pode ser classificada e suas relações causais com outros fatores podem ser investigadas. A saúde é uma situação de funcionamento fisiológico não patológico e pode ser submetida a uma análise factual e descritiva. Por outro lado, a saúde é concebida como uma questão de valores, de valores sociais vitais, que não são redutíveis a fatos puros. Ela não pode ser definida sem juízos valorativos que vão além da descrição científica.

No contexto da biologia e do trabalho clínico, saúde e doença recebem uma definição aparentemente descritiva e factual. Dito de modo simples, saúde é o estado de um organismo no qual todas as funções fisiológicas são realizadas normalmente. Essa definição corresponde ao senso comum da noção de “saúde”, uma noção que vincula a ideia de “normalidade” com funcionamento não problemático. Pode-se, entretanto, contestar que essa definição não exclui juízos valorativos por pelo menos duas razões. Em primeiro lugar, porque a definição supõe que é possível definir uma função biológica sem juízos valorativos; em segundo lugar, essa definição refere-se a um conceito de “normal” que deveria ir além da média estatística estrita. Christopher Boorse (1977), em sua própria tentativa para definir o conceito médico de doença, responde cuidadosamente a essas duas dificuldades. Ele propõe assim uma concepção da saúde como sendo o contrário da doença e como inteiramente independente de valores, que seduziu a muitos filósofos da medicina. Nessa concepção descritiva, “saúde” e “doença” são conceitos mutuamente exclusivos, de modo que a saúde é definida

negativamente como a ausência de doença. De fato, uma definição negativa da saúde corresponde amplamente ao senso comum; comumente, a saúde é algo de que realmente não nos preocupamos até que apareça uma doença e comecemos a sentir a nossa saúde como um problema. As palavras do cirurgião René Leriche, discutidas por Canguilhem (1992, p.211) exprimem essa ideia: “a saúde é a vida no silêncio dos órgãos”.

Não parece, entretanto, seguro de que se possa aplicar essa visão negativa à saúde de uma população (Almeida Filho; Jucá, 2002). A definição de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) como “não apenas a ausência de doença ou enfermidade, mas um estado de completo bem-estar físico, mental e social” vai explicitamente além da definição negativa de saúde. Ela identifica saúde com um estado positivo de bem-estar. A saúde concerne não apenas a ausência de restrições à saúde, ao funcionamento normal, mas tal como mostrado por Canguilhem (2009), a possibilidade de estabelecer novas normas. Nesse sentido, a saúde não é tanto uma questão de norma (funcionalidade, normalidade), mas uma questão de normatividade (capacidade de estabelecer novas normas). A saúde tem uma dimensão positiva de criatividade, de abertura de novas oportunidades. Essa ideia está presente na abordagem do desenvolvimento humano de Sen e Nussbaum (Crocker, 1993): a saúde não é só o funcionamento correto do indivíduo, ela concerne nossas capacidades de agir, ela diz respeito ao que uma pessoa é capaz de fazer e de ser. Na perspectiva da promoção da saúde proposta pela Carta de Ottawa (1986), a saúde era definida como tendo fontes sociais e pessoais, assim como dependendo de capacidades físicas. A saúde depende da “capacidade de tomar decisões e de ter controle sobre as circunstâncias da própria vida, e pela luta para que a sociedade ofereça condições que permitam a obtenção da saúde por todos os seus membros” (OMS, 1986). Os conceitos introduzidos por essas definições incluem no campo da saúde pública políticas que visam reforçar as capacidades individuais e coletivas de agir sobre os determinantes sociais da saúde.

Tal ambivalência na definição de saúde gera uma tensão estrutural no campo da saúde pública: a saúde negativa é a ausência de doença, que pode ser o objeto de uma constatação fatural. Ao contrário, a saúde positiva é a valorização de um certo controle sobre as perspectivas de vida. Isso tem consequências significativas concernente à definição dos objetivos ou finalidades gerais da saúde pública. Entretanto, dependendo se “saúde” refere-se à ausência de doença ou a uma ideia de florescimento da vida e do bem-estar humano, há variações importantes nas abordagens de saúde pública e na sua justificação. Na primeira posição, os objetivos da saúde pública tomarão uma forma principalmente preventiva. A abordagem consiste em campanhas para diagnóstico recente, medidas primárias de prevenção, tais como educação ou políticas de diminuição dos riscos. No segundo sentido de “saúde”, a saúde pública será centrada na “promoção da saúde”. A saúde pública trabalhará, por exemplo, com medidas positivas

concernentes às capacidades das pessoas de escolher em participar da vida política, de empoderarem-se. Ela levará em conta os determinantes sociais da saúde e não apenas os riscos de doenças, levará em consideração a participação social, o empoderamento etc. A escolha entre essas duas perspectivas revela uma tensão que se expressa por meio do seguinte paradoxo. A maioria das políticas de saúde pública contemporâneas sustenta uma escolha de valores que se referem a uma concepção positiva de saúde. Não é por acaso que a OMS, que tem por fim impulsionar e coordenar políticas, tenha levado adiante uma definição positiva de saúde. Mas como é sublinhado por diversos autores, não é raro ver os programas de promoção da saúde finalmente se restringirem a campanhas limitadas, centradas sobre os comportamentos individuais, restritas aos desafios de diminuição dos riscos de doença (Raphael, 2000; Gilbert; Henry, 2009). As dificuldades de operacionalização de uma campanha de promoção da saúde positiva, que é particularmente exigente no plano político e pode implicar reformas sociais ambiciosas, tende a constranger os programas a retornar à prevenção de doenças. A ambivalência da concepção de saúde traduz-se na oscilação da saúde pública entre a prevenção e a promoção: o conceito positivo de saúde torna insuficiente a “simples” prevenção e favorece as perspectivas de promoção da saúde, mas a falta de fundamentação empírica para as ações de promoção da saúde conduz finalmente ao reforço do conceito negativo de saúde. Esta é, basicamente enunciada, a primeira tensão.

