

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

**“Notas para uma reinterpretação crítica dos processos de
determinação social das iniquidades étnico-raciais em saúde”**

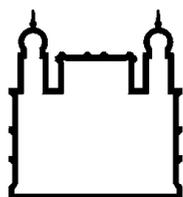
por

Elis Mina Seraya Borde

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na
área de Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Firpo de Souza Porto

Rio de Janeiro, abril de 2014



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Esta dissertação, intitulada

**“Notas para uma reinterpretação crítica dos processos de
determinação social das iniquidades étnico-raciais em saúde”**

apresentada por

Elis Mina Seraya Borde

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Marcelo Jorge de Paula Paixão

Prof. Dr. Gil Sevalho

Prof. Dr. Luis David Castiel

Prof. Dr. Marcelo Firpo de Souza Porto – Orientador

Dissertação defendida e aprovada em 28 de abril de 2014.

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

B727 Borde, Elis Mina Seraya
Notas para uma reinterpretação crítica dos processos de
determinação social das iniquidades étnico-raciais em saúde. /
Elis Mina Seraya Borde. -- 2014.
139 f.

Orientador: Porto, Marcelo Firpo de Souza
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

1. Origem Étnica e Saúde. 2. Desigualdades em Saúde. 3.
Iniquidade Social. 4. Saúde Pública. 5. Epidemiologia. 6.
Processo Saúde-Doença. 7. Racismo. 8. Determinantes Sociais
da Saúde. I. Título.

CDD - 22.ed. – 362.1

AUTORIZAÇÃO

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores.

Rio de Janeiro, 28 de abril de 2014.



Elis Mina Seraya Borde

/Fa

Agradecimentos

Ao meu orientador Marcelo Firpo de Souza Porto pela orientação, pelo apoio, pelas ideias e pela confiança em mim depositada na condução deste trabalho.

Ao Serviço Alemão de Intercâmbio Acadêmico (DAAD) pelo apoio financeiro durante o mestrado.

Aos professores Luis David Castiel, Gil Sevalho, Marcelo Paixão e Gabriel Schütz, por terem gentilmente aceitado compor a banca avaliadora do presente trabalho e pelas valiosas contribuições na banca de qualificação.

Aos professores e às professoras da ENSP/FIOCRUZ, particularmente Tatiana Wargas de Faria Baptista, Carlos Otávio Fiuza Moreira, Luiz Teixeira, Rosely Magalhães e às professoras, Maria Paula Meneses e Iolanda Vasile, do seminário de formação à distância da CLACSO “Introdução aos estudos pós-coloniais: as epistemologias sul-sul”, pelos inúmeros estímulos e pelos interessantes diálogos.

Ao meu antigo orientador, Ricardo Ventura Santos, por me sensibilizar pela complexidade da “questão racial” no Brasil e por me fazer encontrar minha própria abordagem e posição.

Às colegas de turma e amigas, Cristiane Lopes e Amanda Souza, por compartilhar as travessias do mestrado e pelas longas conversas acompanhadas de comidas, bebidas e paisagens cariocas.

Aos colegas de trabalho no CEPI-DSS, Geiza Ferreira, Fátima Correa, Jaqueline Pimentel e Alberto Pellegrini, e também ao Marco Akerman da USP, pela confiança em mim depositada, pelo apoio e pelas múltiplas oportunidades de crescimento profissional e de intercâmbio internacional, que abriram para mim.

Aos integrantes do Seminário Virtual de „Determinação Social da Saúde“, em especial aos professores e amigos da Universidad Nacional de Colombia, Carolina Morales, Juan Carlos Eslava e Mario Hernández e da Universidad Andina Simón Bolívar, Jaime Breilh, que impulsionaram as interrogações que marcam o presente trabalho, acompanharam meus processos de aprendizagem antes e durante o processo desta dissertação, compartilharam e abriram novos horizontes e espaços de reflexão e ação.

Aos companheiros do Grupo de Capoeira Angola “Casarão” e principalmente ao Mestre Dois Cruzeiros por me permitir “vadiar” nos pensamentos e na roda e pelo ritmo que deu à minha vida.

Aos amigos espalhados pelo mundo, porém sempre presentes, e no processo desta dissertação principalmente às grandes amigas, Aline Barbosa e Jenny Fonseca, pelas boas e largas conversas e pela companhia em diferentes situações e espaços.

Aos grandes amigos e colegas, Javier Rodríguez e Edinso Mosquera, por compartilhar momentos de reflexão, concentração e distração em diversos espaços, que alimentaram esta dissertação, fortaleceram as amizades e confluíram em múltiplos projetos conjuntos.

Aos companheiros de casa e grandes amigos, Marcela Farfan Recchia e Gonzalo Ibañez Mestres, por compartilhar a cotidianidade da dissertação e alimentá-la com boas e largas conversas, deliciosas comidas e o carinho de uma família.

Ao meu companheiro e amor, Milson Betancourt, pela paciência e pelos estímulos, por compartilhar e alimentar a vida em diferentes espaços e por me sensibilizar pelos encantos, pelas dores e pela energia dos povos latino-americanos.

Aos meus pais, Yusuf Ağaçe e Theda Borde, e meu irmão, Badin Borde, sempre presentes na minha vida e estímulo de reflexões, a pesar da distância física.

À Salsa, ao Forró e ultimamente ao violão e ao pandeiro por serem veículos de expressões-outras e da distração necessária para concluir esta dissertação.

Conteúdo

AGRADECIMENTOS	4
CONTEÚDO	7
RESUMO	9
ABSTRACT	10
LISTA DE ILUSTRAÇÕES	11
LISTA DE SIGLAS	12
INTRODUÇÃO	13
ABORDAGEM TEÓRICA	15
OBJETIVOS.....	16
CAPÍTULO 1 – SUBALTERNIZAÇÃO DE POPULAÇÕES NÃO-BRANCAS NA MODERNIDADE CAPITALISTA-COLONIAL	19
1.1 ABORDAGENS DO RACISMO	21
1.1.1 Fanon.....	22
1.1.2 Foucault	23
1.1.3 A inflexão descolonial.....	24
1.1.4 A “produtividade” do racismo: uma proposta de integração.....	27
1.1.5 Brancura.....	30
1.2 SUBALTERNIZAÇÃO DAS POPULAÇÕES NÃO-BRANCAS NO BRASIL.....	32
1.2.1 Entre a violência da repressão e a violência da assimilação: um breve olhar sobre a história do Brasil e acontecimentos atuais.....	34
1.2.2 Reconhecimento sem redistribuição: abordagens da “questão racial” no Brasil.....	40
1.3 NOVAS E VELHAS DIMENSÕES DOS DISCURSOS RACISTAS	43
1.3.1 Desenvolvimento e linguagens de valorização.....	44
CAPÍTULO 2 – CONSTRUÇÃO DE DESCONHECIMENTOS	48
2.1 EPISTEMOLOGIAS DOMINANTES, A CIÊNCIA MODERNA E CEGUEIRAS DO CONHECIMENTO.....	50
2.1.1 A indolência da razão.....	51
2.1.2 A cor da razão e a colonialidade do saber.....	55
2.2 BASES E PRINCÍPIOS EPISTEMOLÓGICOS DA EPIDEMIOLOGIA DOMINANTE: CRÍTICAS E PROPOSTAS DE SUPERAÇÃO DESDE A MEDICINA SOCIAL E SAÚDE COLETIVA LATINO- AMERICANA	60

2.2.1 Limites e problemas associados ao uso dos conceitos cor/ raça/ etnicidade	62
2.2.2 Problemas de fundo: As insuficiências da Epidemiologia convencional	65
2.2.3 Inferência, causalismo, riscos e probabilidades.....	74
2.2.4 Epidemiologia funcional.....	77
2.2.5 O paradoxo da redundância: as epidemiologias sociais diante o problema do social	79
CAPÍTULO 3 – RAÇA E ETNICIDADE COMO DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE.....	84
3.1 DIFERENÇAS QUE FAZEM A DIFERENÇA: DETERMINANTES SOCIAIS E PROCESSOS DE DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE	86
3.1.1 Os determinantes sociais da saúde segundo a CDSS	88
3.1.2 Pontos de crítica	94
3.1.3 Propostas de transformação ou como reduzir as desigualdades no período de uma geração	103
3.2 RAÇA, ETNIA E RACISMO NA AGENDA DOS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE	106
3.2.1 Raça, etnia e racismo: os grandes ausentes na agenda dos DSS	106
3.2.2 Nota sobre populações imigrantes e migração.....	112
3.3 A AGENDA DOS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE COMO “UNIVERSALIDADE RADICALMENTE EXCLUDENTE”	115
A MODO DE CONCLUSÃO.....	118
4.1 POSSÍVEIS REINTERPRETAÇÕES.....	125
4.2 CONSIDERAÇÕES FINAIS	126
REFERÊNCIAS	128

Resumo

Esta dissertação, em forma de ensaio, pretende problematizar as interpretações e abordagens dominantes das iniquidades étnico-raciais em saúde e objetiva propor reflexões para uma reinterpretação dos processos de determinação social das iniquidades étnico-raciais em saúde desde a perspectiva da Medicina Social e Saúde Coletiva Latinoamericana (MS-SC) e da “inflexão descolonial” do Grupo Modernidade/Colonialidade (Grupo M/C). Partimos do pressuposto de que os processos envolvidos na configuração das iniquidades étnico-raciais em saúde continuam pouco reconhecíveis nas abordagens dominantes no campo da saúde pública e epidemiologia, principalmente como consequência de interpretações reducionistas dos processos de determinação social da saúde-doença e ainda como consequência do silenciamento sistemático de reinterpretações contrahegemônicas, cujas interpretações permitiriam reconhecer as manifestações dos processos de subordinação social e desumanização, que se engendram no contexto da acumulação capitalista e da concentração de poder que caracteriza o sistema-mundo capitalista/colonial, nos processos saúde-doença.

O presente ensaio encontra-se dividido em três capítulos. No primeiro capítulo abordamos o que é sistematicamente excluído das interpretações dominantes das iniquidades étnico-raciais (em saúde): os processos de subalternização das populações não-brancas e o racismo. No segundo capítulo objetivamos problematizar as bases epistemológicas das interpretações dominantes, abordando o modelo de racionalidade dominante e a epistemologia epidemiológica. No terceiro capítulo buscamos exemplificar e detalhar a crítica articulada nos dois primeiros capítulos, analisando a abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), que assumiu centralidade nos debates ao redor das iniquidades sociais em saúde nos últimos anos.

Abstract

This dissertation, written as an essay, seeks to critically review dominant approaches and interpretations of ethnic and racial inequities in health and further aims to develop notes toward a reinterpretation of the processes of social determination of ethnic and racial inequities in health from the perspective of the Latin American Social Medicine and Collective Health movement and the Modernity/Coloniality research program. We argue that the processes involved in shaping ethnic and racial inequities in health remain poorly recognizable in dominant approaches in the field of public health and epidemiology. From our perspective, this is primarily a result of reductionist interpretations of the processes of social determination in health and also a consequence of the systematic invisibilization of contrahegemonic reinterpretations, which have articulated the health-disease processes and particularly the social determination of (ethnic and racial) health inequities with processes of oppression, marginalization and exploitation, engendered in the context of the consolidation of capitalist accumulation structures along the lines of class, gender and ethnic/racial privilege and subordination.

This essay is divided in three chapters. In the first chapter we discuss what is systematically excluded from dominant interpretations of ethnic and racial inequities (in health), particularly the processes of oppression, marginalization and exploitation defining the subordination of non-white populations in capitalist modernity and structural racism. In the second chapter we aim to critically review the epistemological foundations of dominant interpretations in public health and epidemiology and argue that the hegemonic model of rationality and specifically epidemiological epistemology, forges and reproduces reductionist interpretations. In the third chapter we seek to illustrate and detail this critique, analyzing the WHO Social Determinants of Health approach, which has dominated the debates on health inequities during the last couple of years.

Lista de ilustrações

Figura 1 Epidemiologia do modo de vida	71
Figura 2 Epidemiologia crítica.....	73
Figura 3 Determinantes estruturais das iniquidades em saúde – marco conceitual da CDSS	89
Figura 4 Modelo conceitual da CDSS – relatório final.....	90
Figura 5 Modelo proposto no marco conceitual da CDSS	91
Figura 6 Determinantes intermediários da saúde – marco conceitual da CDSS.....	93

Lista de siglas

CDSS	Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde
CNDSS	Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde - Brasil
DSS	Determinantes sociais da saúde
Grupo M/C	Grupo Modernidade/Colonialidade
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS-SC	Medicina Social e Saúde Coletiva Latinoamericana
OMS	Organização Mundial da Saúde
WHO	World Health Organization

INTRODUÇÃO

Atualmente há um consenso sobre a importância de abordar os efeitos da dimensão social na saúde (Barata, Almeida-Filho, Barreto, 2012) e, também graças à mobilização ao redor dos Determinantes Sociais da Saúde, iniquidades sociais em saúde são reconhecidas como sistemáticas, evitáveis, injustas e desnecessárias (CDSS, 2010). Apesar disso, a compreensão dos processos envolvidos na determinação social das iniquidades sociais em saúde continua sendo limitada, as intervenções para combatê-las insuficientes e continua predominando uma construção de “alteridade” desde narrativas biologicistas e culturalistas. Além de se mostrar insuficientes para captar a complexidade inerente na determinação social dos processos saúde-doença, as abordagens dominantes têm contribuído para a naturalização das iniquidades sociais em saúde, na medida em que as iniquidades são notadas e lamentadas, mas na prática acabam sendo separadas dos processos sócio-históricos e particularmente das injustiças sociais no contexto das quais surgem.

Isso particularmente se aplica às abordagens e interpretações dominantes das iniquidades étnico-raciais em saúde. Etnicidade e raça assim foram transformadas em fatores de risco e as causas das iniquidades étnico-raciais em saúde foram (implicitamente) situadas nas práticas sociais e culturais bem como nas biologias “disfuncionais” dos grupos subalternizados. Desta forma contribuiu-se para a naturalização dos processos de subalternização que se configuraram em função e em relação à raça e etnia ao longo da história, especificamente vulnerabilizando populações não-brancas, estruturando sua subalternidade em sociedades como a brasileira e definindo os processos saúde-doença.

As interpretações dominantes das iniquidades étnico-raciais em saúde, articuladas a partir das abordagens epidemiológicas convencionais, assim geralmente têm excluído os processos de subalternização, dominação e exploração e sua dimensão étnico-racial, que se desdobram como parte do metabolismo sociedade-natureza emarcam as dinâmicas de produção e reprodução social do sistema mundo capitalista/colonial bem como definem os traços da determinação social dos processos saúde-doença. Isso principalmente na medida em que subjazem os modos de vida grupais, o desgaste/ a sobrecarga laboral e uma série de outros processos (degradação ambiental; funcionamento do sistema de saúde e qualidade da atenção médica; coesão social; acesso a terra e território; alimentação; processo laboral) que produzem e reproduzem a determinação social dos processos saúde-doença. Estes processos ainda têm sido reduzidos a expressões no plano individual, reforçando a visão descontextualizada das iniquidades (étnico-raciais) em saúde.

Esta dissertação, em forma de ensaio, pretende problematizar as interpretações e abordagens dominantes das iniquidades étnico-raciais em saúde e objetiva propor reflexões para uma reinterpretação dos processos de determinação social das iniquidades étnico-raciais em saúde desde a perspectiva da Medicina Social e Saúde Coletiva Latino-americana (MS-SC) e da “inflexão descolonial” a partir de autores do chamado Grupo Modernidade/Colonialidade (Grupo M/C).

Partimos do pressuposto de que os processos envolvidos na configuração das iniquidades étnico-raciais em saúde continuam pouco reconhecíveis nas abordagens dominantes no campo da saúde pública e epidemiologia, principalmente como consequência de interpretações reducionistas dos processos de determinação social da saúde-doença e ainda como consequência do silenciamento sistemático de reinterpretações contrahegemônicas. Tais interpretações permitiriam reconhecer as manifestações dos processos de subordinação social e desumanização, engendrados no contexto da acumulação capitalista e da concentração de poder que caracteriza o sistema-mundo capitalista/colonial, nos processos saúde-doença e principalmente na “triple iniquidade” (Breilh, 2003: 107) – classe social, gênero e etnia/raça – que marca os padrões de saúde praticamente em todos os lugares e em diferentes níveis.

O reducionismo das interpretações dominantes se expressa na epistemologia epidemiológica, que manifesta sinais de crise (Almeida-Filho, 2000; Barreto, 1998; Castellanos, 1997) e ainda, nos horizontes de visibilidade que marcam tanto as análises quanto as propostas de transformação articuladas desde estas interpretações. Os modelos e paradigmas científicos pelos quais se regem as interpretações dominantes sobre a alteridade e especificamente sobre as iniquidades étnico-raciais, neste sentido, não simplesmente são resultado do livre alvedrio de especialistas neutros, mas condensam contradições que ultrapassam o âmbito epistemológico e se situam nos mecanismos mais amplos que definem os processos de dominação, marginalização, exploração e conflito na modernidade capitalista. Destaca-se a construção de discursos racistas no âmbito científico e o papel que a ciência tem assumido ao “adequar” epistemologicamente o espaço e os discursos para projetos político-ideológicos explicitamente e implicitamente racistas, ao oferecer justificativas para agressões e, no pior dos casos, para o extermínio de determinados grupos populacionais e determinadas formas de vida. Daí a importância de abordar as formas de construir conhecimento e as interpretações dominantes sobre os processos de subalternização e sobre o “outro” subalterno.

Falar de “raça”, de “brancura” e de “populações não-brancas” toca sensibilidades de vários atores, principalmente num país onde “ninguém é branco” (Sovik, 2009). Segato (2010), quem também reconhece estas sensibilidades refere, entre outros, à esquerda tradicional e acadêmica, na medida em que implica “dar carne y hueso a la matemática de clases, introduciéndole color, cultura, historia

propria no eurocéntrica y, en suma, diferencia” (Segato, 2010: 21). Por outro lado, toca sensibilidades dos operadores dos direitos e da força de lei porque sugere racismo estatal e institucional, além das sensibilidades de diversos atores políticos que optaram por outras formas de abordar a “questão racial”. Não buscamos impor nossa visão dos “fatos” a estes grupos, nem buscamos deslegitimar abordagens diferentes à abordagem proposta neste ensaio. Ao contrário, este ensaio foi feito com a intenção de contribuir para o diálogo, levantar questões, sensibilizar e apontar outras formas de pensar e atuar, principalmente sobre os processos de determinação social das iniquidades étnico-raciais em saúde.

Abordagem teórica

No intuito de contribuir para a reinterpretação dos processos de determinação social das iniquidades étnico-raciais em saúde, percebe-se claramente, então, a necessidade de visibilizar e recuperar as reinterpretações silenciadas, que além da ampliação do horizonte de visibilidade acima referida, têm contribuído para a desconstrução, construção e superação dos fundamentos epistemológicos da epidemiologia, entre as quais se destaca a Medicina Social e Saúde Coletiva Latino-americana (MS-SC). Buscamos, portanto, revigorar o diálogo com as propostas articuladas desde a MS-SC, que ao contrário do que é sugerido por alguns comentadores, que questionam o valor prático e a relevância dessas propostas para a atualidade, proporcionam, ao nosso ver, ferramentas analíticas de enorme relevância para a compreensão da determinação social dos processos saúde-doença e, especificamente, da determinação social das iniquidades étnico-raciais em saúde. Isso ocorre na medida em que tais propostas têm abordado os processos saúde-doença em relação às diferentes fases de consolidação e ampliação do modelo de desenvolvimento capitalista, que rege os processos sociais nas sociedades e têm reconhecido que este modelo de desenvolvimento se dá à margem e em detrimento dos grupos historicamente dominados e explorados e além do mais é incompatível com a saúde, a vida e, principalmente, com o “bem viver”¹ (Breilh, 2003; Pacheco & Faustino, 2013).

A influência de abordagens marxistas na MS-SC é inegável e tem marcado o desenvolvimento teórico-conceitual, privilegiando leituras materialistas de classe sobre leituras de gênero ou etnia/raça ou abordagens interseccionais. Contudo, houve tentativas de integração culminando, por exemplo, nas noções de “triple iniquidade” (Breilh, 2003: 107) e “processos de determinação social”, inicialmente formuladas por Breilh (1999). No entanto, por mais que a dimensão étnico-racial fosse reconhecida como parte da “matriz de dominação”, não vem sendo aprofundados os

¹ Bem viver (Sumak Kawsay), entendida como a satisfação coletiva das necessidades em equilíbrio com a “pachamama” (mãe terra) (Breilh, 2003).

processos envolvidos na determinação social das iniquidades étnico-raciais em saúde, por exemplo, os processos de subalternização das populações não-brancas, como é reconhecido pelo Comitê Organizador (Eibenschutz et al. 2011: 274) da oficina latino-americana sobre determinantes sociais da saúde, que se realizou no ano 2011 no México. Além de retomar, buscamos, portanto, ampliar reinterpretções existentes, como as importantes contribuições da MS-SC, principalmente desde a “inflexão descolonial” do assim chamado “Grupo Modernidad/ Colonialidad” (Grupo M/C).

A perspectiva descolonial, que adotamos neste ensaio permite situar o objeto de estudo da dissertação, as desigualdades e iniquidades étnico-raciais em saúde, no contexto da produção e reprodução das iniquidades (étnico-raciais) no que Santos (2006) e representantes do Grupo M/C denominam “sistema mundo capitalista/imperial/patriarcal/racial colonial” (sistema-mundo capitalista/colonial). Ainda torna visíveis os múltiplos processos de produção e reprodução das iniquidades sociais que acompanham a expansão deste sistema e permite entender a centralidade da etnicidade e do construto social da raça nos processos de dominação, exclusão e exploração, que definem a organização social das sociedades modernas e estruturam os processos de determinação social da saúde. Tanto a perspectiva do pensamento descolonial quanto a perspectiva da MS-SC ainda permitem entender como determinadas formas de construir conhecimento, isso é, como a descontextualização, naturalização e despolitização dos problemas de saúde de determinados grupos da população a partir de certas construções epistemológicas e discursivas têm contribuído para a produção e reprodução dos mesmos.

Objetivos

O presente ensaio encontra-se dividido em três capítulos. No primeiro capítulo abordamos o que, em grande medida, define os processos de determinação social das iniquidades étnico-raciais em saúde e é sistematicamente excluído das interpretações dominantes das iniquidades étnico-raciais (em saúde): os processos de subalternização das populações não-brancas e o racismo. No segundo capítulo objetivamos problematizar as bases epistemológicas das interpretações dominantes, abordando o modelo de racionalidade dominante e a epistemologia epidemiológica. No terceiro capítulo buscamos exemplificar e detalhar as instâncias discursivas e construções epistemológicas que subjazem as interpretações dominantes, analisando a abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS).

Iniciamos o ensaio com uma discussão ao redor dos processos de vulnerabilização e subalternização das populações não-brancas no sistema-mundo capitalista/colonial e uma abordagem dos processos de dominação, exclusão e exploração que se estruturam em relação ao racismo e do conceito de “raça”. Buscamos, desta forma, construir uma base teórica para

compreender a dimensão ontológica das iniquidades étnico-raciais e conseqüentemente deveriam de definir as dimensões éticas (dever ser) e políticas (poder fazer) da atuação sobre os determinantes sociais e os processos de determinação social das iniquidades étnico-raciais em saúde. Objetivamos ainda analisar as iniquidades étnico-raciais no Brasil e problematizar a invisibilização da cor e das visões de mundo das populações subalternas no país para logo discutir novas e velhas dimensões dos discursos racistas.

No segundo capítulo buscamos identificar as construções epistemológicas e instâncias discursivas específicas que têm contribuído para a construção de *des*conhecimentos na epistemologia dominante em geral e na epidemiologia em particular, principalmente sobre os processos (racializados) de dominação, exploração e marginalização que sustentam o sistema-mundo capitalista/colonial. Propomos, neste sentido, uma análise dos principais traços da epistemologia hoje dominante, que veio impor uma “razão indolente” às complexidades inerentes aos processos de subalternização e determinação social do processo saúde-doença - uma razão que se plasma especificamente na concepção de ciência moderna e se impôs como saber universal. Buscamos abordar o papel que esta razão tem assumido historicamente, principalmente respeito à legitimação e naturalização dos processos de dominação, exploração e marginalização. Objetivamos, ainda, abordar as insuficiências da Epidemiologia convencional, que têm marcado as interpretações dominantes das iniquidades étnico-raciais em saúde, explicitando e situando as bases epistemológicas da Epidemiologia a partir das principais críticas e propostas de superação articuladas pela MS-SC bem como em relação aos traços da epistemologia hoje dominante.

No terceiro capítulo objetivamos exemplificar e concretizar os assuntos abordados nos dois primeiros capítulos a partir de uma análise mais detalhada da abordagem das iniquidades sociais e particularmente étnico-raciais no modelo dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), que vem sendo promovido pela Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde (CDSS) da Organização Mundial da Saúde (OMS) desde o ano 2005, e que no Brasil gerou uma comissão específica (CNDSS) que publicou um relatório de referência (CNDSS, 2008). Buscamos, neste sentido, abordar as instâncias discursivas e construções epistemológicas que têm contribuído para a naturalização dos processos de subalternização das populações não-brancas e, em termos mais gerais, para a naturalização da ordem social injusta na qual se assenta o sistema-mundo capitalista-colonial, relacionando a abordagem proposta pela CDSS com as críticas epistemológicas articuladas desde a MS-SC e a “inflexão descolonial”. Concretamente, objetivamos primeiro introduzir a proposta da CDSS sobre os determinantes sociais da saúde e após uma revisão das principais críticas, principalmente desde a perspectiva da MS-SC, avançar com novas reinterpretações da

abordagem dos DSS em relação aos processos de determinação social das iniquidades étnico-raciais.

Nossas reflexões se orientam pelas seguintes perguntas:

1. Como se constrói o “outro” subalterno e como se abordam os processos de subalternização a partir das interpretações dominantes?
2. Como se caracterizam os processos de subalternização das populações não-brancas que têm marcado as iniquidades étnico-raciais (em saúde)? (Capítulo 1)
3. Quais as instâncias discursivas e construções epistemológicas que definem as interpretações dominantes das iniquidades étnico-raciais (em saúde)? (Capítulo 2)
4. Como se entendem e como se abordam as iniquidades étnico-raciais em saúde na abordagem dos DSS? (Capítulo 3)
5. Como se abordam as iniquidades étnico-raciais em saúde desde a MS-SC e quais as possíveis contribuições da teoria descolonial e de outras abordagens contra hegemônicas?

Cabem algumas observações sobre o alcance desta dissertação. Em termos gerais, objetivamos oferecer reflexões que orientam reinterpretações dos processos de determinação social das iniquidades étnico-raciais em saúde, buscando contribuir para a superação das limitações que marcam as interpretações dominantes e serão explicitadas nos capítulos 1 e 2. Não defendemos uma reinterpretação única mas, ao contrário, buscamos abrir o debate e a reflexão sobre diferentes formas de pensar e atuar em relação às iniquidades étnico-raciais em saúde. Nossa proposta, neste sentido, basicamente é uma proposta de articulação de duas perspectivas, que proporcionam elementos que permitem recolocar as iniquidades étnico-raciais em saúde e principalmente as formas dominantes de produzir conhecimento sobre as mesmas. São duas perspectivas que têm proposto mudanças conceituais e não se contentaram apenas com alguns deslocamentos retóricos. Consequentemente, têm impulsionado não somente reinterpretações críticas, mas também uma práxis transformadora, seja a partir da ampliação dos horizontes de transformação ou a partir da criação de alianças estratégicas entre atores e movimentos sociais.

Ao longo deste ensaio, empregamos vários exemplos e referimos recorrentemente ao contexto brasileiro, que constitui o foco das nossas análises. Cabe enfatizar que não objetivamos introduzir exemplos para sugerir a generalidade empírica dos mesmos, mas para clarificar discussões teóricas. O contexto brasileiro parece condensar e exemplificar várias das questões que problematizamos neste ensaio e, conseqüentemente, é referido em diferentes momentos, principalmente no primeiro capítulo.

Capítulo 1 – SUBALTERNIZAÇÃO DE POPULAÇÕES NÃO-BRANCAS NA MODERNIDADE CAPITALISTA-COLONIAL

“Assim se naturalizou um sistema de poder que afirma a liberdade e a igualdade, e pratica a opressão e a desigualdade.”
Boaventura de Sousa Santos (2006a)

A subalternidade das populações não-brancas continua sendo interpretada predominantemente desde narrativas que ocultam os processos de subalternização e, desta forma, acaba-se construindo uma subalternidade quase natural. Os discursos racistas articulados no âmbito científico têm assumido um papel particularmente destacado neste processo ao situar a subalternidade das populações não-brancas na ordem alegadamente natural da biologia, quando não da inferioridade cultural e ontológica, o que permitiu justificar a dominação, marginalização, exploração e inclusive a exterminação destas populações durante séculos. Mais recentemente, e com a desacreditação oficial das teorias raciais principalmente após a Segunda Guerra, vieram a se forjar outras referências, que omitem a palavra “raça” e/ou se opõe explicitamente ao “racialismo”, supostamente como estratégia para se evitar uma dimensão biológica do conceito de raça, mas que seguem atadas a interpretações que naturalizam, despolitizam e ocultam os processos de subalternização das populações não-brancas.

Neste capítulo, buscamos discutir os processos relacionados à subalternização das populações não-brancas a partir da constituição e expansão da modernidade capitalista-colonial, reconhecendo a centralidade dos mesmos nos processos de determinação social das iniquidades étnico-raciais em saúde. Ainda objetivamos apontar implicações epistemológicas e ético-políticas para a abordagem das iniquidades étnico-raciais, também em saúde. Buscamos, neste sentido, oferecer uma crítica das interpretações dominantes da “questão racial” na modernidade capitalista, principalmente a partir de uma análise detalhada do caso brasileiro, e propor algumas interpretações alternativas, principalmente desde a perspectiva do Grupo Modernidade/Colonialidade (Grupo M/C)².

Partindo da afirmação de que desde o século XV o capitalismo não é pensável sem o colonialismo, nem o colonialismo sem o capitalismo (Quijano, 2010; Lander, 2005), apontamos que a imposição da classificação racial assumiu um papel central nesta articulação ao construir um “outro” naturalmente inferior, que permitiu naturalizar a imposição dos padrões racializados de dominação, exclusão e exploração que sustentaram a criação das relações de produção capitalista nas colônias e ainda possibilitou e continua possibilitando a integração subordinada ao trabalho além de outros

² Segundo Escobar (2003), o Grupo M/C refere a um grupo de pesquisadores na América Latina e nos Estados Unidos que elabora novas interpretações da modernidade, globalidade e diferença e ainda sugere um pensamento-outro.

processos de dominação, exploração e marginalização funcionais à consolidação do sistema-mundo capitalista/colonial. Neste sentido se coloca que nos processos de criação das relações de produção capitalista nas colônias, não se produziram apenas relações de classe, mas também relações hierárquicas entre regiões do mundo, culturas, saberes, sexos e, sobretudo, raça – uma “matriz de dominação” que se continua manifestando através da “colonialidade do poder” e da “colonialidade do saber” em escala global e nacional e, em grande parte, define os processos de determinação social das iniquidades étnico-raciais em saúde.

O capítulo inicia-se com uma revisão de três abordagens do racismo que trazem importantes, contudo diferentes e até contraditórios elementos ao entendimento da dimensão racial dos processos de dominação, marginalização e exploração³ que sustentam as assimetrias de poder no sistema-mundo capitalista/colonial e, deste modo, o padrão racializado de poder e a subalternização das populações não-brancas, enquanto efeito das relações de poder (Mignolo, 1996). Buscamos, em especial, revisar as abordagens da formação histórico-mundial do racismo que permitem relacionar a imposição de identidades racializadas e a emergência do racismo com as necessidades do colonialismo e do capitalismo, sustentando a necessidade de reconhecer as múltiplas formas de dominação e suas múltiplas marcas e de ampliar a noção do sistema-mundo capitalista pelos adjetivos colonial, patriarcal, imperial, racista e moderno (Santos, 2006). Propomos, ainda, uma revisão da “brancura”, reconhecendo a reivindicação da “supremacia branca” como elemento central do racismo e princípio relativo⁴ de diferenciação, que se reflete, entre outros, na suposição (implícita) do branco enquanto norma e na naturalização das relações de dominação que sustenta a noção do “fardo do homem branco”.

Na segunda parte do capítulo, buscamos analisar as iniquidades étnico-raciais no Brasil e problematizar a invisibilização da cor das populações subalternas no país a partir de interpretações ligadas ao mito da “democracia racial”, tendo em vista sua experiência de quase quatrocentos anos de escravidão, as políticas de branqueamento no início do século XX e as atuais manifestações do racismo e do padrão racializado, por exemplo, da violência de Estado e, em especial, da estrutura social brasileira. Propomos uma leitura histórica, principalmente em relação à formação nacional e, principalmente, da “ficção fundacional” (Sommer, 2004) no Brasil, que parece condensar vários dos processos problematizados na primeira parte, buscando revelar as implicações da violência de repressão e da violência de assimilação que acompanhou o processo de colonização e define os

³ Os “processos de dominação, marginalização e exploração” referem aos diferentes processos que se configuram no sistema-mundo capitalista/colonial, alguns dos quais são explicitados no ensaio.

⁴ O que é branco depende do contexto e das configurações sociopolíticas. A brancura portanto pode assumir diferentes “tons” de branco, o que será abordado mais detalhadamente na seção 1.1.5. Cabe antecipar que o “branco” também assume uma posição eurocêntrica de visão de mundo. Nesse sentido, não é apenas a invisibilização da cor, mas das diferentes visões de mundo.

processos de subalternização das populações não-brancas no país. Finalmente pretendemos abordar as interpretações dominantes da questão racial e o que consideramos, seguindo Boaventura de Sousa Santos (2010), “um reconhecimento sem redistribuição”.

Na terceira parte do capítulo buscamos brevemente discutir novas e velhas dimensões dos discursos racistas, ampliando as discussões da primeira e segunda parte do capítulo. Propomos, em especial, situar e conceber as marcas do racismo nos contextos sócio-políticos e históricos específicos, o que implica reconhecer os discursos racistas como referências legitimadoras não apenas de projetos explicitamente racistas mas de *diversos* projetos político-ideológicos ao longo do tempo. Cabe esclarecer que isso não significa que todos ou a maioria dos racismos sejam discursivos, mas, ao contrário, que o discurso assume um papel central na reprodução de ideologias racistas (DijkVan, 2010). Ainda propomos compreender o racismo enquanto mecanismo poderoso de naturalização dos padrões de poder e justificativa ou sustentação da dominação e exclusão exercida em função do estabelecimento e da consolidação da ordem social que sustenta o sistema-mundo capitalista-colonial.

1.1 Abordagens do racismo

No século XXI, as desigualdades étnico-raciais encontram-se ainda latentes. Mesmo após as conquistas históricas do movimento dos direitos civis e importantes reivindicações de direitos articuladas em torno à interculturalidade enquanto experiência e prática outra (Walsh, 2007; Castro-Gomez, 2000) dos movimentos indígenas na América Latina, manifestando-se em reformas constitucionais e agrárias em países como Equador, Bolívia, México, as relações de poder e dominação em escala mundial e no interior dos países continuam expressando hierarquias engendradas por uma “matriz de dominação” (Collins, 2000) que se conforma nas interseções dinâmicas entre sexo-gênero, classe social e raça-etnia e constrói diferentes formas de opressão. O racismo assume um papel central nesta matriz porque segundo autores como Frantz Fanon e Ramón Grosfoguel introduz uma diferença na *qualidade* da opressão e se constrói sobre “a linha do humano”, consolidando zonas do “ser” e “não-ser” (Grosfoguel, 2012). São inúmeros os trabalhos que abordam o racismo e a discriminação racial. Contudo são relativamente poucos os trabalhos que vão além do reconhecimento do preconceito racial e situam o racismo dentro de uma matriz de dominação mais ampla, o abordam como justificativa ou prática de transformação da diferença humana em desigualdade social e reconhecem o papel estratégico que tem assumido no estabelecimento e na difusão da relação capital/trabalho, isso é, na consolidação do regime de acumulação capitalista a partir do imperialismo e colonialismo. A seguir, revisam-se três abordagens do racismo, que de forma complementar contribuem ao entendimento dos processos de

subalternização das populações não-brancas e revelam as instâncias discursivas e construções epistemológicas que sustentam o racismo e naturalizam iniquidades sociais, dominação e exclusão, contribuindo assim, à paralização da resistência e ainda para a reprodução dos padrões de poder que geram iniquidades.

1.1.1 Fanon

Para o psiquiatra da Martinica, Frantz Fanon, o racismo é uma hierarquia global de superioridade e inferioridade sobre a linha do humano, que é produzido e reproduzido *politicamente* enquanto estrutura de dominação. O racismo, portanto, é mais do que um efeito superestrutural do sistema econômico, um princípio organizativo da sociedade, que introduz uma linha divisória que define a *qualidade* dos processos de dominação, marginalização e exploração que sustenta a ordem social. Diferencia, portanto, entre “zonas do ser” onde os humanos têm acesso aos direitos humanos/cidadãos/civis/laborais e são socialmente reconhecidos na sua humanidade e “zonas do não-ser” que se caracterizam pela desumanização (Fanon, 2010). Para Fanon, a “zona do ser” e a “zona do não-ser” não são lugares geográficos específico, mas são posições nas relações e hierarquias em escala global, entre centro e periferia, e em escala nacional e local, entre grupos hierarquizados de diversas formas de acordo à história local e colonial, assumindo, entre outras, marcas religiosas, étnicas, culturais ou linguísticas (Grosfoguel, 2012). A “zona do ser”, neste sentido, é o mundo imperial, como sinaliza Grosfoguel (2012), que inclui não apenas as elites imperiais, mas também os sujeitos oprimidos ocidentais (nas periferias e centros do sistema-mundo, como os trabalhadores e os excluídos do trabalho), enquanto a zona do não-ser é o mundo colonial e seus sujeitos oprimidos não-ocidentais. A dialética de mútuo reconhecimento entre o “eu” e o “outro” que existe na “zona do ser” se revoga na “zona do não-ser” ao negar a humanidade do outro. Para Fanon, no entanto, nenhuma destas zonas é homogênea, se constrói a partir das diferenças e existem conflitos no interior de ambas as zonas.

Segundo Kane (2007), Fanon propõe raça como categoria socialmente construída e principalmente como (i) realização histórica, (ii) artefato cultural e (iii) ontologia. Para Fanon, a raça neste sentido é essencialmente relacional e surge a partir da construção de diferença na *relação* (assimétrica) entre colonizador e colonizado e, portanto, é uma realização histórica e uma diferença construída a partir da imposição de valores europeus universalistas. Fanon ainda propõe a raça enquanto artefato cultural e se refere principalmente à manutenção e legitimação da hierarquia econômica racializada a partir da língua como elemento central da cultura colonial. Neste sentido, a pele negra pode assumir uma máscara branca. Problematiza, em especial, os processos de opressão implicados na adoção da língua do opressor pelos colonizados, bem como a transferência e internalização da inferiorização imposta. Fanon, neste sentido, propõe a raça enquanto ontologia, destacando suas

implicações no ser. Refere-se principalmente à internalização da inferioridade construída a partir da propaganda racista, o que lhe faz situar a ruptura da alienação do oprimido - do “outro” racializado - no centro das propostas de transformação. Dessa forma, o autor propôs a descolonização não apenas em seu sentido político-administrativo, mas também em relação à identidade e cultura ou à “colonialidade do ser”, como o denominaria Maldonado-Torres (2007; 2008). Fanon ainda indica a violência como autodefesa e estratégia de descolonização, mas principalmente, como uma terapia coletiva para curar uma doença cultural imposta aos “condenados da terra” pela dominação colonial-capitalista (Kebede, 2001).

1.1.2 Foucault

As análises que avançou Michel Foucault sobre a modificação do padrão de poder na modernidade e a construção de alteridade a partir dos “regimes de verdade”, edificados pela ciência moderna, sem dúvida marcaram a teoria crítica e contribuíram para a compreensão dos caminhos sinuosos do racismo na modernidade capitalista. Apesar das críticas articuladas desde o Grupo M/C e considerando o incessante diálogo dos representantes deste grupo com o pensador francês, cabe, portanto, retomar algumas das principais propostas de Foucault, principalmente no tocante à produtividade do poder moderno e do papel do racismo na configuração deste poder.

Para Foucault, o racismo emerge no final do século XIX como fenômeno intra-europeu e mecanismo da biopolítica⁵ do Estado, que ressignifica a “guerra das raças” do século XVII em termos socio-biológicos essencialmente com fins de conservadorismo social e, em alguns casos, de dominação colonial (Foucault, 1996: 59). Foucault propõe que o racismo, conformado no século XIX, assume um papel *produtivo* nas novas formas de poder e soberania, que denomina biopoder, e confere ao Estado de biopoder condições para reclamar a morte e poder “fazer viver e deixar morrer” (Mendieta, 2007). Para o Estado de biopoder, o racismo assim representa a única possibilidade de legitimar seu direito e sua prática de morte para produzir um corpo social íntegro, superior e puro, composto de “corpos dóceis”. Serve, portanto, de dispositivo estatal de uma espécie de guerra sobre populações (raças) indesejadas ao interior do Estado de biopoder, nas quais não se aplicam tecnologias para “fazer viver”, mas estratégias para “deixar morrer” (Castro-Gómez, 2007). O racismo é, como disse Foucault, “o meio de introduzir [...] um corte entre o que deve viver e o que deve morrer” (Foucault, 2002: 304), “fragmentar, fazer cesuras no interior desse contínuo biológico a que se dirige o biopoder” (Foucault, 1999: 305).

⁵ Operacionalização pelo Estado e a sociedade do Biopoder em que a vida, o fazer viver e morrer assumem uma lógica central na modernidade, tendo a medicina e na Saúde Pública um papel central.

Por mais que Foucault situe o racismo nas relações de capital/trabalho do capitalismo e reconheça o biopoder como elemento indispensável do desenvolvimento capitalista na medida em que “faz viver” aqueles grupos da população que melhor se adaptam ao perfil de produção requerido pelo Estado biopolítico capitalista (Castro-Gómez, 2007), ele não destaca o racismo enquanto processo constitutivo do capitalismo nem o reconhece como um padrão geral de poder (Galceran Huguet, 2012). Para Foucault, o racismo assim é mais um dispositivo biopolítico e mais uma formação discursiva (semelhante à higiene, à escola e à prisão) que é utilizada pelas máquinas modernas de poder para sustentar a exclusão dos “anormais” “em defesa da sociedade” (como intitula o livro). Foucault coloca neste sentido:

“Quanto mais as espécies inferiores tenderem a desaparecer, quanto mais os indivíduos anormais forem eliminados, menos degenerados haverá em relação à espécie, mais eu – não enquanto indivíduo, mas enquanto espécie – viverei, mais forte serei, mais vigoroso serei, mais poderei proliferar” (Foucault, 1999: 305).

Na concepção de Foucault, o racismo pode assumir diferentes formas de acordo aos contextos de guerra social aos quais se vincula (Castro-Gómez, 2007), e tanto raça quanto etnicidade são objetos construídos desde práticas biopolíticas específicas (Restrepo & Rojas, 2004). Nem o racismo colonial nem a subalternização das populações não-brancas, portanto, assumem nenhuma posição destacada em Foucault, mas são tratadas como uma das múltiplas formas do racismo (Castro-Gómez, 2007). Quando disse que “o racismo vai se desenvolver, em primeiro lugar, com a colonização, isso é, com o genocídio colonizador” (Foucault, 2001: 232), segundo Castro-Gómez (2007), Foucault está reconhecendo as colônias como um dos laboratórios do racismo enquanto dispositivo biopolítico de guerra, mas não está afirmando que o racismo nasce com o colonialismo nem propõe que o colonialismo forneça as condições para o desenvolvimento do racismo.

1.1.3 A inflexão descolonial

Uma das principais críticas à abordagem foucaultiana do racismo é sua cegueira quanto ao papel do colonialismo. Neste sentido, Grosfoguel (2012) afirma que, para Foucault, o colonialismo não é constitutivo do racismo senão algo acidental e distante. Ao apagar o colonialismo da teorização da exclusão e do poder na modernidade ocidental que propõe, Foucault não só nega a cumplicidade entre o projeto científico, econômico e político da modernidade europeia com as relações coloniais de poder, mas também revela o eurocentrismo de sua proposta. A abordagem de Foucault assim fica presa a uma visão eurocêntrica e não consegue situar os dispositivos de poder erigidos pelo Estado moderno na estrutura mais ampla e de caráter mundial, configurada pelo colonialismo (Castro-Gómez, 2000). Julia Suárez-Krabbe (2012), seguindo Stoler (1995), neste sentido problematiza que por mais que Foucault revele sua condição/origem enquanto homem branco,

heterossexual e cristão com propriedade privada que tem legitimado o sistema moderno capitalista, não explicita que este homem e com ele a subjetividade moderna é precedida e condicionada pela subjetividade colonial.