Saúde versus liberdade

Comparativamente à primeira tensão que possui uma dimensão especulativa, a segunda tensão é, ao contrário, o objeto explícito da maioria dos estudos de caso éticos sobre a saúde pública. Com efeito, a tensão entre saúde e liberdade constitui o núcleo da reflexão atual da ética aplicada. A saúde é um bem universal no sentido de que pode ser reconhecida universalmente como valiosa. Mas depende de outras escolhas. “Escolher entre longevidade e prazer é um direito inalienável da pessoa humana” (Campos, 2000, p. 229). Se é legítimo melhorar a saúde e evitar a doença, até que ponto deve a saúde ser promovida e a doença evitada? Se as ações e medidas de prevenção e promoção da saúde pública visam promover um bem, quais são os limites das políticas de saúde pública?

A saúde pública enquanto um campo de políticas dá origem a questões complexas acerca da relação entre o Estado, os indivíduos e as comunidades. Por exemplo, situações envolvendo doenças contagiosas e imunização de grupos origina questões acerca dos deveres que os indivíduos têm um em relação ao outro. Em que medida seríamos obrigados a adotar comportamentos preventivos quando eles afetam o *status* de saúde dos outros? A forma original de prevenção contra epidemias era a quarentena, a qual significa privação da liberdade em vista dos interesses (vitais) sanitários dos outros e para a manutenção da ordem pública. Os problemas contemporâneos de pandemias ou epidemias (SRAS, Flu, Ebola etc.) mostraram que quando essa questão é formulada em cenários glo-

bais, as respostas da saúde pública tendem a aumentar a pressão sobre os indivíduos e as coletividades (Zylbermann, 2013).

As concepções libertárias radicais da saúde recusam todas essas espécies de intervenções. Elas recusam qualquer direito do poder público ou do governo de atravessar as fronteiras das experiências individuais de saúde e doença, as quais são consideradas como uma questão privada em que o público não deveria entrar. Entretanto, a maior parte das discussões sobre a legitimidade das políticas de saúde pública foi comumente balizada pelo sistema de referência liberal, no qual a liberdade de escolha do indivíduo é o principal e mais claro princípio: os indivíduos possuem o direito fundamental de escolher conduzirem suas vidas como bem entenderem, seja essa escolha saudável ou não. Levantam-se, assim, questões de legitimidade relativas a toda medida de saúde pública que poderia interferir nessa livre escolha individual.

A discussão concernente à legitimidade das intervenções foi em grande medida conduzida por meio do princípio do dano (*harm*) definido por John Stuart Mill (1991, p.53).

Esse princípio é que o fim único pelo qual a humanidade é autorizada individualmente ou coletivamente a intervir na liberdade de ação de qualquer dos seus membros constitui a proteção de si mesma: só em caso de necessidade de obstar a que um membro de uma sociedade civilizada prejudique os outros é que se pode legitimamente empregar a força contra ele. O próprio bem, físico ou moral, não é suficiente justificação.

Nessa concepção, a única base legítima de interferência nas escolhas livres de um indivíduo competente é quando essa escolha individual causa danos a outros indivíduos. Toda forma de paternalismo parece ser excluída por esse princípio clássico do dano. Mas certo grau de paternalismo pode ser inevitável. Assim, o “modelo administrado” (*stewardship model*) foi proposto como extensão do sistema de referência de Mill (Krebs, 2008). O modelo administrado reconhece que os governos não devem coagir os indivíduos ou restringir sua liberdade desnecessariamente; também considera que os governos possuem a responsabilidade de proporcionar as condições nas quais os indivíduos podem conduzir vidas saudáveis. Além de proteger seus cidadãos do dano causado por outros, o “estado administrado” tem a particular responsabilidade de reduzir as desigualdades de saúde e proteger a saúde dos grupos vulneráveis tais como as crianças.

Com base nesse sistema de referência, o relatório sobre ética na saúde pública do Conselho Nuffield de Bioética apresentou uma classificação dos diferentes tipos de intervenção da saúde pública, distribuídos hierarquicamente do mais invasivo ao menos invasivo. As medidas mais invasivas consistem em eliminar a escolha individual, por exemplo, por meio do isolamento compulsório de pacientes com doenças infecciosas (contagiosas) por meio de quarentenas. Um segundo tipo de medidas consiste em restringir a escolha individual, por exemplo, proibindo “*junk foods*” ou opções não saudáveis do mercado con-

sumidor. Um terceiro tipo de medidas consiste em guiar a escolha mediante incitamentos positivos ou negativos (aumentando os impostos sobre o cigarro, eliminação dos impostos na compra de bicicletas). Um quarto tipo consiste em facilitar a escolha trabalhando na arquitetura da escolha (proporcionando escolhas, encorajando os indivíduos a fazerem escolhas saudáveis). Um quinto tipo de medidas consiste em proporcionar informação e educação ao público, por exemplo, como parte de campanhas para encorajar as pessoas a andar mais ou a comer cinco porções de fruta e vegetais por dia. O último tipo de medidas contém as opções de não fazer nada ou simplesmente monitorar a situação corrente. A chamada “escala de intervenção” compara o grau de invasão das diferentes intervenções e contribui para estimar o nível de aceitabilidade da limitação da liberdade em benefício da saúde pública.

Qualquer intervenção implica juízos de valor sobre o que é ou não é bom para as pessoas e requer justificação. Quanto mais alto o nível da escala, mais forte deve ser a justificação de modo a que a intervenção seja proporcional. (Nuffield..., 2007, par. 3.37)

A concepção que está na base dessa classificação é, em nossa visão, problemática em virtude da centralidade conferida à figura do indivíduo separado. A própria noção de “invasão” é provavelmente relativa à época, ao lugar e, sobretudo, às situações. Entretanto, não pode ser tomada como um critério universal para avaliar a qualidade das intervenções. A invasão da privacidade não tem a mesma significação ou valor moral dependendo de se está ou não em uma situação de poderes diferenciados entre o invasor e o invadido. A “escala de intervenção” contribui para situar a dimensão moral de uma intervenção em suas propriedades invasivas/restritivas, embora esse valor dependa claramente de uma relação com o contexto. Segundo Bourdieu (1984) os campos sociais são estruturados por diferenças relacionais na posição dos agentes sociais. A discussão concernente a intervenção na saúde pública não deve ser cega à dinâmica social interna do campo no qual está incluída. Além disso, não é claro se essa escala auxilia realmente a regular a tensão entre saúde e liberdade. Segundo o United Kingdom White Paper, que faz um amplo uso da “escala de intervenção”, ela auxilia a “determinar a abordagem o menos intrusiva possível, visando fazer que as abordagens voluntárias funcionem antes de chegar a uma regulação” (United Kingdom, 2010, p.23). Essa formulação revela que a adesão voluntária aos requisitos da saúde pública concernentes a uma vida e escolhas saudáveis está incluída em um contexto onde poderiam ser aplicadas regulações mais coercitivas. Mesmo quando a liberdade seja central, a escolha saudável permanece sendo considerada como a boa escolha. A saúde pública, ainda que respeitando a liberdade individual, pede aos indivíduos para proteger e promover sua própria saúde. Na maioria das sociedades modernas, as pessoas são convocadas a adotar comportamentos saudáveis em quase todas as esferas de sua vida diária. A figura do *homo medicus* foi cunhada para descrever esse indivíduo

que orienta livremente sua vida segundo os requisitos de vigilância/cuidado e os comportamentos preventivos de saúde (Pinell, 1992). A liberdade é diluída em uma nova moralidade centrada na saúde – é um dever para o indivíduo proteger sua saúde (Metzl, 2010).

Extraí-se de tudo isso uma segunda tensão na saúde pública, que envolve um conflito de legitimidade entre o valor de melhorar a saúde e o valor da liberdade. Existem evidentemente muitas maneiras de compreender a ancoragem da liberdade na experiência ética. Ela pode ligar-se à figura de um indivíduo livre e separado ou ser vista como indissociável das relações situadas e das relações de força em um contexto dado. É verdade que o funcionamento do organismo é um elemento favorável à liberdade, pois a saúde faz parte também das condições de funcionamento de um organismo. Entretanto, o projeto de saúde pública entra em tensão com a exigência de liberdade. A saúde, ao tornar-se uma norma, ao transformar-se em injunção, entra em conflito com a liberdade. E a liberdade não está subordinada à procura da saúde e pode por vezes contradizê-la. Proporemos aqui a hipótese de que as diferentes tentativas de encontrar as proporções adequadas entre os valores da saúde e da liberdade ficam sempre precárias e não alteram a tensão entre as duas.

Complexidade versus controle

Vimos, como primeira tensão, a ambivalência estrutural entre prevenção e promoção. Discutimos a seguir os conflitos entre saúde e liberdade. Ambas essas tensões interagem com uma terceira tensão vinculada ao *status* das avaliações científicas e aos conjuntos de evidência científica disponível. Tornou-se comum – ou até mandatório – que os governos peçam avaliações de especialistas (considerados peritos nas áreas concernidas) anteriormente à tomada de decisão sobre intervenções em saúde pública ou ao financiamento de uma intervenção. A saúde pública é agora um campo de políticas que dependem de conjuntos disponíveis de evidência e onde esses conjuntos são utilizados na elaboração de políticas. O discurso da *expertise* na saúde pública mostra uma ênfase crescente na “prevenção baseada em evidência”. As decisões, políticas, campanhas, medidas etc. devem ser baseadas em evidência de que são suficientemente eficientes. Ao mesmo tempo, é bem conhecido que as questões de saúde pública são complexas. Os comportamentos preventivos ou os programas de promoção da saúde estão associados a um amplo leque de dimensões cognitivas, motivacionais, psicossociais, políticas e culturais. Segundo a lógica da promoção baseada em evidência, as intervenções deveriam ter uma eficácia comprovada na vida real e gerar efetivamente os resultados esperados. Mas, a nosso ver, isso produz uma tensão que tem origem em duas exigências opostas: a exigência de adequar-se à complexidade das questões de saúde pública e a exigência de manter o controle sobre as intervenções circunscritas.

A avaliação consiste comumente em asseverar juízos acerca da utilidade ou do valor de algo. O objetivo da avaliação de uma intervenção da saúde pú-

blica é estimar a contribuição dessa intervenção, definida com a mobilização de um dado conjunto de fatores para a realização de uma situação ou resultado posterior. Esse modo de avaliação foi claramente formulado por John Stuart Mill (1843) em particular, no conhecido “método das diferenças”. No mesmo sentido, as metodologias epidemiológicas *standard* consistem em comparar, em uma população, os resultados obtidos em um grupo onde o fator estudado estava presente com os resultados onde o fator não estava presente (ou não ao mesmo tempo, ou não da mesma maneira etc.). Esse método é precisamente um método que consiste em gerar conhecimento por meio do controle das variáveis envolvidas.

Ensaio clínico (para drogas, por exemplo) baseiam-se nessa estratégia de controle. Na saúde pública, entretanto, a estratégia de intervenção comparativa controlada encontra seus limites. Podemos lembrar aqui algumas dessas limitações.

(1) O montante de mudança importante desejada deve ser especificado anteriormente à pesquisa, e isso pode ser uma dificuldade na promoção da saúde (Raphael, 2000).

(2) As medidas de saúde pública não são equivalentes à prescrição e ingestão de drogas. Os limites da intervenção na saúde pública não são tão nítidos quanto “tomar uma droga” ou mesmo entrar em um programa de educação terapêutica. As ações e medidas de saúde pública estão vinculadas a muitos outros fatores (políticos, econômicos, tecnológicos etc.) que apagam as fronteiras entre o que é intervenção e o que não é.

(3) Isso torna mais difícil generalizar ou transferir as intervenções de uma situação em que a intervenção se provou efetiva para outra situação onde ela ainda não foi experimentada.