O “Grupo Modernidad/Colonialidad” (Grupo M/C) parte justamente desta “inflexão descolonial” e analisa os padrões de poder, dominação, marginalização e exploração que decorrem do estabelecimento e da difusão da relação capital/trabalho característica da modernidade capitalista enquanto expressões da “colonialidade do poder” e sustento do sistema-mundo capitalista/imperial/patriarcal/racial colonial (Quijano, 2010; Santos, 2006; Grosfoguel, 2012). Argumenta-se que “o fim do colonialismo político, enquanto forma de dominação que envolve a negação da independência política de povos e/ou nações subjugados, não significou o fim das relações sociais extremadamente desiguais que ele tinha gerado” (Santos & Meneses, 2010: 18). Ao contrário é colocado, que o colonialismo continuou sob a forma da “colonialidade” e é constitutivo do padrão mundial do poder capitalista (Quijano, 2010). Partindo da afirmação de que desde o século XV o capitalismo não é pensável sem o colonialismo, nem o colonialismo sem o capitalismo, foi principalmente o sociólogo peruano Aníbal Quijano quem apontou a centralidade da naturalização das hierarquias territoriais, culturais, epistêmicas e, em especial, raciais na reprodução das mesmas (Restrepo & Rojas, 2010). Propôs que a imposição da classificação racial assumiu um papel central ao construir um “outro” inferior, que permitiu naturalizar a imposição dos padrões racializados de dominação, exclusão e exploração que sustentou a criação das relações de produção capitalista nas colônias e a integração subordinada das populações não-brancas ao trabalho. Para Quijano, a imposição da classificação racial/étnica da população do mundo é a pedra angular do referido padrão de poder, porque é a referência legitimadora fundamental, propicia a naturalização das instituições e categorias que ordenam as relações de poder e foram impostas pelos dominadores (Quijano, 2010). A imposição da nova identidade colonial, racial e essencialmente negativa, portanto, não apenas implicou a homogeneização de múltiplas identidades das populações nativas de Abya Yala⁶ e, posteriormente, das populações escravizadas da África, mas também, definiu a sistemática divisão racial do trabalho funcional à acumulação capitalista numa escala mundial (Grosfoguel, 2012; Quijano, 2000: 204).

Quijano afirma que “raça” não existe senão como construto ideológico e álibi do poder, que se relaciona à história das relações de poder no capitalismo mundial, colonial/moderno, eurocentrado e não tem relação nenhuma com a estrutura biológica da espécie humana (Quijano, 2000a). A raça,

⁶ “Na língua do povo Kuna, significa *Terra madura*, *Terra Viva* ou *Terra em florescimento* e é sinônimo de América ... Abya Yala vem sendo usado como uma autodesignação dos povos originários do continente em oposição a América” (Porto-Gonçalves, 2009).

portanto pertence à história das relações de dominação e não à ordem biológica. Para Quijano, a cor originalmente não tinha conotação racial (2000a), mas é considerado um modo tardio e eufemístico de dizer raça (2000a) que se impõe mundialmente desde finais do século XIX.

Para Quijano e com ele para Grosfoguel, a formação histórico-mundial do racismo é intimamente ligada ao colonialismo e, portanto, começa com a formação da divisão internacional do trabalho do sistema-mundo capitalista/colonial no final do século XV. Propõe-se que no contexto da colonização das Américas e da formação do regime colonial no que antes era conhecido como Abya Yala, constituíram-se discursos de discriminação racial moderna com base nos velhos discursos de discriminação religiosa da Espanha do século XVI. Enquanto nestes velhos discursos de discriminação religiosa medieval contra os “mariscos” e “marranos”, diferenciavam-se os humanos entre os que acreditam no Deus “certo” cristão e os que acreditam no Deus “equivocado” muçulmano, os colonizados nas Américas foram classificados como “povos sem religião”, o qual corresponderia a povos *sub-humanos* no imaginário cristão desta época (Grosfoguel, 2012), posição que coincide com a de Fanon. Passando a autoridade do conhecimento da teologia cristã para a ciência no século XVIII, o discurso racista teológico transmutou-se para um discurso racista biologicista, mas manteve sua base de classificação, diferenciando entre humanos e sub-humanos (Grosfoguel, 2012), antes “povos sem alma” e logo “povos sem genes humanos”. Os modernos discursos de discriminação racial que surgem no contexto da colonização das Américas e expansão do sistema-mundo capitalista/colonial diferenciam-se, portanto, dos velhos discursos de discriminação religiosa que imperavam na Espanha do século XVI porque essas não classificaram ontologicamente sobre a linha do humano, e sim sobre a linha de uma crença que poderia ser mudada.

Partindo desta abordagem da formação histórico-mundial do racismo, Quijano, Grosfoguel e outros representantes do Grupo M/C reconhecem a raça como uma linha divisória transversal que não apenas organiza a divisão do trabalho, mas também as relações de opressão e dominação do sistema capitalista/colonial. Raça e racismo ainda são considerados mecanismos poderosos de naturalização dos padrões de poder e justificativa ou sustentação da subalternização das populações indígenas, africanas e seus descendentes (Restrepo & Rojas, 2010) em função da sua superexploração, enquanto fundamento da expansão do sistema capitalista, que em termos gerais favorece o Norte, principalmente branco, e prejudica o Sul, não-branco.

Seguindo Boaventura de Sousa Santos, Norte e Sul são entendidos como metáforas, o Sul sendo uma “metáfora do sofrimento humano causado pelo capitalismo” (Santos, 2010: 27). Cabe complementar esta noção, seguindo uma coletânea sobre o pensamento de Edgar Morin (SESC,

2011) na sua afirmação de que por mais que existam “vários “suis”, muito diferentes uns dos outros, [todos] são submetidas à concepção única vinda do Norte, do atraso, do subdesenvolvimento, do imperativo do desenvolvimento e da modernização” (2011: 10), que é o resultado da naturalização acima discutida e da imposição de uma “razão indolente”, que será abordado no capítulo 2 em relação à colonialidade do saber.

1.1.4 A “produtividade” do racismo: uma proposta de integração

Mesmo desde diferentes perspectivas, as três abordagens do racismo coincidem em que o racismo assume um papel central ou é constitutivo da modernidade capitalista e das relações de dominação, exploração e marginalização necessárias para garantir a acumulação capitalista. Neste sentido, o racismo é relacionado com a constituição e reprodução do sistema-mundo que desde esta perspectiva, assume novas dimensões, nomeadamente dimensões racistas, patriarcais, coloniais/modernas e eurocêntricas.

José Carlos Mariátegui, um marxista latino-americano heterodoxo quem escreveu no século XX, exemplifica esta relação com referência ao “problema do índio” no Peru e reconhece que a imposição dos padrões racializados de dominação, exclusão e exploração a partir do latifúndio e da escravidão sustentou a criação das relações de produção capitalista nas colônias e continua subalternizando os índios no Peru “pós-colonial”. Neste sentido, reconhece apenas a “liquidação do feudalismo” como solução ao “problema do índio” (2009: 51).

“Las expresiones de la feudalidad sobreviviente son dos: latifundio y servidumbre. Expresiones solidarias y consustanciales, cuyo análisis nos conduce a la conclusión de que no se puede liquidar la servidumbre que pesa sobre la raza indígena, sin liquidar el latifundio” (Mariátegui, 2009: 52).

Seguindo Mariátegui e os autores revisados na última seção é, portanto, necessário situar o surgimento e as diferentes expressões contemporâneas do racismo e da subalternização das populações não-brancas nos devidos contextos históricos e sociais para poder compreender e contribuir para a reversão desta subalternização. Segato (2010) aponta neste sentido:

“El régimen colonial es a la “colonialidad” persistente que establece, como el régimen racial inicialmente colonial es a las formas variables de racismo propias de la colonialidad” (Segato, 2010: 33).

Ainda outra dimensão do racismo, como o entendemos neste ensaio, é apontado por Fanon, quem destaca principalmente a desumanização e a construção da zona do ser e não ser. Esta diferenciação ajuda compreender como se possibilita e “justifica” a exposição de grandes partes da humanidade, na zona do “não ser”, a condições de trabalho e padrões de violência que são qualitativamente

diferentes e funcionais para maximizar a acumulação de capital, manter ou elevar o nível de consumo gerado pela modernidade capitalista e adaptar os espaços para sua expansão, que em Boaventura de Sousa Santos é analisado através do conceito de pensamento abissal. Exemplos brutais dessa polarização podem ser vistos nas opressões violentas das manifestações dos mineiros grevistas, negros, da África do Sul em período conhecidas como “massacre de Marikana” ou a “massacre das bananeiras” de 1928 na Colômbia – ambos situados na zona do “não-ser”. Em ambos os casos, a opressão violenta permitiu garantir uma produção “competitiva” ao manter os salários baixos, ao seguir explorando os recursos naturais, e demolir a organização social em prol da transformação das relações de opressão e assim, no sentido de Foucault, contribuiu para a construção de um corpo social “saudável” que produziu, por meio da repressão violenta, homens funcionais ao capitalismo na sua condição de superexploração, socialmente aceita e naturalizada. Seguindo Foucault, produziu-se neste sentido um “não ser” superexplorado, cuja existência se legitima para “defender a sociedade” capitalista, a produtividade e a acumulação no Norte⁷.

Simultaneamente se deixa morrer o “não-ser” que não é funcional à geração de um corpo social (economicamente) saudável, grevistas e principalmente populações organizadas e conscientes da exploração e dominação. Essa lógica também se aplica no nível individual, implicando a marginalização e o extermínio do “louco”, da “histérica”, do “delinquente” (Foucault, 2002), do “terrorista” e do “selvagem”, e ainda no nível coletivo, implicando a marginalização e exterminação (também das bases de sobrevivência) de povos “sem alma”, culturas “atrasadas” ou “subdesenvolvidas” e de países do “eixo do mal”.

As invasões imperialistas dos últimos séculos e mais recentemente a “guerra contra o terrorismo” (Grosfoguel, 2010) manifestam a materialidade destas dinâmicas. Outro exemplo constitui a segregação sócio-espacial e as políticas de extermínio e de encarceramento, sobretudo de jovens negros, promovidas ou acobertadas pelo Estado brasileiro (Leite, 2012) como manifestam as taxas de violência homicida, com vitimização juvenil negra significativamente superior à branca, principalmente em estados como Paraíba e Alagoas, como aponta o relatório da Conferência Regional sobre Determinantes Sociais da Saúde no Nordeste (Borde, 2013). Marcia Pereira Leite (2012) constata em relação ao contexto brasileiro:

“Vivemos, hoje, uma mudança no eixo da atuação do Estado, cujo sentido passou a ser – simplesmente – evitar que essas populações negras, pobres e moradoras em territórios de favelas, loteamentos, bairros pobres e periferias produzam problemas para a ordem social. Suas estratégias combinam, desde então, diferentes políticas e mecanismos de controle social repressivo (até o

⁷ Ao igual que as metáforas do “Sul” e do “Norte”, é importante notar que as zonas do ser e não ser podem estar localizados no mesmo espaço, mas em diferentes territórios.

“deixar morrer”) com políticas de mera inserção¹⁷/mínima sobrevivência (o “fazer viver”), travestidas, no plano discursivo, de integração à cidadania e à sociedade.”

Seguindo as propostas do Grupo M/C e ampliando a noção foucaultiana do “deixar morrer”, pode-se ainda discernir uma dimensão epistemológica, que produz estes seres como “terroristas”, “selvagens”, “loucos” e “subdesenvolvidos” ou inclusive como “não seres”, produzindo “ausências” respeito da história, da cultura e do modo de viver dos assim categorizados.

Enquanto Foucault se mostra cego a respeito da dimensão colonial da modernidade capitalista e formação histórico-mundial do racismo, Fanon e os autores do Grupo M/C atribuem um papel central ao período colonial e à colonialidade para compreender tanto a modernidade capitalista quanto o racismo. Ao mostrar a cumplicidade entre o projeto científico, econômico e político da modernidade europeia com as relações coloniais de poder e destacar a imposição da classificação racial enquanto mecanismo de naturalização das relações de dominação, exclusão e exploração que esta cumplicidade implica, revelam as origens do racismo e seus modos de reprodução e ainda manifestam os padrões das acima referidas formas de “fazer viver” e “deixar morrer”. Raça, neste sentido, se integra na matriz de dominação que sustenta e caracteriza a modernidade capitalista e, seguindo Segato (2010), pode, portanto, ser considerada uma espécie particular de classe que emerge no sistema classificatório imposto em função e no contexto da colonização. Desta forma, explica-se a semelhança entre os grupos explorados, dominados e marginalizados de hoje com os do período colonial, pelo menos no que concerne à sua condição racial. O mesmo se aplica aos privilegiados que desde a época colonial, de forma geral, são homens, (descendentes de) europeus, cristãos, heterossexuais e brancos. Raça e racismo, neste sentido, se integram numa hierarquia global de superioridade e inferioridade que tem sido produzida e reproduzida como estrutura de dominação durante séculos pelo sistema-mundo, que conseqüentemente, deve também ser assumido como imperialista/ occidentalocêntrica/ cristianocêntrica/ capitalista/ patriarcal/ moderno/ colonial (Grosfoguel, 2010a; 2012a).

A interseccionalidade que expressa esta denominação do sistema-mundo é central nas propostas do Grupo M/C e parece-nos fundamental para compreender os processos de subalternização e as múltiplas dimensões da dominação das populações não-brancas exercida em função da constituição e reprodução do sistema-mundo. Cabe, no entanto, reconhecer que a interseccionalidade não assume centralidade nas propostas de todos os autores do Grupo M/C nem nas propostas de Fanon, que relaciona classe social e raça, mas invisibiliza a dimensão de gênero, como nota Curiel (2007) e com ela Wade, Urrea Giraldo e Viveros Vigoya (2008). Talvez sejam Ramón Grosfoguel e Boaventura de Sousa Santos os autores dessa corrente que mais explicitamente retomam a questão da interseccionalidade ao insistir na necessidade de reconhecer as múltiplas marcas de

dominação e ampliar a noção do sistema-mundo capitalista pelos adjetivos acima referidos. Isso implica reconhecer o regime de acumulação capitalista como projeto civilizatório (Grosfoguel, 2012; Santos, 2010) e não apenas como modelo econômico.

1.1.5 Brancura

A reivindicação da “supremacia branca” tem assumido um papel central na formação histórico-mundial do racismo e marca sua reprodução (Jensen, 2010). Jensen (2010) neste sentido afirma que as populações brancas geralmente não se autoconcebem enquanto categoria racial e argumenta que o foco na brancura permite contestar o pressuposto implícito do branco-como-norma e revelar as bases político-econômicas do privilégio branco. A brancura que Jensen (2005; 2010) propõe neste sentido vai além da cor da pele: é uma categoria socialmente construída em função da dominação política e econômica que no plano individual se define principalmente a partir da hetero-classificação, isso é, se define quando pessoas com poder (policial, entrevistador de concurso, colonizadores, elites nacionais, etc.) percebem uma pessoa como branca ou não.

Neste sentido, apontam-se diferenças na experiência do racismo em indivíduos de diferentes “colorações”, como nota Schwarcz (2001) em relação ao racismo à brasileira. Cria-se assim um “espectro de cores” delimitado por dois polos, que impede a fixação *prévia* de uma fronteira rígida e permite negociações contextuais das fronteiras e das identidades, mas se define em contextos entremeados e engendrados de relações de poder; no caso brasileiro, marcadas pela história de dominação colonial e suas atualizações (Segato, 2010).

A permeabilidade das fronteiras raciais no Brasil tem sido interpretada como fundamento da identidade brasileira e manifestação da “democracia racial”, e é referida para explicar a multiplicidade de identidades e cores que se indicam a partir da autotransclassificação no quesito cor/raça presentes nos inquéritos feitos no Brasil. A temporalidade e contextualidade das classificações raciais no Brasil é realçada por Schwarcz (2001) quando afirma que “a identificação racial é muitas vezes uma questão relacional no Brasil” (2001: 72), no entanto, manifesta classificações raciais *hierárquicas* e define o “racismo de marca” que releva as bases hierárquicas dos contextos de negociação acima referidos. O caso brasileiro será abordado com maior detalhe a seguir, mas cabe notar que a permeabilidade das fronteiras raciais no Brasil e o assim chamado “racismo de marca” (Nogueira, 1998; 2006) manifesta ainda outra dimensão da centralidade da “brancura” na configuração e reprodução do racismo: o papel que assume a violência da assimilação que se constrói sob o pressuposto de que o “outro” inferior precisa parecer com a “norma” branca. Como aponta Schwarcz (2001), o “branco”, portanto, não é só uma cor, o branco vira uma qualidade social que outros não-brancos podem, em alguns casos, alcançar (temporalmente) a partir

da assimilação. O “branco” assim “passa a ser percebido como o índice das virtudes intelectuais e morais superiores”, como sinaliza Souza (2011: 80). Quijano (1992) coloca que o imaginário da brancura produzido pelo discurso da pureza de sangue constituiu-se enquanto aspiração internalizada dos setores sociais da sociedade colonial e eixo ao redor do qual se construíram as subjetividades dos atores sociais. O ser “branco”, portanto, não se limita à cor da pele, mas envolve, segundo Quijano (1992) e com ele Castro-Gómez (2010), tipos de vestimenta, nobreza, crenças religiosas, comportamentos e formas de produzir e transmitir conhecimento, em grande medida, eurocentradas. A brancura assim pode ser concebida como um paradigma, que possibilita e configura a violência da assimilação – uma discussão que será aprofundada na seção 1.2.2 sobre a violência da repressão e a violência da assimilação no contexto brasileiro, buscando explicitar os processos de subalternização das populações não-brancas no Brasil. Ainda cabe retomar o que avançamos em uma nota de rodapé no tocante à brancura. Mais que uma simples dimensão de cor de pele, o branco assume uma posição eurocêntrica de visão de mundo. A invisibilização da cor a partir da imposição de discursos como o da “democracia racial” ou de um “mestizaje etnocida, utilizado para suprimir memorias y cancelar genealogias originarias” (Segato, 2010: 20), conseqüentemente, se traduz numa invisibilização das diferentes visões de mundo. Nesse sentido, pessoas negras podem passar, ao se inserirem em contextos econômicos e sociais mais favorecidos, por um processo de “branqueamento” cultural, e não por um processo real transcultural de reinvenção mais livre e emancipatório da tradição num novo lugar social.

Neste ensaio optamos por adotar uma terminologia que realce a brancura na construção de hierarquias e revele os padrões historicamente construídos de discriminação e subalternização no Brasil, que constitui nosso foco: populações brancas e não-brancas. Buscamos assim dar conta da variação das experiências de discriminação de acordo ao “grau de brancura”, incluindo mas não limitado à cor de pele e complementar a oposição “brancos” e “negros” para poder incluir outros grupos não-brancos subalternizados e ressaltar os diferentes tons do “outro não-branco” que se desenvolvem a partir da construção do “branco” nas suas múltiplas facetas.

Cabe notar que mais do que de terminologia, trata-se de um assunto sensível e altamente polêmico nos debates sobre as iniquidades étnico-raciais no Brasil. Assim, autores como Figueiredo e Grosfoguel (2009) “mesmo sensíveis às desigualdades sociais, demonstram preocupação em ver o Brasil do futuro dividido entre negros e brancos” (2009: 225) e preferem utilizar a denominação “mestiços mais claros” e “mestiços mais escuros” ao invés de diferenciar entre “negros” e “brancos” ou “brancos” e “não-brancos”. As diferenças na terminologia neste sentido manifestam diferenças no reconhecimento da imposição de padrões de dominação, exploração e marginalização racializados a partir da imposição de identidades racializadas no contexto da

constituição e expansão da modernidade capitalista nas Américas e, mais especificamente, no Brasil. Ainda manifestam diferenças na percepção das marcas do racismo no Brasil, assuntos que serão retomados na seção 1.2.2. Cabe afirmar que não estamos nem buscando revitalizar velhas doutrinas racistas nem relacionando conteúdos biológicos/genéticos aos brancos e não-brancos respectivamente. No entanto, parece-nos fundamental reconhecer os padrões de poder racializados que se articulam com a constituição e expansão da modernidade capitalista a partir da diferenciação entre brancos e não-brancos e a imposição de identidades racializadas.

Seguindo Segato (2010: 26), a raça à que nos referimos, portanto, em primeiro lugar é índice de subjacência de um vetor histórico e pulsante e um sujeito histórico vivo. Consequentemente, a não-brancura não necessariamente corresponde a grupos étnicos, sociedades ou culturas particulares, mas é o traço da história de dominação, exploração e marginalização e principalmente o traço de um sistema classificatório imposto no momento da implantação do regime capitalista-colonial e logo com algumas variações, na formação dos Estados modernos ou nas “formações nacionais de alteridade” (Segato, 2007; 2010). A antropóloga argentina exemplifica esta noção de raça em relação à cor das prisões latino-americanas e particularmente brasileiras e aponta:

“El “color” de las cárceles es el de la raza, no en el sentido de la pertinência a grupos étnicos, sino como marca de una historia de dominación colonial que continua hasta nuestros días” (Segato, 2007a: 142).

“Puede haber una cárcel habitada en un 90% por presidiários no-blancos sin que ninguno de ellos se considere miembro de una sociedad indígena o forme parte de una entidad política, religiosa o de cultura popular autodeclarada como afroamericana o afrodescendente” (Segato, 2010: 19).

1.2 Subalternização das populações não-brancas no Brasil

De acordo às propostas articuladas desde a inflexão descolonial, pode-se afirmar que o Brasil mesmo que fosse nominalmente independente do império português, continua submetido à colonialidade. Isso se manifesta, por um lado, na divisão internacional do capital/trabalho e, por outro lado, se manifesta nas relações de poder e de classe racializadas no interior de seu território (Figueiredo & Grosfoguel, 2009; Castro-Gómez & Grosfoguel, 2007). O Brasil, neste sentido, continua tendo uma economia nacional subordinada à economia mundial, mesmo estando se articulando como nova “potência econômica global”, com a continuidade da exploração de “fora para dentro” a partir da transferência do excedente econômico para fora e a partir da superexploração do trabalho e dos recursos naturais que aprofunda a dependência e impede a estruturação de um padrão de desenvolvimento mais autônomo e socialmente inclusivo (Fernandes, 1968; 172; DeOliveira & Vazquez, 2010).

No tocante às relações de poder ao interior do país, Figueiredo e Grosfoguel (2009) apontam que a pirâmide social brasileira expressa a manutenção das hierarquias raciais existentes desde o período escravista e se caracteriza por uma “divisão entre as ocupações desempenhadas pelos *mestiços mais claros* – que estão sobre representados nas universidades, sobretudo nos cursos de maior *status* e prestígio, nos cargos de direção e chefia e nas funções de comando, no Judiciário e na política, para citar alguns exemplos – e os *mestiços mais escuros* – subrepresentados em todas as ocupações mencionadas e sobre representados nas ocupações subalternas, principalmente naquelas que pagam baixos salários e que envolvem a força física” (Figueiredo & Grosfoguel, 2009: 224). Os autores ainda afirmam que nas representações sobre o Brasil moderno, por exemplo, na mídia, os mestiços mais escuros são frequentemente estereotipados ou invisibilizados. Os negros, pardos, mestiços e indígenas mantiveram-se, neste sentido, nas posições mais baixas e mais exploradas da sociedade” (Figueiredo & Grosfoguel, 2009: 225). A manutenção da hierarquia racial e particularmente as diferenças na qualidade da dominação, marginalização e exploração nas zonas racializadas do “ser” e “não ser” no Brasil manifesta-se ainda na “morte negra e a dor branca”, tal como intitula Amparo Alves (2013) em relação às Manifestações de Junho 2013, o que será analisado como exemplo das manifestações atuais.

Pode-se, portanto, afirmar que a hierarquia étnico-racial do poder político, econômico e social do Brasil se mantém colonizada e que as relações raciais no Brasil estão imbricadas com a estrutura de poder socioeconômico. Essa afirmação, que será sustentada a partir de uma análise de algumas características dos processos de subalternização das populações não-brancas no Brasil a seguir, se contrapõe à crença na democracia racial brasileira, que teve sua grande representação na obra *Casa Grande e Senzala* de Gilberto Freyre e à visão hegemônica do Brasil “mestiço”, que nega diferenças substanciais entre “mestiços mais claros” e “mestiços mais escuros” ou “negros” e “brancos” ou ainda, “brancos” e “não-brancos”. Na primeira parte desta seção, a reflexão se centrará, portanto, nas relações raciais e nas interpretações dominantes do país no contexto posterior à independência do Brasil até a atualidade, buscando problematizar as abordagens das relações raciais que desconhecem sua imbricação com a estrutura de poder socioeconômica e se pautam pela particularidade do racismo brasileiro desenvolvido sob a égide do assimilacionismo, contrário e supostamente mais benévolo que outras experiências como nos Estados Unidos e na África do Sul.

Nesta segunda parte do capítulo, buscamos ainda identificar os principais traços da polêmica ao redor da adoção de ações afirmativas em prol da população afrodescendente brasileira para problematizar o reconhecimento sem redistribuição, que marca os dispositivos ideológicos de gestão da exclusão e desigualdade (Santos, 2010: 283) e permite situar os debates sobre o “campo

da saúde da população negra”, que assume relevância na compreensão das abordagens dominantes sobre iniquidades étnico-raciais em saúde que serão abordadas no capítulo 3.

1.2.1 Entre a violência da repressão e a violência da assimilação: um breve olhar sobre a história do Brasil e acontecimentos atuais

As populações não-brancas constituem populações historicamente excluídas e dominadas no contexto brasileiro (Pacheco & Faustino, 2013), e a pirâmide social do Brasil manifesta a manutenção das relações de poder racializados que foram instituídos no período colonial, mesmo assumindo formas cada vez mais complexas. Neste sentido, o sociólogo brasileiro Jesse Souza, por exemplo, refere-se à constituição de “subcidadãos”, isso é, de uma “ralé estrutural” no processo de “modernização periférica” que segundo o autor caracteriza o Brasil e outros países do Sul. Souza (2011; 2012) situa o processo de modernização periférica nas dinâmicas de constituição e reprodução do capitalismo para explicar a “ralé brasileira” e procura entender a singularidade nacional dentro do “contexto simbólico inarticulado e opaco que acompanha a expansão do capitalismo mundial que a determina” (Souza, 2012: 20). Retomando as análises de Florestan Fernandes e sua conceituação da modernização brasileira enquanto “revolução burguesa encapuzada”, Souza coloca que a modernização brasileira constituiu, na verdade, um compromisso intraelite, inaugurando um abandono secular de uma “ralé”.

Enquanto a noção do “abandono” que Souza utiliza para explicar a constituição da “ralé estrutural” sugere que determinados grupos da população *dependem* da atenção das elites e ficam excluídos, marginalizados e dominados em função do abandono das mesmas, o qual nos parece questionável e problemático, o autor traz outro elemento fundamental para o entendimento dos processos de subalternização de populações não-brancas no Brasil: o reconhecimento do processo de modernização brasileira enquanto “revolução social de brancos para brancos” (Souza, 2012: 132). Ainda afirma que a versão moderna desta “ralé”, portanto, não é mais oprimida por uma relação de dominação pessoal. “No contexto moderno impessoal são redes invisíveis de crenças compartilhadas acerca do valor relativo de indivíduos e grupos, ancorados institucionalmente e reproduzidos pela ideologia simbólica subpolítica incrustada nas práticas cotidianas” (2012: 182). Tal posição nos parece relevante para compreender os processos de subalternização, mas insuficiente para dar conta da materialidade que reforça e gera estas interpretações. Destaca, portanto, a centralidade das interpretações dominantes e crenças que imperam no Brasil. O autor principalmente problematiza o potencial naturalizador destas interpretações dominantes, destacando o “mito da brasilianidade” e o “personalismo”, que tem distorcido a compreensão da formação histórico-social do Brasil e das mazelas sociais contemporâneas. Estes discursos e particularmente o universalismo que eles implicam podem, portanto, ser considerados dispositivos

ideológicos de *gestão* da desigualdade e da exclusão (Santos, 2010: 283), que assume formas antidiferencialistas ao negar a diversidade (a partir da imposição da noção unicultural da miscigenação) e formas diferencialistas ao reconhecer a diversidade segundo a norma do relativismo que torna as diferenças incomparáveis e as despolitiza. Argumentamos que o universalismo no Brasil assumiu ambas as formas e por mais que o crescente reconhecimento da diversidade no Brasil poderia indicar processos de redistribuição (principalmente do poder e de recursos), argumentamos em vista dos debates ao redor da “questão racial” no âmbito da saúde pública que há reconhecimento sem redistribuição no Brasil.

Derivadas do “mito da brasilianidade” de Gilberto Freyre e do “personalismo” de Sérgio Buarque impuseram-se, neste sentido, interpretações culturalistas e universalizadoras do Brasil que marcam as interpretações dominantes da realidade brasileira e enfatizam particularidades positivas e negativas supostamente características da cultura brasileira, como a corrupção e a tibieza das instituições estatais, para explicar as mazelas sociais brasileiras como a abissal desigualdade e a marginalidade social de parcelas significativas, principalmente não-brancas, da população (Souza, 2012). Este autor relaciona as interpretações dominantes com o “esquecimento” brasileiro da escravidão e aponta o “hipereconomicismo em que toda a resolução de conflitos e contradições é esperada de uma ação unilateral do progresso econômico, inclusive de aspectos sociais fundamentais” (Souza, 2012: 98) como uma das implicações⁸. As interpretações dominantes que aponta Souza incluem a “ideologia da meritocracia” que, segundo o autor, “constitui uma tentativa de elaborar um princípio único para além da mera propriedade econômica, a partir do qual se constitui a mais importante forma de legitimação da desigualdade” (Souza, 2011: 169). Destaca-se ainda o “mito da democracia racial”, anteriormente referido. Ambos viraram princípios legitimadores das desigualdades, mas foi principalmente o mito da democracia racial que ao estabelecer que nunca houveram barreiras raciais dada à miscigenação, que permitiu reforçar “a responsabilidade do negro por seu “lugar” nas relações sociais no Brasil” e atribuir a estratificação social racializada à *incapacidade* do negro “de competir por posições estratégicas no sistema econômico” (Souza, 2011). Seguindo Florestan Fernandes a respeito da integração do negro na sociedade de classe é comumente apontado que “não eram suficientemente industriais nem poupadores e, acima de tudo, faltava-lhes o agulhão da ânsia pela riqueza” (Souza, 2012: 155). Ainda é comum atribuir a configuração pós-abolicionista da estratificação social racializada à

⁸ Exemplos deste hipereconomicismo que menciona Souza são as demandas centrais das Manifestações de Junho 2013, mas também programas como Bolsa Família que pretendem solucionar os problemas sociais brasileiros a partir do aumento da renda.

resistência do negro de vender sua força de trabalho (Ruffino Netto & Pereira, 1981: 339), “tendendo a identificar liberdade com o não-trabalho, com o direito de não fazer nada” (Fernandes, 1964).

A “democracia racial” é, no entanto, facilmente percebida como mito e sua funcionalidade desnudada enquanto discurso naturalizador ao depararmos com as assimetrias de cor ou raça nos indicadores sociais, que foram resumidas nos relatórios anuais das desigualdades raciais no Brasil organizados pelo Laboratório de Análises Econômicas, Históricas, Sociais e Estatísticas das Relações Raciais (LAESER), mas também ao observarmos a cor da pele predominante das empregadas domésticas, dos garis, dos vendedores de rua, dos favelados, moradores de rua e, inversamente, dos gerentes e professores universitários, por exemplo, nas capitais dos estados de Rio de Janeiro, Pernambuco, São Paulo e Bahia. Oficialmente, a crença na democracia racial brasileira deslocou-se só nos anos 1990 quando pela primeira vez se admite oficialmente pelo Estado a existência de discriminação racial e preconceito na sociedade brasileira. O mito mantém-se, no entanto, dominante, como se manifesta em relação às discussões ao redor das cotas raciais em universidades públicas no Brasil e também nos debates sobre a questão racial no âmbito científico, incluindo as abordagens dominantes das desigualdades étnico-raciais em saúde, aspectos que serão discutidos na seção 1.2.2 e no capítulo 3.

O “mito da democracia racial” e com ele, a ideologia da mestiçagem tem, assim, imposto uma visão unicultural do Brasil (Munanga, 2010) e impedido uma adequada consideração da dimensão racial dos processos de dominação, exclusão, marginalização e conflito no Brasil, assim como tem limitado a compreensão dos processos gerativos das desigualdades étnico-raciais em saúde. Munanga (2010) neste sentido coloca que “nas conjunturas assimilacionistas se dilui a negritude numa vasta escala de graduações que quebra solidariedade” (2010: 450). Cabe ainda citar Santos (2005), ao afirmar que “as dificuldades dos países diante da herança colonial não foram encaradas mas camufladas”, também a partir do “mito da democracia racial”.

A “democracia racial” ainda se manifesta enquanto mito ao nos depararmos com a seletividade da democracia, isso é, com a aplicação diferencial de princípios democráticos em populações racialmente marcadas, bem como pelo fato da miséria e pobreza não serem democráticos, como aponta Maldonado-Torres (2007). O autor reconhece, portanto, as quotas e ações afirmativas como respostas à falta de uma democracia real, tanto no nível do poder quanto no nível do conhecimento. O caráter mitológico da democracia racial ainda se manifesta na mortalidade *seletiva* como, entre outros, em referência à cor dos homicídios no Brasil (Waiselfisz, 2012), mas também nas acima referidas diferenças na qualidade da dominação, marginalização e exploração que se revelaram nas repressões no contexto das Manifestações de Junho 2013.

Amparo Alves (2013) neste sentido pergunta:

“Por que as agressões aos jovens brancos, do asfalto, comovem milhões de brasileiros e o assassinato diário de jovens negros pelas forças policiais não vale vinte centavos? Por que se é negado o luto às mães negras nas favelas brasileiras onde o Estado não apenas mata, mas também destrói corpos negando a possibilidade da elaboração da dor?”

Para o doutor em Antropologia Social pela Universidade do Texas, “o que está em questão é a intensidade (e persistência) que faz da morte negra uma banalidade e da vitimização branca uma tragédia [...] - a definição mesma da dor doível, da “vida vivível” e da “morte chorável”. Além das diferentes formas de repressão às quais se refere Wedencley Alves (2013) quando intitula “Na periferia, as balas são de verdade”, revela-se neste sentido uma valorização diferencial e essencialmente racializada da morte e da dor. Enquanto a agressão policial contra os manifestantes reunidos nos centros das cidades é vista como aberração e desvio antidemocrático, a segregação sócio-espacial e as práticas cotidianas de extermínio e encarceramento das populações não-brancas, principalmente negras a que se refere Leite (2012), são promovidas ou acobertadas pelo Estado brasileiro em prol da “ordem” e do “progresso”. Para Leite (2012) estas políticas e práticas expressam um novo padrão de gestão estatal de territórios e de populações, que ativamente produz um corpo social funcional à expansão do capitalismo, também a partir da erradicação das “populações desnecessárias”.

No âmbito epistemológico, a erradicação e a definição das “populações desnecessárias” corresponde à produção de “ausências” no sentido de Boaventura de Sousa Santos, que referimos anteriormente e será abordado detalhadamente no capítulo 2. Ao “ausente” ou “não ser” são impostas identidades negativas (“raça” inferior; “traficante”; “ladrão”; “terrorista”; “criminal” dentre outros) e ainda é naturalizada sua posição subalterna, que permite sustentar e justificar as práticas de erradicação, dominação, exploração e marginalização, que Leite (2012) descreve em termos da noção foucaultiana do racismo enquanto combinação de políticas e mecanismos de controle social repressivo (até o “deixar morrer”) com políticas de mera inserção/mínima sobrevivência (o “fazer viver”). Neste sentido, Leite afirma neste sentido:

“No segundo [“fazer viver”], atuando nos territórios de maioria negra, o Estado oferece a essas populações uma ilusão de integração por meio de políticas públicas que há muito abandonaram os princípios da universalidade e da justiça (são pontuais, descontinuadas; os serviços e equipamentos que criam são de má qualidade) ou patrocinando projetos sociais realizados por organizações não

⁹ Aplica ao nível individual, mas também ao nível colectivo.

governamentais que seguem a mesma lógica, além de criminalizar sua clientela, entendida como “população vulnerável ao crime”.

Cabe encerrar esta seção com Wedencley Alves (2013) ao afirmar que:

“no Brasil, historicamente não é a guerra a continuidade da política por outros meios, mas a opressão, o racismo e o preconceito de classe e região, a continuidade da escravidão por outras formas”.

1.2.1.1 A violência da assimilação: integração e exclusão

Com base nas interpretações de Gilberto Freyre, que atribuiu o suposto caráter mais “benigno” da escravidão brasileira ao contato dos portugueses com os escravocratas maometanos conhecidos pela maneira familiar como tratavam seus escravos (Souza, 2012), impera, ainda, uma ideia de que “o racismo no Brasil é “melhor” do que aquele existente nos Estados Unidos, dado que aqui não houve segregação racial oficial, assim como não houve impossibilidade/interdição com relação aos casamentos interracialis, o que possibilitou a “miscigenação” e, conseqüentemente, uma diluição das fronteiras e do preconceito racial” (Figureiredo & Grosfoguel, 2009: 227). Ainda se refere, frequentemente, à existência da possibilidade “sempre incerta, mas real, de identificação do patriarca com seus filhos ilegítimos ou naturais com escravos ou naturais” (Souza, 2012: 116). Enfatiza-se, neste sentido, que o caso brasileiro se diferencia do caso norte-americano e do sul-africano, baseados na noção da “pureza da origem” que retirava a possibilidade da miscigenação.

Ao contrário da interpretação dominante, influenciada por Gilberto Freyre, que atribui um caráter “benigno” ao sistema escravocrata brasileiro, parece-nos central reconhecer que “a ambigüidade entre a possibilidade real e efetiva de ascensão social para os mestiços no familiarismo patriarcal em troca de identificação com os valores e interesses do opressor” (Souza, 2012: 117) e “a possibilidade de ser aceito como europeizado no caso da aceitação da fé, dos rituais e costumes do pai” (2012: 112), na verdade reforçou a relação assimétrica de poder, com o “europeu” ou “branco” permanecendo referência superior e o “não-branco” ou “não-europeizado” apenas com a possibilidade ambígua e relativa de se parecer ao “europeu”, isso é, ser considerado um “europeizado” ou “não-branco assimilado”. Neste sentido, o “europeu” ou “branco” tem e continua sendo percebido como o “referente empírico de uma hierarquia valorativa peculiar que poder ser personificado por um mulato” (2012: 182), como coloca Souza (2012), sempre quando este demonstra sua semelhança com o “branco” / “europeu” ou manifesta sua funcionalidade em relação à obtenção dos projetos político-ideológicos dos grupos privilegiados (por vezes racializados), no caso brasileiro principalmente as populações brancas.

“Procurando assegurar a exploração das riquezas das colônias (incluindo a força de trabalho do negro), base real do mito da ação civilizadora da missão colonial” promulgou-se, por exemplo, em 1899, a Lei do Trabalho, que “foi o primeiro grande momento de separação formal da população que vivia nas colônias portuguesas em duas classes: a dos indígenas, e a dos não-indígenas ou civilizados. Os não-indígenas possuíam os direitos de cidadania vigente em Portugal e viviam segundo a lei da metrópole” (Meneses, 2007: 6). Vale retomar especialmente o artigo 2 da Portaria do Governo-Geral n.317, de 9 de Janeiro de 1917 que segue esta lei e estabelece os critérios para se distinguir do “do comum da raça negra”:

“ter abandonado inteiramente os usos e costumes da raça negra; falar, ler e escrever a língua portuguesa, adotar a monogamia. Exercer a profissão, arte ou ofício, compatível com a civilização europeia ou ter rendimento obtido por meio lícito que seja suficiente para prover aos seus alimentos, compreendendo sustento, habitação e vestuário para si e para a sua família” (Meneses, 2007: 6).

Manifesta-se uma noção racializada de cidadania, que obriga os membros subalternizados à assimilação (Meneses, 2007). Cabe considerar que o “estatuto do indigenato” foi revogado em Portugal apenas em 1961, como bem lembra Meneses (2007).

Resta esclarecer que efetivamente existiam diferenças nos sistemas escravocratas no mundo, sendo necessário reconhecê-las. Problemático da interpretação em relação ao contexto brasileiro é, no entanto, que se dispõe a reforçar o “esquecimento” brasileiro da escravidão enquanto processo histórico e suas repercussões. Como coloca Meneses (2007), “o anti-racismo exige a memória histórica em lugar de uma amnésia da consciência histórica” (2007: 10). Ainda se dispõe à naturalização das desigualdades étnico-raciais a partir da ocultação dos processos de dominação, exploração e marginalização da população categorizada como “raça inferior”, “não-branca”, que é constitutivo do sistema colonial e escravocrata brasileiro e continua manifestando-se nos padrões racializados de subalternização no Brasil e que se expressam em vários indicadores sociais e de saúde. Insinua-se a ideia de que a ordem social é uma ordem natural senão sagrada (Munanga, 2010: 450).

As formas de “fazer viver” acima referidas neste sentido correspondem aos padrões de assimilação desejados e forjados pelo poder hegemônico. Quando Leite (2012) aponta que “o Estado oferece [...] uma ilusão de integração por meio de políticas públicas que há muito abandonaram os princípios da universalidade e da justiça (são pontuais, descontinuadas; os serviços e equipamentos que criam são de má qualidade)”, revela o caráter ilusório da assimilação referente à integração

plena¹⁰ e ainda insinua que a integração no mercado capitalista, por exemplo, a partir de programas de transferência de renda como o Bolsa Família, não necessariamente implica a integração como cidadão pleno: ao contrário, geralmente é acompanhado de exclusão. A exclusão espacial dos favelados brasileiros é um exemplo, mas também a seletividade da violência referida anteriormente é exemplar destes processos. Tentamos nesta seção responder ao chamado de Boaventura de Sousa Santos, que coloca:

“É urgente revisitar a constituição de sistemas de desigualdade e de exclusão da modernidade capitalista através dos quais esta organizou a pertença subordinada de classes e outros grupos sociais pelas vias só aparentemente opostas da integração e exclusão” (2010: 315).

1.2.2 Reconhecimento sem redistribuição: abordagens da “questão racial” no Brasil

No Brasil, a abordagem hegemônica do racismo enquanto “racismo cordial” e a ênfase na assimilação permitiram sustentar o discurso falso da igualdade formal e da democracia racial e adequar os projetos de pretensão “combate” ao racismo. Com isso, as práticas racistas são jogadas para a dimensão do inexplicável e para o plano de comportamentos individuais irracionais, dissociando-os da sua dimensão substantiva enquanto ideologia legitimadora das assimetrias sociais e mecanismo de naturalização, contribuindo para perenizar as iniquidades. Por outro lado, em sua dimensão ativa, tais processos continuam a formar a base dos processos de subalternização das populações não-brancas (Oliveira & Vazquez, 2008).

Na esperança de não somente não racializar o debate sobre desigualdades e políticas públicas (de recorte racial no campo da saúde), tem-se, portanto, enfatizado a essência “mestiça” dos brasileiros, invisibilizando as diferenças historicamente construídas a partir da construção e categorização da humanidade em “raças” e logo em categorias dicotômicas muitas vezes racializadas como, por exemplo, moderno/ tradicional, civilizado/primitivo e desenvolvido/subdesenvolvido (Paixão & Lopes, 2007). Neste sentido, Figueiredo & Grosfoguel (2009) notam que “é interessante observar a reação negativa de intelectuais e acadêmicos brancos e mestiços claros, de esquerda e de direita, com relação às políticas de cotas: todos parecem preocupados com a possibilidade de criarmos um Brasil racializado, destruindo, assim, o nosso tão caro discurso da mestiçagem” (2009: 225). Manifesta-se ainda um temor à construção de uma “consciência racial”, que se contrapõe às propostas, por exemplo, de Fanon (2010) e Maldonado Torres (2007) que enfatizam justamente a necessidade dos “condenados da terra” se reconhecerem mutuamente e se relacionar de forma solidária.

¹⁰ Refiro-me à integração dos sujeitos políticos e sociais (racializados) na “zona do ser” e à aquisição de direitos e privilégios equivalentes.

O campo da saúde pública brasileira tem apresentado posições polarizadas a respeito da questão racial. Fry (2004), Fry et al (2007), Chor Maio & Santos RV (2010) e Chor Maio & Monteiro (2005), entre outros, expressam sua preocupação em relação à imposição de uma taxonomia racial bipolar e da “consolidação do Brasil como um país birracial” (Fry, 2004: 123) a partir da criação do “campo da saúde da população negra” e políticas de recorte racial como o “Programa Integrado de Ações Afirmativas para Negros – Brasil AfroAtitude” (Brasil, 2004) e condenam a racialização, por exemplo, da Aids a partir destas políticas. Enquanto se enuncia a preocupação com uma possível estigmatização a partir dos programas focalizados, os autores parecem particularmente preocupados com o Estado se tornando “crescentemente permeável às demandas dos movimentos sociais” (Fry et al., 2007: 7), reforçando “o processo de conscientização racial” (2007: 8) e focalizando políticas públicas na “população negra” quando esta “realmente” está composta por pardos e pretos e é “realmente” a população parda a mais vulnerável à Aids. Em resposta ao artigo de Fry et al (2007), Paixão & Lopes (2007) apontam que os autores parecem assumir que o debate acerca das desigualdades raciais e seu impacto nos desfechos de saúde necessariamente implica a defesa de perspectivas racialmente suprematistas e se esmeram “para mostrar que as ações do poder público não estavam cientificamente respaldadas e sim orientadas para ‘formar uma consciência racial’ ” (2007: 512). Se é verdade que existem diversos desafios à racialização positiva preconizada pelo Movimento Negro e é verdade que toda forma de pensamento racista possui uma fundamentação racializada, é importante apontar que o não-reconhecimento do potencial da ressignificação do termo “raça” ou, como disse Ayres (2007), da nova “conceitualidade” da raça, manifesta o reducionismo da abordagem de Fry et al (2007). Os autores não parecem estar interessados em analisar a “racialização” em relação ao potencial político e enquanto ferramenta na luta anti-racista bem como na luta pela equidade em saúde, pois apenas abordam a questão racial desde uma preocupação pela sua “validade científica”. No entanto, Ricardo Ayres (2007), em sua resposta ao artigo de Fry et al (2007), retoma perguntas estratégicas:

“A racialização do debate político facilita ou obstaculiza a construção de uma sociedade mais justa e eticamente plural e solidária? A discriminação positiva acelera ou retarda a construção da equidade?” (Ayres, 2007: 520)

De certa forma, é cabível o questionamento feito por Fry et al (2007) acerca da efetividade de se enfrentar as iniquidades étnico-raciais em saúde por meio da construção de um “campo da saúde da população negra” e da focalização das políticas públicas a partir de supostos critérios biológicos ou identitários. Porém nos afastamos dos autores por considerar que a construção deste campo deve ocorrer a partir do reconhecimento e da análise dos processos de subalternização das populações não-brancas e sua imbricação nas matrizes de dominação, exclusão e exploração. Da

mesma forma, e ao contrário de Fry et al (2007), reconhecemos que as políticas de ação afirmativa, nas quais se insere a constituição do “campo da saúde da população negra”, embora insuficientes são importantes como parte da estratégia para a descolonização do saber, ser e poder e, conseqüentemente, para a transformação dos processos de determinação social e dos determinantes sociais das iniquidades étnico-raciais (em saúde).

Desses debates, e também dos debates ao redor das “cotas raciais” nas universidades públicas, é possível depreender quanto ainda persiste do mito de que o Brasil seria uma “democracia racial” (Leite, 2012). Ainda se depreende que a consagração da diversidade, isso é, o reconhecimento da diversidade, não necessariamente envolve redistribuição, também porque a “consagração da diversidade” é feita “à sombra de velhos fantasmas ideológicos instrumentalmente adaptados pelas elites em prol da valorização [e naturalização] das hierarquias sociais e raciais herdadas, bem como em nome de um projeto de futuro supostamente esplendorosa” (Paixão et al., 2010: 23). Maldonado-Torres (2007: 17), neste sentido, identifica os temores e as acusações ao redor da racialização, e conseqüentemente, também ao redor das ações afirmativas como sinais do “racismo brasileiro”, contanto que se evite ver o sujeito negro enquanto negro e se evite lhe responder como negro. O autor ainda afirma que se manifesta o “racismo brasileiro” como evasão ao se assumir o não-branco como não-negro, as vezes branco, o qual significa reconhece-lo em parte como responsável ou como sendo interpelado como alguém que inevitavelmente desfruta de privilégio racial. Confunde-se, segundo o autor, a afirmação de uma identidade racial com uma ameaça, como se a afirmação do “negro” significaria “branco, chegou seu fim” (2007: 17). Maldonado-Torres (2007) afirma que a reivindicação de identidades negadas e sua ressignificação é uma parte fundamental da descolonização e cabe reconhecer a identidade racial e a racialização¹¹ enquanto necessidade existencial e política num determinado momento.

Cabe esclarecer que não se trata de negar a existência e a centralidade da “miscigenação” na história do Brasil, nem de invisibilizar a população “mestiça” no Brasil, mas, ao contrário, de explicitar os processos de subalternização a partir da imposição do conceito de “raça” e suas variações e derivados atuais, o que permitiria contextualizar, politizar e desnaturalizar as desigualdades étnico-raciais (em saúde). Isso implica ir além do reconhecimento de identidades e reconhecer as múltiplas formas de dominação, exclusão e exploração que se articulam com o racismo e, particularmente, com as marcas que “funcionam como índice “relativo” da primitividade [ou inferioridade], sempre em relação ao padrão contingente do tipo humano definido como útil e produtivo no racionalismo ocidental”, como bem lembra Souza (2012).

¹¹ Dependendo do contexto também podem ser identidades étnicas e “eticização”.

Cabe, finalmente, retomar o último parágrafo do artigo de opinião de Boaventura de Sousa Santos (2006a) sobre as cotas raciais, publicado na Folha de São Paulo o dia 21 de agosto do ano 2006:

“No plano interno, será possível a construção de uma coesão social sem a enorme sombra do silêncio dos excluídos. Para que tal ocorra, os movimentos sociais não podem confiar demasiado na vontade dos governantes, dado que eles são produtos do sistema de poder que naturalizou a discriminação racial. Para que eles sintam a vontade de se descolonizarem é necessário pressioná-los e mostrar-lhes que o seu futuro colonial tem os dias contados. Esta pressão não pode ser obra exclusiva do movimento negro e do movimento indígena. É necessário que o MST, os movimentos de direitos humanos, sindicais, feministas, ecológicos se juntem à luta, no entendimento de que, no momento presente, a luta pelas cotas e pela igualdade racial condensa, de modo privilegiado, as contradições de que nascem todas as outras lutas em que estão envolvidos.”

Destaca-se a necessidade de sair da “enorme sombra do silêncio dos excluídos” (Santos, 2006a) a partir das cotas raciais, e a necessidade de reconhecer a luta pelas cotas raciais enquanto elemento de uma transformação mais ampla dos padrões de poder, dominação, exclusão e exploração, especificamente da “matriz de dominação”, porque possibilitam a superação da “ausência” construída também a partir (da monoculturalidade) no ensino superior.

1.3 Novas e velhas dimensões dos discursos racistas

Porto-Gonçalves (2012) aponta que os discursos racistas, cada vez mais, se expressam e se manifestam em outros discursos a partir da construção e categorização da humanidade em categorias dicotômicas como, por exemplo, moderno – tradicional, civilizado - primitivo e desenvolvido – subdesenvolvido. Ainda argumenta que “quando já não se podia mais justificar abertamente a superioridade de uma raça sobre outra, de um povo sobre outro, sobretudo depois que os europeus experimentaram na própria carne o significado do discurso da superioridade de uma raça sobre outra, com o arianismo dos nazistas” (2012: 51), reconfiguraram-se outros modos por meio dos quais se garantia a permanência da colonialidade do saber e do poder e ainda assegurava o fluxo de recursos naturais do sul para o norte (Porto-Gonçalves, 2012). Para Porto-Gonçalves (2012), seguindo Escobar (2011), a resposta era a globalização neoliberal ligada a noções de “desenvolvimento” e “subdesenvolvimento”, que permitiu atualizar as bases racistas do colonialismo, isso é, recodificar os discursos para legitimar a subalternização das populações historicamente subalternizadas.

Manifesta-se um alto grau de adaptabilidade nesta reconfiguração dos discursos e se revela que os discursos racistas mais do que necessariamente envolver noções essencialmente biológicas sobre “raças”, aparecem geralmente associados à crença na superioridade de determinadas características

(fenotípicas; práticas culturais; modos de vida) de certos grupos sociais ou como foi apontado anteriormente, possuem uma “personalidade” julgada como improdutivo e disruptivo para a sociedade como um todo (Souza, 2011; 2012). Isso se relaciona à “produtividade” do racismo enquanto mecanismo de biopoder (Foucault) e, neste sentido, à dependência do capitalismo (nas suas múltiplas fases e facetas) de legitimar e naturalizar a superexploração de determinados grupos da população, além dos recursos naturais. Boaventura de Sousa Santos neste sentido reconhece o racismo junto com o sexismo como formas de hierarquização que sustentam a modernidade capitalista e coloca:

“Assentam ambos nos dispositivos de verdade que criam os excluídos foucaultianos, o “eu” e o “outro”, simétricos numa partilha que rejeita ou interdita tudo o que cai no lado da partilha. No entanto, em ambas as formas de hierarquização se pretende uma integração subordinada pelo trabalho. No caso do racismo, o princípio de exclusão assenta na hierarquia das raças e a integração desigual ocorre, primeiro através da exploração colonial (escravatura, trabalho forçado), e depois, através da imigração” (Santos, 2010: 281).

Para Santos o racismo e o sexismo constituem as bases de processos de exclusão e, ao mesmo tempo, da integração em formas desvalorizadas de força de trabalho. De acordo com as abordagens do racismo na seção 1.1, ambos são constitutivos da acumulação capitalista, que cada vez mais e de acordo com as colocações prévias, se baseia na superexploração do trabalho e da natureza, o qual também tem possibilitado a persistência de situações de escravatura (Rezende Figueira, 2004).

A seguir buscam-se aprofundar as reflexões sobre a atualização de discursos racistas previamente enunciadas em relação aos desenvolvimentos e debates recentes em torno da questão ambiental no marco da conferência Rio+20 e da Cúpula dos Povos no ano 2012 para exemplificar novas dimensões da dominação, exclusão e exploração que acompanham a expansão do atual sistema-mundo colonial/capitalista e vulnerabilizam populações “não-integradas”, ou desde a perspectiva do capital, não “funcionalmente” integradas ao sistema capitalista (Santos, 2008), os “subcidadãos da modernidade periférica” (Souza, 2012) que, em função da história racializada de dominação, principalmente são populações não-brancas.

1.3.1 Desenvolvimento e linguagens de valorização

Constatamos que nos discursos sobre o “desenvolvimento sustentável” são implicados “línguas de valorização” (Martinez-Alier, 2005) e noções racistas sobre povos “subdesenvolvidos” e estilos de vida “não sustentáveis” que se contrapõem às sociedades ditas desmaterializadas (Porto & Martinez-Alier, 2007), indústrias “eco-eficientes” e estilos de vida “sustentáveis”, supostamente concentrados no Norte global. Porto-Gonçalves (2012) ainda sinaliza que a noção de

“subdesenvolvimento” indica que o “que se vislumbra como horizonte de superação do *subdesenvolvimento* é o desenvolvimento” (2012: 50). Assim diferentes populações econômica ou politicamente vulnerabilizadas sofrem preconceitos e recebem rótulos racistas na medida em que o capital as considera um entrave para o “desenvolvimento”, isto é, um único modelo de sociedade e modo de vida que é funcional à expansão do modelo de acumulação capitalista enquanto componente do sistema-mundo capitalista/colonial. Da mesma forma, Grosfoguel (2010a) coloca que “o discurso desenvolvimentista oferece uma fórmula colonial de como se semelhar ao Ocidente” (2010a: 478).

O consumo de produtos orgânicos, a adoção de regulamentações ambientais estritas e a coleta seletiva assim são celebrados como manifestações deste modo ou estilo de vida “sustentável”, invisibilizando a história ambiental e os processos que estão por detrás dos fluxos de materiais e energia (metabolismo social), do comércio internacional e das diferentes fases de produção implicados no modelo econômico que predomina nestes países e nos estilos de vida do Norte. A partir destes cálculos reducionistas e “linguagens de valoração” ainda se invisibilizaram os vínculos entre a crise ambiental e o modelo de acumulação capitalista. Neste sentido, questões do meio ambiente e a degradação ambiental foram descontextualizadas, naturalizadas e reduzidas a partir de abordagens antiecológicas e por aquelas que seccionam o ambientalismo do social e das estratégias de dominação, incluindo as vertentes do “Culto do Silvestre” e do “Evangelho Da Eco-Eficiência/Economia Verde” (Martínez-Alier, 2005).

Martínez-Alier (2005) se refere à vertente do “Culto do Silvestre” que não ataca o crescimento econômico nem questiona as bases sistêmicas dos problemas ambientais, mas parte de motivos religiosos e estéticos procurando preservar a natureza e manter a imaginada pureza natural. Entre as propostas políticas destaca-se a manutenção das reservas naturais, das quais os fundamentalistas da vertente buscam excluir humanos. Ainda apoia-se na restauração da natureza, o que Martínez-Alier (2005) compara com uma natureza domesticada que pode virar parque temático no futuro.

Uma vertente, que atualmente pode ser considerada dominante, é chamada “Evangelho da Eco-Eficiência” que não questiona a lógica hegemônica e de merca. Ela parte de uma preocupação pelos impactos ambientais e riscos das atividades industriais e busca remediar a degradação a partir de intervenções técnicas que procuram gerenciar cientificamente os recursos naturais para conseguir usá-los eficientemente. Neste sentido, parte-se do conceito de “desenvolvimento sustentável” e se sugere que o desenvolvimento econômico e tecnológico permite uma redução do impacto ambiental nas sociedades, o que desconhece os fluxos de material, do comércio internacional e das diferentes fases de produção, que se caracteriza cada vez mais por um deslocamento da carga

ambiental dos países ricos para países mais pobres. Uma das propostas que surge desta vertente é a chamada “economia verde”, a qual não questiona o mercado e, dessa forma, o modelo de produção e consumo, o desenvolvimentismo, o comércio internacional desigual e injusto, a divisão entre centros e periferias do sistema capitalista e a divisão internacional do trabalho, que são característicos do processo de globalização. Orientado por uma visão genérica de desenvolvimento sustentável, o debate é restrito a discussões sobre limites de poluição, regulamentações ambientais, mecanismos de correção das falhas de mercado (as chamadas externalidades) e de responsabilidade ambiental de empresas sem, contudo, reconhecer a historicidade da atual crise ambiental, que é construída como um mal a ser corrigido por mecanismos de gestão, de mercado e pelo desenvolvimento científico e tecnológico através das tecnologias “limpas” ou “verdes”.

Nas diferentes vertentes do ambientalismo, demonstram-se também diferenças na construção da etiologia da própria crise ambiental, principalmente em relação ao papel da pobreza e do “subdesenvolvimento” nos modelos etiológicos. Neste sentido construiu-se desde a vertente do “Evangelho da Ecoeficiência” e implicitamente também pela vertente do “Culto do Silvestre”, a pobreza como a “pior poluição” (Porto-Gonçalves, 2012) e, conseqüentemente, como principal causa da crise ambiental (Martínez-Alier, 2005). A “sustentabilidade”, portanto, se define em relação a práticas de gestão empresarial com o suporte de políticas públicas, ou de opções individuais na lógica do mercado como o uso de sacolas recicláveis, a coleta seletiva, o consumo de produtos orgânicos e outras práticas elitistas, ainda que necessárias, enquanto os impactos dos padrões de produção e consumo que implicam estes modos de vida “sustentáveis” permanecem ocultos. Implicados nesta noção da sustentabilidade são discursos morais e, principalmente, desenvolvimentistas sobre modos de vida “subdesenvolvidos” e essencialmente “insustentáveis” que são desqualificados e ainda construídos como ameaças à sobrevivência da humanidade inteira, o qual justifica a imposição de “programas de desenvolvimento”, que se orientam por um modelo único do desenvolvimento, isso é, a expansão do modelo de acumulação capitalista e assim, do sistema-mundo capitalista/colonial.

As abordagens hegemônicas da atual crise ambiental manifestam confusões estratégicas e ainda demonstram como os discursos racistas têm-se atualizado de acordo ou em função à expansão do modelo civilizatório do capitalismo. Neste sentido, as abordagens dominantes da atual crise ambiental e particularmente as noções sobre sustentabilidade e desenvolvimento refletem “linguagens de valoração” (Martínez-Alier, 2005) e discursos racistas que transcendem a cor no sentido de que atinge todas as populações, modos de vida e racionalidades considerados um entrave para o “desenvolvimento” (Pacheco, 2009), mas muitas vezes seguem a cor porque se inserem em processos históricos de dominação, exclusão e conflito racializados. O desenvolvimento, assim, se

torna um fim em si que envolve, justifica e se sustenta em discursos racistas. Cabe citar Pacheco e Faustino (2013), ilustrando este ponto em relação ao caso brasileiro:

“O caráter etnocentrista da formação da nação brasileira também ajuda a entender por que, nos dias atuais, os povos indígenas e as comunidades tradicionais são considerados e tratados como atrasados e estão fadados à transição para a cultura e os modelos desenvolvimentistas que marcam o capitalismo no seu estágio atual. A invisibilização, desvalorização, exotização ou folclorização das diversidades culturais presentes nos diferentes territórios têm sido práticas recorrentes na implementação de políticas públicas e atividades econômicas de alto impacto sociais e ambientais” (Pacheco & Faustino, 2013: 77).

Deste modo, pode-se constatar que discursos racistas se atualizaram no contexto da crise ambiental ao substituir ou complementar a noção de “inferioridade” biológica com noções sobre a “inferioridade” racional e cultural dos povos “subdesenvolvidos”, isso é, dos povos não funcionalmente inseridos (nem de forma subordinada) na economia capitalista e no sistema-mundo capitalista/colonial (Santos, 2008). Como aponta Santos (2010) e como foi enunciado na seção 1.3.1, “não se trata do regresso ao fascismo dos anos trinta e quarenta do século passado. Ao contrário deste último, não se trata de um regime político, mas antes de um regime social e civilizacional. Em vez de sacrificar a democracia às exigências do capitalismo, promove a democracia até o ponto de não ser necessário, nem sequer conveniente, sacrificar a democracia para promover o capitalismo” (2010: 333).

Para finalizar este capítulo cabe apontar que prevalecem interpretações no campo científico e também no âmbito político, que ocultam os processos de subalternização das populações não-brancas, que discutimos neste capítulo. Por mais que as referências sejam diversas (genético, cultural, social, etc.) e contextualmente situadas, mantêm-se uma lógica naturalizadora e despolitizadora nestas interpretações dominantes. A constância e reprodução desta lógica sugere que além das instâncias discursivas, operam construções epistemológicas e abordagens, principalmente de “raça” e “racismo” que se dispõem à reprodução desta ocultação sistemática. Buscamos elucidar algumas das bases epistemológicas das interpretações dominantes no capítulo seguinte.

Capítulo 2 – CONSTRUÇÃO DE DESCONHECIMENTOS

“Hasta que los leones tengan sus propios historiadores, las historias de cacería seguirán glorificando al cazador.”

Provérbio africano

Os processos de determinação social das desigualdades étnico-raciais em saúde continuam pouco reconhecíveis nas abordagens dominantes no campo da saúde pública, e áreas importantes como a epidemiologia, e as desigualdades são frequentemente interpretadas em termos culturalistas, biologicistas ou como efeito de diferenças socioeconômicas, homogeneizando e essencializando os grupos étnico-raciais diferentes da “norma”, que geralmente corresponde aos grupos historicamente privilegiados nos respectivos contextos nacionais. As relações de poder que marcam o privilégio e a subalternização, respectivamente, permanecem invisíveis nas abordagens dominantes, da mesma forma que o contexto sócio-político da própria produção científica (Santos & Meneses, 2010).

Buscamos, neste capítulo, abordar as instâncias discursivas e as construções epistemológicas que sustentam a construção de ausências e silêncios sobre os processos gerativos das iniquidades sociais, e particularmente étnico-raciais, que tem contribuído para a naturalização das relações de poder e da ordem social imposta pelo sistema-mundo capitalista/colonial, garantindo e legitimando sua reprodução. Ainda tem contribuído para a “invenção do outro” desde uma lógica racista. Estes discursos (implicitamente) racistas têm sido centrais na construção de uma alteridade imposta, que veio justificar e legitimar as diferenças qualitativas nos processos de dominação, marginalização e exploração e, em grande parte, correspondem às “linhas abissais” edificadas pelo pensamento moderno ocidental (Santos, 2007).

Propomos uma abordagem pouco comum e talvez surpreendente dos fundamentos da produção e reprodução de discursos racistas na ciência, na medida em que não nos limitamos à discussão do darwinismo social, da eugenia e à atuação de determinados pensadores fundacionais do “racismo científico”. Ao contrário, e desde o reconhecimento das dimensões transcendentais do racismo, procuramos abordar os fundamentos epistemológicos que deram sustento a discursos que contribuíram, entre outros, para a naturalização das iniquidades étnico-raciais e dos processos de dominação, exploração e marginalização racializados no âmbito científico, principalmente em função da consolidação e expansão do regime de acumulação capitalista. Por conseguinte, compreendemos a “ciência racista”¹² não como um caso excepcional, ou como aberração no

¹² Refere-se ao conjunto de teorias raciais (racismo científico, eugenia, darwinismo social) sustentadas a partir da ciência moderna.

pretensão caminho glorioso da ciência moderna, senão como uma expressão aguda de uma epistemologia imbricada e funcional à manutenção das relações de poder, também na sua dimensão étnico-racial.

Na primeira parte deste capítulo, propomos analisar os principais traços da epistemologia hoje dominante que se veio plasmar especificamente na ciência moderna e se impôs como saber universal no contexto e em função da consolidação/expansão da modernidade capitalista-colonial. Buscamos primeiro analisar o modelo de racionalidade que rege a ciência moderna, dialogando principalmente com as críticas propostas pelo sociólogo português Boaventura de Sousa Santos (2002; 2007; 2010c) para situar a discussão notória da analítica cartesiana e do positivismo, que propomos em seguida. Segundo, buscamos penetrar no que se poderia chamar a “cor da razão”, seguindo Eze (2001) e León (2013), com o intuito de explicitar os nexos constitutivos entre as formas dominantes de construir e conceber conhecimento e as lógicas de reprodução e expansão do sistema-mundo capitalista/colonial. Partimos, neste sentido, do reconhecimento de que para além do legado de desigualdades e injustiças sociais profundas do colonialismo e do imperialismo, há um legado epistemológico que implicou a imposição de uma “universalidade radicalmente excludente” e essencialmente eurocêntrica, assim como a supressão de muitas formas de saber (Santos & Meneses, 2010).

Na segunda parte do capítulo buscamos abordar as “insuficiências” da Epidemiologia convencional (Almeida-Filho, 2000), explicitando e situando as bases epistemológicas da Epidemiologia a partir das principais críticas articuladas pela MS-SC latino-americana e em relação aos traços da epistemologia hoje dominante, abordados na primeira parte do capítulo. Iniciamos a reflexão com referência aos problemas e limites associados ao uso dos conceitos cor/raça/etnia, que têm sido alvo de debates no âmbito internacional e nacional. Argumentamos que a abordagem dos problemas tem sido limitada por mal concebê-los enquanto “más práticas” dos pesquisadores e ignorar as bases estruturais da manutenção e reprodução de abordagens fragmentadas, ambíguas e esvaziadas de teoria e (implicitamente) racistas sobre iniquidades étnico-raciais em saúde, que ao nosso ver, se relacionam principalmente com as bases epistemológicas da Epidemiologia convencional. Propomos um questionamento do princípio de neutralidade na Epidemiologia e buscamos demonstrar como a Epidemiologia convencional, além da sua “história non-santa” reconhecida¹³ (Breilh, 2003; 2010a), tem contribuído para a manutenção do *status quo* a partir da sua

¹³ Aludindo à funcionalidade da epidemiologia na construção de hegemonia, que será abordada de forma mais detalhada na secção 2.2

forma de construir conhecimento e assim, tem assumido um papel político que pouco colabora com transformações fundamentais da sociedade.

A partir da discussão das críticas articuladas em relação à epistemologia dominante e da epidemiologia convencional, buscamos, neste capítulo, abordar as bases epistêmicas e instâncias discursivas que têm imposto uma determinada forma de interpretar as iniquidades étnico-raciais em saúde.

2.1 Epistemologias dominantes, a ciência moderna e cegueiras do conhecimento

O regime de acumulação capitalista se assenta, entre outros mecanismos¹⁴, na produção repetida e persistente de uma diferenciação e hierarquização estrutural entre saberes, que marginalizou, silenciou e mesmo destruiu outros saberes. Além da perda de “saberes-fazer” e do “desperdício de experiência”, que Boaventura de Sousa Santos aponta como uma das implicações centrais da imposição da epistemologia hoje dominante, a subalternização de saberes não-ocidentais e o epistemicídio que acompanhou as diferentes fases e formas da reprodução do regime de acumulação capitalista e, em especial, a colonização, implicou a imposição de representações racistas do “outro”¹⁵, apropriações ilegítimas da história e, a naturalização da ordem social imposta. Ao reclamar “o monopólio universal de distinção entre o verdadeiro e o falso” (Meneses, 2009: 231), a ciência moderna tem assumido um papel destacado nestes processos e tem funcionado como aparato de legitimação do projeto civilizatório do regime de acumulação capitalista, promovendo uma “adequação epistemológica”. Neste sentido, diferentes instâncias discursivas e construções epistemológicas têm contribuído para a justificação e legitimação, entre outros, das diferenças qualitativas nos processos de dominação, marginalização e exploração que sustentam o sistema-mundo. Consciente ou inconscientemente, a ciência moderna tem sido funcional aos interesses dos grupos dominantes e, de acordo com Bourdieu, pode ser entendida como uma “expressão transformada, subordinada, transfigurada e algumas vezes irreconhecível das relações de poder na sociedade” (Bourdieu, 1998: 15).

As teorias raciais do século XIX, principalmente o darwinismo social e a eugenia constituem exemplos particularmente notáveis destes processos. Mas, como demonstrou Michel Foucault, os “regimes de verdade” erigidos pela ciência moderna também têm assumido formas mais sutéis,

¹⁴ A reprodução espacial do capitalismo foi abordada, por exemplo, por David Harvey, Milton Santos e Carlos Walter Porto-Gonçalves.

¹⁵ Refere-se tanto ao “outro” desde a perspectiva do colonizado/dominado quanto do “outro” desde a perspectiva do colonizador/dominador, considerando que as representações racistas muitas vezes são interiorizadas.

porém não menos atroz. Por exemplo, em relação aos discursos sobre a sexualidade que Foucault analisa na *História da Sexualidade* (2012), o autor aponta que:

“não se deve fazer divisão binária entre o que se diz e o que não se diz; é preciso tentar determinar as diferentes maneiras de não dizer, como são construídos os que podem e os que não podem falar, que tipo de discurso é autorizado ou que forma de discricção é exigida a uns e outros. Não existe um só, mas muito silêncios e são parte integrante das estratégias que apoiam e atravessam os discursos” (Foucault, 2012: 33).

Além de identificar conhecimentos silenciados, desacreditados e marginalizados pela ciência moderna, Foucault (2012) propõe interrogar os discursos em relação à sua produtividade tática (que efeitos recíprocos de poder e saber proporcionam) e em relação a sua integração estratégica (que conjunto e que correlação de forças torna necessária sua utilização em tal o qual episódio). Propomos, desta forma, complementar a discussão das instâncias discursivas e construções epistemológicas características da ciência moderna, que desenvolvemos na primeira parte deste capítulo, por uma análise que procura interrogá-las em relação à sua produtividade tática e integração estratégica, principalmente em relação à naturalização da ordem social racializada imposta a partir da colonização e com a consolidação do capitalismo.

2.1.1 A indolência da razão

Enquanto o alcance da reflexão epistemológica proposta por autores como Thomas Kuhn (2011), Boaventura de Sousa Santos (2010c), Karl Marx (2011) e Edgar Morin (2007) e as denominações do paradigma dominante variam, coincidem no reconhecimento de que a ciência moderna se pauta por um modelo de racionalidade que dá sinais de crise e exaustão. Neste sentido apontaram diversas insuficiências, entre as quais se destacam a notória distinção entre sujeito e objeto, a redução da complexidade a leis simples, assumindo que “a verdade” se encontra nos níveis de organização inferior, uma concepção dominada pelo mecanicismo determinista e um entendimento linear da realidade. A seguir buscamos elucidar algumas das principais características do modelo de racionalidade que rege a ciência moderna e, principalmente a partir de um diálogo com as propostas de Boaventura de Sousa Santos, abordar sua “indolência” – o que implica reconhecer os limites de representação da ciência moderna e a construção de não-existência ou “ausência” que decorre da mesma.

O modelo de racionalidade que preside à ciência moderna constituiu-se a partir da revolução científica do século XVI, que se desenvolveu no domínio das ciências naturais. Foi só no século XIX que este modelo de racionalidade se estendeu às ciências sociais e se estabeleceu como instância moral suprema (Santos, 2002:51). É a partir do século XIX que se pode falar de um

modelo global de racionalidade científica que permitiu variedade interna mas se procurou distanciar radicalmente do “senso comum” (Santos, 2002). Santos afirma que o modelo de racionalidade “é um modelo totalitário na medida em que nega o caráter racional a todas as formas de conhecimento que não se pautarem pelos seus princípios epistemológicos e pelas suas regras metodológicas” (Santos, 2010c: 21). A ciência moderna, deste modo, veio desqualificando tudo o que não cabe em seus pressupostos e o que não encaixa nos estreitos limites do “rigor” e da “validade científica”, descaracterizando outros saberes/práticas e monopolizando o acesso à “verdade”.

Apesar de se inserir numa linhagem aristotélica-cartesiana, “ao contrário da ciência aristotélica, a ciência moderna desconfia sistematicamente das evidências da nossa experiência imediata” (Santos, 2010c: 24). A ciência moderna ainda se baseia numa diferenciação radical entre o humano e a natureza. Implicado nesta visão é que a natureza “é tão-só extensão e movimento, é passiva, eterna e reversível, mecanismos cujos elementos se podem desmontar e depois relacionar sob a forma de leis” (2010c: 25), que se insere na conceição de Francis Bacon da ciência, transformando o homem em senhor e possuidor da natureza. Neste sentido, “o método científico assenta na redução da complexidade, já que conhecer significa dividir e classificar para depois poder determinar as relações sistemáticas entre o que se separou” (2010c: 28). Trata-se de um conhecimento causal que aspira à formulação de leis, à luz de regularidades observadas. Santos (2010c) ainda nota que a descoberta de leis está assentada no isolamento das condições iniciais relevantes e ainda assenta no pressuposto de que o resultado se produzirá independentemente do lugar e do tempo. Assim, as leis da ciência moderna são um tipo de causalismo formal que privilegia o *como* funciona das coisas em detrimento de qual o agente ou qual o fim das coisas. De acordo com Santos (2010c), na ciência moderna os instrumentos privilegiados de análise são fornecidos pela matemática, o que implica que: “Conhecer é quantificar e o rigor científico se afere pelo rigor das medições. As qualidades intrínsecas do objeto assim são desqualificadas e em seu lugar passam a imperar as quantidades em que eventualmente podem ser traduzidos” (2010c: 28). A insuficiência desta quantificação é resumida numa pergunta de Nietzsche:

“A possibilidade de calcular o mundo [die Berechenbarkeit der Welt], de expressar tudo o que acontece por fórmulas – é realmente ‘um compreender?’” (Nietzsche, 1986).

De acordo com as críticas articuladas por Minayo (2010), Morin (2000) e Santos (2002; 2010c), entre outros, a ciência moderna tem privilegiado uma maneira mecanicista de enxergar, observar e intervir na realidade, um determinismo mecanicista que “é o horizonte certo de uma forma de conhecimento que se pretende utilitário e funcional, reconhecido menos pela capacidade de compreender profundamente o real do que pela capacidade de o dominar e transformar” (Santos,

2010c: 31). Nessa perspectiva, a ciência se propõe intervir nos mistérios indecifráveis da natureza para controlá-la.

Os limites de representação da ciência moderna e a indolência do modelo de racionalidade ocidental no qual a ciência se assenta, ainda derivam do que Boaventura de Sousa Santos denomina 1) a razão impotente, 2) a razão arrogante, 3) a razão metonímica e 4) a razão proléptica (Santos, 2010). Refere-se à *razão impotente* como “aquela que não se exerce porque pensa que nada pode fazer contra uma necessidade concebida como exterior a ela própria” (Santos, 2010: 95). A indolência ainda se reproduz a partir da “*razão arrogante*, que não sente necessidade de exercer-se porque se imagina incondicionalmente livre e, por conseguinte, livre da necessidade de demonstrar a sua própria liberdade” (2010: 95). Boaventura de Sousa Santos aponta, neste sentido, que “a razão impotente e a razão arrogante formataram o debate entre determinismo e livre arbítrio e, mais tarde, o debate entre realismo e construtivismo e o debate entre estruturalismo e existencialismo” (Santos, 2004: 4).

Em relação à *razão metonímica* aponta que ela “se reivindica como a única forma de racionalidade e, por conseguinte, não se aplica a descobrir outros tipos de racionalidade ou, se o faz, fá-lo apenas para as tornar matéria-prima” (2010: 95). A razão metonímica, neste sentido, “se afirma como uma razão exaustiva, exclusiva e completa” (Santos, 2010: 98) e, “obcecada pela ideia de ordem a partir da totalidade, não admite compreensão nem ação fora da referência a um tudo que contenha e seja maior do que todas as suas partes” (Germano, 2011: 211). O que não cabe na sua totalidade e no seu tempo linear é declarado inexistente e desta forma “resulta na subtração do mundo e na contração do presente” (Santos, 2010: 104). A razão metonímica, portanto, não permite pensar o sul sem o norte, a mulher sem o homem, o escravo sem o dono e assim por diante, e além do mais não permite pensar por fora destas categorias dicotômicas, que podem em certas circunstâncias desestabilizar as hierarquias sociais e, desta forma, assumir importância nos processos de emancipação social, mas ao mesmo tempo tendem limitar os horizontes de transformação, sobretudo a partir da implicada construção de não-existência. Para Santos, a não-existência produzida ou legitimada pela razão metonímica produziu cinco formas sociais de não-existência: o ignorante, o residual, o inferior, o local e o improdutivo. “Trata-se de formas sociais de inexistência porque as realidades que elas conformam estão apenas presentes como obstáculos em relação às realidades que contam como importantes” (Santos, 2010: 104), isso é, as realidades que cabem na totalidade e no tempo imposto pela razão metonímica.

De forma parecida, a indolência da razão se reproduz a partir da *razão proléptica* como “aquela que não se propõe pensar o futuro, porque julga que sabe tudo a respeito dele e o concebe como

superação linear, automática e infinita do presente” (2010: 96). Trata-se de uma concepção do futuro a partir da monocultura do tempo linear ou, como aponta Benjamin (1969: 261), de uma projeção do futuro numa direção irreversível, homogênea e vazia. Na atualidade, a razão proléptica se expressa, entre outros, no discurso do “desenvolvimento”, que hoje é concebido como uma necessidade e como destino final de todas as nações e povos, como aponta Arturo Escobar (1998; 2008). Ainda que seja possível agregar adjetivos distintivos, isso é, argumentar em prol de um “desenvolvimento participativo”, um “desenvolvimento sustentável” ou um “desenvolvimento alternativo”, o fato é que o desenvolvimento em si não está em questão. Santos (2010a) neste sentido problematiza a perda de substantivos críticos e aponta que a teoria crítica eurocêntrica do Sul e do Norte hoje apenas se caracteriza e se distingue através de adjetivos que qualificam o substantivo próprio das teorias convencionais, tal como nas qualificações de desenvolvimento apontadas anteriormente.

Os limites de representação da ciência moderna e a indolência ainda se relacionam com a sua incapacidade de abordar a complexidade na medida em que procura por “ordem no universo e expulsar dele a desordem” (2005: 59), como sugere Edgar Morin. O autor resume esse princípio pela palavra disjunção - separa o que está ligado, na busca das ideias claras e distintas e pela redução – coordenando-as em uma construção que recria o complexo a partir do simples. Contrapondo-se a este paradigma da simplicidade, Morin afirma que a complexidade não é apenas um fenômeno quantitativo e não compreende apenas quantidades de unidades e interações que desafiam nossas possibilidades de cálculo. Também compreende incertezas, indeterminações, fenômenos aleatórios, que não podem ser captados a partir de abordagens que procuram desvelar a simplicidade escondida por trás da aparente multiplicidade e da aparente desordem dos fenômenos. Dessa forma, Morin complementa as críticas propostas por Boaventura de Sousa Santos, enfatizando as falácias do reducionismo dominante na ciência moderna ocidental e, segundo o autor, se propõe a “chegar às unidades elementares não decomponíveis, as quais só podiam ser circunscritas clara e distintamente, quantitativistas já que estas unidades descontínuas podiam servir de base a todas as computações” (2005: 54). Funtowicz e Ravetz (1997) partem de uma crítica parecida e propõe uma “ciência pós-normal” como forma de abordar problemas complexos, construir conhecimento e agir, ultrapassando a prática científica tradicional de comunidades restritas de pares, baseada na ideia de controlar e eliminar as incertezas, assim como desprezar valores em nome da “neutralidade” e “objetividade”. Os autores argumentam que a ciência clássica (normal, no sentido dado por Thomas Kuhn) não consegue dar conta desses problemas porque restringe o controle da qualidade e o processo de validação a comunidades isoladas de especialistas,

limita as modalidades “permissíveis” de conhecimento e impõe visões simplistas de problemas altamente complexos.

Com a breve enunciação de algumas das facetas da “indolência da razão” não pretendemos captar a abrangência das denúncias articuladas em contra do modelo de racionalidade hoje dominante. Contudo destacamos algumas construções epistemológicas e instâncias discursivas que vêm sendo cruciais na reprodução desta razão indolente. Destacamos, neste sentido, a imposição de limites para compreender a complexidade dos processos sociais e, de acordo com o que foi sugerido na introdução, o regime de verdade estabelecido a partir da ciência moderna que não permite saídas emancipatórias (Santos, 2006b). Deste modo, a “razão indolente” tem impedido pensar o futuro e as alternativas ao modelo de desenvolvimento e, principalmente, ao regime de acumulação capitalista que engendra processos de dominação, exploração e marginalização, como foi enunciado no primeiro capítulo deste ensaio.

2.1.2 A cor da razão¹⁶ e a colonialidade do saber

Em face das insuficiências e indolências do modelo de racionalidade hoje dominante, cabe retomar algumas perguntas articuladas por Boaventura de Sousa Santos (2010a) e Boaventura e Meneses (2010), ora, como uma racionalidade tão limitada veio a ter tamanha primazia nos últimos duzentos anos e por que razão, nos últimos séculos, dominou uma epistemologia hegemônica que eliminou da reflexão epistemológica o contexto cultural e político da produção e reprodução do conhecimento, pelo menos em sua relação com a reprodução das iniquidades étnico-raciais?

Algumas respostas provisórias a estas questões serão apresentadas nesta seção. Buscamos, neste sentido, relevar o papel que tem assumido a ciência moderna na consolidação e reprodução dos processos de dominação, marginalização e exploração que acompanham a modernidade capitalista, principalmente dialogando com as colocações do Grupo M/C ao redor do conceito de “colonialidade do saber”. Por outro lado, buscamos evidenciar como a produção da não-existência e das ausências subsidia a consolidação de uma “universalidade radicalmente excludente”. Trata-se, por conseguinte, de reconhecer os processos de marginalização de saberes tanto quanto às pretensões de universalidade de localismos, no caso, dos localismos europeus, que se globalizam a partir de determinadas relações de poder e configurações geopolíticas, principalmente em relação à colonialidade do poder e do saber (Meneses, 2008). Destarte, esta segunda parte do capítulo é complementar à primeira e busca avançar na análise crítica do modelo de racionalidade hoje dominante.

Partimos do pressuposto, anteriormente enunciado, de que para além do legado de desigualdades

¹⁶ Expressão adotada por Castro-Gómez (2010) na seção 4.1.1 do livro intitulado *La Hybris del Punto Cero*.

e injustiças sociais profundos do colonialismo e do imperialismo, há um legado epistemológico do eurocentrismo que tem negado e aniquilado a diversidade epistêmica no mundo e tem imposto monoculturas eurocêntricas do saber (Lander, 2005). As monoculturas do saber têm assumido um papel central na construção, justificação e manutenção de relações de dominação ao desqualificar e subalternizar povos, saberes e práticas e têm marcado a “indolência da razão”, na medida em que criaram um duplo mecanismo ideológico a partir da negação da simultaneidade epistêmica. Castro-Gómez e Grosfoguel (2007), neste sentido, apontam que:

“En primer lugar, al no compartir el mismo tiempo histórico y vivir en diferentes espacios geográficos, el destino de cada región es concebido como no relacionado con ningún otro. En segundo lugar, Europa/Euro-norteamérica son pensadas como viviendo una etapa de desarrollo (cognitivo, tecnológico y social) más ‘avanzada’ que el resto del mundo, con lo cual surge la idea de superioridad de la forma de vida occidental sobre todas las demás. Así, Europa es el modelo a imitar y la meta desarrollista era (y sigue siendo) ‘alcanzarlos’ ” (Castro-Gómez & Grosfoguel, 2007: 15).

O que referem Castro-Gómez e Grosfoguel (2007) na última parte da citação se expressa nas “linhas abissais” do pensamento moderno ocidental, que aborda Boaventura de Sousa Santos (2007), e nas dicotomias hierárquicas construídas a partir destas linhas, nas quais os modos de vida e racionalidades ocidentais ocupam uma posição superior e os modos de vida e racionalidades—outras, uma posição inferior, equivalente ao atraso, ao subdesenvolvimento, à barbárie e assim por adiante. A “invenção do outro”¹⁷ mediante uma lógica binária é reflexo da razão metonímica na qual se assenta o modelo de racionalidade do pensamento moderno ocidental e, como lembra Castro-Gómez (2005), surge em contextos geopolítico e históricos específicos, isso é, no “processo de produção material e simbólica no qual se viram envolvidas as sociedades ocidentais a partir do século XVI” (Castro-Gómez, 2005: 81).

Pensadores marxistas têm apontado que as ideias da classe dominante também são as ideias dominantes, e estabeleceram uma relação direta entre o poder material e o poder espiritual. Deste modo, Marx coloca que “a classe que dispõe dos meios de produção dispõe também dos meios de produção intelectual” (Marx, 2011). A prática científica e as construções científicas, portanto, se entendem como expressões ou reflexos do contexto socioeconômico e a ciência, tal como a religião, é suspeitada por gerar confusão e ofuscar as verdadeiras estruturas da miséria humana e naturalizando as iniquidades com explicações divinas e científicas (Marx, 2011). A leitura dos fatos sociais e a construção deles, portanto, não é aleatória nem surge no vazio da mente, mas cumprem

¹⁷ Cabe esclarecer que de acordo com Castro-Gómez (2005: 81) “ao falar de “invenção” não nos referimos somente ao modo como um certo grupo de pessoas se representa mentalmente a outras, mas nos referimos aos dispositivos de saber/poder que servem de ponto de partida para a construção dessas representações.”

funções ideológicas e políticas que derivam do contexto socioeconômico, em sintonia com protagonistas políticos (Semeraro, 2011). Parte-se, portanto, do pressuposto de que toda a ciência é, consciente ou inconscientemente, uma ciência “comprometida”, orientada “tendenciosamente”, “partidária”, ligada à concepção do mundo, ao ponto de vista de uma classe social, como é colocado por Lowy (1980).

Estas relações manifestam a determinação social da produção de conhecimento, que também se reflete em dinâmicas de subalternização ou invisibilização de uma multiplicidade de “conhecimentos-outros” no âmbito acadêmico que não respondem às modalidades de produção de conhecimento ocidental, associados à ciência moderna (Restrepo & Rojas, 2010) ou simplesmente optam por outras metodologias e marcos teóricos mais aparentemente menos neutros. É neste contexto que se deve entender a invisibilização das contribuições latino-americanas ao redor da determinação social da saúde no marco dos debates e da mobilização promovida pela OMS sobre os “determinantes sociais da saúde” (DSS) que será abordada no capítulo 3. Ao contrário do que propõe Krieger (2011), a invisibilização não pode ser explicada apenas em termos da hegemonia da língua inglesa, mas manifesta a colonialidade e as monoculturas do saber, que também imperam no campo da Epidemiologia, na medida em que parte de uma universalidade radicalmente excludente e consolida um lado da linha (abissal) como sujeito e produtor do conhecimento e o outro lado como objeto e receptor do conhecimento (Santos, 2007). Resulta, destarte, limitada a abordagem que propõe Krieger quando coloca:

“To date, engagement between the social epidemiologic theories of Latin America and the global North has been hindered by the relative neglect of Latin American theorizing in the English-language epidemiologic literature.” (Krieger, 2011: 189)

Retomando as “linhas abissais” referidas por Santos (2007), cabe mencionar que a invisibilização ou negação “do outro lado” geralmente é acompanhado e essencialmente constitui a condição para que a outra parte (da humanidade) se afirme como universal. Para Santos (2007) “uma das mais bem consolidadas premissas do pensamento abissal [é] a da crença na ciência como única forma de conhecimento válido e rigoroso” (2007: 86), que é legitimado a partir da referência a neutralidade e objetividade que alegadamente a caracteriza. Neste sentido, supõe um conhecimento sem sujeito ou no qual o sujeito toma distância de si para evitar a “contaminação” por particularidades, ideologia e interesses, como apontam Restrepo e Rojas (2010). Toma para si, desta forma, um ponto de vista que não tem ponto de vista ou, como aponta Morin (2007), se assume como um “sujeito tudo-nada” no sentido de que “nada existe sem ele, mas tudo o exclui: ele é como o sustentáculo de toda verdade, mas ao mesmo tempo ele não passa de “ruído” e erro frente ao objeto” (2007: 43). Nessa mesma direção, o sociólogo colombiano Santiago Castro-Gómez se

refere à “hybris do ponto zero” e, retomando a figura bíblica da “hybris” como pecado da desmesura, afirma que o maior pecado do ocidente é:

“Pretender hacerse un punto de vista sobre todos los demás puntos de vista, pero sin que de ese punto de vista pueda tenerse un punto de vista” (Castro-Gómez, 2007: 83).