Por todas essas razões, foram propostas formas de avaliação mais apropriadas à saúde pública. Uma delas é a “pesquisa de intervenção na saúde da população”. Essa abordagem consiste em vincular a estratégia epidemiológica de pesquisa (que é, por exemplo, cuidadosa no monitoramento ou mensuração da exposição) com estratégias tais como a de avaliação de impacto à saúde (*health impact assessment*) que faz uso de amplos conjuntos de dados sem que esteja testando uma hipótese no sentido epidemiológico do termo “testar”. A pesquisa é comumente separada da avaliação porque ela é dividida em componentes que englobam a avaliação do processo (até que ponto uma intervenção foi bem conduzida, se ela alcança o grupo alvo pretendido), a avaliação do impacto (efeitos imediatos) e a avaliação do resultado (efeitos subsequentes ou de longo alcance). Essa rearticulação da pesquisa e da avaliação representa um desafio epistemológico porque os critérios de qualidade e os processos são distintos (Lechopier, 2010). Trata-se, entretanto, de um dos desafios científicos atuais da promoção da saúde. A abordagem de intervenção na saúde da população supõe a construção de modelos² das relações entre o problema de saúde público a ser

enfrentado, o tipo de intervenção a ser realizado e a inter-relação existente entre esse problema, a intervenção e o contexto particular no qual ele está situado.³ Assim, torna-se inteiramente possível e compreensível que intervenções flexíveis, baseadas nas comunidades e adaptadas contextualmente, sejam avaliadas como efetivas, mesmo em teste randomizados (Hawe; Potvin, 2009).

Essas abordagens inovadoras ajudam a cultivar uma distância crítica diante de uma hierarquia baseada em evidência não crítica dos objetivos da pesquisa que são algumas vezes impostos a partir da avaliação clínica da saúde pública (Raphael, 2000). A necessidade de métodos de avaliação de modo a ir além do paradigma da “eficácia” científica (onde um efeito é produzido pela intervenção e é atribuído a ela) é explícito em um artigo do Grupo de Saúde Pública Cochrane do Centro McCaughey em Melbourne. “Aceitar que as intervenções de saúde pública têm lugar no interior de uma longa cadeia causal significa que podemos reconhecer os fatores contextuais importantes e aqueles relativos à implementação, que podem mediar os resultados” (Pettman et al., 2012, p.153). Uma adaptação das estratégias científicas para lidar com a complexidade e a contextualização das situações é, portanto, possível.

Mas apesar dessa tentativa de articular as exigências do controle científico com o reconhecimento da complexidade, a pesquisa e avaliação da intervenção na saúde pública enfrenta dificuldades substanciais. Apresentarei aqui somente uma dessas dificuldades concernente a noção de “risco”. O risco é o produto básico do raciocínio epidemiológico, cujas origens se encontram nos cálculos de seguros e atuariais. Essa noção fornece a base do pensamento moderno na saúde pública estruturado pelo raciocínio epidemiológico. Em cada uma das escalas de intervenção da saúde pública (biomédica, comportamental ou socioambiental), o “risco” permanece como o conceito central. Na maior parte dos manuais de epidemiologia – se não em todos –, o risco é definido em termos da probabilidade de um evento ocorrer multiplicado pela severidade de seu impacto. Nesse sentido, um risco poderia ser avaliado objetivamente e seu perfil, magnitude e distribuição modificado por intervenções de saúde pública. Mas temos aqui duas críticas a essa visão. Primeiramente, o risco não é só, nem principalmente, um conceito descritivo. Como muitos profissionais da saúde pública o reconhecem, ele é também um “constructo social”, parametrizado por valores pessoais ou coletivos e cenários sociais (Calvez, 2010). Em segundo lugar, “risco” é um conceito que pode ser visto como um instrumento para submeter a experiência vivida a um referencial de controle centralizado, conforme às formas de vida produzidas pelo capitalismo industrial (Fressoz, 2012). A saúde pública moderna foi levada a qualificar toda nossa experiência vivida através do prisma dos riscos. Os riscos entendidos nesse sentido representam uma concepção pobre de nossas existências e agências, centrada em um modo individualizado e administrado de ser (Gori; Volgo, 2005). Esse pensamento não abre a porta para a complexidade dos processos de saúde e, nesse sentido, não existe alinhamento com as ambi-

ções da saúde pública. A perspectiva do risco produz a operacionalização; o que torna contabilizáveis as ações da saúde pública. Mas nesse processo uma parte significativa da experiência de saúde dos indivíduos e grupos é provavelmente perdida.

Existem estratégias científicas contextualizadas prometedoras capazes de levar em conta os valores epistêmicos de controle e complexidade. Mas essas soluções metodológicas – e essa é a hipótese que se faz aqui – não são suficientes para atenuar a profunda tendência evidente na saúde pública de adesão a uma estratégia reducionista dos processos e experiências da saúde vivida. Mas em troca, nenhuma avaliação parece possível se os processos de saúde não são operacionalizados, especialmente se os riscos não são considerados. A complexidade parece excluir o controle, assim como o controle exclui a complexidade; e essa é a terceira tensão.

Dominação versus emancipação

Além da dualidade no conceito de saúde, tensões na justificação da legitimidade das intervenções e nos modos dessas intervenções serem avaliadas, há ainda uma quarta tensão entre dois processos opostos provocados pelas políticas e intervenções na saúde pública. A especificidade desses processos faz que eles sejam pouco alcançados pelos programas de avaliação descritos na seção precedente.⁴ Do ponto de vista da população “visada”, um programa de saúde pública pode ter muitos valores diferentes. Ele pode representar uma oportunidade em termos do *status* de saúde ou do capital social; ele pode ter como resultados, por exemplo, aumento da atitude de estigmatizar ou mesmo fechar oportunidades. Pode também ter nenhum efeito e ser indiferente para as pessoas. Pode também dar origem a novos usos inesperados. Os efeitos societários indiretos das intervenções em saúde pública são assim incertos. Isso cria a quarta tensão desse modelo e poderia ser constitutiva do campo da saúde pública. A saúde pública implica, por um lado, processos de dominação, pois é um veículo para a expansão de um biopoder, e, por outro, dado que a saúde pública é um campo de forças entre experiências tornadas invisíveis e participação criativa, ela pode gerar efeitos de emancipação imprevistos.