Este “saber-de-lugar-nenhum, que se quer universal” (Porto-Gonçalves, 2005: 3) oculta a posição desde a qual produz conhecimento e nega sua origem, instalando o conhecimento ocidental como universal enquanto nega este status ao conhecimento produzido na “periferia” ou no “Sul Global”/..., que é condenado para ser no máximo conhecimento local. Desta forma, também se reduziu o “indígena” a “crenças fossilizadas e imutáveis que servem apenas no espaço histórico que ocupam”, como aponta Masolo (2010: 328). Para Santos (2002),

“o falso universalismo da racionalidade cognitivo-instrumental se presta particularmente a transformar experiências dominantes (experiências de uma classe social, sexo, raça ou etnia dominante) em experiências universais” (2002: 87).

Continuando, o autor propõe reconhecer que “bajo el traje de los valores universales autorizados por la razón, la razón de una raza, de un género y de una clase social fue impuesta de hecho” (Santos, 2007: 31).

Como é incompleto e ideológico abordar a modernidade sem levar em conta o colonialismo (Castro-Gómez, 2005: 83) resulta, portanto, ao nosso ver, igualmente ideológico e incompleto abordar o modelo de racionalidade no qual assenta a ciência moderna sem considerar os processos histórico-sociais que possibilitaram a imposição e a primazia de uma racionalidade tão limitada. Neste sentido, cabe lembrar que a epistemologia ocidental instaurou sua hegemonia com base na força militar e a partir da destruição de outras formas de conhecimento. Como indica Harding (1997), a ideia da ciência universal desenvolveu-se junto com a supremacia política, militar e econômica da Europa. O “epistemicídio” assim se realizou mediante a negação (invisibilização, subalternização) do legado intelectual dos povos indígenas e africanos (Walsh, 2005) e a simultânea elevação do legado europeu. As monoculturas do saber, que se impuseram a partir da colonização, portanto, principalmente são monoculturas eurocêntricas, que segundo Goody (2008) implicaram um “roubo da história”. Goody (2008) refere-se às narrativas eurocêntricas da história mundial, que possibilitaram aos europeus se apropriar ilegitimamente e se autoproclamar “guardiões” de instituições e valores como a universidade, a secularidade, a democracia e a liberdade. O eurocentrismo ainda levou à globalização de localismos, como aponta Santos (2010a), e os impôs como conceitos, valores e proposições normativas universais, embora com estatuto diferenciado e inferior do conhecimento científico dito universal.

A persistência e centralidade do eurocentrismo manifesta-se nas linhas abissais que continuam marcando a ciência moderna, como foi apontado anteriormente, e nas dificuldades de imaginar alternativas teóricas e políticas desde o pensamento crítico ainda, em grande parte, eurocêntrico, como é colocado por Lander (2005) e Santos (2010a). Ainda se reflete em dispositivos mais sutis ligados à interpelação ideológica, à produção de subjetividades e de desejos, como apontam os antropólogos colombianos Restrepo e Rojas (2010). Grosfoguel (2010a), neste sentido, afirma que o sucesso do sistema-mundo colonial/moderno “reside em levar os sujeitos socialmente situados no lado oprimido a pensar epistemologicamente como aqueles que se encontram em posições dominantes” (2010a: 459). O eurocentrismo, dessa forma, permeou as subjetividades e os imaginários de emancipação e, em grande parte, paralisou a construção de alternativas (desde o pensamento crítico de raiz eurocêntrica), por exemplo, em relação ao regime de acumulação capitalista. Santos (2010a) fala do “fim do capitalismo sem fim”, aludindo à dificuldade de imaginar o fim do capitalismo e imaginar que o capitalismo não tenha fim. Essa dificuldade ainda se deve à naturalização do sistema-mundo capitalista/colonial, que tem sido denunciado por vários representantes do Grupo M/C, incluindo Santiago Castro-Gómez (2005) quem afirma:

“A morte dos metarelatos de legitimação do sistema-mundo não equivale à morte do sistema-mundo, equivale, a uma transformação das relações de poder no interior do sistema-mundo, o que gera novos relatos de legitimação (...) Só que a estratégia de legitimação é diferente: já não se trata de metarelatos que mostram o sistema, projetando-o ideologicamente num macro-sujeito epistemológico, histórico e moral, e sim de micro-relatos que o deixam de fora da representação, ou seja, que o invisibilizam” (Castro-Gómez, 2005: 85).

A invisibilização da totalidade (ou de outras alternativas de totalidades possíveis) é talvez a construção epistemológica mais relevante na construção de desconhecimentos que abordamos neste capítulo e, especificamente, para compreender a naturalização da ordem social imposta a partir da colonialidade do saber, poder e ser. De acordo com Castro-Gómez (2005), “o sistema-mundo permanece como esse grande objeto ausente da representação” (2005: 86) e parece “como se nomear a totalidade se houvesse transformado num tabu para as ciências sociais e a filosofia contemporânea, do mesmo modo que para a religião judia constituía um pecado nomear ou representar a Deus” (2005: 86). Desta invisibilização decorre uma naturalização tanto do privilégio quanto da subalternidade e das categorias básicas da exploração/dominação. Para Quijano (2010: 118) “o facto de que as características que identificam lugares e papéis nas relações de poder tenham toda a pretensão de ser simplesmente nomes de fenômenos naturais é uma indicação de que todo poder requer esse mecanismo para a sua reprodução”, e atribui um papel estratégico à naturalização. Especificamente em relação à naturalização da sociedade liberal, Lander lembra que:

“Para as gerações de camponeses e trabalhadores que durante o século XVIII e XIX viveram na própria carne as extraordinárias e traumáticas transformações (expulsão da terra e do acesso aos recursos naturais; perda da soberania alimentar), a ruptura com os modos anteriores de vida e de sustento – condição necessária para a criação da força de trabalho “livre” – este processo foi tudo exceto natural” (Lander, 2005: 12).

De forma semelhante, a modernidade capitalista é apresentada como produto da engenhosidade de empresários europeus, da racionalidade dos Estados metropolitanos e/ou da força de trabalho do proletariado europeu – um processo alegadamente intra-europeu que se difunde posteriormente (Coronil, 2005). Essa abordagem coincide com a abordagem dominante da modernidade como fenômeno intra-europeu e fenômeno baseado nas quatro ideologias visíveis do sistema-mundo (cristianismo, conservadorismo, liberalismo e socialismo), que Mignolo (2003) diferencia da ideologia invisível: o colonialismo.

Para os representantes do Grupo M/C, cujas críticas foram abordadas nesta parte do capítulo, as formas eurocêntricas de conhecimento, portanto, não são aditivas senão constitutivas da economia política do sistema-mundo capitalista/colonial (Castro-Gómez & Grosfoguel, 2007). Segundo Quijano e Dussel, o eurocentrismo constitui uma atitude colonial sobre o conhecimento, que se articula com os processos de dominação, exploração e marginalização que marcam centro e periferia e com as hierarquias étnico-raciais.

2.2 Bases e princípios epistemológicos da Epidemiologia dominante: críticas e propostas de superação desde a Medicina Social e Saúde Coletiva Latino-americana

As insuficiências da ciência moderna também se evidenciam no campo da Saúde Pública e mais especificamente na Epidemiologia, que manifesta sinais de crise (Almeida-Filho, 2000; Barreto, 1998; Castellanos, 1997). São antigas as observações críticas sobre a epidemiologia convencional, por alguns denominada de epidemiologia moderna (Rothman et al., 1998), mesmo que variem os focos e o alcance da crítica. Breilh (2010; 2013) aponta que se manifestaram confrontações entre paradigmas epidemiológicos contrapostos em cada período histórico e refere ao choque entre o contagionismo conservador e a doutrina miasmática no século XIX, à confrontação entre as explicações unicasais e os trabalhos da medicina social na primeira metade do século XX e, na atualidade, à oposição entre a epidemiologia convencional multicausal, os modelos empírico-funcionalistas e, recentemente, a epidemiologia dos determinantes sociais da saúde (DSS), contraposto ao conjunto de propostas contra-hegemônicas, principalmente ligado à MS-SC latino-americana. Não obstante as diferenças no alcance da crítica e a variação histórica, é notória e constante a referência às insuficiências em relação à visão limitadora do objeto formal da

epidemiologia (saúde-doença-atenção), dos seus determinantes e processos de determinação e da sua dimensão coletiva. As críticas articuladas desde a perspectiva da MS-SC talvez sejam as mais sofisticadas e conseqüentes, principalmente porque além de desvendar as bases epistemológicas da Epidemiologia, têm contribuído para a superação das mesmas a partir da elaboração de teorias e abordagens alternativas. A perspectiva da MS-SC ainda merece destaque por sua posição ainda subalterna no continente latino-americano e no contexto internacional, o que se manifestou na invisibilização das contribuições da MS-SC na recente mobilização ao redor dos DSS, que analisaremos detalhadamente no terceiro capítulo. Contudo, tal origem crítica foi marcante para o desenvolvimento do movimento sanitarista brasileiro e a criação da Saúde Coletiva no país.

A seguir, buscamos abordar as insuficiências da Epidemiologia convencional, que têm marcado as interpretações dominantes das iniquidades étnico-raciais em saúde, explicitando e situando as bases epistemológicas da Epidemiologia a partir das principais críticas e propostas de superação articuladas pela MS-SC bem como em relação aos traços da epistemologia hoje dominante, abordados na primeira parte do capítulo. Em um primeiro momento, buscamos discutir os problemas associados ao uso dos conceitos cor/raça/etnia na pesquisa epidemiológica, que exemplifica problemas no uso de variáveis de estratificação social e, em termos mais gerais, a dificuldade da Epidemiologia convencional de abordar “o social” (Almeida-Filho, 2000). Argumentamos que os problemas associados ao uso dos conceitos cor/raça/etnia são sintomáticos da crise do campo da Epidemiologia (Paim & Almeida-Filho, 1998; Breilh, 2003; Almeida-Filho, 2000), que buscamos abordar em seguida. Procuramos apresentar e sistematizar as críticas à epidemiologia convencional articuladas principalmente por dois dos mais destacados representantes da MS-SC, o equatoriano Jaime Breilh e o brasileiro Naomar Almeida-Filho, buscando discutir os sinais de insuficiência e de crise apontados pelos autores e esboçar algumas das propostas centrais articuladas desde a MS-SC. Partimos do pressuposto de que as abordagens dominantes na Epidemiologia continuam submetidas a um modelo de causalidade linear e reducionista (Goldberg, 1990) e uma noção que está contaminada por uma visão biologicista e individualista da saúde, reforçando uma visão fragmentada. No caso dos estudos sobre iniquidades sociais e principalmente étnico-raciais em saúde, essa visão tem contribuído para a descontextualização e despolitização dos processos de determinação social da saúde e ainda reforça uma noção de vulnerabilidade e grupos vulneráveis que invisibiliza os processos de vulnerabilização e retira sua condição de sujeitos de transformação, como é apontado por Porto (2011). Buscamos finalizar o capítulo com uma discussão sobre a produtividade tática e integração estratégica das interpretações dominantes que se impuseram a partir da epistemologia hoje hegemônica na epidemiologia.

2.2.1 Limites e problemas associados ao uso dos conceitos cor/ raça/ etnicidade

Reconhecendo os limites e problemas associados ao uso dos conceitos cor/raça/etnicidade na investigação sobre desigualdades em saúde, promoveram-se nos últimos anos, principalmente no contexto europeu, debates e definiram-se “boas-práticas” ao redor do uso das variáveis etnicidade e raça, salientando a necessidade de reconhecer a complexidade dos conceitos e a especificidade contextual e temporal. Ainda avançaram-se as críticas ao redor da operacionalização dos conceitos que se centram principalmente no reducionismo e na simplificação das operacionalizações e nas limitações quanto à validade e confiabilidade.

Quanto à última, Bastos et al (2009) retoma Kaplan e Bennett (2003: 2710) argumentando que a validade e confiabilidade não podem ser assumidos no caso da variável ‘raça’ porque as categorizações variam de acordo com o local, a hora da categorização, o contexto social, o nível socioeconômico e as preferências fenotípicas dos entrevistados (2009: 2112) e ainda se referem à interação entre características dos entrevistados e do entrevistador (2009: 2116). A natureza contingente, dinâmica e fluída dos conceitos “etnicidade” e “raça” e das identidades étnico-raciais, entretanto, introduz complexidade que não parece ser possível captar adequadamente por meio das classificações comuns da epidemiologia convencional sem limitar a validade e confiabilidade das variáveis. As críticas ao redor das operacionalizações reducionistas e simplistas, portanto atingem a questão da complexidade dos conceitos. Neste sentido, Kaplan e Bennett (2003: 2710) argumentam que as categorias étnico-raciais são imprecisas e, no melhor dos casos, aproximações aos agrupamentos socialmente definidos a partir da cor da pele, o país de origem, a língua materna e o sotaque. Argumenta-se ainda, por exemplo, em relação à prática de submeter a categoria “pardo” à categoria “negro” e em relação às categorias amplas como “asiático” (Bhopal, 2007), que a heterogeneidade das respectivas categorias é mascarada e uma homogeneidade é falsamente assumida. Bhopal (2007) aponta que diferenças por país de origem, religião, língua, padrões alimentícios e outros fatores relevantes para os processos de saúde-doença são ofuscados em categorias étnico-raciais amplas. No entanto, como aponta Oppenheimer (2001), categorias amplas imitam os padrões de discriminação e, portanto servem como marcadores de exposições à discriminação (Bastos et al, 2009).

Salientaram-se ainda problemas referentes à terminologia, argumentando que o uso arbitrário e intercambiável dos termos etnicidade, raça e cor podem gerar confusão. Ainda chamou-se atenção para o fato de certos termos terem outros significados em diferentes partes do mundo, limitando as possibilidades de comparação (Bhopal, 2007), o que também se aplica aos significados dos conceitos etnicidade e raça em si. Refere-se, por exemplo, ao termo branco que adquire diferentes

significados e se configura de acordo com o respectivo “negro” ou “não-branco”. De forma semelhante, usa-se o termo “imigrante” na literatura científica europeia e no discurso público tanto para minorias étnicas com experiência migratória quanto para minorias étnicas sem experiência de migração. Kaplan e Bennett (2003: 2713) ainda chamam atenção para a terminologia estigmatizante e recomendam usar o termo “Asian” em vez de “Oriental” ou “Asiatic” e evitar o uso dos termos “Caucasian”, “Mongoloid” e “Negroid” porque se baseiam em teorias antiquadas e explicitamente racistas.

Outro assunto salientado são as limitações conceituais que se relacionam às noções de causalidade, à clareza conceitual e aos rótulos atribuídos aos grupos populacionais estudados. Neste sentido argumenta-se que na pesquisa epidemiológica, as variáveis etnicidade e raça foram transformados em fatores de risco e as causas das desigualdades étnico-raciais em saúde foram situadas nas culturas e biológicas “disfuncionais” de determinados grupos étnicos e raciais e, assim, retiradas do contexto das iniquidades sociais (Laguardia, 2004). Laguardia (2004: 221) constata que “usadas de forma não-teórica e mecânica, as variáveis ‘raça’ e etnicidade não iluminam as maneiras em que as diferenças raciais [e étnicas] são construídas nos níveis micro e macrosociais”. Dessa forma, noções essenciais da biologia e cultura dos “outros”, baseados no pressuposto da inalterabilidade e do inato, foram adotadas como fundamentos epistêmicos das afirmações sobre a ordem social e as disparidades em saúde (Laguardia, 2004: 256). Tais noções referem-se a supostas diferenças genéticas ou especificidades culturais, mesmo que não exista evidência científica para raça ser considerada preditor ou marcador de susceptibilidades genéticas (Travassos e Williams, 2004: 662), nem se possa assumir homogeneidade cultural dentro das categorias étnico-raciais definidas pelos pesquisadores.

Enquanto se explicitaram importantes limites no uso dos conceitos cor/raça/eticidade, os debates e principais propostas acima, expostos de forma sucinta ficaram presos a uma visão, ao nosso olhar, incompleta do problema. Ao discutir amplamente os “vieses” como, por exemplo, as identidades étnico-raciais “instáveis” (Bhopal, 2007; Oppenheimer, 2001) e ao buscar soluções aos problemas estritamente de medição da raça/etnia/cor, salienta-se um plano individual e de identidades. Contudo, raça, etnia e cor poderiam e, em vista da natureza dos processos de produção e reprodução social das iniquidades étnico-raciais em saúde, deveriam ser *proxy* de processos de dominação, exploração e marginalização racializados, que necessitariam ser explicitados e explicados em relação às condições específicas do território, e a identidade étnico-racial não necessariamente é central para compreender os processos de determinação social das desigualdades étnico-raciais em saúde.

Além de ser transformado em “fator de risco”, etnicidade e raça, neste sentido, ainda são transformados em categorias mal definidas de uma difusa identidade cultural, de forma análoga à neo-transmutação da “classe social” para “condições socioeconômicas” e “ingresso” (Breilh, 2010: 64). A inclusão de “condições socioeconômicas” e “ingresso” ou “renda” como variáveis na pesquisa sobre desigualdades sociais em saúde, certamente traz importantes elementos para a análise, mas não consegue captar os processos e lutas ao redor da dominação, marginalização e exclusão que marcam a ordem social e definem as iniquidades sociais, principalmente porque meramente observa a influência de fatores sociais isolados em relação a determinadas doenças. Algo parecido ocorre com as categorias de identidades étnico-raciais que, quando seu emprego é justificado, servem como *proxies* de experiências de discriminação racial e também são empregadas para indicar certas práticas e subjetividades socioculturais, mas não necessariamente captam os processos de subalternização das populações não-brancas que marcam a ordem social de sociedades concretas. Pelo contrário, tendem a invisibilizá-los aos excluí-los do marco teórico.

Evidencia-se, que os problemas associados ao uso dos conceitos raça/etnia/cor no campo da saúde e na pesquisa epidemiológica não se solucionam apenas com a adoção de maior rigor conceitual, metodológico e analítico no emprego das variáveis/conceitos, como é reconhecido pelos autores do *Leeds Consensus Statement* sobre os princípios para a pesquisa sobre etnicidade e saúde (Mir et al., 2013), na medida em que podem ser considerados como expressões das lacunas teóricas e metodológicas mais profundas da Epidemiologia, que demandam rupturas epistemológicas (Inhorn & Whittle, 2001).

Mesmo que o *Leeds Consensus Statement* não situe os problemas que se manifestam na pesquisa sobre etnicidade e saúde no marco das insuficiências da epistemologia dominante no campo da saúde pública e epidemiologia e, desta forma, se limita à proposição de algumas “dicas” (10 princípios) para pesquisadores desta área, cabe ressaltar alguns princípios do *Leeds Consensus Statement* que não têm sido considerados nos recentes debates ao redor dos problemas associados ao uso dos conceitos raça/etnia/cor na pesquisa em saúde no Brasil (Kabad et al, 2012; Laguardia, 2004), mas podem contribuir para a discussão.

Neste sentido, Mir et al (2013) fazem uma importante contribuição ao debate quando afirmam que pesquisadores na área de iniquidades em saúde têm a responsabilidade de abordar etnicidade na sua pesquisa (princípio 1) e desta forma reconhecem a centralidade da dimensão étnico-racial na configuração e reprodução das iniquidades sociais e, portanto, também das iniquidades em saúde. Enfatizam ainda, a importância da transparência no uso de conceitos, teorias e pressupostos que subjazem à pesquisa sobre iniquidades étnico-raciais em saúde (princípio 3). Mesmo que os autores

não situem os problemas ao redor do uso destas categorias nas bases epistemológicas da epidemiologia, reconhecem a necessidade de incluir minorias étnicas na pesquisa sobre desigualdades étnico-raciais em saúde (princípio 10). Cabe ainda destacar o princípio 7, que cobra especial relevância para o contexto brasileiro, na medida em que o quesito cor/raça é adotado no censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Mir et al (2013) notam que, apesar das categorias do censo sejam de grande utilidade para descrever as desigualdades étnico-raciais (em saúde), são insuficientes para compreender as causas das desigualdades/iniquidades e precisam ser complementadas por categorias analíticas adicionais, de acordo às respectivas perguntas de pesquisa (princípio 6).

2.2.2 Problemas de fundo: As insuficiências da Epidemiologia convencional

Como notamos anteriormente, os problemas no uso dos conceitos cor/raça/etnia na pesquisa epidemiológica são sintomáticos da crise da Epidemiologia e, portanto, não podem ser dissociados das notórias insuficiências da epidemiologia convencional. A seguir, buscamos abordar algumas destas insuficiências, principalmente desde a perspectiva da MS-SC e objetivamos ainda contrastar as abordagens e interpretações dominantes com as abordagens propostas desde a MS-SC, principalmente pelo equatoriano Jaime Breilh e o brasileiro Naomar Almeida-Filho.

A Epidemiologia se consolidou como ciência em meados do século XX e os elementos conceituais, metodológicos e ideológicos são principalmente representados pela clínica, pela estatística e pela medicina social (Almeida-Filho, Barreto, Rouquayrol, 2011). A contagem e os procedimentos de categorização representam ferramentas fundamentais na produção de conhecimento na epidemiologia, igual que o raciocínio de cunho indutivista, que admite uma proposição geral a partir de observações singulares (Barata, Almeida-Filho, Barreto, 2011). Como todas as ciências modernas, o fundamento epistemológico da Epidemiologia é essencialmente aristotélico-cartesiano, o qual se expressa, entre outros, nos princípios de objetividade, neutralidade, causalidade, linearidade, simplicidade e disciplinaridade que definem o raciocínio epidemiológico, o qual tem sido alvo de críticas desde os anos 1960, principalmente desde a MS-SC latino-americana. Os princípios cartesianos e o “modo de raciocinar” que se configura a partir e em função dos mesmos foram identificados como barreiras na compreensão integral na epidemiologia (Almeida-Filho, 1992) e como substratos da crise que se manifesta neste campo (Almeida-Filho, 1992; 2000; Barreto, 1998; Castellanos, 1997). Castellanos (1997) neste sentido, aponta que parte da chamada “crise da Saúde Pública” tem raízes nas limitações conceituais, metodológicas e técnicas da Epidemiologia, enquanto disciplina básica do campo da saúde pública.

Barreto (1998) agrupa as formas em que se interpreta a crise da epidemiologia em cinco categorias: 1) uma crise do seu paradigma dominante, que foi apontado principalmente por Susser e Susser (1996), referindo-se às sucessivas superações dos paradigmas dominantes na história da epidemiologia; 2) uma crise na sua capacidade de formulação teórica, isso é, a falta de estabelecer novos ou adequados fundamentos teóricos; 3) uma crise resultante da ruptura dos seus compromissos históricos no sentido da epidemiologia não cumprir com a missão de construir conhecimento para fundamentar as ações de saúde pública; 4) uma crise da relação com a prática da saúde pública, que tem sido relacionado com a inadequação de grande parte do conhecimento produzido e dos debates sobre as relações entre a produção de conhecimento e sua aplicação no âmbito político e prático; e finalmente 5) uma crise da capacidade explicativa, em consequência de discordâncias entre estudos sobre um mesmo tópico.

Desde a MS-SC apontaram-se ainda outros sinais de crise e insuficiência ou recolocaram-se as críticas apontadas por Barreto, partindo do reconhecimento da natureza social dos processos saúde-doença, da incompatibilidade do sistema social imperante e o modo de civilização que o reproduz quanto à construção de modos de viver saudáveis (Breilh, 2013: 6; Breilh, 2010a) e outros pressupostos centrais. Recentemente Breilh (2010a) tentou resumir a posição da MS-SC nas *10 teses para uma visão crítica da determinação social da vida e da saúde*, que se fundamentam no reconhecimento da necessidade de transformar a epidemiologia da saúde numa “epidemoecologia” da *vida*. A epidemoecologia da vida refere à articulação entre as estratégias de promoção e defesa da saúde e vida humana com a proteção e ampliação da reprodução da vida na natureza.

Em diferentes períodos históricos e em relação a diferentes paradigmas dominantes, a MS-SC neste sentido forjou-se como conjunto de propostas contra-hegemônicas e avançou na identificação das insuficiências nas formas de construir conhecimento e atuar sobre o objeto formal da epidemiologia (processos saúde-doença-atenção), seus determinantes e processos de determinação social, articulando propostas de superação e ruptura e realizando chamados para um reexame crítico das bases lógicas e históricas da epidemiologia que definem as formas de apresentação dos nexos (de associação, causais, preditivos) entre processos e eventos relativos à saúde-doença na sociedade moderna (Coutinho, Almeida-Filho, Castiel, 2012). Almeida-Filho (2000) também referiu à necessidade de se construir uma epidemiologia referencial (não inferencial), uma epidemiologia da previsão (não da predição), uma epidemiologia histórica (não retrospectiva), uma epidemiologia capaz de alimentar a práxis (não meramente produzir técnicas) e uma epidemiologia sem riscos relativos a fatores, mas relativos a cenários (2000: 305). Breilh (2003) aponta a necessidade de se construir uma epidemiologia crítica, emancipadora e intercultural, capaz de

orientar a compreensão e atuação sobre os processos de dominação, marginalização e exploração, que se manifestam nas iniquidades sociais em saúde e no sofrimento humano.

As críticas da MS-SC têm-se forjado em primeiro lugar na análise das bases e princípios epistemológicos da epidemiologia, partindo do reconhecimento do poder simbólico da ciência e das implicações de construções ontológicas e epistemológicas no plano ético e político (Breilh, 2003; 2013, Hernández, 2011). Além da denúncia da “epidemiologia funcionalista”, da “história non-santa” da epidemiologia, principalmente por Jaime Breilh (1998; 2003; 2010; 2010a; 2013), que abordaremos na última parte deste capítulo, propôs-se um questionamento minucioso das instâncias discursivas e construções epistemológicas que segundo os representantes da MS-SC tem empobrecido a análise epidemiológica e reduzido as possibilidades da epidemiologia contribuir para a compreensão e a ação no campo da saúde pública, principalmente em relação aos processos de determinação social da saúde. Breilh (2010: 37), neste sentido, aponta quatro operações interpretativas que, segundo o autor, tem empobrecido a análise epidemiológica: 1) uma explicação reducionista dos fenômenos ligados à determinação social da saúde; 2) a centralidade da associação causa-efeito (ou nexos causal) enquanto princípio e lógica organizadora do universo e da saúde; 3) a reificação das relações causa-efeito como esquema formal aplicado para a identificação dos “fatores de risco” e, 4) a redução da noção de “exposição” a um problema individual de natureza probabilística, ou eventualidades.

2.2.2.1 Reinterpretações desde a MS-SC

A MS-SC tem se diferenciado de outras abordagens principalmente pela crítica das dinâmicas sociais que sustentam as assimetrias de poder nas sociedades capitalistas. Breilh (2010a) afirma que o modelo civilizatório atual e o sistema de aceleração econômica e despojo (espoliação ou pilhagem) que o sustentam, são o eixo central da determinação social da saúde e são incompatíveis com o bem viver e os modos de vida saudáveis. De acordo com a referência anterior sobre a incompatibilidade entre o sistema social imperante e a construção de modos de viver saudáveis, o autor afirma que o modelo de acumulação acelerada impôs à humanidade uma “economia da morte”, que

“administra las necesidades para generar más capital, es decir, más trabajo muerto, que aplica el capital para extraer trabajo vivo del trabajador, planifica la muerte de los objetos que nos veamos obligados a acortar los ciclos de compra/consumo (obsolescencia planificada), acelera la imposición de una cultura productivista extrema, y asume los bienes de la madre naturaleza como valores de cambio” (2010a: 95).

Para Breilh e outros autores da MS-SC é, portanto, necessário considerar os processos de subordinação social e desumanização que se engendram no contexto da acumulação capitalista e

da concentração de poder que caracteriza o sistema-mundo capitalista/colonial e se manifestam na “triple iniquidade” – de classe social, etnia/raça¹⁸ e gênero (Breilh, 2003: 107). Consequentemente, é necessário considerar os processos saúde-doença na aceleração, no despojo e no choque (Breilh & Tillería, 2008), bem como suas articulações específicas nos diferentes territórios e espaços para compreender os processos saúde-doença e as iniquidades. Breilh & Tillería (2008) apontam que a lógica imperante desta fase de acumulação capitalista é extrair, produzir e distribuir para gerar produtos que possam ser consumidos. No tocante a este reconhecimento, torna-se necessário superar a noção empírica dos “espaços saudáveis” e a visão biologicista da vida e introduzir uma perspectiva crítica dos requisitos reais de uma sociedade para promover uma vida “plena, digna, feliz e saudável” (Breilh, 2010: 97) que se resumem nas propostas das três “S” da vida (soberania, solidariedade e saudável, que propõe Breilh (2010a).

Desta forma, a determinação social da vida e da saúde não consiste propriamente em expandir o modelo empírico na busca das “causas das causas”. Para Breilh (2010a) é preciso reconhecer as limitações do causalismo formal (Breilh, 2010; Samaja, 1993; Almeida-Filho, 2000) e superar o entendimento da determinação social como resultado da interação entre fatores vinculados de forma externa aos processos saúde-doença. Isso implica reconhecer a “historicidade do biológico” ou o condicionamento histórico dos fenômenos físico-químicos e biológicos da natureza (Breilh, 2010a), e, principalmente, a noção da “subsunção”, como princípio básico da determinação social da vida e da saúde. A subsunção, assim é entendido como o movimento da vida, o metabolismo sociedade-natureza e o desenvolvimento de fenótipos e genótipos no marco do movimento da materialidade social, dos modos de vida típicos, que se realizam sob relações de poder sistemáticos e sob a lógica de reprodução social sometida à expansão do regime de acumulação capitalista (Breilh, 2013: 38). Na proposta teórica de Jaime Breilh, o biológico assim é subsumido no social. A subsunção, no entanto, não equivale à subordinação ou submissão, mas compreende mudanças permanentes nos padrões de transformação mútua (Breilh, 2010a: 101). Seguindo uma das principais propostas de Juan Samaja (1993), os movimentos entre os processos de diferentes ordens desta forma são assumidos como processos dialéticos com momentos de geração e momentos de conservação ou reprodução. A determinação social assim não se limita a um nexos externo entre processos sociais e processos biológicos, mas parte do reconhecimento do nexos interno, que se dá através do movimento da subsunção, entendido como um processo dialético que engloba os movimentos das distintas dimensões. Para Breilh (1991: 206),

¹⁸ Breilh (2003) não refere à “raça”, senão apenas à etnia.

“as leis do movimento epidemiológico atuam nas relações estruturais de produção-consumo mediadas pela distribuição (nas sociedades capitalistas, distribuição pelo mercado e distribuição do salário social); nas relações com a natureza ou ambiente natural “externo”, mediadas pela produção e também nas relações de produção mediadas pelas condições do ambiente natural; nas relações político-ideológicas; nas relações da reprodução individual cotidiana (chamadas por Agnes Heller “reprodução do particular e do indivíduo”); e nas relações do movimento biológico subsumido, que por sua vez atuam como mediadores que especificam o efeito da história nos organismos, na corporeidade, participando desse modo na determinação.”

Consequentemente, a determinação social dos processos saúde-doença não é nem primordialmente “individual-subjetiva-contingente” nem primordialmente “coletiva-objetiva-determinada”, mas sempre e simultaneamente o movimento de gênese e reprodução, como aponta Breilh (2003). A noção de “determinação social da saúde” essencialmente pode ser compreendida como uma ferramenta para trabalhar a relação entre a reprodução social, os modos de viver, adoecer e morrer (Breilh, 2013), ou seja, como “modo de se tornar” (modo de devir ou vir a ser), colocando ênfase nos movimentos de geração e reprodução, deterioração e proteção, desgaste e recuperação e, desta forma, na dialética entre produção e reprodução social do processo complexo da saúde-doença. Especificamente em relação à determinação social das iniquidades étnico-raciais em saúde, destaca-se a “colonialidade do poder” e o racismo que impõem processos de dominação, exploração e marginalização racializados, isso é, processos que se configuram em relação e em função da imposição de uma classificação racial hierarquizada e se inserem numa matriz de dominação. A gênese e reprodução na determinação social das iniquidades étnico-raciais em saúde ainda se rege pela “colonialidade do saber” e, em termos mais gerais, pelo modelo de racionalidade dominante, que propicia formas de compreender a alteridade e principalmente as injustiças sociais funcionais a sua reprodução e, desta forma, tem assumido um papel constitutivo na reprodução e geração dos processos acima referidos. Por outro lado é a “colonialidade do ser” ou, como referimos anteriormente, a interpelação ideológica e a produção de subjetividades que subjaz à determinação social das iniquidades étnico-raciais em saúde na medida em que define as possibilidades de emancipação e ainda influi nos modos de vida, na cotidianidade e, consequentemente, no processo saúde-doença. A noção da determinação social, neste sentido, permite compreender movimentos de geração e reprodução, deterioração e proteção, desgaste e recuperação de diferentes níveis e permite situar estes processos no marco da produção e reprodução das relações de poder no sistema-mundo capitalista/colonial sem impor uma visão determinista ou uni-causal.

Daí a necessidade de superar a noção epidemiológica do social como construção indutivista desde o individual e compreender que a determinação se estrutura de forma dialética e a partir de

diferentes “modos de se tornar”, por modos de vida em iniquidade e não apenas por estilos de vida insalubres, como aponta Breilh (2010a) na tese 5. Um exemplo que propõe Breilh em outra publicação (Breilh, 2003) ilustra esta diferença:

“Una familia, por ejemplo, en cuya cotidianidad aparece un caso infantil de infección aguda de vías respiratorias, crea respuestas y explicaciones según su libre albedrío y de acuerdo a las posibilidades materiales y formas culturales inscritas en su *estilo de vida* personal; pero, todo ese movimiento no se da en el vacío de relaciones sociales más amplias, sino inscrito en un *modo de vida* cuyos patrones influyen poderosamente las construcciones cotidianas, un modo de vida que acumula la historia del grupo, que se ha formado en la experiencia grupal para enfrentar sus desafíos y contradicciones y que se enmarca en las factibilidades que le asigna un sistema de producción/propiedad, que corresponde a un sistema de distribución del poder” (Breilh, 2003: 51).

Almeida-Filho (2000) e também Luis David Castiel (1994) coincidem com Breilh na atribuição de um caráter grupal/coletivo aos “modos de vida” e na diferenciação entre “modos de vida” e “estilos de vida”. Desta forma, os autores ressaltam que é impossível compreender a saúde dos grupos sociais sem estudar os modos de vida destes grupos. Mais do que Breilh, Almeida-Filho enfatiza a manifestação destes modos de vida na cotidianidade e define o modo de vida como conjunto articulado de práticas na vida cotidiana. Ainda propõe que o modo de vida opera e se constitui em relação aos sistemas de signos, significados e práticas, o qual “implica abrir a epidemiologia ao estudo não só das situações de saúde, mas também das representações da saúde e suas determinações, no mundo da vida, na cotidianidade, nos modos de vida, através do conceito particular de práticas de saúde” (Almeida-Filho, 2004: 878).

Em ambos os autores e de modo geral, na MS-SC, o “modo de vida”, portanto, vai além das condutas individuais diante a saúde e inclui as dimensões sociohistóricas, englobando as dinâmicas das classes sociais e das relações de produção, além dos aspectos simbólicos da vida cotidiana nas sociedades (Almeida-Filho, 2000: 174; Breilh, 2010a: 103). A proposta da “epidemiologia do modo de vida” é resumida na **Figura 1** proposta por Almeida-Filho (2004):

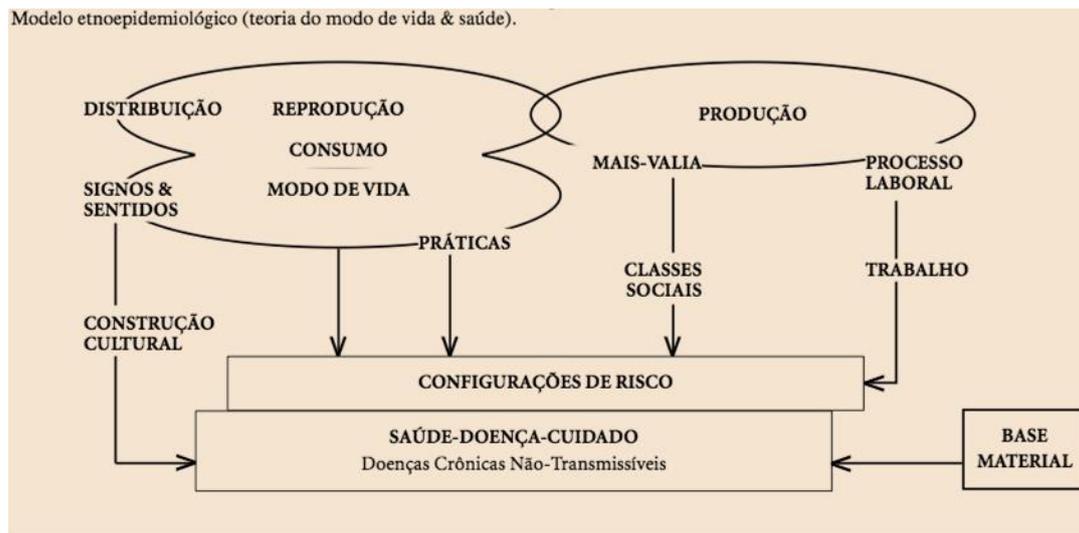


Figura 1 Epidemiologia do modo de vida

Seguindo Almeida-Filho e buscando explicitar como os modos de vida definem os processos saúde-doença, Breilh (2010a) ressalta os modos de vida como sistemas de contradições que determinam os padrões epidemiológicos de exposição e vulnerabilidade e nota:

“En el marco de los modos de vivir grupales, y los estilos de vida individuales que aquellos hacen posibles, se forjan formas de vivir, elementos y tendencias malsanas, así como procesos saludables y protectores. En otras palabras, se va generando un movimiento contradictorio de procesos destructivos y protectores que, en última instancia, condicionan el desarrollo en los fenotipos y genotipos de las personas, sea de procesos favorables (fisiológicos, soportes y defensas físicos y psicológicos), o sea de alteraciones y trastornos (fisiopatológicos, vulnerabilidades y debilidad psicológica)” (Breilh, 2010a: 104)

A saúde, desta forma, essencialmente é reconhecida como um processo complexo. Para Breilh (2010a) o reconhecimento desta complexidade, no entanto, não pode implicar a ampliação da mesma lógica teórico-política, nem a adoção do relativismo. Trata-se, ao contrário, de reconhecer os múltiplos processos complexos que subjazem os processos saúde-doença, que não podem ser nivelados aos processos empiricamente observáveis, nem se reduzem à dimensão biológica. A MS-SC, desta forma, se refere à saúde como objeto complexo e adota uma noção da saúde como processo social, ou, como é colocado por Breilh (2010: 159), uma expressão particular do processo geral da vida social, o que se distancia das abordagens psicoculturais e psico-biológicas. Breilh (2010a) diferencia cinco dimensões de complexidade:

- a) Multidimensionalidade: saúde compreende espaços macro e micro, as dimensões geral, particular e singular.
- b) Caráter contraditório do seu movimento: estruturas de reprodução e processos de geração, bem como oposição de processos protetores e destrutores em todas as dimensões.
- c) Hierarquia e conexão: subsunção e autonomia relativa.

- d) Identidade: comunalidade (unidade) e diversidade.
- e) Sistema: aberto-irregular e fechado-regular.

Desde esta perspectiva, a saúde ontologicamente se define em relação ao espaço (dimensão macro e micro), ao caráter do movimento (reprodução e gênese), à hierarquia do movimento (subsunção), às especificidades espaço-temporais (saúde real, atual e observável) e em relação à contradição básica referente à oposição dialética de processos protetores e destrutivos (Breilh, 2003: 47). Dada a elevada complexidade deste esquema conceitual e a necessidade de um espaço maior para apresentação, discussão e eventuais críticas, cabe dizer que neste ensaio apenas esboçamos alguns traços básicos dos esquemas conceituais dos autores.

Para enlaçar produção e distribuição da saúde e expor sua complexidade, Breilh ainda propôs a categoria de “perfil epidemiológico” que sintetiza dois eixos da complexidade: o dimensionamento geral, particular e singular do processo saúde-doença por um lado, e a acima referida antítese entre processos protetores e processos destrutivos, por outro (Breilh, 2013b: 16). Segundo Breilh (2010a), o domínio geral corresponde à determinação dos sistemas de acumulação, da lógica matriz do sistema de produção, das políticas e expressões do Estado e dos processos gerais da cultura e dos condicionantes epistêmicos, ou seja, do modelo de racionalidade que rege as interpretações da realidade e define o que é concebido como real. No domínio do particular encontram-se os condicionantes estruturados pelos modos de vida dos grupos sociais, com seus padrões característicos de vulnerabilidade grupal em relação aos processos nocivos. O domínio singular expressa, segundo o autor, a determinação dos estilos de vida dos indivíduos e seus rasgos fenotípicos e genotípicos. Quanto à antítese, enfatizam-se particularmente os “processos críticos” protetores e destrutivos (valores e contravalores) relacionados à saúde humana, que Breilh (2003) localiza a) nos cenários do trabalho (vida produtiva), b) na esfera do consumo (vida da cotidianidade), c) nos espaços organizativo-políticos (vida política: interesses e forças sociais envolvidas, capacidade organizativa), d) no domínio da vida cultural (vida ideológica), e) nas relações ecológicas (vida de relação com as condições naturais).

Propomos sintetizar a abordagem proposta por Jaime Breilh na **Figura 2**, que busca sintetizar e atualizar as figuras propostas pelo autor e por comentadores da obra.

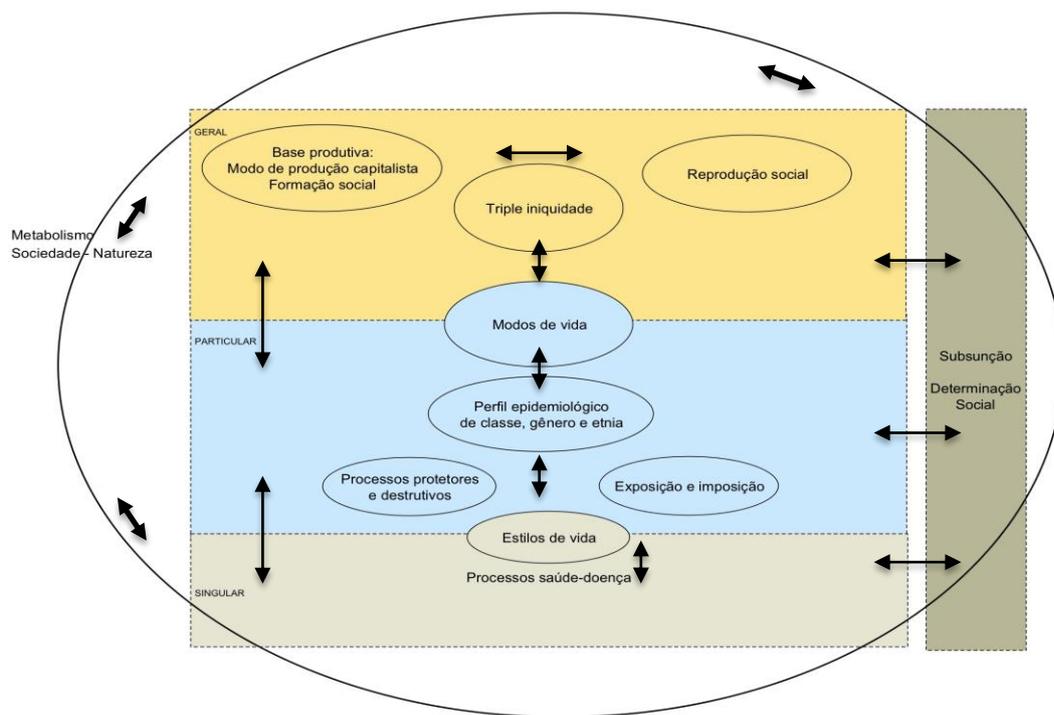


Figura 2 Epidemiologia crítica

Para finalizar esta seção, cabe notar que segundo Almeida-Filho (2000), a abordagem da saúde é o “ponto cego” das ciências da saúde em geral, e da Epidemiologia em particular. Neste sentido, o autor argumenta que os epidemiologistas não dispõem de instrumentos para conceituá-la e partem de uma compreensão reducionista que não faz justiça à natureza complexa e múltipla dos processos concretos relativos à vida, a aflição, sofrimento, dor, doença, cuidado, cura e morte – a saúde, enfim, que ocorre em agregados humanos históricos (Almeida-Filho, 2009; 2000). É interessante notar que os atributos propostos por Almeida-Filho de certa forma refletem a visão biomédica que impregna o autor, pois excluem outros atributos da vida, em especial a humana e social, como felicidade, vigor, resiliência, “bem viver” dentre outras, o que Jaime Breilh resumiu na proposta das três S’s da vida acima referida e na insistência nos requisitos reais de uma sociedade para promover uma vida “plena, digna, feliz e saudável” (Breilh, 2010: 97).