Em geral, nos artigos de sociologia crítica que tratam das questões de saúde pública, as intenções explícitas das “autoridades” da saúde pública não são consideradas como relevantes para entender ou predizer seus efeitos políticos. Mesmo se eles pretendem ser “bons” para o povo, precaver-se de reforçar os diferenciais de poder existentes na população, as intervenções de saúde pública podem ainda assim ser portadoras de valores coloniais, racistas ou sexistas ou, ainda, possuir o efeito de aumentar, sem intenção, a vulnerabilidade. “Biopoder” e “medicalização” são, dentre outros, dois conceitos críticos que auxiliam a entender os efeitos políticos e sociais dos programas de saúde pública. A medicalização constitui o conjunto de fenômenos pelos quais os programas de saúde pública contribuem para a expansão do poder médico na sociedade. Medicaliza-

ção significa que os problemas sociais são designados segundo uma terminologia médica e de saúde, legitimando assim as soluções médicas (Conrad, 2007). A medicalização das questões sociais e civilizacionais é um processo de alienação no sentido de que contribui para a “expropriação da saúde” lembrando o subtítulo da *Nemesis medical* (Illich, 1976). “Biopoder” é o conceito cunhado por Foucault nos seus trabalhos dos anos 1970 e auxilia a interpretar a saúde pública como um vetor para a construção de um sujeito responsável e saudável que adota as normas requeridas para bem viver. Nesse sentido, as “biopedagogias” são a difusão combinada de um modo epistemológico de pensamento (sobre riscos) com a produção de narrativas que implicam um processo de subjetivação (Harwood, 2009).

A partir do ponto de vista da maioria dos praticantes da promoção da saúde, entretanto, a saúde pública não representa a consolidação de um biopoder, nem um processo de medicalização. Ela deve ser considerada como um setor da sociedade no qual os processos de capacitar e empoderar são centrais. Se os efeitos de empoderamento das pesquisas e intervenções da saúde pública são intencionais ou não, antecipados ou fortuitos, isso não tem importância. As práticas e campanhas de saúde pública podem representar oportunidades para que grupos minoritários ganhem poder e reinvertam situações de dominação. Mencionemos dois campos nos quais essa ambivalência política é visível. O primeiro é o campo da saúde do trabalhador. Apesar de apresentar por meio de um referencial crítico a medicina e a epidemiologia como disciplinas baseadas na exploração de sujeitos vulneráveis, sujeitos que foram disponibilizados pelo uso de “tecnologias do aviltamento”, Chamayou (2008) também mostra que algumas investigações sobre as condições de trabalho na área industrial constituíram um lugar para o exercício de uma crítica às condições dos trabalhadores e a produção de conhecimento que as classes dominadas poderiam usar em seus conflitos. A medicina no lugar de trabalho ou a medicina preventiva gera potencialmente efeitos opostos: elas podem contribuir para maximizar a eficiência da administração da força de trabalho e prolongar a balança dos poderes. Elas podem também representar um instrumento crítico para questionar os determinantes da saúde, os elementos poluidores e também os efeitos mentais dos modelos de gerenciamento contemporâneos. As intervenções de saúde pública e as investigações epidemiológicas possuem efeitos contextuais não intencionais que podem fazer ambas as coisas, reforçar e reduzir a dominação.

Essa ambivalência é também visível no “paradoxo da desigualdade” das ações preventivas. Mostrou-se que campanhas de saúde pública bem intencionadas que visavam reduzir as desigualdades de saúde podem gerar consequências contraproduzidas. A abordagem populacional na prevenção, quando permanece em um nível populacional geral, não conduz diretamente a prejudicar ou estigmatizar subgrupos ou alguns dos indivíduos. Mas mostra-se que essas campanhas dirigidas à população em geral podem reforçar as desigualdades sociais. Na

França, por exemplo, campanhas gerais antitabaco aumentaram as desigualdades sociais, elas favoreceram as classes sociais já mais favorecidas. Desigualdades induzidas pelos programas de diagnóstico precoce do câncer são efetivamente observadas em quase todos os países que os aplicaram (Potter, 2013).

É principalmente para contrabalançar esses efeitos contraproduzidos que foram propostas novas metodologias de pesquisa-intervenção. A pesquisa participativa comunitária se tornou uma das abordagens de pesquisa que podem articular diferentes perspectivas de valor e modos de engajamento (Israel, 1998, Leung; Yen; Minkler, 2004; Minkler; Wallerstein; Hall, 2002). “Epidemiologia popular” é uma expressão usada para designar aqueles casos em que as comunidades parametrizaram as questões de pesquisa a partir de suas condições concernidas e contribuíram ativamente para a coleta de informações e de dados (Brown, 1987). Esses tipos de abordagem de saúde consideram a perspectiva da comunidade como sendo a principal fonte de escolha de valores (“*grassroot empowerment*”). Os procedimentos de participação representam um meio para redistribuir os recursos políticos, eles possuem a intenção deliberada de proporcionar os mecanismos e procedimentos por meio dos quais as estruturas dominantes da sociedade podem ser ultrapassadas e as vozes que são pouco ou nada ouvidas passem a ser ouvidas (Frohlich; Potwin, 2010). Mais uma vez, essas abordagens, que podem parecer as mais favoráveis ao empoderamento das comunidades concernidas, podem também possuir efeitos indesejados. Expressões como “populações desfavorecidas” ou “população vulnerável”, que estão associadas com perspectivas participativas comunitárias, podem possuir conotações estigmatizadas e podem ser entendidas como atributos de identidades e posições subvalorizadas.⁵

Em suma, os procedimentos da saúde pública implicam cenários técnicos e organizacionais que visam melhorar as condições de saúde das pessoas que podem ter efeitos bastante diversos, e mesmo contraditórios. Ainda que tenham ocorrido várias apropriações desses dispositivos, seu valor de emancipação permanece tão incerto quanto seus efeitos gerais indiretos. As ações de saúde pública afetam necessariamente a ordem e as desigualdades sociais, afetam também os diferenciais de poder. Mas como é difícil saber qual será a direção dessas afecções, seu valor em termos de dominação e de emancipação é profundamente ambivalente.

Reflexões finais

A saúde pública é um campo de políticas, um campo de conhecimentos científicos e um projeto de sociedade que levanta questões antropológicas, éticas e epistemológicas. Escolhemos neste artigo apresentar um modelo de questionamento estruturado em torno de uma série de problemas: o problema da definição de saúde, o problema ético dos limites das intervenções que visam promover a saúde, o problema do quadro epistemológico das pesquisas e intervenções de saúde pública, o problema dos efeitos políticos das intervenções na saúde pública.

Afirmamos aqui que esses problemas aparecem sob a forma de tensões entre respostas possíveis que se opõem e se contradizem. A tensão entre saúde positiva e saúde negativa, entre saúde e liberdade, entre complexidade e controle, entre emancipação e dominação. No conjunto de medidas de saúde pública, quer se trate da implementação de uma campanha de comunicação visando a mudança de comportamento, da organização de diagnóstico precoce de cânceres, quer se trate de uma política mais geral de educação de saúde e de reforço das competências psicossociais, ou ainda de uma pesquisa-ação ancorada nas comunidades sobre os determinantes sociais da saúde, reencontramos em operação as expressões mais ou menos claras dessas tensões. Trata-se em todo caso da hipótese que propomos neste artigo e que pode servir de base para um programa de pesquisa em ética crítica da saúde pública.

Esse modelo constituído de quatro tensões pode ser comparado, no plano formal, às quatro antinomias apresentadas por Kant na dialética transcendental da *Crítica da razão pura*. Tratando dos limites espaço-temporais do mundo, da natureza de seus elementos constitutivos, da possibilidade de uma liberdade ou da existência de um ser necessário e incondicionado, Kant mostrou que a razão chega a respostas opostas ou contraditórias. Sua conclusão é que, antes de raciocinar no vazio e aí perder-se, a razão deveria admitir seus próprios limites. Entretanto – e indo na direção da crítica dirigida por Hegel a essa concepção –, o modelo das tensões apresentado aqui não visa unicamente refletir uma incompletude de nossas concepções ou ações da saúde pública, o reflexo de uma falta de experiência ou de recuo. Ao contrário, trata-se provavelmente de problemas reais e constitutivos desse campo de práticas e de saberes.

Essa é também a razão pela qual essas tensões internas da saúde pública não deveriam ser interpretadas de maneira estática e fixa, mas antes, de maneira dinâmica e dialética. Os diferentes polos em tensão identificados (saúde positiva/saúde negativa; saúde/liberdade; complexidade/controle; emancipação/dominação) apresentam repercussões mútuas. Eles formam um conjunto em movimento, outras tensões as atravessam, aquelas que foram resolvidas podem reaparecer etc. O equilíbrio entre essas diferentes dimensões não é encontrado de maneira temporária, pontual e localizada. Constantemente renegociado, o conjunto exige a presença de uma consciência crítica e de uma forma de vigilância. Eis porque o questionamento ético e epistemológico da saúde pública tem a necessidade de apoiar-se em algo diferente dos princípios, mesmo quando esses são reformulados para adaptarem-se ao campo particular da saúde pública. É indispensável situar os desafios epistemológicos e éticos da saúde pública nos múltiplos contextos que lhe dão sentido.

Notas

- 1 Este artigo foi escrito a partir do Ciclo de Seminários “Filosofia, ciência e saúde pública. Quais são as alternativas práticas e críticas?”, realizado no IEA/USP, particularmente da palestra apresentada em 31 out. 2012.
- 2 A essência de uma intervenção poderia ser um processo ou um conjunto de funções. Esse tipo de intervenção segue princípios reconhecíveis (uma função *standard*, tal como um desenvolvimento organizacional ou um desenvolvimento comunitário), mas toma necessariamente uma forma diferente de lugar para lugar e, nesse sentido, deve sua efetividade a como é talhada para o contexto (Hawe; Potwin, 2009).
- 3 A Avaliação do Who Task Force on Health Promotion propôs cinco questões como entradas a uma pesquisa acerca de uma intervenção: Qual é a relevância do programa para os alvos de mudança? Como a teoria de mudança subjacente ao programa relaciona-se com a teoria do problema? Como a implementação do programa se responsabiliza pela condições locais? O que é realizado pelas atividades e serviços do programa? Com quais mudanças nas condições locais estava o programa associado?
- 4 Mesmo se encontram espaço na literatura crítica sobre saúde pública. Acadêmicos como McIntyre examinaram criticamente se os programas de alimentação infantil no Canadá atlântico estavam reduzindo ou reproduzindo desigualdades (McIntyre; Travers, 1999). O mesmo encontra-se nos trabalhos sobre os determinantes sociais da saúde (O’Neill, 2010).
- 5 Sobre esse ponto, ver, por exemplo, Frohlich e Potvin (2010, p.378): “Ao usar o termo ‘populações vulneráveis’, pensávamos estar-nos afastando do pensamento epidemiológico do fator de risco, que tende a pôr o foco apenas no comportamento, e sugerindo que alguns grupos são vulneráveis com relação a sua capacidade de agência, sua posição na estrutura social e suas práticas sociais. É somente concentrando-se em todos os três que se pode ser capaz de reduzir as desigualdades sociais na saúde, pois todos os três estão na base das desigualdades. Entretanto [...], o uso do termo ‘populações vulneráveis’ não deixa de ter problemas, incluindo o estigma potencial. [...] Ao contrário, um processo de exclusão origina-se da distribuição desigual de quatro tipos de recursos: materiais, culturais, sociais e políticos. É a distribuição desigual desses recursos que reproduz as desigualdades na saúde”.