A reinterpretção da saúde como objeto complexo e social marcou um dos pontos iniciais da crítica desde a MS-SC. Desta forma foi possível compreender a necessidade de um paradigma interpretativo capaz de superar a visão lineal e reducionista da saúde que marcou e continua marcando as interpretações dominantes no campo da saúde pública e epidemiologia, e inclusive se insinua em algumas abordagens propostas pela MS-SC.

2.2.3 Inferência, causalismo, riscos e probabilidades

Cabe detalhar algumas das críticas revisadas na seção anterior, dando ênfase às articulações do epidemiologista crítico Jaime Breilh. Para isso, propomos abordar as noções de causalidade, risco e probabilidade que têm prevalecido na epidemiologia dominante e estado no cerne das críticas ao redor das insuficiências da epidemiologia, para logo revisar ainda outro problema que permite detalhar as críticas enunciadas na seção anterior: o “paradoxo da redundância”, como o denomina Naomar Almeida-Filho, referindo-se à dificuldade de abordar “o social” na epidemiologia.

Coutinho, Almeida-Filho e Castiel (2011) afirmam que causalidade e associação são extremadamente caros ao pensamento científico moderno, e ao raciocínio epidemiológico em particular. O princípio de causalidade, portanto, aparece como uma razão organizadora do mundo, “como uma conexão linear, não complexa, unívoca e, enquanto tal, dimensionável” (Coutinho, Almeida-Filho, Castiel, 2011: 32). Parte-se de um conceito de causa (uni ou multi) na epidemiologia, que se baseia na identificação de eventos independentes, relacionados por meio de ligações unidirecionais, necessárias, específicas e capazes de gerar o desfecho (Barata, Almeida-Filho, Barreto, 2011). A validade das proposições de causalidade é construída por meio da inferência e com o pressuposto de buscar a causa verdadeira e específica das doenças.

Enquanto esta abordagem ganhou legitimidade com a identificação de agentes específicos, responsáveis pela transmissão de doenças infecciosas, como apontam Czeresnia & Albuquerque (1995), mostrou-se insuficiente em relação a outros tipos de doenças e na compreensão de processos que definem a produção e principalmente a reprodução social dos agravos em saúde. Como é colocado por Barata, Almeida-Filho, Barreto (2011), a busca de mecanismos de causalidade tendo como causa um fator social, está fadada ao fracasso uma vez que os aspectos da vida social não podem ser dissociados, sob pena de perderem sua significação e de não fazerem sentido quando isolados. Igualmente deficiente mostra-se, portanto, a estimativa probabilística do risco que tentou substituir a inferência causal, mas permaneceu aprisionado à lógica mecanicista, reducionista e lineal da última.

Foi principalmente a partir dos trabalhos de José Ricardo Ayres, Luis David Castiel, Jaime Breilh e Naomar Almeida-Filho sobre o “paradoxo do risco”, que começou-se questionar a noção do risco adotada pela epidemiologia convencional na América Latina e reconhecer como, graças ao pressuposto de uma lei natural subjacente e oculta, associações de caráter probabilístico foram traduzidos em “fatores de risco” e logo em “causas” (Lieber & Romano-Lieber, 2003; Ayres, 2002; 2011; Castiel, 2010). Ayres (2011) neste sentido afirma que o risco assumiu “um estatuto conceitual, passando a designar um processo sistemático de busca de validação de proposições” (2011: 1309).

Não apenas adjetiva uma condição insalubre ou se limita a designar inferências construídas mediante cálculos estatísticos, mas é expressão matemática da inferência epidemiológica. Na epidemiologia moderna o risco, portanto, equivale a efeito e probabilidade de ocorrência de patologia em uma população dada (Almeida-Filho, Castiel, Ayres, 2011). Ayres (1995) percebe que a ideia de risco foi progressivamente dominada pela quantificação e tornou-se uma abstração matemática, mensurável e quantificável a partir de leis probabilísticos. Resumindo alguns dos principais problemas relacionadas à lógica dos fatores de risco e ao causalismo na epidemiologia, Almeida-Filho coloca:

“El raciocinio epidemiológico resucita un sistema de lógica causal, proponiendo una noción de riesgo, definida simplemente como un juego de probabilidades de instalación de enfermedades, dada una serie finita de factores de riesgo. El raciocinio epidemiológico, así como el resto de la ciencia empírica contemporánea, traduce la lógica causal en términos probabilísticos. [...] Riesgo es el correspondiente epidemiológico de concepto matemático de probabilidad. Por lo tanto, el riesgo puede ser definido como la probabilidad de que uno de los miembros de una población definida desarrolle una enfermedad dada en un periodo” (Almeida-Filho, 1992: 22-26).

De acordo com a citação, o risco epidemiológico resulta particularmente problemático pela noção de probabilidade que se propõe para abordar a causalidade nos processos saúde-doença. Segundo Castiel (1999), o problema ainda consiste no fato do risco epidemiológico “instituir uma entidade que possuiria uma existência autônoma, objetivável, independente dos complexos contextos socioculturais em que as pessoas estão” (1999: 44). Para Sevalho (1999) a epidemiologia dos fatores de risco espacializa o tempo ao descontextualizar e eliminar historicidade do processo saúde-doença e o remete a uma sucessão de instantes. O paradigma do risco, desta forma e de acordo com Breilh (2006), impõe um causalismo, no qual o tempo presente é “desvinculado dos processos históricos de gênese (passado) e de emancipação (utopia)”, e termina sendo de “enorme utilidade para os modelos de gestão neoliberal e para a manipulação da hegemonia na saúde” (2006: 202). Implicado nesta concepção do risco está o reconhecimento de apenas uma forma de determinação: a determinação causal.

A noção da “determinação social”, proposto pela MS-SC parte justamente da crítica desta visão restrita da determinação e mais especificamente, do determinismo causal ou causalismo que domina o aparato teórico-metodológico da epidemiologia convencional. Retomando as colocações do físico e filósofo argentino Mario Bunge, autores da MS-SC, principalmente Jaime Breilh, tem se referido a diferentes formas de determinação – como a dialética, causal e probabilística – que atuam em sistemas dinâmicos irregulares e interação para explicar os processos que subjazem entre os polos saúde-doença (Breilh, 2010). Busca-se, assim, superar a ideia de uma única forma de

movimento, que é o efeito provocado pelos fatores causais em ambientes coisificados, fragmentados e estáticos (Breilh, 2013).

“Para superar la reducción causalista de la determinación y la actitud descriptiva empírica que sólo correlaciona exteriormente los factores, es indispensable integrar todas las otras formas de determinación que se dan en los procesos materiales articulándolos en una concepción integrada, que contemple los procesos de las diferentes esferas de la realidad en su movimiento concatenado y dialéctico, en los cuales los componentes esenciales de la determinación global, en su productividad y legalidad, se sometan no sólo a vínculos causales sino a los vínculos sujetos a las leyes sociales” (Breilh, 1977).

Tal proposta assume as noções de “subsunção”, anteriormente discutida, e a noção de “reprodução social” como categorias centrais da proposta, dado que estas permitem sistematizar o estudo dos condicionantes diretos da qualidade de vida dos membros de uma determinada coletividade ou classe social (Breilh, 2010: 163). Desde a perspectiva de Jaime Breilh, a reprodução social, portanto, compreende os modos de produção e formação social e suas dimensões de classe social, gênero e etnia/raça e define os respectivos “perfis epidemiológicos”. Trata-se, portanto, de um referencial que busca esclarecer o *modus operandi* da produção e reprodução das práticas sociais e desta forma fornece indicações substantivas para a transformação do mundo social (DaSilva, 2010: 197). Cabe notar que afirmações sobre a determinação como as que constam na citação do trecho da dissertação de Jaime Breilh do ano 1977 dificilmente apareceriam em textos mais recentes do autor. Isso principalmente porque o autor, em grande medida, porém não completamente, se afastou deste tipo de noção da totalidade insinuada a partir da referência à necessidade de “integrar todas as outras formas de determinação” ou a menção de “leis sociais” genéricos, que o humilde e necessário reconhecimento de incompletudes, incertezas e ignorâncias em qualquer forma de conhecimento formal demanda. O respectivo trecho da dissertação de um dos mais influentes autores da MS-SC, contudo, condensa algumas das críticas iniciais que alimentaram o desenvolvimento de propostas contra-hegemônicas a respeito do risco na epidemiologia.

O paradigma do risco ainda impõe uma fragmentação da realidade e supõe vínculos externos entre fatores discretos, o que implica reconhecer apenas a *influência* de variáveis sociais no processo saúde-doença sem reconhecê-lo como processo social, configurado pela subsunção (Breilh, 2003; Samaja, 1993) e a corporificação (embodiment)¹⁹ (Krieger, 2001), entre outros processos. A noção do risco é, segundo Breilh, portanto, a “base de uma epidemiologia sem memória e sem sonhos de

¹⁹ “Na acepção dada por Krieger, refere-se ao modo como os seres vivos incorporam biologicamente o mundo onde vivem, constituído de seres animados e entidades inanimadas interagindo em múltiplas escalas e níveis” (Laguardia, 2007: 258).

emancipação” (2006: 202). Reconhecendo as insuficiências da noção probabilística do risco e partindo do conceito de determinação social, Breilh (2003: 82), por conseguinte, prefere falar em “imposições” do risco à “exposição” ao risco. Na mesma linha, Naomar Almeida-Filho propõe substituir a abordagem clássica dos fatores de risco por “modelos de fragilização”, buscando relevar as especificidades simbólicas e o caráter interativo das relações entre o sujeito humano e seu meio (ambiental, sociohistórico e cultural).

A noção probabilística do risco e a fragmentação das realidades sociais, expressam-se, por exemplo, no emprego de variáveis de estratificação social, que abordaremos a seguir. Seguindo Barata, Almeida-Filho e Barreto (2011), cabe antecipar que as “variáveis socioeconômicas variam e interagem segundo modelos estruturados que refletem a organização social. Pessoas com determinada renda não estão aleatoriamente em determinadas posições sociais, mas chegam a elas por meio de trajetórias dinâmicas de vida moldadas pelo contexto no qual vivem” (2011: 383) – algo que acaba sendo invisibilizado por modelos etiológicos e abordagens que reduzem os processos saúde-doença a eventos estáticos e isolados na medida em que separam o tempo do espaço e negam o caráter do movimento, isso é, a geração e reprodução da saúde/doença (Breilh, 2003: 46).

2.2.4 Epidemiologia funcional

Além de autores como Pierce (2008; 2011) e entre os representantes da MS-SC, é Jaime Breilh quem mais claramente denuncia a funcionalidade e instrumentalização da epidemiologia convencional e quem além de retratar a história “non-santa” da epidemiologia (Breilh, 2003), relaciona as bases epistémicas pelos quais se rege a epidemiologia convencional com a manutenção das relações de poder no sistema-mundo. Sem esse ser o foco das suas análises, recorrentemente tem questionado a neutralidade da epidemiologia e sob o reconhecimento das bases ocidentais e eurocêntricas da epistemologia dominante, tem notado a importância da construção intercultural para construir uma epidemiologia crítica (Breilh, 2003; 2010). Afirma que a epistemologia dominante que se veio plasmar nas ciências modernas e também na epidemiologia convencional se traduz numa linha de ação adequada para as necessidades da acumulação econômica e a legitimação política. Concretamente em relação à funcionalidade da epidemiologia nota:

“La “vieja” epidemiologia obedece a los fundamentos empíricos funcionalistas de una labor científica que se ejerce, consciente o inconscientemente, ligada al beneficio de los sectores retardatarios de nuestras sociedades. Aborda los principios de su causalidad y distribución por el lado de sus efectos aparentes, mide y correlaciona a estos efectos para conocer el estado o potencialidad funcional de la población, para detectar la prevalencia de alteraciones orgánicas o

psíquicas que trastornan su productividad y para establecer bases mínimas de protección de los núcleos laborales. Es una epidemiología que opera bajo normas de eficiencia y efectividad delimitadas según las necesidades del desarrollo del gran capital” (Breilh, 2010: 50).

Breilh (2003; 2010a) neste sentido propõe que além de possuir características epistemológicas que se predispõem a construir imagens reducionistas da realidade e assim manter os padrões de poder vigentes, a epidemiologia ativamente tem construído imagens da realidade convenientes ao poder e, assim, tem assumido um papel importante em determinados projetos político-ideológicos.

No livro *Epidemiologia Crítica* aborda o caso da filantropia da Fundação Rockefeller no México revolucionário do começo do século e, seguindo Solórzano (1997), afirma que a Fundação utilizou a epidemia de febre amarela como pretexto para reverter a má imagem da Standard Oil Company (propriedade da Fundação Rockefeller) e afiançar os interesses capitalistas norte-americanos desta e de outras empresas. Breilh ainda aborda a pesquisa no campo da genética e a assim chamada “epidemiologia molecular”, que segundo o autor em muitos casos tem sido um campo de mistificação e confusão interpretativa. Manifesta-se, por exemplo, em teorias como a Hipótese da Frugalidade Genética (thrifty genotype hypothesis), a qual sugere que os níveis desproporcionais de obesidade, hipertensão e diabetes mellitus em indígenas são fruto de uma inclinação genética associada às vantagens evolucionárias propiciadas pela capacidade de armazenar energia em ambientes de escassez alimentar (Paradies et al., 2007). Implicada nesta associação reducionista entre doença e raça/etnia encontra-se uma forma de molecularizar e naturalizar as iniquidades étnico-raciais. Outro exemplo recente, apontado por Breilh (2009), constitui o uso da epidemiologia na fundamentação das campanhas midiáticas de pânico ao redor da leve irrupção da gripe porcina (AH1N1). Apesar de seu impacto limitado sobre a saúde, foi apresentado como uma pandemia viral devastadora, o que justificou negócios milionários de empresas como Roche e Glaxo-Smith-Kline (Breilh, 2009). Outro exemplo são as recentes campanhas difamatórias contra o INCA e a FIOCRUZ, buscando questionar a validade científica da evidência apresentada sobre os efeitos dos agrotóxicos sobre a saúde humana, aos quais se respondeu, entre outros, com uma nota pública de repúdio²⁰.

Abordamos neste capítulo as bases epistemológicas das interpretações dominantes que se impuseram no campo da epidemiologia, mais especificamente em relação às iniquidades sociais e étnico-raciais em saúde. Principalmente desde a perspectiva do pensamento descolonial, situamos as interpretações dominantes no marco da epistemologia hegemônica, que tem assumido um papel central na reprodução das relações de dominação, exploração e marginalização e reforçou

²⁰ <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/nota-publica-de-repudio-difamacao-da-fiocruz-e-de-seus-trabalhadores>

iniquidades (também em saúde) por classe social, raça/etnia e gênero na medida em que não apenas se criaram “pontos cegos” no entendimento dos mecanismos subjacentes, mas também se deslegitimou o questionamento neste nível de complexidade, sendo referido como “ideologia” e, desta forma, cessando de conceder o atributo de “científico” a este tipo de inquietações e abordagens. Ainda criaram-se “pontos de referência” a partir das quais as iniquidades sociais e assim também as iniquidades sociais e étnico-raciais em saúde foram situadas no âmbito individual, biológico, ahistórico e apolítico, implicitamente inferiorizando os grupos sociais dominados, excluídos e explorados, e fixando esta inferioridade no corpo, na mente e nas práticas sociais dos mesmos, em detrimento da contextualização sociopolítica e econômica. No que concerne às interpretações dominantes na epidemiologia em particular, pode-se afirmar que foi principalmente a partir da redução da “saúde” a suas expressões biológicas, o nivelamento da “determinação” ao causalismo mecanicista e à noção probabilística de “risco” e conseqüentemente também de “exposição” (Breilh, 2010) e “vulnerabilidade” (Porto, 2011) que se veio impor uma visão limitadora dos problemas de saúde nas sociedades, principalmente das iniquidades sociais em saúde, desde a epidemiologia.

2.2.5 O paradoxo da redundância: as epidemiologias sociais diante o problema do social

Breilh, Almeida-Filho e outros autores reconhecem que é na epidemiologia social que as insuficiências da epidemiologia convencional se evidenciam de forma particularmente aguda, também devido à complexidade dos processos envolvidos. Para Almeida-Filho (2000), a redundância que define a expressão “epidemiologia social” é sintomática da dificuldade que ela manifesta para abordar “o social”: o autor, desta forma, aponta que a dimensão social-coletiva aparece tanto no designativo quanto no objeto de conhecimento da ciência epidemiológica. Almeida-Filho (2000) analisa a dificuldade da Epidemiologia em incorporar as discussões sobre classes sociais, iniquidades, exclusão social e sobre outras dimensões da ordem social como sinal de insuficiência e coloca numa publicação anterior, que “ironicamente o principal problema da pesquisa epidemiológica é [...] sua dificuldade em abordar o social” (Almeida-Filho, 1989: 65). Segundo Almeida-Filho (2000: 144), a dificuldade de abordar a dimensão social tem sido enfrentada a partir da negação do social, isso é, do retorno da epidemiologia a sua origem biomédica, por um lado e, por outro, a partir da ampliação para fora do paradigma hegemônico, para o social, fundamentando as teorias da epidemiologia social, sendo a MS-SC latino-americana a proposta mais abrangente e emancipatória. Partindo do reconhecimento desta problemática, propuseram-se discussões abarcantes especificamente sobre os modelos de determinação social da saúde, que parecem manifestar de forma particularmente expressiva as falácias da epidemiologia convencional, mas ao mesmo tempo tem sido o campo da epidemiologia que mais tem promovido propostas de

ruptura e transformação dentro da epidemiologia. Destacaram-se, neste sentido, as contribuições da teoria do processo de produção e saúde (Laurell e Noriega), a epidemiologia das classes sociais (Breilh e Granda) e epidemiologia crítica (Breilh), a teoria ecosocial (Krieger), a epidemiologia dos modos de vida e a etnoepidemiologia (Almeida-Filho) e as insuficiências, por exemplo, da teoria do capital social, da ecoepidemiologia de Susser, da perspectiva do curso de vida, da teoria da modernização e saúde e, recentemente, da epidemiologia dos determinantes sociais da saúde (Almeida-Filho, 2000; 2009; Breilh, 2003; Barata, 2008; Krieger, 2001; Eibenschutz et al., 2011; Cebes, 2009; Nogueira, 2010).

Por mais que os diversos autores coincidam que atualmente há um consenso sobre a importância da dimensão social, também coincidem no reconhecimento da contínua predominância de abordagens reducionistas, apontam a falta de teorização sobre os processos de determinação social da saúde e se referem à notória dificuldade de romper com as bases e os princípios epistemológicos que tem imposto, entre outros, um causalismo²¹ na epidemiologia (Coutinho, Almeida-Filho, Castiel, 2011), uma visão probabilística e uma concepção dicotômica dos processos saúde-doença, regida por referências rígidas e biologistas de normalidade/ anormalidade empiricamente observáveis (Breilh, 2010: 66). Almeida-Filho (2000), neste sentido, aponta as falsas oposições que a epidemiologia subsidia como sinal de insuficiência e destaca as disjuntivas entre teoria e prática, objeto e sujeito de pesquisa, objeto e contexto, normal e patológico, quantitativo e qualitativo, descritivo e analítico. Argumenta que a disjuntiva entre teoria e prática não tem nem justificativa lógica nem filosófica. Quanto à disjuntiva entre objeto e sujeito, Almeida-Filho se distancia de uma das premissas centrais da ciência moderna e questiona a noção de que “el conocimiento es producido por un sujeto que controla y domina un objeto y sigue fiel y respetuoso a este objeto en cuanto externo a él” (Almeida-Filho, 2000: 33). Para Almeida-Filho o objeto de pesquisa, portanto, não deveria ser definido como representação senão como referência que relativiza a separação rígida entre sujeito e objeto. Segundo este autor, a oposição entre o qualitativo e o quantitativo que a epidemiologia sustenta é falsa porque a quantificação sempre é uma quantificação de qualidades ou propriedades (Almeida-Filho, 2000: 34). Propõe um raciocínio semelhante em relação à oposição entre a descrição e a análise na epidemiologia, sustentando, por um lado, que não existe ciência sem descrição e, por outro, que o oposto lógico da análise é a síntese e jamais a descrição (Almeida-Filho, 2000: 35).

Uma das consequências centrais das insuficiências e sinais de crise, parece ser a indefinição quanto à natureza dos processos sociais envolvidos nos processos saúde-doença. Como é colocado por

²¹ De acordo com Coutinho, Almeida-Filho, Castiel (2011), causalismo é diferente de causalidade, com o primeiro se referindo a uma doutrina.

Almeida-Filho (1989), nota-se uma omissão da teoria e uma naturalização dos pressupostos que subjazem os modelos epidemiológicos sobre as iniquidades sociais em saúde, e parece se assumir que a observação rigorosa de regularidades nas séries estatísticas indica vínculos causais e processos de determinação social. Seguindo Castellanos (1997), Barata, Almeida-Filho e Barreto (2011) colocam que a pesquisa epidemiológica tem-se dedicado mais a responder “por que adoecem os indivíduos?” em vez de “por que as populações têm determinado perfil de saúde?” ou “porque determinados problemas de saúde são predominantes em determinadas populações?”, que implicaria partir de uma noção de população, historicamente e socialmente construída, em vez de uma soma abstrata de indivíduos. A simples nomeação do social, deste modo, tem redundado na mistificação dessa dimensão e tem implicado uma naturalização, despolitização e um esvaziamento teórico dos processos saúde-doença. Desde uma perspectiva feminista, esta problemática tem sido abordada, por exemplo, por Inhorn & Whittle (2001), que se referem à geração de “pontos cegos” sobre as consequências das múltiplas dimensões de opressão de gênero a partir do persistente reducionismo biológico e a contínua separação do biológico e do social na pesquisa epidemiológica. Breilh (2013), principalmente no tocante à invisibilização das relações de determinação geradas pelo regime de acumulação capitalista e advoga por relacionar as análises dos processos saúde-doença com as dinâmicas das lutas de classe e processos de produção características do regime de acumulação capitalista. Para Breilh (2013) a epidemiologia funcional tem estruturado seu discurso metódico de uma forma que invisibiliza as relações de determinação geradas pelo regime de acumulação capitalista e, desta forma, situa a produção de ausências no marco dos processos de produção e reprodução das relações de poder deste regime. Coincide, nessa perspectiva, com a abordagem proposta desde o pensamento descolonial, que entendem as epistemologias dominantes não apenas como reflexo do padrão de poder no regime de acumulação capitalista ou sistema-mundo mas, ao contrário, reconhecem o papel estratégico das epistemologias dominantes, que delimitam os horizontes de visibilidade e transformação, e definem a interpretação da diferença.

A indefinição dos processos sociais envolvidos na determinação social do processo saúde-doença manifesta-se de forma particularmente clara na abordagem dos determinantes sociais da saúde (DSS), que veio dominar a pesquisa sobre iniquidades sociais em saúde desde meados deste século e será abordada de forma detalhada no capítulo seguinte. Cabe antecipar que a abordagem dos DSS não consegue superar os principais problemas teóricos e metodológicos da epidemiologia e tem sido criticada por promover mudanças apenas em fatores isolados, por reduzir a determinação social em saúde a uma lógica funcionalista e, assim, proporcionar evidência que permite apenas criticar algumas “falhas” da sociedade sem, contudo, questionar os modos de produção e

reprodução das iniquidades como parte constitutiva do sistema-mundo atual (Breilh, 2011; Eibenschutz et al., 2011).

O esvaziamento teórico que sustenta a indefinição da natureza dos processos sociais envolvidos nos processos saúde-doença ainda se manifesta no uso de variáveis de estratificação social na pesquisa epidemiológica, como foi enunciado na seção 2.2.1. Neste sentido, cabe complementar as discussões que propusemos sobre etnicidade e raça, e retomar, mesmo de forma sucinta, o que foi indicado em relação à neo-transmutação ou ao esvaziamento teórico da “classe social” na pesquisa epidemiológica.

Em relação ao esvaziamento teórico da categoria classe social, Breilh (2010: 64) afirma que é necessário fundamentar a variável “renda” a partir de uma análise histórica e econômico-política e aponta que, caso contrário, apenas será possível evidenciar uma associação empírica entre variáveis, sem explicá-la. As classes sociais e, desta forma também outros marcadores e dimensões dos processos de dominação que se desencadeiam na modernidade capitalista (como a raça e o gênero), aparecem como estratos empíricos e categorias puramente descritivas na epidemiologia convencional, que não permitindo compreender a influência da respectiva inserção nos modos de produção capitalista e dos processos de dominação, marginalização e exploração específicos das respectivas classes sociais nem o relativo impacto nos processos saúde-doença.

Como foi apontado em relação aos debates sobre os limites e problemas associados ao uso dos conceitos cor/raça/eticidade, há uma tendência de limitar o debate a questões de validade e confiabilidade das variáveis. Evidencia-se, ainda, uma preocupação desproporcional com a dimensão ontológica das variáveis de estratificação social enquanto categorias descontextualizadas, o que resulta numa sobrevalorização da teorização do que “é” a raça, a etnicidade, o gênero e a classe social, ao invés de se teorizar sobre os processos de dominação, exploração e marginalização subjacentes à ordem social racializada, classista e sexista que, ao nosso ver, assume particular relevância na determinação social dos processos saúde-doença. Resulta, neste sentido, irrelevante identificar a raça, o grupo étnico, a classe social e o gênero “certo” dos indivíduos quando não se define o papel destas categorias sociais nos processos de marginalização, dominação e exploração que sustentam a ordem social e se expressa através de uma matriz de dominação (gênero, classe social, etnia/raça). Consideramos, portanto, mais relevante compreender como os processos saúde-doença, os quais se manifestam em indivíduos e grupo sociais, correspondem a processos de dominação, exploração e marginalização. Isso é, como os processos de subalternização, dominação e exploração que se configuram ao nível global e local de forma dialética, subjazem e definem os modos de vida, a cotidianidade, o desgaste/ a sobrecarga laboral e uma série de outros processos

(qualidade de alimentos, coesão social, debilidade da organização social, ambientes insalubres) que produzem e reproduzem a determinação social dos processos saúde-doença em indivíduos e grupos sociais. Com isso não estamos negando a importância da operacionalização das categorias de análise na pesquisa epidemiológica, que continua sendo necessária.

Capítulo 3 – RAÇA E ETNICIDADE COMO DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

A crescente referência à importância da dimensão social na compreensão e atuação sobre as iniquidades sociais em saúde, não necessariamente implicou uma superação dos problemas relacionados às falácias da indefinição da natureza dos processos sociais envolvidos na determinação social dos processos saúde-doença, e de outras insuficiências apontadas no último capítulo. Ao contrário, parecemos enfrentar uma situação ainda mais complexa, devido à apropriação funcional das propostas e da terminologia crítica, à invisibilização de alternativas e, em consequência da última, a constituição de uma “universalidade radicalmente excludente” dentro do campo teórico da epidemiologia, por uma proposta essencialmente baseada na Epidemiologia Social Europeia: a abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), que nos últimos anos veio dominar as interpretações das iniquidades sociais e, desta forma, também das iniquidades étnico-raciais em saúde.

A apropriação de discursos críticos pelo cânone dominante não é nova. No ano 1979, no prologo das edições mexicanas do livro *Epidemiologia, Economia Política e Saúde* de Jaime Breilh (2010), Asa Cristina Laurell aponta problemas semelhantes e refere à falta de repercussões práticas no crescente reconhecimento da dimensão social da saúde. Sem invisibilizar as atualizações e particularidades de hoje, que abordaremos neste capítulo, podemos reconhecer uma continuidade nos problemas apontados desde os anos 1960/1970, sendo isso evidência de que os dissensos no campo da epidemiologia mais do que diferenças retóricas e variações de um mesmo paradigma, manifestam diferenças estruturais no plano ontológico, epistemológico, ético e político e concepções radicalmente diferentes dos processos de determinação social da saúde-doença. Manifesta-se, ainda, que os problemas da epidemiologia refletem as insuficiências de uma epistemologia em crise, uma epistemologia indolente, cuja razão unicultural e monocor impôs limitações estruturais, impossíveis de superar a partir da adoção de “melhores práticas” ou modelos teóricos um pouco diferentes.

Nos dois últimos capítulos, abordamos como a partir da invisibilização da matriz de dominação²² que tem marcado os processos de subalternização e os processos de geração e reprodução da ordem social, impuseram-se interpretações naturalizadoras e despolitizadoras das iniquidades sociais e assimetrias de poder e também, dos sujeitos subalternizados. Ainda identificamos as construções epistemológicas e instâncias discursivas específicas, que (implicitamente) têm sustentado este tipo

²² Nosso foco tem sido a subalternização de populações não-brancas e a dimensão étnico-racial da matriz de dominação, sem negar a interseccionalidade implicada no reconhecimento da matriz de dominação.

de interpretações. A seguir, buscamos exemplificar estes processos a partir de uma análise mais detalhada da abordagem das iniquidades sociais e particularmente étnico-raciais no modelo dos DSS, que vem sendo promovida pela Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde (CDSS) da Organização Mundial da Saúde (OMS) desde o ano 2005.

Decidimos focar neste modelo porque definiu o debate e as interpretações dominantes sobre iniquidades sociais em saúde nos últimos anos e assumiu centralidade no âmbito científico e político. O modelo dos DSS cristaliza alguns dos problemas discutidos no capítulo anterior e pode ser concebida como uma nova articulação das antigas bases e princípios ontológicos, epistemológicos, éticos e políticos da velha epidemiologia convencional e desta forma, também da epistemologia hoje dominante.

Diante a amplitude das críticas articuladas em relação ao modelo dos DSS, principalmente na América Latina, o propósito deste capítulo se concentra, por um lado, na sistematização destas críticas e, por outro, na ampliação das mesmas respeito à abordagem de etnia, da raça e do racismo na proposta da CDSS. Realizaremos, neste sentido, uma leitura ampliada do relatório final e do marco conceitual da CDSS, analisando as propostas da CDSS desde a perspectiva da MS-SC, e integrando elementos anteriormente negligenciados (raça, etnia, racismo), retomando as principais propostas articuladas desde a perspectiva do Grupo M/C.

Na primeira parte deste capítulo buscamos avançar numa leitura da abordagem dos DSS desde a perspectiva da MS-SC. Buscamos explicitar as diferenças que se manifestam entre a abordagem dos “determinantes sociais da saúde” (DSS) e a abordagem da “determinação social dos processos saúde-doença”, que estão sendo ocultadas a partir da unanimidade retórica que veio pautar a agenda científica e política da mobilização ao redor dos DSS. Após a introdução da proposta da CDSS sobre os determinantes estruturais das iniquidades sociais em saúde e os determinantes intermediários da saúde, buscamos abordar alguns pontos centrais da discussão e principalmente de crítica, em particular desde a perspectiva da MS-SC. Finalizamos a primeira seção deste terceiro capítulo com uma crítica das propostas de transformação articuladas desde a CDSS.

Na segunda parte do capítulo buscamos avançar uma leitura da abordagem dos DSS em relação aos processos de determinação social das iniquidades étnico-raciais. Procuramos analisar como se entendem e como se abordam as iniquidades étnico-raciais a partir do modelo dos DSS e analisamos principalmente a abordagem dos conceitos raça, racismo e etnia na proposta da CDSS. Finalizamos a segunda parte com notas sobre populações imigrantes e migração, buscando retomar algumas críticas articuladas por autores europeus e considerar a relevância desta discussão para o contexto brasileiro.

Na terceira parte buscamos problematizar a agenda dos DSS desde a perspectiva do pensamento descolonial, problematizando, principalmente, a pretensão de universalidade e a invisibilização das contribuições do Sul na proposta dos DSS.

3.1 Diferenças que fazem a diferença: Determinantes sociais e processos de determinação social da saúde

O modelo dos DSS assumiu centralidade nos debates sobre desigualdades sociais em saúde e tem sido promovido pela OMS desde o ano 2005, quando se conformou a CDSS. Com a publicação do relatório final no ano 2008, o trabalho da Comissão consolidou-se como referência central na matéria de desigualdades e iniquidades sociais em saúde no mundo inteiro, principalmente na Europa e em América Latina e também nas organizações internacionais, nomeadamente a OMS, as organizações da União Europeia e da UNASUR. No momento em que se realizou a Conferência Mundial dos DSS (WCSDH²³) no Rio de Janeiro (19-21.10.2011), a proposta da CDSS assim se apresentou como nova agenda de pesquisa em contraposição às abordagens ainda hegemônicas na epidemiologia, que diante a dificuldade de abordar “o social” têm optado por uma negação “do social” e uma redução da epidemiologia a sua componente biomédica, artificialmente isolando os processos saúde-doença dos processos exclusivamente técnicos e de recuperação metodológica da disciplina. No entanto, o fato de surgirem três declarações alternativas à Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde manifestou certa insatisfação e diferenças no que concerne a abordagem dos processos de determinação social e dos determinantes sociais da saúde, isso é, a forma de entender a interação entre processos sociais e o processo saúde-doença. As declarações emitidas, respectivamente pelo Movimento Popular de Saúde (PHM), a Associação Latino-americana de Medicina Social (ALAMES) e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) (ALAMES & CEBES, 2011), e a Federação Internacional das Associações de Estudantes de Medicina (IFMSA) neste sentido visibilizaram a existência de propostas alternativas à proposta da CDSS que veio definir a Declaração Política do Rio e a agenda mundial de ação e pesquisa sobre equidade em saúde.

As principais diferenças veiam-se articular ao redor da diferenciação aparentemente sutil entre “determinantes sociais da saúde” e “determinação social dos processos saúde-doença”, que é referida na declaração alternativa emitida pela ALAMES e pelo CEBES e veio marcar o debate, especialmente na América Latina. Enquanto a abordagem da “determinação social”, principalmente articulada desde a MS-SC, compartilha o reconhecimento da importância de abordar os efeitos da dimensão social na saúde e das iniquidades sociais em saúde como

²³ Siglas em inglês.

sistemáticas, evitáveis, injustas e desnecessárias com a abordagem dos DSS, existem marcadas diferenças na interpretação dos processos sociais que subjazem e engendram estas dinâmicas sistemáticas, evitáveis e injustas, isso é, os processos de determinação social da vida, saúde e das iniquidades em saúde. Cabe, portanto examinar e explicitar as diferenças, principalmente porque a CDSS monopolizou a abordagem crítica dos processos saúde-doença no debate internacional, invisibilizando alternativas possivelmente mais adequadas e relevantes para abordar as iniquidades sociais em saúde em determinados contextos. Ainda parece-nos preocupante a frivolidade da retórica e as apropriações acríticas do vocabulário crítico, que vem despolitizar os debates e a agenda sobre iniquidades sociais em saúde e criou certa unanimidade retórica em prol da equidade, que segundo Almeida-Filho (2009) impede averiguar a sinceridade política. O autor neste sentido aponta que

“há um grande perigo nessa retórica, deixar-nos desatentos e desarmados frente à possibilidade de se despolitizar a questão da saúde mediante a mera constatação distanciada da existência, quase naturalizada, de disparidades na ocorrência de doenças e eventos relativos à saúde” (Almeida-Filho, 2009: 368).

Entendemos que a mobilização global em torno dos DSS parecia requerer certa unidade ao menos aparente para convocar à “redução das desigualdades no período de uma geração” (CDSS, 2010: 1), mas parece-nos importante expor as diferenças e indicar porque a abordagem dos DSS continua sendo insuficiente para compreender e contribuir para a transformação das iniquidades sociais e particularmente das iniquidades étnico-raciais em saúde, que constituem o foco deste ensaio. Seguindo a introdução da proposta dos DSS nesta parte do capítulo, buscamos sistematizar as críticas que foram enunciadas em relação à CDSS e ampliá-las concretamente em relação à abordagem da questão étnico-racial e a partir do reconhecimento da sua inserção nos mecanismos de “adequação epistemológica” em torno da colonialidade do saber.

Buscamos, desta forma, analisar as diferenças que fazem a diferença na abordagem das iniquidades sociais em saúde, discutindo algumas implicações das respectivas propostas no plano ético, político, ontológicas e epistemológicas, principalmente no que concerne as formas e critérios que orientam o julgamento das iniquidades e injustiças em saúde, o tipo de ação política previsto e os processos e sujeitos sociais da mudança. Situando o debate ao redor dos DSS e a determinação social da saúde no contexto dos dissensos mais amplos que se manifestaram no campo da saúde pública e da epidemiologia, propomos retomar alguns pontos de crítica articulados desde a MS-SC e abordados no capítulo anterior para orientar a discussão sobre os determinantes sociais (DSS) e os processos de determinação social da saúde, respectivamente.

3.1.1 Os determinantes sociais da saúde segundo a CDSS

Depois do retrocesso que significou a substituição da concepção original de Atenção Primária em Saúde por “pacotes mínimos” focalizados no marco da expansão de agendas neoliberais nos anos 1980 que também veiam definir a agenda da OMS, a formação da CDSS no ano 2005 marcou uma importante cisão e tem sido motivo de regozijo e esperança (Tambellini & Schütz, 2009; Nogueira, 2009; Ingleby, 2012; Cabrera et al., 2011; Arellano, Escudero, Carmona, 2008). Cabrera et al (2011) e Breilh (2008) alegam que o trabalho da Comissão tem contribuído para a denúncia das iniquidades em saúde e tem dado visibilidade mundial aos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais da saúde que se configuram no marco das injustiças sociais. Para Birn (2009), a conformação da CDSS constitui um triunfo contra o paradigma dominante, que entende a saúde como instrumento e impulsor do crescimento econômico ao invés de um direito e valor humano intrínseco e, como foi referido anteriormente, sistematicamente tem negado a dimensão social das desigualdades em saúde, privilegiando abordagens biologicistas, culturalistas, e principalmente aquelas que têm explicado as desigualdades em saúde como efeitos de decisões pessoais e estilos de vida pouco saudáveis. Birn (2009) aponta três grandes contribuições da CDSS: a) proporcionar maior legitimidade aos determinantes sociais, b) discutir as dimensões mundiais das iniquidades em saúde e c) identificar o papel dos sistemas públicos de saúde como determinantes da saúde.

Em termos gerais, a CDSS propôs um modelo segundo o qual existem dois tipos de determinantes sociais da saúde: os determinantes estruturais e os determinantes intermediários. Os determinantes estruturais terão impacto na equidade em saúde e no bem-estar através da sua ação sobre os determinantes intermediários. Daí a diferenciação entre “determinantes estruturais das iniquidades em saúde” e “determinantes intermediários da saúde”, que em conjunto constituem os “determinantes sociais da saúde” (DSS) na proposta da CDSS, que se veio definir principalmente no marco conceitual (Solar & Irwin, 2010) e no relatório final (CDSS, 2010).

3.1.1.1 Determinantes estruturais das iniquidades sociais em saúde

Os determinantes estruturais são entendidos como motores estruturais das condições de vida e é notado que:

“as condições de vida más e desiguais são, por sua vez, uma consequência das condições estruturais mais profundas, que em conjunto, mostram a maneira como as sociedades estão organizadas: políticas e programas sociais fracos, acordos económicos injustos e política de má qualidade. Estes “agentes estruturais” operam dentro dos países ao abrigo da autoridade dos respectivos governos, mas também entre países, graças ao efeito da globalização. Esta combinação tóxica de más políticas, economia e política é, em grande parte, responsável pelo facto de a maior parte da população mundial não beneficiar da boa saúde que é biologicamente possível” (CDSS, 2010: 28).

Solar & Irwin (2010) apontam no marco conceitual da CDSS, que os determinantes estruturais são os mecanismos que geram e reforçam hierarquias de poder, prestígio e acesso a recursos de acordo aos principais estratificadores (ingresso, educação, ocupação, classe social, gênero, raça/etnia) e propõem um modelo conceitual dos determinantes estruturais das iniquidades sociais em saúde (Figura 3), que é retomado no modelo conceitual da CDSS (Figura 4).

De acordo ao modelo proposto por Solar & Irwin (2010), os determinantes estruturais refletem uma hierarquia social que define o poder, prestígio e acesso a recursos por meio da educação, do trabalho e da renda e, configuram circunstâncias materiais (condições de vida e de trabalho, etc.), fatores comportamentais e biológicos, coesão social e fatores psicossociais – os determinantes intermediários da saúde ou determinantes sociais da saúde. Na proposta da CDSS, a posição socioeconômica organiza a estrutura social e são propostas seis variáveis para operacionalizá-la: ingresso, educação, ocupação, classe social, gênero e raça/etnia.

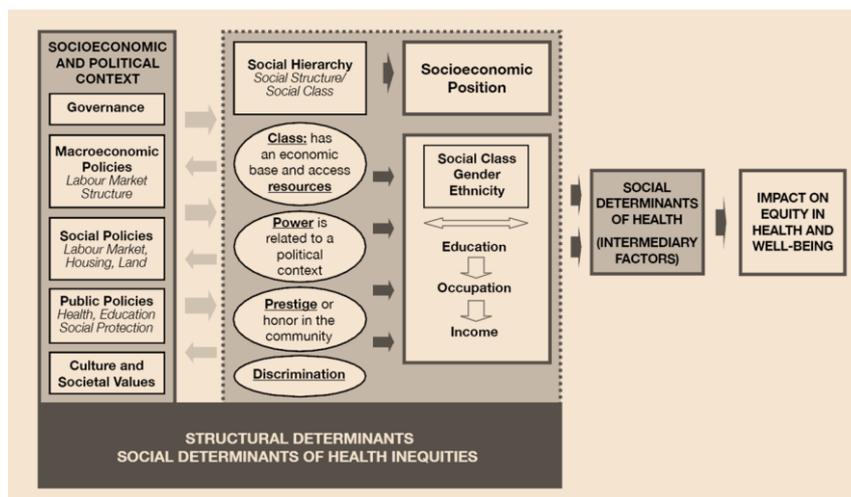


Figura 3 Determinantes estruturais das iniquidades em saúde – marco conceitual da CDSS

Entre os mecanismos que produzem e reforçam a hierarquia social, os autores destacam os seguintes fatores contextuais (Solar & Irwin, 2010: 25): 1) cultura e valores sociais, 2) políticas públicas em áreas como educação, atenção médica, água e saneamento, 3) políticas sociais afetando fatores como emprego, bem-estar social, posse de terra e vivenda, 4) políticas macroeconômicas, incluindo políticas fiscais, monetárias, políticas de comércio e a estrutura do mercado laboral, 5) governança em relação aos mecanismos de participação social da sociedade civil, prestação de contas e transparência na administração pública e padrões de discriminação e 6) condições epidemiológicas, principalmente no caso de epidemias que alteram a estrutura social como, por exemplo, a epidemia do HIV/Aids em algumas partes do mundo.