Referências

- AGAMBEN, G. *Qu’est-ce qu’un dispositif?* Paris: Payot; Rivages, 2007.
- ALMEIDA FILHO, N. de; JUCÁ, V. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.7, n.4, p.879-89, 2002.
- ARMSTRONG, N.; EBORALL, H. The sociology of medical screening: past, present and future. *Sociology of Health & Illness*, v.34, n.2, p.161-76, 2012.
- BERLIVET, L. Une biopolitique de l’éducation pour la santé. La fabrique des campagnes de prévention. In: FASSIN, D.; MEMMI, D. (Ed.) *Le gouvernement des corps*. Paris: Editions de l’EHESS, 2004. p.37-75.
- _____. Exigence scientifique et isolement institutionnel: l’essor contrarié de l’épidémiologie française dans la seconde moitié du 20emè siècle. In: JORLAND, G.; OPI-

- NEL, A.; WEISZ, G. (Ed.) *Body counts*. Medical quantification in historical and sociological perspectives. Montréal: McGill-Queen's University Press, 2005a. p.335-58.
- BERLIVET, L. Association or causation? The debate on the scientific status of risk factor epidemiology, 1947-c.1965. *Clio Medica*, v.75, p.39-74, 2005b.
- BOLTANSKI, L. *La condition foetale*. Sociologie de l'engendrement et de l'avortement. Paris: Gallimard, 2004.
- BOORSE, C. Health as a theoretical concept. *Philosophy of Science*, v.44, n.4, p.542-73, 1977.
- BOSI, M. L. M. Qualitative research in collective health: overview and challenges. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.17, n.3, p.575-86, 2012.
- BOURDIEU, P. *Distinction: a social critique of the judgement of taste*. London: Routledge & Kegan Paul, 1984.
- BROADBENT, A. *Philosophy of epidemiology*. Basingstoke; New York: Palgrave & Macmillan, 2013.
- BROWN, P. Popular epidemiology: community response to toxic waste-induced disease in Woburn, Massachusetts. *Science, Technology, & Human Values*, v.12, n.3/4, p.78-85, 1987.
- CALVEZ, M. Pour une approche constructiviste des risques de santé. In: COHEN, P.; CASTRA, M.; CARRICABURU, D. (Ed.) *Risques et pratiques médicales*. Rennes: Presses de l'École des Hautes Études en Santé Publique, 2010. p.215-26.
- CAMPOS, G. W. S. Public health and collective health: field and core area for knowledge and practice. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.5, n.2, p.219-30, 2000.
- CANGUILHEM, G. *Le normal et le pathologique*. Paris: Puf, 2009.
- _____. *La connaissance de la vie*. Paris: Vrin, 1992.
- CHAIX, B.; CHAUVIN, P. L'apport des modèles multiniveau dans l'analyse contextuelle en épidémiologie sociale: une revue de la littérature. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, v.50, n.5, p.489-99, 2002.
- CHAMAYOU, G. *Les corps vils*. Expérimenter sur les êtres humains aux XVIII^e et XIX^e siècles. Paris: Gallimard, 2008. (La Découverte)
- CONRAD, P. *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007.
- CROCKER, D. Functioning and capability: the foundations of Sen's and Nussbaum's developmental ethics. *Lua Nova: Revista de Cultura e Política*, v.31, p.99-134, 1993.
- FASSIN, D.; MEMMI, D. (Ed.) *Le gouvernement des corps*. Paris: Editions de l'EHESS, 2004.
- FRESSOZ, J.-B. *L'Apocalypse joyeuse*. Une histoire du risque technologique. Paris: Seuil, 2012.
- FROHLICH, K. L.; POTVIN, L. Commentary: structure or agency? The importance of both for addressing social inequalities in health. *International Journal of Epidemiology*, v.39, n.2, p.378-9, 2010.
- GASTALDO, D. Is health education good for you? Rethinking health education

- through the concept of biopower. In: BUNTON, R.; PETERSEN, A. (Ed) *Foucault, health and medicine*. London: Routledge, 1997. p.113-32.
- GAUDILLIERE, J.-P. *Inventer la biomédecine: la France, l'Amérique et la production des savoirs du vivant (1945-1965)*. Paris: La Découverte, 2002.
- GILBERT, C.; HENRY, E. *Comment se construisent les problèmes de santé publique?* Paris: La Découverte, 2009.
- GORI, R.; VOLGO, M.-J. D. *La santé totalitaire: essai sur la médicalisation de l'existence*. Paris: Denoël, 2005.
- HARWOOD, V. Theorizing biopedagogies. In: WRIGHT, J.; HARWOOD, V. (Ed.) *Biopolitics and the obesity epidemic: governing bodies*. New York: Routledge, 2009. p.15-30.
- HAWE, P.; POTVIN, L. What is population health intervention research? *Canadian Journal of Public Health. Revue Canadienne de Santé Publique*, v.100, n.1, p.8-14, 2009.
- ILLICH, I. *Medical Nemesis: The Expropriation of Health*. New York: Pantheon Books, 1976.
- ISRAEL, B. Review of community-based research: Assessing partnership approaches to improve public health. *Annual Review Public Health*, v.19, p.173-202, 1998.
- JORLAND, G.; OPINEL, A.; WEISZ, G. (Ed.) *Body counts*. Medical quantification in historical and sociological perspectives. Montréal: McGill-Queen's University Press, 2005.
- JORLAND, G. *Une société à soigner hygiène et salubrité publiques en France au XIX^e siècle*. Paris: Gallimard, 2010.
- KREBS, J. The importance of public-health ethics. *Bulletin of the World Health Organization*, v.86, n.8, p.579, 2008.
- LECHOPIER, N. Recherche et non-recherche. Les valeurs à l'oeuvre dans l'évaluation des protocoles épidémiologiques. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, v.58, n.1, p.41-8, 2010.
- LEUNG, M. W.; YEN, I. H.; MINKLER, M. Community-based participatory research: a promising approach for increasing epidemiology's relevance in the 21th century. *International Journal of Epidemiology*, v.33, p.499-506, 2004.
- LIDÉN, J. *The grand decade for global health: 1998-2008*. S. l.: Chatham House, 2013.
- LÖWY, I. *Preventive strikes: women, precancer, and prophylactic surgery*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2009.
- MARMOT, M. et al. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*, v.372, n.9650, p.1661-9, 2008.
- MASSE, R.; SAINT-ARNAUD, J. *Ethique et santé publique*. Enjeux, valeurs et normativité. Québec: Presses de l'Université Laval, 2003.
- McINTYRE, L.; TRAVERS, K. Children's feeding programs in Atlantic Canada: reducing or reproducing inequities? *Revue Canadienne de Santé Publique*, v.90, n.3, p.196-200, 1999.