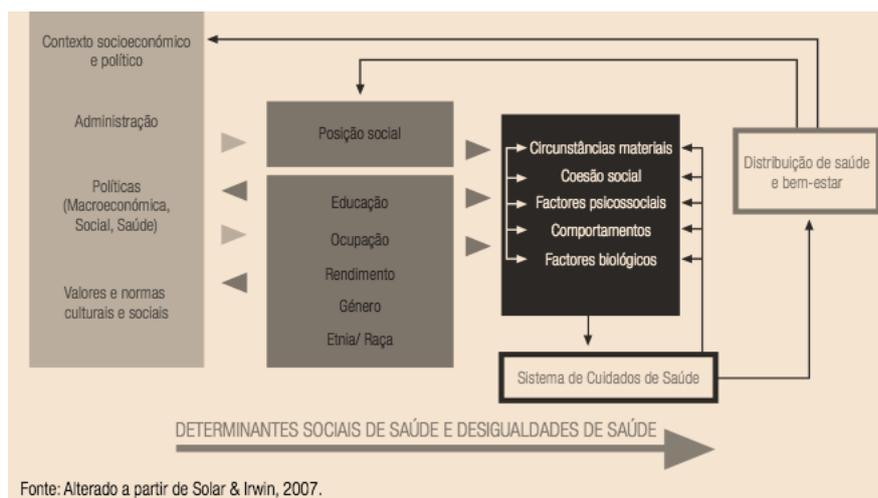


Figura 4 Modelo conceitual da CDSS – relatório final

Antes de abordar os determinantes intermediários da saúde, cabem algumas observações sobre a descrição dos determinantes estruturais das iniquidades em saúde, que oferece a CDSS no relatório final (CDSS, 2010) e no marco conceitual (Solar & Irwin, 2010). Em primeiro lugar cabe notar que a proposta articulada pela CDSS manifesta sérias incoerências terminológicas e conceituais, que além de dificultar a compreensão da proposta, contribuem à indefinição da natureza dos processos sociais envolvidos na determinação social da saúde ou, no caso, da natureza dos determinantes estruturais da saúde. Neste sentido observamos que no modelo final da CDSS (**Figura 4**) aparecem determinantes estruturais diferentes aos que foram propostos no marco conceitual (**Figura 3/Figura 5**). O fato da CDSS adotar um modelo diferente ao modelo proposto no marco conceitual não é discutido pelos autores e cabe notar que ambos os modelos circulam no mundo acadêmico sem especial discussão ao redor das diferenças. O modelo final da CDSS não apenas se diferencia do modelo proposto no marco conceitual no que concerne o uso dos termos, mas também evade as hierarquias graficamente expressas por setas e cores. Como é visível na **Figura 5**, a posição socioeconômica é o determinante estrutural destacado e é definido por seis variáveis ou estratificadores, hierarquicamente organizados. Solar & Irwin (2010), neste sentido, diferenciam classe social, gênero e etnia (racismo) da educação, da ocupação e da renda. Estes últimos ainda aparecem hierarquicamente diferenciados, com a renda sendo estruturada pela ocupação e esta pela educação. A CDSS apresenta um modelo mais simples e ao mesmo tempo mais ambíguo, no qual desaparecem as hierarquias bem como os termos “classe social” e “racismo”. Segundo o modelo exposto no relatório final da CDSS (**Figura 4**), a “posição social”, portanto é definida por: educação, ocupação, rendimento, gênero, etnia/raça.

A incoerência, no entanto, não se limita ao esquema gráfico da proposta dos DSS, mas é de natureza conceitual, refletindo-se, entre outros, no uso ambíguo e intercambiável de termos e conceitos.

Resulta, portanto, quase irônico que Solar & Irwin (2010: 28) lamentem que apesar das diferenças conceituais, termos como classe social, estrato social e status social estão sendo utilizados de forma intercambiável. Seguindo uma discussão sobre a “classe social”, Solar & Irwin (2010) apontam que utilizarão a denominação “posição socioeconômica” para referir às três dimensões de classe social propostas por Weber (classe, status e poder). Apesar dos autores não fornecer nenhuma justificativa para esta decisão, há indícios para assumir que os autores preferiram a denominação “posição socioeconômica” por ela ser politicamente menos comprometedor do que classe social, historicamente associada à teoria marxista e, portanto, às lutas entre classes, ao conflito social e à crítica do regime de acumulação capitalista. No modelo do relatório final da CDSS (**Figura 4**) aparece ainda outro termo: posição social.

O uso dos conceitos “etnicidade”, “raça” e “racismo” talvez seja o exemplo mais claro da incoerência conceitual e terminológica e será abordado detalhadamente na seção 3.2. Cabe antecipar, no entanto, que tanto nos enquadramentos gráficos do modelo quanto nas descrições no relatório final e no marco conceitual, os conceitos são utilizados de forma atórica e arbitrária.

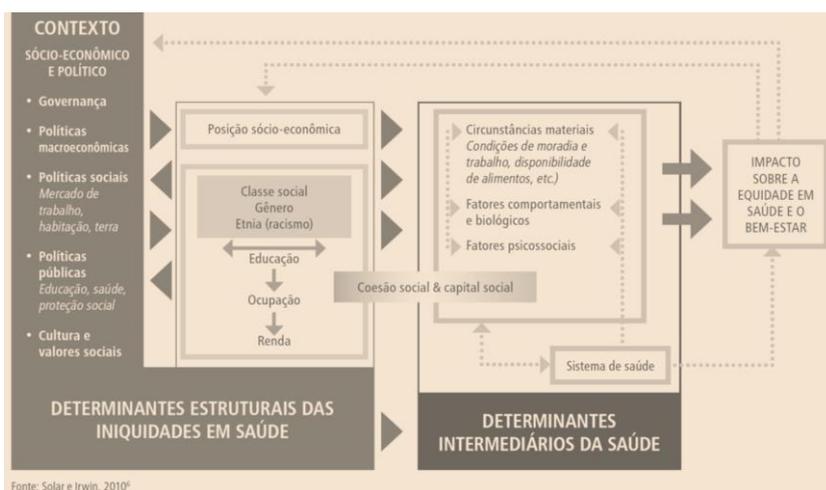


Figura 5 Modelo proposto no marco conceitual da CDSS

3.1.1.2 Determinantes intermediários da saúde

Os determinantes intermediários referem ao conjunto de elementos categorizados em fatores comportamentais e fatores biológicos, circunstâncias materiais (condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos, moradia, etc.), e fatores psicossociais. Ainda incluem o sistema de saúde e a coesão social. Para a CDSS (2010: 51),

“a desigualdade é visível nas condições da primeira infância e de escolaridade, nas condições de emprego e trabalho, na forma física do ambiente construído e na qualidade do ambiente natural em que as pessoas habitam. Dependendo da natureza destes ambientes, diferentes

grupos terão diferentes experiências de condições materiais, influências psicossociais e opções comportamentais que os tornarão mais ou menos vulneráveis a uma saúde precária.”

Além da vulnerabilidade diferenciada, destacam-se diferenças na exposição e nas consequências de acordo à posição socioeconômica. Para Solar & Irwin (2010: 37), as circunstâncias materiais são os fatores intermediários mais importantes e referem, entre outros, às condições de moradia, particularmente a superlotação, a qualidade de ar, o acesso à água e as características da vizinhança. Em relação às condições de trabalho, os autores afirmam que existem marcadas diferenças sociais no que concerne a exposição a agressores físicos, mentais, químicos e ergonômicos no local de trabalho e ainda destacam a vulnerabilidade diferenciada de trabalhadores em economias informais. Outros determinantes intermediários da saúde propostos por Solar & Irwin (2010) e contidos no modelo (**Figura 6**), são os estilos de vida e comportamentos, que se expressam, entre outros, nos padrões de consumo de tabaco, álcool e na falta de atividade física. Os dados revisados por Solar & Irwin (2010) sugerem que os fatores de risco operam de forma diferencial de acordo à posição socioeconômica. Incluem-se ainda estressores psicossociais (negative life events and job strain), circunstâncias estressantes (por exemplo, dívidas) e a falta de apoio social como determinantes intermediários da saúde. No marco conceitual da CDSS, o sistema de saúde também é considerado um determinante intermediário da saúde, reconhecendo principalmente a influência das barreiras de acesso. Solar & Irwin (2010) neste sentido enfatizam as obrigações do sistema de saúde que apontaram Benzeval, Judge e Whitehead (1995): 1) assegurar que os recursos sejam distribuídos entre as áreas em relação à necessidade, 2) responder apropriadamente às necessidades de cuidados de saúde dos diferentes grupos sociais e 3) liderar esforços mais amplos e estratégicos para desenvolver políticas públicas “saudáveis” ao nível nacional e local e promover equidade em saúde e justiça social.

A coesão social é proposta como determinante transcendental e é entendida como uma forma de dar conta do impacto das relações estabelecidas entre as comunidades e instituições, particularmente o Estado, sobre a qualidade de vida das comunidades (Solar & Irwin, 2010: 42). Solar & Irwin (2010) retomam as críticas ao redor da noção de coesão e capital social e afirmam:

“While remaining alert to ways in which notions of ‘social capital’ or community may be deployed to excuse the state from responsibility for the wellbeing of the population ^{166, 165, 166}, we can also look for aspects of these concepts that shed fresh light on key state functions [...] The CSDH adopts the position that the state possesses a fundamental role in social protection, ensuring that public services are provided with equity and effectiveness” (Solar & Irwin, 2010: 42).

por classe social, gênero, etnia, educação, ocupação e renda (posição socioeconômica) e configuram padrões diferenciados de vulnerabilidade e exposição aos determinantes intermediários de saúde e, desta forma, definem as iniquidades sociais em saúde, propõe uma crítica importante porém incompleta da sociedade. A proposta da CDSS, neste sentido, se concentra no que produz a sociedade em termos de desigualdades e reduz a margem de compreensão e de denúncia aos fatores medíveis e claramente visíveis sem propor uma análise compreensiva dos processos sociais e dos padrões de exploração, dominação e marginalização que subjazem as hierarquias sociais. Classe social, etnia e gênero, neste sentido, não aparecem como categorias analíticas da matriz de dominação que tem sustentado a consolidação e expansão do sistema-mundo capitalista/colonial, senão como fatores que junto com a educação, a ocupação e a renda definem a hierarquia social. A inclusão destes fatores, conseqüentemente, não é justificada a partir da referência aos processos de dominação, exploração e marginalização que se têm configurado ao interior dos países e ao nível global, sistematicamente privilegiando grupos diferenciáveis por gênero, etnia/raça e classe social. Ao contrário, parte-se de uma visão ahistórica e abstrata que baseia as categorias analíticas no que é empiricamente observável e não explicita porque as hierarquias sociais têm-se configurado em função e em relação ao gênero, à classe social e à raça e etnia e qual o papel da educação, da ocupação e da renda nestas relações.

É talvez este, o ponto central da crítica que se articulou em relação à CDSS e à abordagem dos DSS, que culminou em publicações científicas (Eibenschutz et al, 2011; Nogueira, 2010; CEBES, 2009; Ingleby, 2012; Peñaranda & Otálvaro, 2013) e em declarações políticas, como foi referido acima. Cabe, no entanto, abordar com mais detalhe os diferentes pontos de crítica que foram articulados, principalmente desde a MS-SC, para poder elucidar as construções epistemológicas e instâncias discursivas que sustentam esta abordagem incompleta das iniquidades sociais em saúde, que propõe a CDSS.

3.1.2 Pontos de crítica

As críticas articuladas em relação à abordagem dos DSS principalmente apontam insuficiências no alcance das análises e nas propostas articuladas pela CDSS e alguns autores (Birn, 2009; Ingleby, 2012) referem ao relatório final da CDSS como uma “oportunidade perdida”. Referem-se, neste sentido, à falta de consideração de processos considerados centrais na produção e reprodução das iniquidades sociais em saúde como, por exemplo, a migração (Ingleby, 2012). De acordo com o resumo das críticas que propusemos na última parte da seção anterior, ainda se questiona a abordagem ahistórica e descontextualizada das iniquidades sociais enquanto efeitos de um “contexto socioeconômico e político” abstrato. Como vimos acima e como é colocado por

Almeida-Filho (2009), impressiona a persistência de lacunas, omissões e desinteresses na abordagem das iniquidades sociais da saúde desde a perspectiva da CDSS. Vicente Navarro, neste sentido, afirma no seu artigo intitulado “What we mean by Social Determinants of Health”:

“The Commission’s report goes very far in describing how inequalities are killing people. But we know the names of the killers. We know about the killing, the process by which it occurs, and the agents responsible. And we, as public health workers, must denounce not only the process, but the forces that do the killing” (Navarro, 2009: 440).

Estes problemas se manifestam de forma particularmente clara em relação à abordagem da saúde implícita na proposta da CDSS e na teoria social ou abordagem do “social” dos determinantes da saúde, incluindo as noções de justiça que são implicadas. Antes de abordar estes assuntos de forma mais detalhada, cabe notar que a CDSS em grande parte retoma o enfoque da Medicina e Epidemiologia Social Europeia (ESE) e, portanto, não pode ser isolada da história de dissensos científicos que se tem articulado no campo da saúde pública e da epidemiologia ao longo do tempo. Breilh (2010) inclusive reconhece a abordagem dos DSS como um novo eixo na história de dissensos, seguindo as confrontações que se deram no século XIX entre contagionismo conservador e doutrina miasmática, entre explicações unicasais e a medicina social na primeira metade do século XX e a oposição entre modelos multicausais e o paradigma crítico. Reconhecemos os pontos de crítica articulados em relação à CDSS, portanto, como novos insumos à desconstrução, construção e superação dos fundamentos epistemológicos da epidemiologia e principalmente da reinterpretação contra-hegemônica dos processos saúde-doença e da determinação social, que merecem consideração, também porque renovam as críticas abordadas na seção 2.2 deste ensaio.

3.1.2.1 Saúde: Entre estado de ausência de doença ou processo social

A teoria da saúde adotada no relatório final da CDSS e no marco conceitual coincide com a teoria que impera na medicina ocidental e também com a noção assumida pela epidemiologia dominante. Neste sentido, Nogueira (2009) aponta que na proposta da CDSS, a saúde equivale a ausência de morbimortalidade e a sobrevivência física no longo prazo (longevidade). O autor ainda refere ao fato da saúde sendo medida através dos anos de vida, que segundo o autor manifesta o pressuposto biologicista que subjaz a abordagem da CDSS na medida em que a “mera presença física das pessoas, independentemente da possibilidade dos modos sociais de interagir e se ocupar” (Nogueira, 2009: 402) é assumida como “vida”. O objeto, isso é, a saúde, assim é definida exclusivamente respeito às condições de normalidade e anormalidade psico-biológicas dos indivíduos, estabelecidas pela biomedicina. Trata-se, segundo Hernández (2011), de uma

concepção da saúde como equilíbrio biológico ou energético-material, de expressão individual e com causas internas e externas empiricamente identificáveis como “fatores” - no caso, “determinantes”. Desta forma se diferencia da noção do “processo saúde-doença”, articulada pela MS-SC, como processo de natureza social e, portanto, histórico, com expressão específica no “nexo biopsíquico humano” e “subsumido” nos processos de produção e reprodução social (Laurell, 1987; Breilh, 1987).

A abordagem da saúde desde a qual parte a CDSS desconsidera estas dimensões, principalmente a complexidade, multidimensionalidade e natureza social do processo saúde-doença, que vão muito além do reconhecimento da influência de fatores sociais sobre a saúde das populações (Nogueira, 2010), mas ao contrário e no sentido da “determinação social da saúde”, implica uma compreensão dos processos saúde-doença como processos sociais e ainda implica reconhecer as dinâmicas sociais que moldam os modos de vida e processos saúde-doença e engendram os processos de produção e reprodução dos padrões estruturais de dominação, exploração e marginalização nas sociedades concretas.

3.1.2.2 A abordagem do social

Na abordagem dos DSS, a organização social que se configura a partir destes processos é concebida como externa aos indivíduos e grupos sociais (Peñaranda & Rendón, 2013) e desta forma, as variáveis do “contexto socioeconômico e político” que sugere a CDSS são definidas apenas em termos abstratos. Por mais que se reconheça o papel do mercado e da globalização (leia-se globalização capitalista) na geração das iniquidades sociais e se demanda uma “participação equitativa” no comércio internacional e nas instituições econômicas mundiais (Birn, 2009), a não-explicação do tipo de sociedade e de economia nos quais se desenvolvem estas relações injustas e para os quais são funcionais, insinua uma abordagem abstrata, superficial e inerentemente limitada dos processos que engendram as iniquidades sociais e, portanto, dos DSS. O mercado e a globalização assim aparecem como “forças escuras” e abstratas que apresentam “falhas” na medida em que produzem desigualdades em educação, ocupação e renda (Cabrera et al., 2011), que podem ser corrigidas na medida em que se adotam boas práticas na governança, políticas redistributivas e na medida em que o mercado se torne mais “responsável” (CDSS, 2010). A CDSS neste sentido sugere aumentar a representação de advogados pela equidade em saúde e apoiar a institucionalização da avaliação do impacto sobre a equidade sanitária (Birn, 2009). Ambas as propostas certamente são interessantes e pragmáticas, mas claramente insuficientes e bastante ingênuas. Os impactos negativos que gera “o mercado” sobre a equidade em saúde, desta forma, são considerados como aleatórios, acidentais e não-desejados e o padrão sistemático da

determinação social que se engendra, entre outros, a partir da superexploração do trabalho e da natureza implicada no regime de acumulação capitalista, não é reconhecida pela CDSS. Também não se reconhece a incompatibilidade do regime de acumulação capitalista com modos de vida saudáveis, como é colocado por Breilh (2013). A CDSS, portanto, se contenta com melhorias num sistema inerentemente injusto (Breilh, 2008) e, desta forma, segue uma abordagem característica da sociologia funcionalista, que é emblemática do dilema discutido no capítulo anterior na medida em que estorva um pensamento alternativo de alternativas, principalmente alternativas ao regime de acumulação capitalista. O horizonte de transformação da CDSS neste sentido se limita à correção das distorções que veiam acompanhar a aceleração e extensão do regime de acumulação capitalista, sem ameaça-lo (Breilh, 2011: 48) e reserva um papel estratégico à gestão pública, que abre importantes, no entanto, insuficientes espaços de transformação.

Da mesma forma pode-se dizer que a insistência nas políticas redistributivas certamente é um passo fundamental na mobilização pela equidade em saúde no contexto das políticas de austeridade e no contexto da expansão da influência de agendas neoliberais no mundo inteiro. Navarro (2009), no entanto, faz uma importante observação ao notar que os chamados da CDSS para políticas de redistribuição de recursos não explicitam quem concentra os recursos e porquê. Nogueira (2009) neste sentido aponta que “essa nova epidemiologia, que é apenas pseudosocial, arroga a si o direito de falar do social sem compreendê-lo como tal, sem ser capaz de adotar a este respeito qualquer abordagem teórica razoável, e muito menos, uma teoria crítica da sociedade” (2009: 405). Os determinantes sociais e condicionantes dos efeitos observados em relação às desigualdades sociais em saúde, apenas são colocados como fatores e/ou situações sociais que as precedem, o que Tambellini & Schütz (2009) relacionam à falta de precisão conceitual e à teorização frouxa sobre a relação saúde-sociedade que se manifesta na proposta da CDSS. Os autores neste sentido apontam:

Esta falta de precisão conceitual, aliada a uma teorização frouxa sobre a relação saúde-sociedade, não permite o entendimento dos mecanismos e, principalmente, dos múltiplos processos socioeconômicos, ecológicos, biológicos, psicológicos e culturais que se articulam na constituição do objeto saúde, o que leva à exclusão das dimensões políticas, históricas e espaço-territoriais desta proposição científica” (Tambellini & Schütz, 2009: 377).

Na proposta da CDSS maneja-se, portanto, um conceito estreito de determinantes sociais que opera num nível da empiria, que insinua uma compreensão do social como algo que se encontra nas populações e influencia a natureza essencialmente biológica do homem (Nogueira, 2009). A despeito da ênfase no social, a proposta dos DSS, portanto, continua atada ao modelo biomédico da saúde, como notamos anteriormente.

A noção dos “determinantes” manejada pela CDSS ainda reforça uma visão fragmentada da realidade na medida em que repete o *modus operandi* do causalismo, amplamente problematizado no capítulo anterior (Breilh, 2011), e enxerga e atua apenas sobre fatores e não sobre a mudança de processos estruturais, como foi referido em relação ao horizonte de transformação. Segundo Breilh (2011: 52), esta abordagem impossibilita o estabelecimento de um nexos histórico real entre os determinantes estruturais e os determinantes intermediários da saúde, sobretudo porque as categorias definidoras do conjunto e da lógica dos determinantes estruturais²⁴ estão ausentes e, porque na conceituação da classe social se evidencia um foco distorcido para a dimensão do consumo (educação – ocupação – renda), que evidentemente é insuficiente para dar conta das dinâmicas de marginalização, dominação e exploração que produzem e reproduzem as iniquidades sociais. Almeida-Filho (2009), neste sentido, observa que os conceitos dominantes de desigualdades em saúde manifestam uma “falácia econocêntrica”, o qual também aplica à proposta dos DSS. Renda, produção, consumo e outros indicadores econômicos assim são tomados como parâmetros para medidas de desigualdade na sociedade, negando o papel de outras dimensões de subalternização, que podem, inclusive, ter maiores impactos sobre o processo saúde-doença e sobre o bem-estar coletivo (Tilly, 1998), principalmente em sociedades que se afastam do mítico pleno emprego e são ditadas por economias informais. Almeida-Filho (2009) neste sentido aponta que

“a renda não parece representar medida válida e plena de acesso ao bem-estar social e aos recursos de vida (saúde incluída) em países pobres. Mediante estruturas e dinâmicas próprias, além da concentração de riqueza, outras desigualdades derivadas do ranqueamento social encontram-se ativas em sociedades flageladas pela pobreza, desemprego e exclusão social” (Almeida-Filho, 2009: 359).

Cabe complementar esta afirmação, lembrando que também nos países do Norte, as iniquidades sociais se configuram também a partir de processos não-econômicos e o caráter mitológico da meritocracia que alegadamente viabiliza o “sonho americano” nos Estados Unidos e a ascensão social nos países europeus, se manifesta de forma inequívoca na violência de assimilação e o reconhecimento sem redistribuição que caracteriza não apenas a sociedade brasileira, como foi abordado no primeiro capítulo deste ensaio, senão também as sociedades europeias e a norte-americana, que também manifestam uma ordem social racializada.

A falácia econocêntrica tem marcado às interpretações dominantes dos processos de determinação social das iniquidades sociais e também das iniquidades étnico-raciais e, desta forma, tem assumido um papel central na invisibilização das múltiplas dimensões de dominação implicadas na

²⁴ Breilh (2011) refere à acumulação, à propriedade e às relações sociais, mas poder-se-iam complementar estas categorias definidoras para dar conta de mais alguns mecanismos de reprodução do sistema-mundo capitalista-colonial.

subalternização de populações não-brancas, exercida em função da constituição e reprodução do sistema-mundo capitalista-colonial. Na proposta dos DSS a falácia econocêntrica e a fixação na renda ainda são reforçadas pela ênfase no “gradiente em saúde” (health gradient), que apenas aplica às variáveis contínuas (por exemplo: renda) e não pode ser aplicada às variáveis ordinais (por exemplo: raça/etnia, gênero, classe social), como é apontado por Ingleby (2012). O mesmo autor reconhece a importância de optar pela ênfase no “gradiente” (gradiente) para examinar toda a gama de desigualdades e superar as dicotomias simplistas. Contudo critica que esta ênfase levou à desconsideração das “lacunas” (gaps) entre grupos socialmente construídos, em relação e em função dos quais se geraram iniquidades.

3.1.2.3 Diferença, diversidade, desigualdade, inequidade e iniquidade

A noção de “determinação social” assenta na diferenciação entre diversidade, desigualdade, inequidade e iniquidade, como aponta Almeida-Filho (2009). Breilh (2003) neste sentido refere à diversidade como variação em características ou atributos de uma dada população (gênero, nacionalidade, etnia, geração, cultura, etc.), enquanto refere às desigualdades como evidências empiricamente observáveis da diversidade. Segundo Breilh (2003), a inequidade seria uma categoria analítica da diversidade que marca a essência do problema de distribuição de bens na sociedade e constitui o lado negativo da diversidade, tornando-se veículo de exploração e subordinação. Breilh propõe uma diferenciação entre inequidade e iniquidade, sustentando que a “distribuição desigual de bens numa sociedade não teria apenas uma raiz política diretamente referida à justiça social (iniquidade), mas seria sobredeterminada estruturalmente (inequidade)” (Almeida-Filho, 2009: 362). Almeida-Filho complementa esta diferenciação e propõe uma definição de inequidades como “disparidades evitáveis e injustas, expressão de desigualdades desnecessárias, do ponto de vista político e populações humanas e de agregados” (2009: 365) e iniquidades como “inequidades que, além de evitáveis e injustas, são indignas, vergonhosas, resultante de opressão social (segregação, discriminação, perseguição) na presença de diversidade, desigualdade, diferença ou distinção” (2009: 365). Ambas as definições propiciam elementos centrais para a compreensão dos processos de determinação social das inequidades étnico-raciais em saúde e orientam nossas propostas de reinterpretação, articuladas neste ensaio. Coincidimos, neste sentido, com Almeida-Filho, quem reconhece que esta diferenciação impõe perguntas diferentes às que regem na epidemiologia convencional e marcam as interpretações dominantes dos processos de determinação social das iniquidades em saúde, inclusive as da CDSS.

A CDSS, no entanto, não consegue nem se propõe chegar às perguntas que são destacadas por Almeida-Filho. De acordo à proposta da “epidemiologia do modo de vida”, que o autor desenvolve principalmente na *Ciência Tímida* (Almeida-Filho, 2000), ressalta as seguintes perguntas:

“Quais são as fontes de desigualdade, inequidade e iniquidade em saúde? Como a opressão e a injustiça operam na promoção e persistência das iniquidades em saúde? Como abordar, de modo conceitualmente consistente e metodologicamente rigoroso, tais questões?” (Almeida-Filho, 2009: 365).

Para Almeida-Filho um primeiro passo consiste em recorrer às teorias críticas da sociedade e da política capazes de explicar as práticas dos sujeitos no espaço social. Desde a MS-SC, recorreu-se principalmente à teoria marxista. Para efeito do nosso objeto de estudo, implicaria recorrer a teoria crítica que além de explicar as práticas dos sujeitos no espaço social e permite problematizar a exploração das classes sociais subalternizadas, explica a subalternização das populações não-brancas na modernidade capitalista - o grande mérito da proposta teórica articulada desde o Grupo M/C e abordada no primeiro e segundo capítulo deste ensaio. Para Almeida-Filho (2009), o segundo passo consiste no desenvolvimento de alternativas metodológicas capazes de produzir conhecimento crítico sobre o tema.

O desenvolvimento teórico da MS-SC certamente traz importantes elementos para construir alternativas metodológicas e no anterior capítulo destacamos alguns dos elementos centrais das propostas articuladas por Naomar Almeida-Filho e Jaime Breilh, cujos trabalhos têm sido especialmente importantes no desenvolvimento da MS-SC e manifestam de forma particularmente clara como se diferencia a abordagem dos DSS da abordagem de determinação social. Mesmo não abarcando todos os processos que consideramos fundamentais para a reinterpretação da determinação social das iniquidades étnico-raciais em saúde²⁵, nosso objeto de estudo, a MS-SC talvez seja o conjunto de propostas mais sofisticadas e originais de construção teórica alternativa no campo da saúde. Daí a insistência na recuperação e visibilização das propostas da MS-SC neste ensaio.

3.1.2.4 Diferenças na abordagem da justiça, injustiça, equidade e iniquidade

Como vimos acima, o conceito mais destacado para abordar as desigualdades em saúde na abordagem dos DSS é a iniquidade, entendida como desigualdade injusta. Cabe, portanto, indagar, mesmo de forma sucinta, sobre as noções de justiça implicadas nas respectivas propostas e particularmente na proposta dos DSS. Partimos, neste sentido, do reconhecimento da iniquidade

²⁵ Ao nosso ver, negligencia-se, por exemplo, a dimensão étnico-racial nos processos de dominação, exploração e marginalização que marcam o sistema-mundo capitalista-colonial, que é comumente referida como dimensão cultural, mas poucas vezes como dimensão estrutural da produção e reprodução das relações de poder no sistema-mundo.

como conceito ético que implica uma valorização da desigualdade, seguindo as discussões ao redor das diferenças entre desigualdades, inequidade e iniquidade propostas acima.

Por mais isso que não se explicita no relatório final nem no marco conceitual, a proposta dos DSS assenta numa posição liberal redistributiva da justiça, que marca a maneira de entender a causalidade das iniquidades sociais e, desta forma, configura as respostas políticas e o âmbito privilegiado para as transformações. De acordo com Hernández (2011), cabe diferenciar a posição de justiça adotada pela CDSS de principalmente duas posições alternativas: a corrente hegemônica, liberal da justiça e, por outro lado, a posição igualitarista social, que tem marcado as propostas da MS-SC.

A posição liberal da justiça tem definido as reformas das políticas sociais e sistemas de proteção nos últimos 30 anos no mundo inteiro (Navarro, 2002; Almeida, 2005; Hernández, 2003) e tem-se guiado por uma noção de justiça que assume como justas aquelas transações que são feitas entre homens livres e iguais (Hernández, 2011: 171). Como é colocado por Hernández (2011), o ponto central da posição liberal da justiça consiste em que os direitos sociais, econômicos e culturais são diretamente associados à capacidade de pago:

“Quien tiene, paga y obtiene. Quien no tiene, debe demostrarlo para merecer una atención subsidiada y focalizada por parte del Estado” (Hernández, 2011: 172).

A perspectiva liberal da justiça na sua visão individualista e utilitarista da justiça, portanto, dialoga bem com o assim chamado “individualismo metodológico”, que assume a sociedade como um conjunto de agentes racionais, que se encontra em transações egoístas e procura maximizar a utilidade (Hernández, 2011). Hernández aponta que as políticas baseadas nesta perspectiva de justiça têm resultado politicamente rentável na medida em que geram melhoras de curto prazo, sem a necessidade de modificar as condições que geram as iniquidades e a pobreza. Cabe uma advertência em relação ao conceito de pobreza, que se tornou tema de um novo léxico político dominado pelo Banco Mundial. Seguindo Porto-Gonçalves (2012a), “possamos admitir o conceito de pobreza absoluta que, na verdade, seria a miséria (do que a fome é sua maior expressão)” (2012: 4). Contudo, é necessário especificar em relação ao que se define a pobreza, na medida em que a riqueza material pode conviver com pobreza de espírito e condições de vida indignas, e vice-versa.

A CDSS se distancia desta posição de justiça hegemônica ao reconhecer estruturas sociais que engendram desigualdades na “liberdade de” ser e na “liberdade para” fazer, principalmente através da sua influência sobre escolaridade, ocupação e renda. Reconhece-se, portanto, que existem diferenças no grau de liberdade e igualdade dos homens, que devem ser equilibradas a partir da garantia de condições de vida digna, expressadas em trabalho, educação, saneamento, assistência médica e moradia para todos os cidadãos. A iniquidade, portanto, é entendida como injustiça no

reparto e no acesso às riquezas e ao poder, com a estratificação social sendo concebida como resultado de desigualdades em relação à escolaridade, ocupação e renda que surgem de contextos sociopolíticos desfavoráveis. Desigualdades em saúde, portanto, são concebidas como injustas quando são produto de situações que estão fora do controle dos indivíduos - reconhecendo que de acordo à posição socioeconômica (como produto da interação entre o nível de educação, o tipo de ocupação, a renda, o gênero, a etnia/exposição ao racismo e a classe social) o grau de escolha de estilos de vida varia. A CDSS refere, entre outros a alimentação restringida por carências econômicas, a exposição a condições de vida e trabalho insalubres e o acesso inadequado a serviços básicos como saneamento e moradia. De acordo à crítica articulada nas seções anteriores, a CDSS, portanto, reconhece o impacto da posição socioeconômica sobre os modos de vida, mas parece insinuar que a exposição a estas condições de vida e trabalho insalubres bem como o acesso inadequado a serviços básicos, é aleatória na medida em que surge de uma “combinação tóxica de políticas sociais e programas débeis, estruturas econômicas injustas e política de baixa qualidade“ (CDSS, 2010: 1).

A posição igualitarista social da justiça parte do reconhecimento de que as desigualdades são injustas porque são produzidas por uma apropriação indevida dos meios de realização da vida por parte de uma classe social, um gênero e/ou uma etnia/raça (matriz de dominação) (Hernández, 2011: 182). Reconhece desta forma um “sujeito histórico” (Quevedo & Hernández, 1994), construído nas relações sociais e processos de dominação, exploração e marginalização em função da consolidação de privilégios (materiais, simbólicos, etc.). Desde esta perspectiva, iniquidades, inequidades e desigualdades são produzidas pelas relações de poder, de dominação e resistência, que se articulam no regime de acumulação capitalista. A estratificação social, portanto, é entendida como expressão das formas de propriedade, poder e divisão do trabalho características da sociedade capitalista e das suas formas de produção e reprodução. Isso implica que a iniquidade não apenas se refere às injustiças na distribuição e acesso aos bens materiais e serviços básicos, senão ao processo intrínseco que as engendra. Retomando o exemplo articulado acima, a exposição a condições de vida e trabalho insalubres bem como o acesso inadequado a serviços básicos não é considerada aleatória, mas sistemática, reconhecendo principalmente as relações de dominação que se articulam na “triple iniquidade” ou “matriz de poder” em função da expansão do regime de acumulação capitalista. As transformações assim não se limitam ao poder estatal, mas surgem da “intersubjetividade emancipadora entre las clases, los géneros y las etnias dominados” (Breilh, 2003: 60) – um elemento central também nas propostas de Frantz Fanon, abordadas no primeiro capítulo.

3.1.3 Propostas de transformação ou como reduzir as desigualdades no período de uma geração

As diferenças na abordagem da justiça e da equidade têm implicações para a prática, como é enfatizado por Hernández (2011). Cabe, portanto, problematizar as referências centrais (estado de bem-estar europeu, etc.) e revisar as propostas apresentadas pela CDSS para reduzir as iniquidades sociais em saúde no período de uma geração.

Em linhas gerais, a CDSS propõe ações em dois níveis (Breilh, 2008): nos condutores estruturais e nas mudanças das condições de vida. O primeiro grupo de medidas recomendadas pela CDSS inclui o financiamento justo, orientado para aumentar o gasto em saúde; as responsabilidades do mercado; a equidade de gênero; a tomada de decisões imparcial para contribuir para o empoderamento e garantir uma ampla participação na tomada de decisões referente à equidade em saúde e a boa condução governamental global, a partir de um maior peso de organismos multilaterais que incluem os DSS nas suas agendas. O segundo grupo de medidas se dirige a alcançar: equidade desde o início da vida; emprego justo e trabalho decente, combatendo o trabalho precarizado, o desemprego e as más condições de trabalho; moradias saudáveis com acesso a bens e planejados para promover a saúde; acesso universal à atenção médica, promovendo sistemas universais e gratuitos, fundados na Atenção Primária e que garantem acesso equitativo e proteção social universal.

A CDSS recomenda três princípios de ação: Melhorar as condições de vida quotidianas; abordar a distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos; quantificar e compreender o problema e avaliar o impacto da ação. Concretamente aponta que é preciso:

“melhorar o bem-estar de meninas e mulheres e as circunstâncias em que os seus filhos nascem, dedicar maior atenção ao desenvolvimento e educação iniciais para meninas e rapazes, melhorar as condições de vida e trabalho e criar políticas de proteção social para todos, criar condições para uma vida próspera em idade avançada. As políticas concebidas para estes objetivos envolverão a sociedade civil, os governos e as instituições globais” (CDSS, 2010: 2).

Em relação ao segundo princípio de ação, a CDSS (2010: 2) aponta que é necessário:

“tratar desigualdades – como as que opõem homens e mulheres – na forma como a sociedade se encontra organizada. Isso requer um sector público forte e empenhado, capaz e adequadamente financiado. Para alcançar essa meta é necessário mais que um governo sólido – uma governação sólida: legitimidade, espaço e apoio pela sociedade civil, para que um sector privado responsável e os indivíduos na sociedade acordem em interesses públicos e reinvestam no valor da ação coletiva.

Num mundo globalizado, a necessidade de liderança dedicada à igualdade aplica-se do mesmo modo desde o nível comunitário ao das instituições globais.”

Finalmente destaca-se a importância de:

“reconhecer a existência de um problema e assegurar que a desigualdade na saúde é quantificada (...). Os governos nacionais e as organizações internacionais, apoiadas pela OMS, devem estabelecer sistemas nacionais e globais de vigilância da igualdade na saúde para monitorização rotineira da desigualdade nesta área e os determinantes sociais da saúde e devem avaliar o impacto das políticas e ações nestas dimensões. A criação do espaço organizacional e da capacidade para atuar eficazmente sobre a desigualdade na saúde requer investimento na formação de agentes elaboradores de políticas e profissionais de saúde e a compreensão dos determinantes sociais da saúde pelo público. Do mesmo modo, requer uma maior dedicação da investigação de saúde pública para com os determinantes sociais.” (CDSS, 2010: 2)

A CDSS é inequívoca na defesa de sistemas de saúde universais e advoga pelo aumento imediato dos gastos públicos em saúde – demandas que a própria MS-SC têm reivindicado. As diferenças manifestam-se principalmente nos atores e processos sociais vislumbrados para alcançar a equidade em saúde no período de uma geração desde as respetivas propostas. A CDSS neste sentido imagina uma mobilização social em prol da saúde, partindo da suposição de que as desigualdades em saúde sejam motivo suficiente para mobilizar autoridades e a sociedade civil. Além de ingênua, esta suposição desconhece os processos e contextos sócio-históricos e as lutas sociais que têm permitido um avanço na mobilização em prol da saúde, que se veio manifestar, entre outros, na consolidação do direito à saúde, na elevada expectativa e principalmente qualidade de vida bem como na defesa da vida e da saúde desde uma visão integral e sustentável. Cabe, neste sentido, lembrar que, por exemplo, a reforma sanitária brasileira surgiu no contexto das conjunturas da redemocratização da sociedade e da reformulação constitucional (Nogueira, 2009: 399). Birn (2009) ainda questiona a abordagem ahistórica que a CDSS faz dos países/regiões pobres, que “atingiram um bom nível de saúde, acima de todas as expectativas, tendo em conta o nível económico nacional” (CDSS, 2010: 36) e destaca que:

“En cada uno de las sociedades citadas se ha necesitado una larga lucha política, ya sea por medio de una revolución (en el caso de Cuba); participación y activismo sindical extremadamente altos (entre el 70 y el 95% de la fuerza laboral activa, a su vez resultado de la lucha política), combinados con la elección de partidos políticos con valores socio democráticos (en los países nórdicos); una lucha larga y constante de los partidos políticos de izquierda para ser electos y reelectos (en Kerala); o movimientos populares y laborales a favor de protección social y un fin al gasto militar, después de una guerra civil brutal y de rechazo de intereses imperialistas (Costa Rica)” (Birn, 2009: 193).

Algo parecido ocorre em relação à referência ao Estado de Bem Estar Social europeu, que é defendido pela CDSS e continuamente referido em termos de experiências históricas de sociedades protetoras e redistributivas, porém desvinculado da conflitualidade social e do movimento operário nas lutas pelo progressivo reconhecimento dos direitos cívicos e políticos e a conquista de um modelo baseado no contrato social e nos direitos de cidadania²⁶.

Com a descontextualização histórica dos avanços na mobilização pela equidade em saúde e a negação do papel dos movimentos sociais a partir do foco na gestão pública (Birn, 2009), a ênfase na “participação social” e no “empoderamento” perdem significância e aparecem como conceitos soltos, esvaziados de conteúdo crítico, principalmente porque são abordados em termos de identidade civil, liberdade e autonomia. De forma semelhante, o termo “vontade política”, posto no centro das recomendações da CDSS, continua sendo superficial, indefinido e, de acordo com Birn (2009: 197), sem sentido.

A CDSS exige uma abertura da cooperação internacional e da gestão pública para ações redistributivas, como sinônimo da equidade (Breilh, 2011), e particularmente enfatiza o papel do Estado. Induz-se, desta forma, uma “visão do Estado como superjuiz das necessidades de saúde e supermédico das doenças prevalentes na sociedade”, como é colocado pela Diretoria Nacional do CEBES no número especial de Saúde Em Debate sobre a Determinação social da saúde (CEBES, 2009: 342). Na proposta da CDSS, as reformas, portanto, são a revolução.

Cabe, no entanto, questionar o alcance das reformas propostas pela CDSS, que Breilh (2011) acusou de se limitar a uma forma de mascaramento social, que melhora algumas partes mas não enfrenta as bases estruturais da determinação social dos processos saúde-doença e, desta forma, a determinação social das iniquidades étnico-raciais em saúde. Isso principalmente porque se negam trajetórias históricas de lutas e atores sociais que tem sido fundamentais na elevação do bem-estar das populações historicamente excluídas e na proteção da vida, e poderiam visibilizar horizontes alternativos desde as quais seria possível contribuir de forma decisiva para a equidade em saúde. Da mesma forma, as propostas éticas e políticas, que propõe a CDSS carecem de elementos emancipatórios e em relação às iniquidades étnico-raciais tendem essencializar e reforçar uma noção fatalista sobre as iniquidades que expressa claras posições políticas. Como aponta Breilh (2003: 31), cabe notar que se manifestou ao longo da história, que avançamos pouco enfocando apenas nos objetos de transformação, sem considerar os respectivos sujeitos de transformação.

²⁶ De acordo à discussão no primeiro capítulo deste ensaio, cabe enfatizar que estas garantias e direitos eram na época destas conquistas e continuam sendo na atualidade, mesmo de forma menos explícita, diferenciadas/seletivas.

3.2 Raça, etnia e racismo na agenda dos determinantes sociais da saúde

A crítica articulada em relação à abordagem dos DSS manifesta que as insuficiências da abordagem, em grande parte, refletem as insuficiências das bases e dos princípios epistemológicos da epidemiologia dominante, principalmente na medida em que repete o *modus operandi* do causalismo e reduz os processos de determinação ao princípio causal, desta forma, reduzindo o horizonte de compreensão e atuação a (conjuntos de) fatores descontextualizados. Por outro lado manifestam-se grandes ausências na proposta da CDSS. Notamos a ausência de uma teoria crítica da sociedade e uma teorização frouxa das categorias definidoras do conjunto e da lógica dos determinantes estruturais que estão sendo propostas pela CDSS. Isso particularmente se manifesta em relação à categoria “raça/etnia”, que talvez seja a categoria teoricamente menos desenvolvida e mais problemática na proposta da CDSS.

A seguir, buscamos analisar a abordagem de raça, etnia e racismo no modelo dos DSS no intuito de oferecer uma leitura da abordagem dos DSS em relação aos processos de determinação social das iniquidades étnico-raciais. Buscamos, desta forma, especificar a crítica abordada na seção anterior e ressaltar um aspecto que tem recebido pouca atenção nos debates. Identificamos apenas um trabalho que aborda especificamente esta questão (Ingleby, 2012), no entanto, com um foco na abordagem de etnicidade e migração, ressaltando aspectos relevantes principalmente para o contexto europeu.

Propomos focar nossa análise na abordagem dos conceitos “etnicidade”, “raça” e “racismo” na proposta desenvolvida pela CDSS e analisar a interpretação dos processos de determinação social das iniquidades étnico-raciais em saúde proposta pela CDSS. Especificamente buscamos abordar quais os fatores associados às populações “não-brancas” e quais as explicações salientadas na abordagem dos DSS para explicar desigualdades e iniquidades étnico-raciais em saúde. Concluímos esta seção com uma nota sobre migração, abordando a desconsideração da população imigrante na proposta da CDSS, que tem sido alvo de debates na Europa e traz a baila uma população até agora invisibilizada no campo da saúde pública no Brasil, contudo de crescente relevância no contexto brasileiro atual e para a compreensão dos processos de determinação social das iniquidades étnico-raciais em saúde.

3.2.1 Raça, etnia e racismo: os grandes ausentes na agenda dos DSS

Raça, etnia e racismo são reconhecidos como DSS e mais especificamente como determinantes estruturais das iniquidades em saúde na proposta da CDSS. Contudo, a CDSS não teoriza sobre os processos de determinação social das iniquidades étnico-raciais nem é clara na adoção dos respectivos conceitos. Isso se manifesta na incoerência no uso dos conceitos nos diferentes modelos

propostos pela CDSS (**Figuras 3, 4, 5, 6**), que corresponde ao uso intercambiável e ambíguo dos conceitos no documento do marco conceitual (Solar & Irwin, 2010) e do relatório final (CDSS, 2010), respectivamente. O modelo que figura no relatório final (**Figura 4**) neste sentido faz menção de “etnia/raça”, mas exclui “racismo”. No modelo final que aparece no marco conceitual (Solar & Irwin, 2010), inclui-se “etnia (racismo)”, excluindo “raça”. Por mais que pareça um detalhe ou uma pequena incoerência, este uso intercambiável nos modelos é ilustrativo dos problemas que se manifestam na abordagem das iniquidades étnico-raciais na proposta da CDSS, principalmente da falta de teorização e inclusive de consideração da dimensão étnico-racial na abordagem dos DSS. Isso se reflete claramente no número de vezes que as respectivas palavras aparecem nos documentos centrais da CDSS. Nas 276 páginas do relatório final da CDSS (CDSS, 2010), “racismo” não aparece nenhuma vez, “raça” aparece 2 vezes²⁷, uma vez como parte de uma lista de indicadores e uma vez no modelo final da CDSS (Figura 2), “etnia” 8 e “origem étnica” 2 vezes. Como dado de comparação cabe notar que “gênero”, outro determinante estrutural proposto pela CDSS, aparece 210 vezes. No marco teórico (Solar & Irwin, 2010), “raça” (race) aparece 10, “racismo” (racism) 4 e “etnia” (ethnicity) 14 vezes.

Ainda mais importante que a rarefação dos conceitos é a falta de discussão ao redor dos conceitos e dos processos de determinação que se engendram em relação e em função de raça, etnia e racismo. Além da importante clarificação de que no caso da categoria de “raça” não se trata de uma categoria biológica, mas social, os autores não oferecem uma discussão compreensiva do que entendem por raça, etnia e racismo nem especificam porque estas categorias são consideradas determinantes estruturais das iniquidades em saúde no modelo dos DSS. Os autores, neste sentido, se limitam à menção de alguns componentes e processos, sem especificá-los, e assim apenas reproduzem alguns lugares comuns sobre iniquidades étnico-raciais. O que é apresentado na subseção 5.5.6 do marco conceitual sobre “race/ethnicity” além de ser pouco original na medida em que reproduz grandes partes da seção sobre “race/ethnicity and racism” do glossário publicado por Krieger (2001: 696), é claramente insuficiente para dar conta das complexidades envolvidas nos processos de determinação social das iniquidades étnico-raciais em saúde.

No marco conceitual da CDSS, Solar & Irwin (2010) referem que a construção de diferenças étnico-raciais são a base de divisões sociais e práticas discriminatórias em diferentes contextos (2010: 34) e, como foi apontado acima, notam que é importante compreender “raça/etnia” como categoria social, seguindo Krieger (2001). Os autores especificam que o termo geralmente refere a grupos sociais, que compartilham cultura e ancestralidade e cujos contornos são forjados por sistemas nos

²⁷ Excluindo índices, referências bibliográficas e cabeçalho.

quais um grupo beneficia da dominação do outro, e define a si e outros a partir desta dominação e a partir da posse de características seletivas e arbitrárias (por exemplo a cor da pele). Cabe notar que os autores retomam Krieger mas omitem um elemento central da explicação proposta pela autora: os sistemas opressivos de relações raciais. Neste sentido, Solar & Irwin (2010) escrevem:

As Krieger observes, it is important to be clear that “race/ethnicity is a social, not biological, category”. The term refers to social groups, often sharing cultural heritage and ancestry, whose contours are forged by systems in which “one group benefits from dominating other groups, and defines itself and others through this domination and the possession of selective and arbitrary physical characteristics (for example, skin colour)” (Solar & Irwin, 2010: 34).

Enquanto Krieger (2001) coloca:

Race/ethnicity is a social, not biological, category, referring to social groups, often sharing cultural heritage and ancestry, that are forged by oppressive systems of race relations, justified by ideology, in which one group benefits from dominating other groups, and defines itself and others through this domination and the possession of selective and arbitrary physical characteristics (for example, skin colour)” (Krieger, 2001: 696).

A omissão das palavras “opressivo” e “sistemas de relações raciais”, ao nosso ver, não é um acaso mas reflete a postura (implícita) adotada pela CDSS, sendo ilustrativo da despolitização das iniquidades sociais em saúde reforçada pela abordagem dos DSS, bem como da ocultação de conflitos sociais implicados na opressão.

Solar & Irwin (2010) ainda referem à discriminação e exclusão racial e apontam que o pertencimento a grupos étnicos/raciais marginalizados afeta todos os aspetos do seu status, das suas oportunidades e suas trajetórias durante o curso da vida. Reconhecendo que os desfechos de saúde em grupos raciais e étnicos oprimidos muitas vezes são significativamente piores do que em grupos privilegiados, os autores fazem menção da situação dos “African Americans” nos Estados Unidos e dos “Aboriginal and Torres Strait Islanders” na Austrália, respetivamente. Além da referência às “expressões biológicas de racismo” (biological expressions of racism), que foi proposto por Krieger (2001), mas não é especificada por Solar & Irwin (2010), o marco conceitual não oferece uma teorização do racismo e sua influência sobre os processos saúde-doença, nem faz referência a trabalhos que abordam estas questões (Krieger, 2000; 2005; Bastos et al., 2010).

O relatório final da CDSS não contém discussão nenhuma ao redor dos respetivos conceitos e apenas os refere como variáveis de estratificação que devem fazer parte de sistemas de informação. O porquê disso não é explicitado. De acordo a que foi apontado anteriormente, cabe notar que o termo “racismo” é omitido no relatório todo.

Por mais que não seja explicitado nem no marco conceitual nem no relatório final, a CDSS parece insinuar que é principalmente através da discriminação que a dimensão étnico-racial adquire relevância nos processos de determinação social da saúde. Neste sentido, Solar & Irwin (2010) recomendam reconhecer gênero, etnicidade e sexualidade como estratificadores relacionados a formas sistemáticas de discriminação (2010: 30). Os autores ainda reconhecem que existem sociedades marcadas pela discriminação e exclusão racial, nas quais a pertença a grupos étnico-raciais pode influenciar o status, as oportunidades e a trajetória de vida dos respectivos membros. Não se explicita, no entanto, de que forma influi nas vidas das pessoas e qual a relevância para compreender a determinação social da saúde. Além disso, não oferece uma discussão sobre os fundamentos desta discriminação, isto é, da organização social racializada e dos sistemas de relações étnico-raciais opressivos, que marcam muitas sociedades. Quando apontam que grupos indígenas sofrem discriminação racial em muitos países (Solar & Irwin, 2010: 34) e referem à discriminação contra grupos indígenas na Austrália e contra a população afrodescendente nos Estados Unidos, não fazem referência nem ao padrão de poder racializado nestas sociedades nem à história colonial, por mais que seria justamente essa contextualização que seria necessária para compreender estes processos, não como aberrações mentais ao nível interpessoal, mas como expressões de padrões de dominação, marginalização e exploração sistemáticos. Predomina, no entanto, tanto no marco conceitual quanto no relatório final, uma abordagem da discriminação e do preconceito como atos irracionais ou aberrações mentais, que podem ser enfrentadas com a adoção de campanhas de conscientização e a adoção de leis anti-discriminatórias. Cabe notar que a CDSS foca a discussão ao redor da discriminação de gênero e de descapacitados e recomenda que os governos “criem e apliquem legislação que promova a igualdade de gênero e torne a discriminação com base no sexo ilegal” (CDSS, 2010: 217). Contudo não faz nenhuma recomendação semelhante respeito à discriminação racial.

Seguindo Ingleby (2012), autor que questiona a abordagem “daltônica” (colorblind) que se manifesta no relatório final da CDSS, cabe ainda notar que os autores não parecem reconhecer as sociedades europeias como sociedades marcadas pela discriminação e exclusão racial. Isso se manifesta na referência exclusiva aos Estados Unidos e à Austrália como exemplos de sociedades com essas características e, de acordo com a crítica de Ingleby (2012) e Salway et al (2010), ainda se manifesta na omissão das populações imigrantes e seus descendentes na agenda dos DSS. Ingleby (2012) neste sentido aponta que muitos europeus consideram o legado do colonialismo e da escravidão um assunto relevante apenas para outras partes do mundo e concebem as democracias europeias modernas como meritocracias. Diante o recrudescimento do racismo e da xenofobia, o ressurgimento da ultradireita, a consolidação de uma cidadania seletiva e racializada,

e a persistência de iniquidades étnico-raciais, também em saúde (Salway et al., 2010), cabe, no entanto, afirmar que a visão “daltônica” das sociedades europeias como meritocracias precisa ser revisada com urgência (Ingleby, 2012).

Contudo é justamente essa visão que domina no relatório final e no marco conceitual da CDSS, o que Ingleby (2012) considera um reflexo da tendência na pesquisa sobre iniquidades sociais em saúde na Europa em geral. O relatório adota, desta forma, uma postura característica do pensamento liberal (inclusive do pensamento liberal redistributivo de corte socialdemocrata) na medida em que considera a questão étnico-racial um assunto do passado e implicitamente define o racismo como expressão de um pensamento antiquado e retrogrado que se manifesta na discriminação consciente de pessoas não-brancas (Sundberg, 2008). Desta forma, o racismo aparece como um evento isolado e aberração em sociedades que supostamente já superaram esta fase e cuja organização social corresponde ao mérito de cada indivíduo ou de falácias e assimetrias mal-definidas que comprometem o acesso aos bens sociais, principalmente à educação.

Além desta visão distorcida das sociedades europeias, a omissão da dimensão étnico-racial na abordagem das assimetrias de poder que propõe a CDSS ainda parece refletir uma tendência observada na pesquisa sobre iniquidades étnico-raciais na Europa. Neste sentido, cabe notar que o termo “raça” é evitado no contexto europeu e em grande parte substituído por “etnia”, “descendência” e “cultura”, entre outros termos/eufemismos. Isso aplica particularmente à Europa continental e é justificado pela irrelevância biológica do conceito de raça e pelo risco do uso acabar validando o conceito como categoria de diferenciação biológica (Bhopal, 1997). Particularmente na Holanda e na Alemanha, o termo “racismo” assim é considerado como “exagerado” para referir às formas “moderadas” e “modernas” do racismo cotidiano e se prefere falar de “discriminação”, “xenofobia” e “ressentimentos”. No discurso das elites, o racismo assim sempre se encontra em outro lugar, no passado (escravidão), em outra parte do mundo (África do Sul; Estados Unidos), politicamente na extrema direita (partidos políticos explicitamente racistas) e socialmente no submundo (como os skinheads), como aponta VanDijk (1992).

A substituição do termo “raça”, tanto no discurso cotidiano quanto na pesquisa sobre iniquidades étnico-raciais (em saúde), não eliminou os pressupostos essencialistas sobre diferenças inatas, mas apenas trocou a referência à biologia pela referência à cultura ou outros conceitos ambíguos e mal-definidos, que se dispõem a reforçar interpretações racistas e abordagens de vulnerabilidade que não explicitam os processos de vulnerabilização. Ainda é importante notar que o fato de “raça” não ter relevância biológica, não significa que seja, *per se*, uma categoria não-científica ou irrelevante, como é colocado por Krieger (2000). Nesta perspectiva a pergunta não deve ser *se* (Bhopal, 1997),

mas *como* categorias sociais como raça e etnia devem ser usadas para dar conta dos processos de determinação social.

Cabe ainda retomar os argumentos que têm sido empregados para justificar a omissão de etnia e migração na pesquisa sobre iniquidades sociais na Europa. Ingleby (2012) neste sentido enfatiza quatro argumentos, que elucidam razões que podem ter influenciado a omissão da dimensão étnico-racial na proposta da CDSS, mesmo que não seja explicitado no relatório final ou no marco conceitual: 1) referência ao número supostamente muito pequeno desta população, que inviabiliza sua inclusão em modelos estatísticos, 2) referência ao “efeito do imigrante saudável”²⁸ que torna os imigrantes e minorias étnicas menos vulneráveis e, portanto, não prioritários para a pesquisa, 3) referência ao risco de “blame the victim” a partir da diferenciação entre grupos privilegiados e grupos subalternizados, e 4) argumentos estatísticos em relação ao desaparecimento do efeito de etnia e migração quando controlado por posição socioeconômica.

Como referimos na introdução deste capítulo, o modelo dos DSS exemplifica alguns processos por meio dos quais se têm restringido o entendimento das iniquidades sociais em saúde. Em relação às desigualdades étnico-raciais, as dimensões específicas do racismo e os aspectos específicos de se identificar ou ser identificado como uma “raça” inferiorizada, discriminada e explorada não são reconhecíveis na abordagem dos DSS. Impressiona a omissão de uma abordagem mais compreensiva e o aparente desinteresse nesta dimensão fundamental, que talvez inclusive ainda mais do que classe social, é negligenciada no modelo dos DSS. Assim, aparece como fator ou determinante estrutural sem nenhuma teorização ao respeito dos mecanismos e processos de determinação subjacentes, o que reforça uma ocultação dos processos de dominação, marginalização e exploração que se organizaram em relação e em função à raça/etnia e por meio do racismo. Um reconhecimento adequado da dimensão étnico-racial nos processos que tem definido a hierarquia social, permitiria ir além do reconhecimento da existência do racismo e do esforço de provar seu impacto, algo que nem é tão claro na proposta da CDSS mas de forma geral está sendo reconhecido na pesquisa sobre iniquidades étnico-raciais em saúde, também no Brasil. Permitiria, ao contrário, analisar como a dimensão étnico-racial dos processos de dominação, exploração e marginalização que sustentam o sistema-mundo capitalista-colonial junto com as dimensões de gênero e classe social define os processos de determinação social da saúde-doença por meio da sua influência sobre os modos de vida e por meio da subsunção.

²⁸ Fennelly (2007) discute o “healthy migrant effect”.

Com todos os avanços que a mobilização ao redor dos DSS tem significado, os processos gerativos das iniquidades étnico-raciais, portanto, seguem ocultos e inalterados, igual que os processos de vulnerabilização das populações não-brancas que cobram relevância para compreender os processos saúde-doença e a determinação social das iniquidades étnico-raciais em saúde. Manifesta-se na abordagem dos conceitos raça, etnia e racismo no modelo dos DSS a produção de “ausências” e de “ausentes”, que discutimos no primeiro e segundo capítulo deste ensaio, que além de impor visões reducionistas sobre processos inerentemente complexos, tem sido peça central da “adequação epistemológica” que veio acompanhar a consolidação e expansão do sistema-mundo capitalista/colonial e tem contribuído para a naturalização de uma ordem social injusta e de processos de dominação, exploração e marginalização diferenciados de acordo à raça/etnia, ao gênero e à classe social.

3.2.2 Nota sobre populações imigrantes e migração

Entre os “ausentes” produzidos pela agenda dos DSS destacam-se as populações imigrantes internacionais²⁹ (Ingleby, 2012). Apesar da heterogeneidade que se define em relação ao país de origem, o país de chegada e o status migratório (estudante, irregular, etc.), compartilham características e são sujeitos a dinâmicas que adquirem relevância nos processos de determinação social das iniquidades étnico-raciais e sociais em saúde e deveriam fazer parte de qualquer esforço dirigido à compreensão dos determinantes sociais das iniquidades em saúde e à mobilização em prol da equidade em saúde, como se propõe a CDSS. Isso particularmente se deve ao fato desta população ser cada vez maior, também como efeito da globalização do regime de acumulação capitalista e das dinâmicas que definem os fluxos migratórios. O Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos (ACNUDH), neste sentido estimada que hoje 214 milhões de pessoas vivem fora dos seus países de origem, por diversas razões e motivações. A consideração desta população ainda se faz necessária na medida em que, guardando as importantes diferenças de acordo às características e à origem dos imigrantes, vêm-se enfrentados com processos de determinação social semelhantes aos processos enfrentados pelos grupos marginalizados, explorados e dominados dos respectivos países - com alguns agravantes adicionais, principalmente devido à xenofobia, às barreiras de língua, ao desconhecimento das instituições locais por parte dos imigrantes e às redes sociais mais fracas, pelos menos nos primeiros anos.

A história do Brasil é marcada por intensos fluxos de migração e o Brasil pode ser considerado um país de imigração. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), os fluxos mais intensos ocorreram até a década de 1950. Observa-se, no entanto, uma renovada

²⁹ A CDSS discute principalmente a migração rural-urbana, que sem dúvida é de enorme importância e cada vez mais relevante considerar, mas omite discussões compreensivas sobre a migração internacional.

intensificação da imigração nos últimos anos, principalmente devido ao aumento da imigração desde países fronteiriços e países africanos, e no contexto da crise econômica e a elevada imigração desde a Europa, bem como o crescente retorno de brasileiros do exterior. Em 2010, 286,5 mil “imigrantes internacionais” (nomenclatura do IBGE para a população que chega ao Brasil, independentemente de serem nacionais ou estrangeiros) que tinham passado os últimos cinco anos fora do país, entraram ao Brasil. Houve crescimento de 86,7% em relação aos mesmos dados de 2000, quando o total desses imigrantes foi de 143,6 mil. No ano 2012, o país contava com 1,5 milhão de imigrantes legalizados, segundo dados do Ministério de Justiça (OIM, 2010).

Cabe notar que o perfil dos imigrantes no Brasil é heterogêneo. Observa-se um aumento no pedido de vistos para estudos, principalmente solicitados por cidadãos de países da América Latina (OIM, 2010) e, segundo dados apresentados pelo IBGE, houve um aumento significativo no número de vistos de trabalho concedidos. Dos 73022 vistos de trabalho concedidos no ano 2012, que significou um aumento de 3,54% em relação ao ano 2011, e de 70,15% em relação ao ano 2009 (Veja, 2013), a grande maioria foi concedida a cidadãos dos Estados Unidos, seguidos por cidadãos das Filipinas e de Haiti, Reino Unido, Índia, Alemanha e China. Existe, no entanto, também um crescente número de imigrantes irregulares, principalmente empregados de forma irregular em setores informais e sem direitos trabalhistas. Segundo dados do Ministério da Justiça, cerca de 10 mil haitianos entraram no país em situação irregular desde 2010 (Ribeiro, 2013). Na capital paulista, 368.188 estrangeiros são registrados de acordo com dados do Sincere (Sistema Nacional de Cadastramento e Registro de Estrangeiros), mas as autoridades locais estimam que o número de imigrantes em São Paulo seja quase 50% maior do que o número oficial, como aponta a jornalista Maranhão (2014). A situação da população boliviana em São Paulo tem sido alvo de análises, principalmente em relação aos debates em torno ao trabalho escravo. No entanto, não identificamos pesquisas que abordam a situação de saúde desta população.

Cobertura jornalística recente sobre a imigração para o Brasil destacou o aumento de vistos de trabalhos para cidadãos europeus altamente qualificados como uma demonstração do “bom desempenho da economia brasileira” e motivo de orgulho. Por outro lado, enfatizou-se a situação dos haitianos em Brasileia e em Epitaciolândia (AC), onde se “decretou situação de emergência social devido à entrada excessiva de imigrantes” (G1, 2013), principalmente desde narrativas xenofóbicas e racistas – algo que também se manifestou na polêmica ao redor dos médicos cubanos no Programa Mais Médicos e em relação aos bolivianos em São Paulo.

Diante da crescente relevância da imigração internacional no contexto brasileiro e sua importância para a compreensão dos processos de determinação social das iniquidades étnico-raciais em saúde

(no Brasil), a omissão desta realidade nas pesquisas e nos debates no campo da saúde pública e epidemiologia no Brasil é preocupante. Da mesma forma é preocupante a evasão deste tema na agenda dos DSS.

Coincidimos, neste sentido, com Ingleby (2012) quem enfatiza etnicidade e migração como estratificadores sociais e mais do que isso reconhecemos que os processos de produção e reprodução das relações de poder e, seguindo Fanon, diferenças qualitativas nos processos de dominação, marginalização e exploração se configuram em relação e em função de etnicidade e raça, e também de migração. Daí surge a necessidade de não apenas considerar o “sujeito imigrante”, que diante a invisibilização pela CDSS e na pesquisa ao nível nacional já seria um avanço, mas considerar as conjunturas sociopolíticas e econômicas que definem sua inserção no país de chegada e, seguindo a proposta teórica de Jaime Breilh, marcam os modos de vida, os processos de proteção e desgaste, os padrões de exposição e imposição e, desta forma, a determinação social dos processos saúde-doença.

A determinação social dos processos saúde-doença aos quais, por exemplo, os haitianos em Brasileia (AC) vêm enfrentando, teria que ser compreendida não apenas no contexto das dinâmicas de subalternização das populações não-brancas no Brasil, em relação ao novo papel como potência regional e ao novo imaginário do país, mas também em relação aos grandes projetos de infraestrutura, que estão sendo desenvolvidos na Amazônia e para os quais é preciso mão de obra barata e pessoas cuja vida “vale menos” dentro da lógica racista. Uma lógica que continua imperando no mundo e faz com que a morte destes homens, localizados na zona do “não-ser”, em acidentes (que são frequentes) na execução destas grandes obras é mais tolerada pela população e inclusive nem é notada.

A consideração do “sujeito imigrante” na necessária reinterpretação dos processos de determinação social das iniquidades étnico-raciais em saúde e na mobilização pela justiça social e equidade em saúde ainda cobra relevância diante à tendência das forças conservadoras de criar falsas concorrências entre grupos subalternizados a partir da referência ao limite supostamente natural dos recursos e a necessidade de priorizar. O fato de uma pesquisadora brasileira advertir sobre a “falta de regulamentação sobre como se dá o atendimento a migrantes estrangeiros no país” e apontar que se trata de “um assunto que deveria receber mais atenção até pela questão do custo disso para o sistema, que não tem uma capacidade infinita de absorção de atendimentos” numa mesa sobre racismo, homofobia e outras formas de discriminação no VI CBCSHS, portanto, é inquietante (ABRASCO, 2013).

3.3 A agenda dos determinantes sociais da saúde como “universalidade radicalmente excludente”

Uma das contribuições atribuídas à CDSS é seu alcance global (Nogueira, 2009; Birn, 2009). Refere-se, entre outros, à mobilização de tomadores de decisão do mundo inteiro, à consideração de exemplos de diferentes países e realidades sociais e ao reconhecimento da importância de iniquidades relativas e da pobreza absoluta tanto no Norte quanto no Sul (Birn, 2009). Mas realmente tem sido tão global? Trata-se de uma proposta globalmente relevante? Estabelece um diálogo global? Antecipamos que, ao nosso ver, nenhuma destas perguntas pode ser respondida de forma afirmativa. Na proposta das CDSS manifesta-se, ao contrário, o que anteriormente designamos uma “universalidade radicalmente excludente”. A seguir buscamos nos debruçar brevemente sobre críticas que surgem de uma leitura da agenda dos DSS desde a inflexão descolonial, buscando complementar as críticas abordadas nas seções anteriores. Especificamente procuramos abordar a pretensão de universalidade que se manifesta na CDSS e a invisibilização sistemática de abordagens teóricas subalternas do Sul (epistêmico), que é emblemática da colonialidade do saber e implicou a negação não apenas das contribuições teóricas da MS-SC, mas também dos horizontes de transformação apontados e abertos desde este movimento.

A decisão de ignorar um enfoque profundamente questionador e crítico das relações de poder nas sociedades para Breilh (2011) não pode ser explicada por barreiras de língua, como referem alguns autores. A invisibilização das contribuições da MS-SC no relatório final da CDSS e no marco conceitual, ao contrário, ao nosso ver, se manifesta no padrão sistemático de subalternização das epistemologias do sul, que abordamos detalhadamente no segundo capítulo deste ensaio. Neste sentido cabe notar que nem o relatório final (CDSS, 2010) nem o marco conceitual (Solar & Irwin, 2010) da CDSS fazem menção dos autores latino-americanos, que veiam desenvolvendo pesquisas e construindo teoria desde os anos 1970. A CDSS quase exclusivamente dialoga com teorias desenvolvidas no Norte global e epistêmico, reduzindo a revisão da teoria sobre DSS às teorias psicossociais (Cassel; Wilkinson; Marmot), às teorias da produção social da doença/economia política da saúde (Kaplan; Davey Smith; Lynch) e à teoria ecosocial e abordagens multi-nível (Krieger) (Solar & Irwin, 2010).

América Latina³⁰ assim apenas aparece em alguns exemplos de programas bem-sucedidos como “Barrio Adentro” na Venezuela (Solar & Irwin, 2010: 57) ou “Programa Saúde Familiar” no Brasil (CDSS, 2008: 105) e as contribuições da MS-SC são mencionadas em menos de uma linha no marco

³⁰ Nosso foco é a América Latina, mas cabe notar que a CDSS também não parece dialogar amplamente com autores asiáticos e africanos.

conceitual, referenciando uma autora (Tajer, 2003) que não pode ser considerada central na MS-SC (Solar & Irwin, 2010: 11).

Cabe notar que mesmo na MS-SC existe uma tendência de dialogar especialmente com teorias desenvolvidas no Norte global, o qual se manifesta, por exemplo, nos trabalhos de Almeida-Filho (2004) e Barata et al (2012), mas também no próprio fundamento teórico ainda quase exclusivamente marxista da MS-SC. Há, no entanto, uma tendência para a ampliação deste fundamento e autores da MS-SC estão cada vez mais dialogando com autoras do feminismo negro (Collins, 2010), da teoria da interseccionalidade (Curiel, 2007; Wade, Urrea Giraldo, Viveros Vigoya, 2008) e de forma ainda muito incipiente, com o pensamento descolonial (Breilh, 2003).

De acordo ao que foi referido anteriormente, a proposta da CDSS é essencialmente uma proposta da Epidemiologia Social Europeia (ESE), também graças à forte liderança que assumiu o pesquisador inglês Sir Michael Marmot na CDSS. Cabe notar que o problema, ao nosso ver, não consiste na adoção desta abordagem, que inclusive significaria um enorme avanço no panorama atual no campo da saúde pública e epidemiologia, ainda dominado por abordagens que excluem a dimensão social e atribuem um valor apenas econômico à saúde. O problema consiste na negação desta inscrição, na invisibilização de abordagens-outras e na pretensão de universalidade. Esta pretensão inequivocamente se manifesta na presença global da abordagem dos DSS, que vem deslocando e reprimindo outras abordagens de iniquidades em saúde, possivelmente mais relevantes para os respetivos contextos locais e nacionais. Ainda se manifesta nos relatórios da CDSS, que de forma geral não fazem menção de adaptações necessárias ou de um alcance limitado do modelo.

Pode-se afirmar que a criação da CDSS e a publicação do relatório final de certa forma reforçou o domínio epistemológico de abordagens provenientes do Norte global e epistêmico no campo da saúde pública e epidemiologia, mesmo com a ESE sendo subalterna dentro do panorama atual. Neste sentido, criou-se, um monopólio sobre o estudo das iniquidades sociais em saúde na medida em que se invisibilizaram abordagens como, por exemplo, as da MS-SC e se instalou o modelo dos DSS na institucionalidade internacional e nacional. Isso se reflete na referência agora quase mecânica do termo “determinantes sociais da saúde”, muitas vezes desprovida até do conteúdo proporcionado pela CDSS, em propostas de pesquisa, estratégias de saúde, textos de lei e outros.

Outro aspecto é a conceituação dos conceitos centrais da proposta dos DSS desde uma visão predominantemente eurocêntrica e “uma noção de acordo com a qual as características da sociedade chamada moderna são a expressão das tendências espontâneas e naturais do desenvolvimento histórico da sociedade” (Lander, 2005: 8). Principalmente o último aspecto se

manifesta na apresentação do estado de bem-estar europeu como resultado de uma combinação fabulosa (ao contrário da combinação tóxica) de políticas públicas bem sucedidas e vontade política na medida em que as lutas sociais, particularmente dos sindicatos pelos direitos dos trabalhadores assalariados, que levou à construção do Estado Social no pós-guerra, são invisibilizadas, a emancipação social é apresentada de forma amorfa e despolitizada e os processos de exploração de recursos naturais e força de trabalho no contexto do violento colonialismo que viabilizou a consolidação dos estados de bem-estar na Europa, são ignorados. Ainda cabe notar que a abordagem de raça/etnia proposta pela CDSS não é necessariamente relevante para todos os contextos locais, regionais e nacionais, como alega ser, na medida em que propõe definir uma agenda de pesquisa e ação. Além de ignorar a situação de populações imigrantes que são subsumidas nas categorias raciais e étnicas, não parece propiciar suficientes elementos para interpretar os processos de determinação social das iniquidades étnico-raciais em saúde no Brasil e provavelmente em nenhum país da América Latina.

A MODO DE CONCLUSÃO

As desigualdades étnico-raciais em saúde têm sido quantificadas, mas as abordagens científicas hoje dominantes pouco têm contribuído para sua explicação e transformação. Ao abstrair sistematicamente as desigualdades em saúde dos contextos sociais nos quais surgem, os processos subjacentes à gênese e reprodução destas desigualdades têm sido ocultados, o que tem contribuído para a reprodução de discursos racistas e para a naturalização não apenas das desigualdades étnico-raciais em saúde mas também da ordem social racializada, na qual encontram-se subjacentes os processos de determinação social das iniquidades (étnico-raciais) em saúde. Desta forma, reforçou-se uma noção da subalternidade das populações não-brancas, e das populações dominadas em geral, como resultado de uma sucessão de fenômenos desafortunados, mas espontâneos (Lander, 2005).

Esta noção se manifesta de forma direta nos discursos racistas conhecidos e amplamente problematizados desde a Segunda Guerra Mundial, mas também e de forma mais sutil, nas interpretações no âmbito científico da ordem social e da desigualdade desde perspectivas descontextualizadoras, despolitizadoras e ahistóricas, o que vêm reforçar discursos (implicitamente) racistas sem necessariamente se referirem à raça. Na atualidade e principalmente com a deslegitimação oficial das teorias raciais após a Segunda Guerra com a derrota do nazismo, a “invenção do outro”, desta forma, assumiu ainda outras facetas, forjando-se também a partir de outras referências (progresso, desenvolvimento, modernidade, crescimento) aparentemente menos violentas, mas que, efetivamente, reproduzem a mesma lógica.

Castro-Gómez (2000) tem afirmado que as ciências sociais não devem ser compreendidas como fenômeno aditivo senão constitutivo dos marcos de organização política definidos pelo Estado-nação. Em termos mais gerais e seguindo as principais propostas do Grupo M/C, poder-ia-se ampliar esta afirmação e constatar que a hegemonia da epistemologia ocidental, que veio a se plasmar principalmente na ciência moderna e marca as interpretações dominantes das realidades sociais, inclusive seus horizontes de transformação, não pode ser dissociada da consolidação do domínio político-militar-econômico, isto é, do sistema-mundo capitalista-colonial, que se instaurou a partir da colonização e se reproduz com intervenções imperialistas e, através de formas mais sutis, a partir do domínio das subjetividades, principalmente ligado à imposição da doutrina do consumo e de imaginários como o “desenvolvimento”, mas também a partir do domínio das agendas de pesquisa e da definição estreita dos critérios de validade e cientificidade.

Seguindo Castro-Gómez (2000), cabe enfatizar principalmente a noção implícita tanto no “desenvolvimento” como no “progresso” e inclusive na “supremacia branca” de que todas as

sociedades evoluem no tempo segundo leis universais inerentes na natureza. O filósofo colombiano destaca o papel das ciências sociais na construção deste imaginário e da implicada “alteridade” essencialmente subalterna e nota em relação aos mecanismos que subjazem neste tipo de interpretação dominante:

“Las ciencias sociales funcionan estructuralmente como un “aparato ideológico” que, de puertas para adentro, legitimaba la exclusión y el disciplinamiento de aquellas personas que no se ajustaban a los perfiles de subjetividad que necesitaba el Estado para implementar sus políticas de modernización; de puertas para afuera, en cambio, las ciencias sociales legitimaban la división internacional del trabajo y la desigualdad de los términos de intercambio y comercio entre el centro y la periferia, es decir, los grandes beneficios sociales y económicos que las potencias europeas estaban obteniendo del dominio sobre sus colonias. La producción de la alteridad hacia adentro y la producción de la alteridad hacia afuera formaban parte de un mismo dispositivo de poder. La *colonialidad del poder* y la *colonialidad del saber* se encontraban emplazadas en una misma matriz genética” (Castro-Gómez, 2000: 154).

Neste sentido resulta ideológico e incompleto abordar o modelo de racionalidade no qual assenta a ciência moderna e, conseqüentemente, também a epistemologia epidemiológica que rege as interpretações dominantes das iniquidades étnico-raciais em saúde, sem considerar os processos histórico-sociais que possibilitaram a imposição e a primazia de uma racionalidade tão limitada. Em nossa perspectiva, compreendemos de forma diametralmente oposta à posição hegemônica de que a ciência, para evitar ideologias e influências negativas de valores e da políticas, deve manter-se o mais neutra e objetiva possível. Conseqüentemente buscávamos neste ensaio situar as interpretações dominantes que se constroem na ciência moderna e, especificamente, no âmbito da epidemiologia no contexto simbólico e material do sistema-mundo capitalista-colonial, reconhecendo a produtividade tática e a integração estratégica das mesmas, sem reduzir as articulações à funcionalidade *direta*. Mais do que uma ciência escrava que provê dados e impõe verdades explicitamente funcionais a determinados projetos político-ideológicos, manifestam-se mecanismos mais sutis de adequação discursiva a partir de diversas instâncias argumentativas e construções epistemológicas.

Mantendo-se fiel ao modelo de racionalidade imperante, as interpretações dominantes das iniquidades sociais (e étnico-raciais) em saúde têm assumido diferentes formas e têm-se expressado em diversas abordagens científicas. Mostramos, por exemplo, como o modelo dos DSS, marca uma importante cisão em relação às abordagens psicobiologias ainda dominantes, mas não conseguiu (nem se propôs) romper com os pressupostos básicos das mesmas, principalmente no que concerne à abordagem da saúde, ao determinismo causalista, à noção de risco probabilístico e à

fragmentação de processos sociais a partir da ênfase em fatores ou, no caso, “determinantes”. Acaba, assim, reforçando a “construção de (des)conhecimento”, funcional à reprodução da ordem social injusta. O “neocausalismo” (Breilh, 2011: 51) na proposta dos DSS reproduz as limitações do paradigma dominante da epidemiologia, abordado no segundo capítulo, na medida em que exclui dimensões fundamentais para a compreensão dos processos de determinação social e fragmenta a realidade em “determinantes”, que perdem seu significado ao serem isolados dos processos sócio-históricos e dos espaços nos quais adquirem sentido. Nossas reflexões insinuam que esta forma de abordar os processos sociais e, em nosso caso específico, a determinação social dos processos saúde-doença que se engendra em função e em relação à “matriz de dominação”, particularmente em relação à dominação, exploração e marginalização das populações não-brancas, se dispõe a reforçar uma noção despolitizada e naturalizada das iniquidades étnico-raciais (em saúde). Isso paralisa a mobilização e transformação na medida em que constrói um “outro” essencialmente inferior. Este “outro” é chamado para³¹ transformar suas práticas sociais e culturais malsanas, mensurar o risco de adoecer e consumir objetos e serviços que o protejam do risco ao qual é exposto de forma probabilística (Castiel, 1999). Em abordagens que superaram esta concepção reducionista e reconhecem a influência de fatores sociais (ou determinantes sociais) como a discriminação racial no processo saúde-doença, constrói-se um “outro” irracional que precisa deixar de discriminar ou um “outro” abstrato, “tomador de decisões” ou gestor de alguma entidade pública, que deve reduzir as iniquidades a partir da ação sobre os determinantes sociais, principalmente com políticas públicas pontuais baseadas em evidência. Apontamos ao longo deste ensaio que estas abordagens impuseram interpretações insuficientes para dar conta dos processos de determinação social das iniquidades (étnico-raciais) em saúde na medida em que excluem os processos de subalternização, dominação e exploração que se desdobram como parte do metabolismo sociedade-natureza, que marca as dinâmicas de produção e reprodução social do sistema-mundo capitalista-colonial. Ainda, problematizamos a noção de evidência e, em especial, a pretensão de neutralidade que se manifesta na ideia das políticas e práticas baseadas em evidência.

Em relação à naturalização dos processos de subalternização das populações não-brancas, destacamos algumas instâncias discursivas e construções epistemológicas a partir das quais se gerou uma imagem asséptica e autogerada do Norte, em primeiro lugar da Europa, enquanto resultado de desdobramentos naturais de qualidades inerentes nas sociedades ocidentais (Castro-Gómez, 2000; Lander, 2005). A construção narrativa da modernidade desde uma perspectiva internalista que nega o “lado obscuro” desta modernidade, nomeadamente o colonialismo e os processos de dominação e exploração que acompanharam a consolidação da hegemonia europeia e do sistema-

³¹ Esta acaba sendo a proposta de “participação social”.

mundo capitalista-colonial, assim assumiu um papel destacado na naturalização da subalternidade destas populações, logo racializadas. Possibilitou ainda a imposição de narrativas eurocêtricas da história mundial, o que permitiu aos europeus se apropriar ilegitimamente e se autoproclamar “guardiões” de instituições e valores como a democracia e a liberdade enquanto ao “resto do mundo” apenas lhe restava imitar para se parecer, contudo sempre confinado à subalternidade e inferioridade (democracias fracassadas, estados fracos, subdesenvolvimento ou países em via de desenvolvimento etc., além das dicotomias clássicas entre civilizado e primitivo, e moderno e tradicional) – uma dinâmica que de certa forma se reproduz no que problematizamos em relação à violência da assimilação no primeiro capítulo. O eurocentrismo levou ainda à globalização de localismos impostos como conceitos, valores e proposições normativas universais, o que anteriormente referimos como uma “universalidade radicalmente excludente”, na medida em que essa universalidade se assenta na negação ou subalternização de outras racionalidades e outras abordagens.

Nas abordagens dominantes no campo da saúde pública e epidemiologia, isso se reflete nas principais referências de compreensão e transformação que jamais saem do referencial confortável e politicamente correto das políticas redistributivas nos Estados de bem-estar social. Isso é feito sem reconhecer como foi historicamente e politicamente possível consolidar este tipo de Estado e, ainda, partindo de uma visão quase romântica destes Estados que nega as desigualdades substantivas ao interior dos mesmos. Destaca-se particularmente a visão daltônica dos Estados europeus na proposta dos DSS, que analisamos no terceiro capítulo e também se reflete nas abordagens da “questão racial” e inclusive das iniquidades étnico-raciais em saúde no Brasil. A persistência (implícita) do mito da democracia racial no Brasil, abordada no primeiro capítulo deste ensaio, exemplifica algumas das mais destacadas instâncias discursivas e construções epistemológicas que sustentam a naturalização da subalternidade das populações não-brancas no sistema-mundo capitalista-colonial na medida em que parte do pressuposto de que no Brasil ninguém é branco e, desta forma, nega as diferenças qualitativas nos processos de dominação, exclusão e marginalização. Tais processos acompanham a consolidação e expansão da modernidade capitalista no território brasileiro além da história de escravidão e do colonialismo, claramente ligada a noção da “raça” e à subalternização, à dominação e à exterminação das populações “não-brancas”, sendo uma expressão inequívoca do papel assumido pelo racismo na consolidação do regime de acumulação capitalista. Cabe retomar um argumento que desenvolvemos no terceiro capítulo deste ensaio em relação às implicações deste reconhecimento. Notamos, neste sentido, e em contraposição aos recentes debates sobre a necessidade de abandonar o conceito de “raça” na pesquisa em saúde pública por sua invalidade biológica, que a pergunta não deve ser *se*, mas *como*

raça e etnia devem ser usadas para dar conta dos processos de determinação social (Krieger, 2000a), dado a importância que assumem ambas as categorias analíticas no marco da história e atualidade dos processos de dominação, marginalização e exploração no sistema-mundo capitalista/colonial.

Desenvolvemos notas para a reinterpretação dos processos de determinação social das iniquidades étnico-raciais desde a perspectiva da MS-SC e do Grupo M/C justamente para abrir o espaço de reflexão sobre quais fenômenos considerar (subalternização das populações não-brancas na modernidade capitalista; novas e velhas dimensões do racismo; a cor do modelo de racionalidade dominante; instâncias discursivas e construções epistemológicas, que reforçam a naturalização, etc.) e como abordá-los (abordagens alternativas articuladas pelo Grupo M/C e pela MS-SC, etc.). Porém, cabe explicitar algumas propostas concretas para reinterpretar os processos de determinação social das iniquidades étnico-raciais em saúde que surgem das reflexões deste ensaio. Antes de detalhar estas propostas, é importante resumir alguns dos pressupostos centrais que orientarão nossa reinterpretação, que no fundo é uma ampliação de reinterpretações propostas principalmente desde a MS-SC e desde o Grupo M/C.

Cabe esclarecer que além de explicitar os processos de subalternização, como foi proposto na primeira parte deste ensaio, parece necessário identificar suas implicações para a saúde, considerando a centralidade da saúde para o bem-estar dos seres humanos. Nancy Krieger, por exemplo, propôs o conceito de “embodiment” ou encarnação para dar conta dos processos de vulnerabilização que determinam as desigualdades sociais em saúde. Desde a MS-SC propuseram-se as noções de “subsunção” e “processos de determinação social” para estabelecer uma articulação entre a crítica dos processos de exclusão e dominação inerente na reprodução do sistema-mundo capitalista/colonial e as formas como estes processos anulam a saúde de determinados grupos da população (Eibenschutz et al., 2011). Ambas as propostas carecem, no entanto, ao nosso ver, de uma consideração compreensiva da dimensão étnico-racial enquanto elemento constitutivo da formação e reprodução do sistema-mundo capitalista-colonial e, assim, elemento central para a compreensão das iniquidades étnico-raciais em saúde. No caso da proposta de Krieger, nem o sistema-mundo é explicitado.

Propusemos ainda que é necessário ir além do reconhecimento do preconceito racial e situar o racismo dentro de uma matriz de dominação mais ampla, reconhecendo o papel estratégico que veio assumindo na consolidação e expansão do regime de acumulação capitalista. O racismo que continua se expressando na cotidianidade, nos serviços de saúde e que subjaz os processos de determinação social da saúde, não deve ser limitado a atos isolados ou uma aberração mental de indivíduos radicais e irracionais. Ao contrário, parece-nos necessário reconhecer o racismo como

mecanismo sistemático que se insere numa ordem social racializada que procura se legitimar e reproduzir a partir da referência à “inferioridade” natural do “outro” – enquadrado em termos raciais, mas também em termos menos explícitos.

Especificamente em relação ao Brasil, constatamos que é preciso reconhecer a “questão racial” e o racismo como problemas centrais do cenário brasileiro no qual se inserem os processos de determinação social das iniquidades (étnico-raciais) em saúde. Deste reconhecimento deriva que a problemática racial e étnica deve ser reconhecida tanto como veículo de produção e reprodução dos processos saúde-doença, na medida em que define os processos de dominação, exploração e marginalização no sistema-mundo, quanto como elemento de constituição dos poderes políticos, econômicos e culturais dominantes, que controlam a implementação e o funcionamento das atividades econômicas e políticas geradoras destes processos, em grande parte, racializados.

Compreender a dimensão étnico-racial nos processos de determinação social das iniquidades (étnico-raciais) em saúde nessa perspectiva não significa necessariamente entendê-lo como uma questão binária, pois os sistemas de classificação e hierarquização que regem a construção do “outro” variam. Por mais que seja necessário considerar estas “novas” dimensões do racismo, que abordamos principalmente na seção 1.3, cabe, no entanto, enfatizar que é necessário encarar os traços históricos da formação social nos respectivos contextos e, além de reconhecer os “múltiplos inferiorizados”, abordar os privilegiados. Daí nossa insistência na diferenciação entre “populações brancas” e “populações não-brancas”, que pelo menos para o contexto brasileiro parece captar algumas das marcas mais destacadas dos processos de dominação, exploração e marginalização que definiram e continuam definindo este país, e conseqüentemente também a determinação social do processo saúde-doença. Cabe retomar Bento (2003) ao afirmar:

“Tornou-se usual no Brasil justificar a situação das desigualdades raciais como um “problema do negro”, como se não fosse decorrente de uma relação entre negros e brancos, estando os brancos frequentemente ausentes dos levantamentos e análises que buscam explicar o fenômeno.”

Quando Santos (2007) enfatiza a necessidade de superar as dicotomias impostas pela razão metonímica e pensar o dominado sem o dominador, o colonizado sem o colonizador, o branco sem o negro e assim por diante, neste sentido, não se refere à negação destas relações historicamente forjadas. Ao contrário, parece insinuar novas formas de si pensar, de imaginar a emancipação e de buscar alianças estratégicas que foram invisibilizados por esta razão indolente que marca as abordagens dominantes da ciência moderna. Parece-nos importante enfatizar esta questão para construir horizontes mais amplos de transformação e poder reconhecer não apenas a herança do colonialismo e da escravidão, mas também, seguindo Pacheco e Faustino (2013: 92), a

“herança atualizada” destes fenômenos. Principalmente porque estes fenômenos se manifestam de forma cada vez mais sutil, camuflados e com tons diferentes sem deixar de ser regidos por uma “matriz de dominação” que sistematicamente produz subalternidade e reforça o privilégio de alguns poucos, adequando o espaço (epistêmico, geográfico, etc.) para garantir a consolidação e expansão deste mesmo sistema e reforçar o privilégio.

De acordo com que notamos anteriormente, para a compreensão dos processos de determinação social das iniquidades étnico-raciais em saúde é, portanto, necessário ir além do reconhecimento da discriminação racial como elemento central na configuração das iniquidades étnico-raciais em saúde na medida em que este reconhecimento, por mais que marque um enorme avanço em comparação à abordagem da questão racial em tempos passados, não consegue superar a noção de causalidade que impera na epidemiologia convencional e, conseqüentemente, reforça uma noção de eventos independentes ou relacionados por meio de ligações unidirecionais, necessárias, específicas e capazes de gerar o desfecho (Barata, Almeida-Filho, Barreto, 2011). Desta forma, os processos saúde-doença e a determinação social das iniquidades étnico-raciais são reduzidas a uma combinação aleatória de eventos relacionados porém discretos (políticas “ruins”, práticas discriminatórias, etc.), que se limitam a expressões no plano individual e são essencialmente biológicas³².

Cabe notar que a crítica em relação ao alcance de abordagens focadas na discriminação racial pode e deve ser estendida às abordagens focadas apenas na dimensão identitária. Identidades étnico-raciais certamente cobram relevância na compreensão dos processos de determinação social das iniquidades étnico-raciais, sobretudo se entendemos o potencial político da ressignificação do termo “raça” e da construção de identidades racializadas como ferramenta na luta antirracista. Uma sobrevalorização da dimensão identitária e conseqüentemente da dimensão simbólico-cultural na determinação social dos processos saúde-doença, contudo, é igualmente problemático com relação às abordagens focadas no nível interpessoal-individual da discriminação racial, que problematizamos acima. Desta forma pode ser mais relevante ser percebido como “branco” do que se sentir “negro” para os processos de determinação social dos processos saúde-doença que se desdobram nos diferentes níveis, por exemplo, no contexto brasileiro. Contudo, cabe notar que este juízo de relevância sempre depende da pergunta de pesquisa.