- METZL, J. *Against health: how health became the new morality*. New York: New York University Press, 2010.
- MILL, J. S. *System of logic*. London: John Parker, 1843. v.1.
- _____. *Sobre a liberdade*. Petrópolis: Vozes, 1991.
- MINKLER, M.; WALLERSTEIN, N.; HALL, B. *Community-based participatory research for health*. San Francisco: Jossey-Bass, 2002.
- MORABIA, A. (Ed.) *A history of epidemiologic methods and concepts*. Basel; Boston; Berlin: Birkhäuser Verlag, 2004.
- _____. Epidemiology : an epistemological perspective. In: MORABIA, A. (Ed.) *A history of epidemiologic methods and concepts*. Basel; Boston; Berlin: Birkhäuser Verlag, 2004. p.1-126.
- NUFFIELD COUNCIL ON BIOETHICS. *Public health: ethical issues*. London: Nuffield Council on Bioethics, 2007.
- O'NEILL, M. The facts of inequality. *Journal of Moral Philosophy*, v.7, n.3, p.397-409, 2010.
- OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Carta de Ottawa, 1986.
- PEARCE, N. Traditional epidemiology, modern epidemiology, and public health. *American Journal of Public Health*, v.86, n.5, p.678-83, 1996.
- PETERSEN, A.; LUPTON, D. *The new public health: health and self in the age of risk*. London: Sage, 1996.
- PETTMAN, T. L. et al. Strengthening evaluation to capture the breadth of public health practice: ideal vs. real. *Journal of Public Health*, v.34, n.1, p.151-55, 2012.
- PINELL, P. *Naissance d'un fléau: histoire de la lutte contre le cancer en France (1890-1940)*. Paris: Editions Métailié, 1992.
- POTTER, M. B. Strategies and resources to address colorectal cancer screening rates and disparities in the United States and globally. *Annual Review of Public Health*, v.34, n.1, p.413-29, 2013.
- RAPHAEL, D. The question of evidence in health promotion. *Health Promotion International*, v.15, n.4, p.355-67, 2000.
- SUSSER, M.; STEIN, Z. *Eras in epidemiology: the evolution of ideas*. Oxford University Press, 2009.
- THALER, R.; SUNSTEIN, C. *Nudge: O empurrão para a escolha certa*. Rio de Janeiro: Elsevier Campus, 2009.
- UNITED KINGDOM DEPARTMENT OF HEALTH. *Healthy lives, healthy people: our strategy for public health in England*. London: TSO, 2010.
- WINSLOW, C.-E. A. The untilled fields of public health. *Science*, v.51, n.1306, p.22-33, 1920.
- WRIGHT, J.; HARWOOD, V. (Ed.) *Biopolitics and the obesity epidemic: governing bodies*. New York: Routledge, 2009.
- ZYLBERMANN, P. *Tempêtes microbiennes: essai sur la politique de sécurité sanitaire dans le monde transatlantique*. Paris: Gallimard, 2013.

RESUMO – Este artigo examina a interação da ética, da antropologia social e da epistemologia na saúde pública. Na primeira seção do artigo, introduzimos ao amplo espectro de abordagens existentes que consideram a saúde pública como um campo político, como uma ciência e como um projeto antropológico global que levanta inúmeras questões éticas. Na segunda seção, propomos uma apresentação mais detalhada das principais questões levantadas pela saúde pública através de uma rede de quatro tensões dialéticas fundamentais. A primeira tensão concerne principalmente às dubiedades das definições de saúde e às finalidades propostas para esse campo. A segunda tensão concerne à legitimidade dos meios utilizados para chegar aos objetivos da saúde pública. A terceira tensão diz respeito ao regime de evidência e ao referencial das abordagens empregadas na saúde pública. A quarta tensão se origina nas relações de poder construídas no interior dessas práticas da saúde pública. Sugerimos que essas quatro tensões, nas quais a polarização apresenta uma variedade de formatos, relacionam-se entre si. Isso conduz à conclusão de que na saúde pública, as considerações éticas, antropológicas e epistemológicas precisam andar juntas. Para entender criticamente as questões da saúde pública, precisamos, portanto, levar em conta as íntimas interações entre as ciências, os valores e as práticas.

PALAVRAS-CHAVE: Ética, Saúde pública, Dialética, Bioética, Metodologia.

ABSTRACT – This paper examines the interplay of ethics, social anthropology and epistemology in public health. In the first section, the large range of existing approaches to public health is introduced: public health as a policy-oriented field, as a science, and as a anthropological global project that raises ethical questions. In the second section, a more detailed account is given of the main issues raised by public health by means of locating them in a network of four fundamental dialectical tensions. The first tension concerns the overall aims of public health and disputed definitions of health; the second the legitimacy of the means to achieve the aims of public health; the third the regime of evidence and the framing of public health approaches; and the fourth the power relations built into these public health practices. I suggest that these tensions, in which the polarizations display a variety of forms, are closely related to each other. This leads to the conclusion that in public health, ethical, anthropological and epistemological considerations need to go hand to hand. To understand critically public health issues, the close interactions among the sciences, values and practices need to be taken into account.

KEYWORDS: Ethics, Public health, Dialectic, Bioethics, Methodology.

Nicolas Lechopier é doutor em Filosofia pela Universidade Paris 1 Panthéon Sorbonne; maître de Conférences na Universidade Claude Bernard de Lyon e na Escola Normal Superior de Lyon, França; pesquisador colaborador do Projeto Temático Fapesp 2011/51614-3 “Gênese e significado da tecnociência: das relações entre ciência, tecnologia e sociedade”, e membro do Grupo de Pesquisa em Filosofia, História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia” do IEA/USP. @ – nlechopier@yahoo.fr

Recebido em 26.5.2014 e aceito em 31.7.2014.

¹ Universidade Claude Bernard de Lyon e Escola Normal Superior, Lyon, França.