³² Geralmente a partir da ênfase na quantificação/medição da discriminação e foco em expressões individuais de estresse.

4.1 Possíveis reinterpretações

A partir do exposto, cabe sintetizar algumas das possíveis reinterpretações dos processos de determinação social das iniquidades étnico-raciais em saúde que surgem das considerações deste ensaio. Como notamos anteriormente, não buscamos definir uma única forma de reinterpretar e, conseqüentemente, abordar os processos de determinação social das iniquidades étnico-raciais. Ao contrário, buscamos abrir o espaço de reflexão sobre os fenômenos que foram sistematicamente invisibilizados nas abordagens dominantes, mas são, ao nosso ver, centrais para compreender e transformar a produção e reprodução das iniquidades étnico-raciais em saúde.

No tocante à noção da determinação social proposta por Jaime Breilh (seção 2.2.2) avançamos uma primeira proposta, que buscamos retomar e complementar a seguir. Destacamos que a “colonialidade do poder” e o racismo impõem processos de dominação, exploração e marginalização racializados, isso é, processos que se configuram em relação e em função da imposição de uma classificação racial hierarquizada e se inserem numa matriz de dominação. A gênese e reprodução na determinação social das iniquidades étnico-raciais em saúde, ao nosso ver, ainda se rege pela “colonialidade do saber” e, em termos mais gerais, pelo modelo de racionalidade dominante, abordado no segundo capítulo, que propicia formas de compreender a alteridade e principalmente as injustiças sociais funcionais a sua reprodução e, desta forma, tem assumido um papel constitutivo na reprodução e geração dos processos acima referidos. Por outro lado é a “colonialidade do ser” ou, como referimos anteriormente, a interpelação ideológica e a produção de subjetividades que subjaz a determinação social das iniquidades étnico-raciais em saúde na medida em que define as possibilidades de emancipação e ainda influi nos modos de vida, na cotidianidade e, conseqüentemente, no processo saúde-doença.

Propomos interpretar as iniquidades étnico-raciais em saúde, conseqüentemente, como (uma das múltiplas) expressões de processos sistemáticos de exploração, dominação e marginalização que se descobrem em função e em relação à etnia e à raça no contexto da consolidação e expansão do sistema-mundo capitalista/imperial/patriarcal/racial colonial, principalmente a partir da criação de possibilidades cada vez maiores e mais eficientes de acumular capital. Além da formação social e do modo de produção capitalista, que propõe Breilh como “base produtiva” no âmbito geral da determinação social dos processos saúde-doença, a reprodução social e conseqüentemente os modos de vida no âmbito particular se definem, ao nosso ver, por dominações que se produzem fora desta base produtiva clássica, na interpelação ideológica do sistema-mundo capitalista-colonial que produz subjetividades funcionais à reprodução do mesmo e, mais do que isso, produz “ausências” que impossibilitam a existência de determinadas formas de vida, de determinadas

formas de pensar (alternativas) e de determinados grupos sociais. Daí a necessidade de reconhecer o capitalismo (o regime de acumulação capitalista) não apenas como sistema econômico nem como sistema cultural, senão como rede global de poder, integrada por processos econômicos, políticos e culturais (Castro-Gómez & Grosfoguel, 2007: 18) ou como notamos anteriormente, como projeto civilizatório.

As “ausências” e principalmente a construção de não-seres ou “menos-seres” a partir do modelo de racionalidade dominante, que justificaram a imposição das dinâmicas funcionais à consolidação e expansão deste regime de acumulação, neste sentido configuram processos de exploração e dominação de *qualidades* diferenciais e devem, portanto, ser considerados como elementos centrais e complementares à base produtiva no âmbito geral da determinação social dos processos saúde-doença. Os processos de subsunção e determinação social que se configuram neste contexto, desta forma, definem os modos de vida de grupos, que não se definem necessariamente por uma identidade (racializada) ou uma ancestralidade compartilhada, mas em primeiro lugar por sua condição de subalternizados, produzida no meio destes processos de dominação, exploração e marginalização. Desta forma, parece-nos importante destacar a ancestralidade ou a identidade quando foi ou é em relação e em função desta que se articulam os processos de dominação, exploração e marginalização. Contudo, não devemos considerar apenas como simples reflexo de categorias naturalizadas, seja a partir de teorias raciais que procuram diferenciar “raças” biológicas, a partir de diferenciações essencialistas de “grupos culturais” ou a partir das categorias derivadas das estatísticas oficiais, mas como reflexo das manifestações, por vezes racializadas, da produção e reprodução das relações de poder do sistema-mundo capitalista-colonial. Neste sentido, as categorias analíticas podem, mas não sempre correspondem às etnias ou aos grupos raciais reconhecidos nos respectivos países.

4.2 Considerações finais

Nossa proposta de análise sofreu três limitações importantes, que buscamos delinear para definir o alcance deste ensaio e orientar futuros trabalhos. A primeira relativa à nossa ênfase na importância de visibilizar a totalidade, que inevitavelmente contribuiu para a negligência dos processos que se desencadeiam ao nível singular e particular. Particularmente ficou fora do alcance deste trabalho, especificar as reflexões de cunho teórico e explicitar a determinação social das iniquidades étnico-raciais em saúde, isso é, definir como *exatamente* se configuram processos protetores e destrutivos relativos aos modos de vida grupais em sociedades marcadas pelo sistema-mundo capitalista/colonial e pela subalternização das populações não-brancas e como se definem exposições e imposições, ou modelos de fragilização, que se expressam na dimensão singular,

principalmente nos estilos de vida, nestes contextos. Ainda ficou fora do alcance deste ensaio detalhar os processos de dominação, marginalização e exploração. A segunda limitação é relativa à consideração das abordagens dominantes sobre iniquidades étnico-raciais em saúde. Buscamos problematizar as abordagens dominantes no campo da saúde pública e da epidemiologia, mas não analisamos todos os modelos propostos para estudar as iniquidades étnico-raciais nem abordamos as tendências na produção científica ao redor desta temática de forma sistemática. Em vez disso, focamos nossa análise nas bases epistêmicas das abordagens dominantes e analisamos um exemplo ilustrativo: o modelo dos DSS. Detalhamos nossas justificativas em relação à abordagem proposta neste ensaio na introdução, mas cabe reconhecer estas limitações para demarcar o alcance deste trabalho e também para orientar futuros trabalhos ao redor das questões levantadas neste ensaio. De forma semelhante e no tocante à terceira limitação deste trabalho, destacamos a omissão de uma discussão compreensiva sobre a operacionalização das categorias analíticas propostas para o estudo dos processos de determinação social das iniquidades étnico-raciais em saúde.

Esperamos, contudo, que este trabalho possa orientar reinterpretções dos processos de determinação das iniquidades étnico-raciais, que desafiam as interpretações dominantes e contribuam para a transformação destes processos. Neste sentido cabe repetir que nosso objetivo não era propor uma única forma de reinterpretar as iniquidades étnico-raciais em saúde. Ao contrário, nos propomos a ampliar os horizontes de visibilidade, quebrar os silêncios impostos pelo modelo de racionalidade, visibilizar e ampliar as reinterpretções existentes. Especificamente esperamos ter contribuído para a problematização das abordagens dominantes no campo da saúde pública e epidemiologia a partir da análise crítica dos fundamentos epistemológicos das mesmas e da explicitação dos processos que são invisibilizados nas abordagens dominantes, principalmente a subalternização das populações não-brancas e o racismo no sistema-mundo capitalista/colonial.

REFERÊNCIAS

- ABRASCO (2013). http://www.abrasco.org.br/noticias/noticia_int.php?id_noticia=1694
- ALAMES & CEBES (2011). Documento de posição conjunta da Associação Latino-americana de Medicina Social (ALAMES) e do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) sobre o debate e a ação referente aos DSS. Rio de Janeiro.
- Almeida-Filho, N. (1989). *Epidemiologia sem números*. Rio de Janeiro: Editora Campus.
- Almeida-Filho, N. (1992). *A clínica e a epidemiologia*. Rio de Janeiro: APCE Produtos do Conhecimento.
- Almeida-Filho, N. (2000). *La ciencia tímida. Ensayos de deconstrucción de la epidemiologia*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Almeida-Filho, N. (2004). Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(4), 865-884.
- Almeida-Filho, N. (2009). A problemática teórica da determinação social da saúde. *Saúde em Debate*, 33(83), 341-196.
- Almeida-Filho, N., Barreto, M., Rouquayrol, M. Z. A. (2011). A epidemiologia como ciência. Em: Almeida-Filho N & Barreto M (Eds.). *Epidemiologia e saúde. Fundamentos, métodos, aplicações*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.
- Almeida, C. (2005). Reforma del sector salud y equidade en América Latina y el Caribe. Conceptos, agenda, modelos y algunos resultados de implementación. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 9, 6-60.
- Alves, A. (2013, Junho 26). A violência policial, a morte negra e a dor branca. Postado em <http://comraivaepaciencia.blogspot.com.br>
- Alves, W. (2013, Junho 27). Na periferia, as balas são de verdade. Postado em <http://outraspalavras.net/posts/na-periferia-as-balas-sao-de-verdade/>
- Arellano, O. L., Escudero, J. C., & Moreno, L. D. C. (2008). Los determinantes sociales de la salud: una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales sobre la Salud. *Medicina Social*, 3(4), 323-335.
- Ayres, R. (2002). Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 5(1), 28-42.
- Ayres, R. (2007). Debate on the paper by Fry et al. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(3), 519-520.
- Ayres, R. (2011). Desenvolvimento histórico-epistemológico da Epidemiologia e do conceito de risco. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(7), 1301-1311.
- Barata, R. (2008). Epidemiologia social. *Rev Brasileira de Epidemiologia*, 8(1), 7-17.
- Barata, R., Almeida-Filho, N., Barreto, M. (2012). Epidemiologia social. Em: N. Almeida-Filho & M. Barreto M (Eds.), *Epidemiologia e saúde. Fundamentos, métodos, aplicações*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.

- Barreto, M. (1998). Por uma epidemiologia da saúde coletiva. *Rev. Bras. Epidemiol*, 1(2).
- Bastos, J. L., Celeste, R. K., Faerstein, E., & Barros, A. J. (2010). Discriminação racial e saúde: uma revisão sistemática de escalas com foco em suas propriedades psicométricas. *Saúde & Transformação Social*, 2(1), 04-16.
- Bastos, J. L., Dumith, S. C., Santos, R. V., Barros, A. J., Del Duca, G. F., Gonçalves, H., & Nunes, A. P. (2009). Does the way I see you affect the way I see myself? Associations between interviewers' and interviewees' color/race in southern Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(10), 2111-2124.
- Benjamin, W. (1969). *Theses on the Philosophy of History*. New York: Illuminations, Schocken Books.
- Bento, M. (2003). Racialidade e produção de conhecimento. Em: Seyferth et al. (Eds). *Racismo no Brasil*. São Paulo: Peiropólis, Abong.
- Benzeval M., Judge, K., Whitehead, M. (1995). *Tackling inequalities in health: An agenda for action*. London: King's Fund.
- Bhopal, R. (1997). Is research into ethnicity and health racist, unsound, or important science? *British Medical Journal*, 314(7096).
- Bhopal, R. (2007). *Ethnicity, race and health in multicultural societies: foundations for better epidemiology, public health and health care*. Oxford: Oxford University Press.
- Birn, A. E. (2009). ¿Politizándolo o puliéndolo? Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. *Medicina Social*, 4(3), 189-207.
- Borde, E. (2013). Relatório da sessão temática sobre Violência e Drogas. Recuperado de <http://dssbr.org/site/wp-content/uploads/2013/09/Elis-Borde.pdf>
- Bourdieu, P. (1998). *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand.
- Brasil (2004). Afroatitude. Programa Integrado de Ações Afirmativas para Negros. Recuperado de <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/BRASILAFROATTITUDE.pdf>
- Breilh, J. (1977). Crítica a la interpretación capitalista de la epidemiología: un ensayo de desmitificación del proceso salud-enfermedad. Tesis Maestría. Ciudad de México: Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco.
- Breilh, J. (1987). La epidemiología entre fuegos. Problemas metodológicos de la epidemiología en una fase de crisis y retroceso político. Em: ALAMES (1987). *Taller Latinoamericano de Medicina Social* (p. 35-59), Medellín: Editora Universidad de Antioquia.
- Breilh, J. (1991). *Epidemiologia: economia, política e saúde*. São Paulo: Unesp, Hucitec.
- Breilh, J. (1999). La inequidad y la perspectiva de los sin poder: construcción de lo social y del género (p.130-141). Em: M. Viveros, A. Garay, Gloria (Eds.). *Cuerpo, diferencias y desigualdades*. Bogotá: Editora Universidad Nacional de Colombia.
- Breilh, J. (2002). Perspectivas políticas, sociales y éticas de la investigación en una era de barbarie. *Rev Esc Enferm USP*, 36(3), 210-221.
- Breilh, J. (2003). *Epidemiología crítica*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

- Breilh, J. (2006). *Epidemiologia crítica: ciencia emancipadora e interculturalidade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Breilh, J. (2008). *Uma Perspectiva Emancipadora da Pesquisa e da Ação Baseadas na Determinação Social da Saúde*. Em: Alames (2008). Taller Latinoamericano de Medicina Social. Cidade do México: Editora Universidade Autónoma do México. Recuperado em http://www.enfermagem.ufpr.br/paginas/areas/TEXTDO_BREILH_em_portugues.pdf
- Breilh, J. (2010). *Epidemiología: economía política y salud* (7ma ed.). Quito: Corporación Editora Nacional – Universidad Andina Simón Bolívar.
- Breilh, J. (2010a). Las tres ‘S’ de la determinación de la vida 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud (p. 87-125). Em: R. P. Nogueira (Ed.). *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária*. Coleção Pensar em Saúde. Rio de Janeiro: CEBES.
- Breilh, J. (2011). Una perspectiva emancipadora de la investigación e incidencia basada en la determinación social de la salud. Em: C. Eibenschutz, S. Tamez, R. González. *¿Determinación social o determinantes sociales de la salud? Memoria del Taller Latinoamericanos sobre Determinantes Sociales de la Salud*. Ciudad de México: Editora Universidad Autónoma Metropolitana.
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31, 13-27.
- Breilh, J., & Tillería, Y. (2008). *Aceleración Global y despojo en Ecuador: El retroceso del derecho a la vida y la salud pública en las décadas neoliberales*. Quito: Editora Universidad Andina Simón Bolívar.
- Cabrera A, Camacho I, Cortés N, Eibenschutz C, González R, Ortiz L, Reza J, Tamez S (2011). Por una discusión acerca de la CDSS desde la perspectiva de la medicina social latinoamericana. Em: C. Eibenschutz, S. Tamez, R. González. *¿Determinación social o determinantes sociales de la salud? Memoria del Taller Latinoamericanos sobre Determinantes Sociales de la Salud*. Ciudad de México: Editora Universidad Autónoma Metropolitana.
- Castellanos, P. (1997). Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida. Considerações conceituais. Em: R. Barata. *Condições de Vida e Situação de Saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO.
- Castiel, LD. (1994). *O buraco e o avestruz*. Campinas: Papirus.
- Castiel, LD. (1996). *Moléculas, moléstias, metáforas: o senso dos humores*. São Paulo: Unimarco.
- Castiel, LD. (1999). *A medida do possível ... saúde, risco e tecnobiociências*. Rio de Janeiro: Contra Capa - Fiocruz.
- Castiel, LD. (2010). *Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Castro-Gómez, S. (2000). Ciencias sociales, violencia epistémica y el problema de la “invención del otro”. Buenos Aires: CLACSO.
- Castro-Gómez, S. (2005) Ciências sociais, violência epistêmica e o problema da invenção do outro. Em: E. Lander (Ed.). *A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas*. Buenos Aires: Colección Sur-Sur. CLACSO.
- Castro-Gómez, S. (2007). Michel foucault y la colonialidad del poder. *Tabula Rasa*, 6, 153-172.

- Castro-Gómez, S. (2010). *La hybris del punto cero. Ciencia, raza e Ilustración en la nueva granada (1750-1816)* (2da ed). Bogotá: Editora Pontificia Universidad Javeriana.
- Castro-Gómez, S., Grosfoguel, R. (2007). *El giro decolonial: reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global*. Bogotá: Siglo del Hombre Editores.
- CEBES (2009). *Determinação Social da Saúde*. Saúde em Debate, 33(83).
- Coimbra Jr., C. E. A., Santos, R. V. (2000). Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 125-132.
- Collins, P. H. (2000). Gender, black feminism, and black political economy. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 568(1), 41-53.
- Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Relatório final da CNDSS*. Rio de Janeiro. Recuperado em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf
- Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde (CDSS) (2010). Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdades na saúde através da acção sobre os determinantes sociais. Relatório final. Geneva: OMS.
- Coronil, F. (2005). Natureza do pos-colonialismo: do eurocentrismo ao globocentrismo. Em: E. Lander (Ed.). *A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas*. Buenos Aires: Colección Sur-Sur. CLACSO.
- Coutinho, D., Almeida-Filho, N., Castiel, LD. (2012). Epistemologia da epidemiologia. Categorias de determinação: causalidade, predição, contingência, sobre determinação. Em: Almeida-Filho N & Barreto M (Eds.). *Epidemiologia e saúde. Fundamentos, métodos, aplicações*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.
- CSDH (2007). Final Report: Closing the Gap in a Generation. Health Equity through action on the social determinants of Health. Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization.
- Curiel, O. (2007). Crítica poscolonial desde las prácticas políticas del feminismo antirracista. *Nómadas*, 26, 92-101.
- Czeresnia, D., Albuquerque (1995). Modelos de inferência causal: Análise crítica da utilização da estatística na epidemiologia. *Revista de Saúde Pública*, 29, 415-423.
- DaSilva, L. (2010). Saúde e espaço social. Em: R. P. Nogueira (Ed.). *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária*. Coleção Pensar em Saúde. Rio de Janeiro: CEBES.
- DeOliveira & Vazquez (2010). Florestan Fernandes e o capitalismo dependente: elementos para a interpretação do Brasil. *OIKOS*, 9(1), 137-160.
- DijkVan, T. A. (2010). Discurso, conocimiento, poder y política. Hacia un análisis crítico epistémico del discurso. *Revista de investigación lingüística*, 13, 167-215.
- Diretoria Nacional do CEBES (2009). Determinação social da saúde. *Saúde em Debate*, 33 (83).
- Dussel, E. (2008). Meditaciones anti-cartesianas: sobre el origen del anti-discurso filosófico de la modernidad. *Tabula Rasa* (9), 153-197.

- Eibenschutz, C., Tamez, S., González, R. (2011). *¿Determinación social o determinantes sociales de la salud? Memoria del Taller Latinoamericanos sobre Determinantes Sociales de la Salud*. Ciudad de México: Editora Universidad Autónoma Metropolitana.
- Escobar, A. (1998). *La invención del Tercer Mundo: construcción y deconstrucción del desarrollo*. Editorial Norma.
- Escobar, A. (2003). Mundos y conocimientos de otro modo. El programa de investigación modernidad/colonialidad latinoamericano. *Tabula Rasa*, 1, 51-86.
- Escobar, A. (2008). *Territories of difference: place, movements, life, redes*. Duke University Press.
- Escobar, A. (2011). *Encountering Development: The Making and Unmaking of the Third World*. Princeton University Press.
- Eze, C. (2001). El color de la razón. Las ideas de 'raza' en la antropología de Kant. Em: Mignolo (Ed.). *Capitalismo y geopolítica del conocimiento*. Buenos Aires: Ediciones del Signo.
- Fanon, F. (2010). *Piel Negra, Máscara Blancas*. Madrid: Akal.
- Fennelly, K. (2007). The "healthy migrant" effect. *Minnesota medicine*, 90(3), 51-53.
- Fernandes, F. (1964). *A integração do negro à sociedade de classes* (1a ed.). São Paulo: Editora USP.
- Fernandes, F. (1968). *Sociedade de classes e subdesenvolvimento*. São Paulo: Zahar Editores.
- Figueiredo, Â., & Grosfoguel, R. (2010). Racismo à brasileira ou racismo sem racistas: colonialidade do poder ea negação do racismo no espaço universitário. *Sociedade e Cultura*, 12(2), 223-234.
- Foucault, M. (1996). *Genealogia del racismo*. Buenos Aires: Caronte Ensayos.
- Foucault, M. (1999). *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)* (5ª ed., M. E. Galvão, Trad.). São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (2001). *Defender la sociedad. Curso en el College de France (1975-1976)*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2002). *Os anormais: curso no Collège de France (1974-1975)* (2ª ed., E. Brandão, Trad.). São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (2012). *História da sexualidade. Vol I A vontade de saber* (22ª impressão). São Paulo: Edições Graal Ltda.
- Fredrickson, G. (2004). *Racismo. Uma breve história*. Porto: Campos das Letras.
- Freitas, JD., Porto, M.F.S. (2011). Por uma epistemologia emancipatória da promoção da saúde. *Trab. Educ. Saúde*, 9 (2), 179-200.
- Fry, P. (2004). As aparências que enganam: reflexões sobre raça e saúde no Brasil (p. 121-135). Em: S. Monteiro, L. Sansone (Eds.). *Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Fry, P. H., Monteiro, S., Maio, M. C., Bastos, F. I., & Santos, R. V. (2007). Does AIDS have a race or color? Data interpretation and health policymaking in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(3), 497-507.

- Funtowicz, S., Ravetz, J. (1997). 'Post-normal science and extended peer communities in the face of environmental challenges'. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, IV(2), 219-230.
- G1 (2013). Governo acaba com limite de vistos concedidos aos haitianos. Globo G1 (Abril 29). Recuperado em <http://g1.globo.com/politica/noticia/2013/04/governo-acaba-com-limite-de-vistos-concedidos-aos-haitianos.html>
- Galceran Huguet, M. (2012). Analysing power: Foucault and the de colonial theory. *Tabula Rasa*, (16), 59-77.
- Germano, M.G. (2011). *Uma nova ciência para um novo senso comum*. Campina Grande: EDUEPB.
- Goldberg (1990). Este Obscuro Objeto da Epidemiologia. Em: D.C. Costa (Ed). *Epidemiologia. Teoria e Objeto*. São Paulo: Hucitec-Abrasco.
- Grosfoguel, R. (2010). Racismo epistémico, islamofobia epistémica y ciencias sociales coloniales. *Tabula Rasa*, 14, 341-355.
- Grosfoguel, R. (2010a). Para descolonizar os estudos de economia política e os estudos pós-coloniais: Transmodernidade, pensamento de fronteira e colonialidade global. Em: B. S. Santos, M. P. Meneses. *Epistemologias do Sul*. São Paulo: Cortez Editora.
- Grosfoguel, R. (2011). Racismo epistémico, islamofobia epistémica y ciencias sociales coloniales. *Tabula Rasa*, 14, 341-355.
- Grosfoguel, R. (2012). El concepto de «racismo» en Michel Foucault y Frantz Fanon: ¿teorizar desde la zona del ser o desde la zona del no-ser. *Tabula Rasa*, 16, 79-102.
- Harding, S. (1997). Is modern Science an ethnoscience? Rethinking epistemological assumptions (p. 45-70). Em: E. Eze E (Ed.). *Postcolonial African philosophy: a critical reader*. Oxford: Blackwell Publishers.
- Hernández Álvarez, M. (2003). Neoliberalismo en salud: desarrollos, supuestos y alternativas (p. 347-361). Em: D. Restrepo (Ed.). *La falácia neoliberal. Crítica y alternativas*. Bogotá: Editora Universidad Nacional de Colombia.
- Hernández Álvarez, M. (2011). Desigualdad, inequidad e injusticia en el debate actual en salud: posiciones e implicaciones. Em: Eibenschutz, C., Tamez, S., González, R. (Eds). *¿Determinación social o determinantes sociales?* Ciudad de México: Editora Universidad Autónoma Metropolitana. Abate Faria.
- Ingleby, D. (2012). Ethnicity, Migration and the Social Determinants of Health Agenda. *Psychosocial Intervention/Intervencion Psicosocial*, 21(3).
- Inhorn, M., Whittle, L. (2001). Feminism meets “new” epidemiologies: towards an appraisal of antifeminist biases in epidemiological research on women’s health. *Social Science & Medicine*, 53, 553-567.
- Jensen, R. (2005). *The heart of whiteness: Confronting race, racism and white privilege*. City Lights Books.
- Jensen, R. (2010). Whiteness. Em: Caliendo, S. M., & McIlwain, C. D. (Eds.). *The Routledge companion to race and ethnicity*. Routledge.
- Kabad, J.F., Bastos, J.L., Santos, R.V. (2012). Raça, cor e etnia em estudos epidemiológicos sobre populações brasileiras: revisão sistemática na base PubMed. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 22(3).

- Kane, N. (2007). Frantz Fanon's Theory of Racialization: Implications for Globalization. *Human Architecture: Journal of the Sociology of Self-Knowledge*, 5.
- Kaplan, J. B., & Bennett, T. (2003). Use of race and ethnicity in biomedical publication. *Jama*, 289(20), 2709-2716.
- Kebede, M. (2001). The rehabilitation of violence and the violence of rehabilitation: Fanon and colonialism. *Journal of black studies*, 539-562.
- Krieger, N. (2000). Discrimination and health. *Social epidemiology*, 1, 36-75.
- Krieger, N. (2000a). Reconfiguring “race”: epidemiology, racialized biology, and biological expressions of race relations. *International Journal of Health Services*, 30, 211-216.
- Krieger, N. (2001). Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *International Journal of Epidemiology*, 30, 668-677.
- Krieger, N. (2002). Glosario de epidemiologia social. *Rev Panam Salud Publica*, 11(5/6), 480-490.
- Krieger, N. (2003). Does racismo harm health? Did child abuse exist before 1962? On explicit questions, critical science and current controversies: an ecosocial perspective. *American Journal of Public Health*, 93(2).
- Krieger, N. (2005). Stormy weather: race, gene expression, and the science of health disparities. *Am Journal of Public Health*, 95, 2155–2160.
- Krieger, N. (2011). *Epidemiology and the people's health: theory and context*. New York: Oxford University Press.
- Kuhn, T. S. (2011). *La estructura de las revoluciones científicas*. Fondo de cultura económica.
- Laguardia, J. (2004). O uso da variável raça na pesquisa em saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 14, 197-234.
- Laguardia, J. (2007). Raça e epidemiologia: as estratégias para construção de diferenças biológicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(1), 253-261.
- Lander, E. (Ed.) (2005). *A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas*. Colección Sur-Sur. Buenos Aires: CLACSO.
- Laurell, A. C. (1987). Para el estudio de la salud en su relación con el proceso de producción (p. 61-94). Em: Alames (1987). *Taller Latinoamericano de Medicina Social*. Medellín: Editora Universidad de Antioquia.
- Lee, C. (2009). “Race” and “ethnicity” in biomedical research: How do scientists construct and explain differences in health? *Social Science & Medicine*, 68, 1183–1190.
- Leite, M. (2012). *A faxina étnica. Preconceito racial e racismo institucional no Brasil*. LeMondeDiplomatique, Edição Brasil. Recuperado em <http://www.diplomatique.org.br/artigo.php?id=1202>
- León, C. (2013). *El color de la razón: pensamiento crítico en las Américas*. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar / Universidad de Cuenca / Corporación Editora Nacional.

- Lowy, M. (1980). *Objetividad y punto de vista de clase en las ciencias sociales*. Em: Lowy et al. Sobre el método marxista. Ciudad de México: Grijalbo.
- Maio, M. C., & Monteiro, S. (2005). Tempos de racialização: o caso da saúde da população negra no Brasil. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 12(2), 419-446.
- Maio, M. C., & Santos, R. V. (2010). *Raça como questão: história, ciência e identidades no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Maldonado-Torres, N. (2007). Del mito de la democracia racial a la descolonización del poder, del ser, y del conocer. Recuperado em <http://www.ceapedi.com.ar/imagenes/biblioteca/libros/71.pdf>
- Maldonado-Torres, N. (2007). Sobre la colonialidad del ser. Contribuciones al desarrollo de un concepto (p. 127-168). Em: S. Castro-Gómez & R. Grosfoguel (Eds.). *El giro decolonial. Reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global*. Bogotá: Siglo del Hombre.
- Maldonado-Torres, N. (2008). A topologia do Ser ea geopolítica do conhecimento. Modernidade, império e colonialidade. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, (80).
- Maranhão, F. (2014). Um em cada três imigrantes está em situação irregular na cidade de São Paulo. *Notícias UOL* (Janeiro 23). Recuperado em <http://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2014/01/23/um-em-cada-tres-imigrantes-esta-em-situacao-irregular-na-cidade-de-sao-paulo.htm>
- Mariátegui, J. (2009). *Siete ensayos de interpretación de la realidad peruana*. Caracas: Biblioteca Ayacucho.
- Martinez-Alier, J. (2005). *El ecologismo de los pobres: conflictos ambientales y lenguajes de valoración*. Barcelona: Icaria.
- Martinez-Alier, J. (2005). El ecologismo de los pobres: conflictos ambientales y lenguajes de valoración. Barcelona: Icaria.
- Marx, K. (2011). *A ideologia alemã: crítica da mais recente filosofia alemã em seus representantes Feuerbach, Bauer e Stirner, e do socialismo alemão em seus diferentes profetas (1845-1846)*. São Paulo: Boitempo.
- Masolo, D. (2010). Filosofia e conhecimento indígena: uma perspectiva africana (p. 313-337). Em: B.S. Santos, M. P. Meneses (Eds.), *Epistemologias do Sul*. São Paulo: Cortez Editora.
- Mendieta, E. (2007). Fazer viver e deixar morrer: Foucault e Genealogia do Racismo. *Tabula Rasa*, 138-152.
- Meneses, M. P. (2007). *Os espaços criados pelas palavras. Racismo, etnicidade e o encontro colonial*. Um olhar além das fronteiras. Belo Horizonte: Autêntica.
- Meneses, M. P. (2008). Mundos globais: a diferença da história. Em: Cabecinhas & Cunha (Eds.). *Comunicação intercultural. Perspectivas, dilemas e desafios*. Porto: Campo Letras.
- Meneses, M. P. (2009). Justiça Cognitiva (p. 32-37), Em: A. Cattani, J. Laville, L. Gaiger, P. Hespanha (Eds.), *Dicionário Internacional da Outra Economia*. Coimbra: Almedina.
- Mignolo, W. D. (1996). Espacios geográficos y localizaciones epistemológicas: la ratio entre la localización geográfica y la subalternización de conocimientos. *Revista Geographia*, Año VII, (13).

- Mignolo, W. D. (2003). *Historias locais/ diseños globales: colonialidad, conocimientos subalternos y pensamiento fronterizo*. Madrid: Akal.
- Minayo, M. C. (2010). *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde* (12ª ed). São Paulo: Editora Hucitec.
- Mir, G., Salway, S., Kai, J., Karlsen, S., Bhopal, R., Ellison, G. T., & Sheikh, A. (2013). Principles for research on ethnicity and health: the Leeds Consensus Statement. *The European Journal of Public Health*, 23(3), 504-510.
- Morin, E. (2000). *A cabeça bem feita*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Morin, E. (2007). *Introdução ao pensamento complexo*. Porto Alegre: Sulina.
- Munanga, K. (2010). Mestiçagem como símbolo da identidade brasileira. Em: B. S. Santos, M. P. Meneses (Eds.), *Epistemologias do Sul*. São Paulo: Cortez Editora.
- Navarro, V. (2002). *The political economy of social inequalities. Consequences for health and quality of life*. New York: Baywood.
- Navarro, V. (2009). What we mean by social determinants of health. *International Journal of Health Services*, 39(3), 423-441.
- Nietzsche, F. (1986). *Sämtliche Briefe. Kritische Studienausgabe*. Colli & Montinari (Eds.). Berlin, New York: Walter de Gruyter.
- Nogueira, O. (1998). *Preconceito de Marca: as relações raciais em Itapetininga*. São Paulo: EDUSP.
- Nogueira, O. (2006). Preconceito racial de marca e preconceito racial de origem. Sugestão de um quadro de referência para a interpretação do material sobre relações raciais no Brasil. *Tempo Social*, 19 (1).
- Nogueira, RP. (Ed.) (2010). *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária*. Coleção Pensar em Saúde. CEBES, Rio de Janeiro.
- Oppenheimer, G. M. (2001). Paradigm lost: race, ethnicity, and the search for a new population taxonomy. *American Journal of Public Health*, 91(7), 1049.
- Organização Internacional para as Migrações (OIM). (2010). *Perfil migratório do Brasil 2009*. Geneva.
- Pacheco, T. (2009, Julho 13). *Desigualdade, injustiça ambiental e racismo: uma luta que transcende a cor*. Postado em <http://racismoambiental.net.br/>
- Pacheco, T., Faustino, C. (2013). A iniludível e desumana prevalência do racismo ambiental nos Conflitos do Mapa. Em: M. F. S. Porto, T. Pacheco, J. P. Leroy (2013). *Injustiça ambiental e saúde no Brasil. O Mapa de Conflitos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Paim, J. S., Almeida-Filho, N. D. (1998). Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas. *Rev saúde pública*, 32(4), 299-316.
- Paixão, M., Lopes, F. (2007). Debate sobre o artigo de Fry et al. *Cadernos de Saúde Pública*, 23 (3).
- Paixão, M., Rossetto, I., Montovanele, F., Carvano, L. (2010). *Relatório Anual das Desigualdades Raciais no Brasil 2009-2010*. Constituição Cidadã, seguridade social e seus efeitos sobre as assimetrias de cor ou raça. Rio de Janeiro.

- Paradies, Y., Montoya, M. J., & Fullerton, S. M. (2007). Racialized genetics and the study of complex diseases: the thrifty genotype revisited. *Perspectives in biology and medicine*, 50(2), 203-227.
- Peñaranda, F., & Otálvaro, G. J. (2013). El debate determinantes-determinación social de la salud: aportes para la renovación de la praxis de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31.
- Peñaranda, F., & Rendón, C. E. (2013). Determinismo-indeterminación y el debate de los determinantes-determinación social de la salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31.
- Pierce, N. (2008). Corporate influences on epidemiology. *Int J Epidemiol.* 37(1), 46–53.
- Pierce, N. (2011). Epidemiology in a changing world: variation, causation and ubiquitous risk factors. *Int J Epidemiol.* 40(2), 503–512.
- Porto-Gonçalves, C. W. (2005). Prefácio. Em: E. Lander (Ed.). *A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas*. Buenos Aires: Colección Sur-Sur. CLACSO.
- Porto-Gonçalves, C. W. (2009). Entre América e Abya Yala—tensões de territorialidades. *Desenvolvimento e Meio Ambiente*, 20.
- Porto-Gonçalves, C. W. (2012). *A globalização da natureza e a natureza da globalização*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Porto-Gonçalves, C.W. (2012a). *Sustentando a insustentabilidade. Minuta zero do documento base de negociação da Rio+20*. Recuperado em http://www.posgeo.uff.br/sites/default/files/sustentando_a_insustentabilidade_-_texto_de_carlos_walter_-_rio___20.pdf
- Porto, M. F. S. (2011). Complexidade, processos de vulnerabilização e justiça ambiental: um ensaio de epistemologia política. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 31-58.
- Porto, M. F. S., Martínez-Alier, J. (2007). Ecología política, economía ecológica e saúdecoletiva: interfaces para a sustentabilidade do desenvolvimento e para a promoção da saúde. *Cad. Saúde Pública*, 23(4).
- Porto, M. F. S., Schütz, G. E. (2012). Gestão ambiental e democracia: análise crítica, cenários e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(6), 1447-1456.
- Quevedo, E., Hernández, M. (1994). La articulación del conocimiento básico biológico y social en la formación del profesional de la salud: una mirada desde la historia (p. 13-34). Em: Rodriguez (Ed). *Lo biológico y lo social. Su articulación en la formación de personal de la salud*. Washington: OPS/OMS.
- Quijano, A. (1992). Raza, etnia y nación en Mariátegui: cuestiones abiertas. *Estudios Latinoamericanos*, 2(3), 3-19.
- Quijano, A. (2000). Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. Em: E. Lander (Ed.). *A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas*. Buenos Aires: Colección Sur-Sur. CLACSO.
- Quijano, A. (2000a). Colonialidad del poder y clasificación social. *Journal of World Systems Research, Special Issue: Festschrift for Immanuel Wallerstein – Part I*, 6(2), 342-386.

- Quijano, A. (2010). Colonialidade do poder e classificação social. Em: B. S. Santos, M. P. Meneses (Eds.), *Epistemologias do Sul*. São Paulo: Cortez Editora.
- Restrepo, E. (2011). Modernidad y diferencia. *Tabula Rasa*, (14), 125.
- Restrepo, E., Rojas, A. (2004). *Biopolítica y alteridad: dilemas de la etnización de las colombianas negras. Conflicto e (in) visibilidad. Retos en los estudios de la gente negra en Colombia*. Popayán: Editorial Universidad del Cauca.
- Restrepo, E., Rojas, A. (2010). *Inflexión decolonial: fuentes, conceptos y cuestionamientos*. Popayán: Samava.
- Rezende Figueira, R. (2004). *Pisando Fora da Própria Sombra. A escravidão por dívida no Brasil contemporâneo*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Ribeiro, V. (2013). Força-tarefa chega ao AC para acompanhar situação de haitianos. Globo G1 (Abril 12); Recuperado em <http://g1.globo.com/ac/acre/noticia/2013/04/forca-tarefa-chega-ao-ac-para-acompanhar-situacao-de-haitianos.html>
- Rocha-Lieber, R., Romano-Lieber, N. (2003). Risco, incerteza e as possibilidades de ação na saúde ambiental. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 6(2), 212-133.
- Rosário, E., Santos, T., Lima, S. (2011). *Discurso do racismo em Portugal: essencialismo e inferiorização nas trocas coloniais sobre categorias minoritárias*. Lisboa.
- Rothman, K. J., Greenland, S., & Lash, T. L. (1998). *Modern Epidemiology*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ruffino Netto, A., & Pereira, J. C. (1981). Mortalidade por tuberculose e condições de vida: o caso do Rio de Janeiro. *Saúde em Debate*, 12(27-34), 183.
- Salway, S., Nazroo, J., Mir, G., Craig, G., Johnson, M., & Gerrish, K. (2010). Fair Society, Healthy Lives: a missed opportunity to address ethnic inequalities in health. *Rapid response, BMJ*, 12.
- Samaja, J. (1993). *Epistemología y metodología. Elementos para una teoría de la investigación científica*. Buenos Aires: Editora Eudeba.
- Santos, B. S. (2002). *Para um novo senso comum: a ciência, o direito e a política na transição política*. São Paulo: Cortez.
- Santos, B. S. (2004). *Para uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências - Conhecimento Prudente para uma Vida Decente*. São Paulo: Cortez Editora.
- Santos, B. S. (2006). *Renovar la teoría crítica y reinventar la emancipación social* (encuentros en Buenos Aires). Buenos Aires: CLACSO.
- Santos, B. S. (2006a). As dores do pós-colonialismo. *Folha de São Paulo* (Agosto 21). Recuperado em <http://www.ces.uc.pt/opiniao/bss/163.php>
- Santos, B. S. (2006b). *Conocer desde el Sur: para una cultura política emancipatoria*. Lima: Fondo Editorial de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Mayor de San Marcos.
- Santos, B. S. (2007). Para além do Pensamento Abissal: Das linhas globais a uma ecologia de saberes. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 78, 3-46
- Santos, B. S. (2010). *A gramática do tempo: Para uma nova cultura política* (3a ed). São Paulo: Cortez.

- Santos, B. S. (2010a). *Descolonizar el saber, reinventar el poder*. Ediciones Trilce.
- Santos, B. S. (2010c). *Um discurso sobre as ciências* (7a ed). São Paulo: Cortez.
- Santos, B. S., Meneses, M. P. (2010). *Epistemologias do Sul*. São Paulo: Cortez.
- Santos, G. (2005). *A invenção do “ser negro”: um percurso das idéias que naturalizaram a inferioridade dos negros*. São Paulo: Educ/Fapesp; Rio de Janeiro: Pallas.
- Schwarcz, L. (2001). *Racismo no Brasil* (31a ed). São Paulo: Publifolha Editora.
- Segato, R. L. (2007). Identidades políticas/alteridades históricas: una crítica de las certezas del pluralismo global. Em: R. L. Segato. *La nación y sus otros. Raza, etnicidade y diversidad religiosa en tiempos de políticas de identidad*. Buenos Aires: Prometeo.
- Segato, R. L. (2007a). El color de la cárcel en América Latina. Apuntes sobre la colonialidad de la justicia en un continente en desconstrucción. *Nueva Sociedad*, 208, 142-161.
- Segato, R. L. (2010). Los cauces profundos de la raza latinoamericana: una relectura del mestizaje. *Crítica y Emancipación*, 2 (3), 13-44.
- Semeraro, G. (2011). *O pensamento moderno*. Saber Fazer Filosofia. São Paulo: Ideias e Letras.
- SESC (2011). *Para um pensamento do sul: diálogos com Edgar Morin*. Rio de Janeiro: SESC, Departamento Nacional.
- Sevalho, G. (1999). A epidemiologia e o tempo: uma discussão sobre a percepção do tempo pela ciência epidemiológica. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- Shim, J. (2002). Understanding the routinised inclusion of race, socioeconomic status and sex in epidemiology: the utility of concepts from technoscience studies. *Sociology of Health & Illness*, 24(2), 129-150.
- Solar, O., Irwin, A. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health*. Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva: WHO.
- Solórzano, A. (1997). *Fiebre dorada o fiebre amarilla? La Fundación Rockefeller en México*. Guadalajara: Imprenta da Universidad de Guadalajara.
- Sommer, D. (2004). *Ficções de fundação: os romances nacionais da América Latina*. Belo Horizonte: Editora da UFMG.
- Souza, J. (2011). *A ralé brasileira. Quem é e como vive*. Belo Horizonte: Editora UFMG.
- Souza, J. (2012). *A construção social da subcidadania. Para uma sociologia política da modernidade periférica*. Belo Horizonte: Editora UFMG.
- Sovik, L. (2009). *Aqui ninguém é branco*. Rio de Janeiro: Aeroplano.
- Springer, K., Stelman, J., Jordan-Young, R. (2011). Beyond a catalogue of differences: A theoretical frame and good practice guidelines for researching sex/gender in human health. *Social Science & Medicine*, 74(11), 1817-24.

- Stoler, A. (1995). *Race and the education of desire: Foucault's history of sexuality and the colonial order of things*. Duke University Press.
- Suárez-Krabbe, J. (2012). Pasar Por Quijano, salvar a Foucault. Protección de identidades blancas y decolonización. *Tabula Rasa*, 16, 39-57.
- Sundberg, J. (2008). Tracing Race: Mapping Environmental Formations in Environmental Justice Research in Latin America (p. 25-48). Em: D. V. Carruthers (Ed.). *Environmental justice in Latin America: Problems, promise, and practice*. Cambridge: MIT Press.
- Tajer, D. (2003). Latin American social medicine: roots, development during the 1990s, and current challenges. *American Journal of Public Health*, 93(12), 2023.
- Tambellini, A. T., Schütz, G. E. (2009). Contribuição para o debate do CEBES sobre a determinação social da saúde: repensando processos sociais, determinações e determinantes da saúde. *Saúde em Debate*, 33(83).
- Tilly, C. (1998). *Durable inequality*. Univ of California Press.
- Travassos, C., Williams, D. R. (2004). The concept and measurement of race and their relationship to public health: a review focused on Brazil and the United States. *Cadernos de saúde pública*, 20(3), 660-678.
- Van Dijk, T. A. (1992). Denying Racism: Elite Discourse and Racism". *Discourse and Society*, 3, 87-118.
- VEJA (2013). Brasil concedeu 73 mil vistos a profissionais estrangeiros em 2012. VEJA (Janeiro 30). Recuperado em <http://veja.abril.com.br/noticia/economia/brasil-concedeu-73-mil-vistos-a-profissionais-estrangeiros-em-2012>
- Vosne Martins, A. P. (2004). *A medicina da mulher: visões do corpo feminino na constituição da Ginecologia e a da Obstetrícia no século XIX*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Wade, P., Urrea Giraldo, F., Viveros Vigoya, M. (2008). *Raza, etnicidad y sexualidades. Ciudadanía y multiculturalismo en América Latina*. Bogotá: Editora Universidad Nacional de Colombia.
- Waiselfisz, J. J. (2012). *Mapa da violência 2012: a cor dos homicídios no Brasil*.
- Walsh, C. (2005). Introducción. Em: C. Walsh (Ed.). *Pensamiento crítico y matriz colonial*. Quito, UASB-Abya Yala.
- Walsh, C. (2007). Un pensamiento y posicionamiento “otro” desde la diferencia colonial (p. 47-62). Em: S. Castro-Gómez & R. Grosfoguel (Eds.) *El Giro Decolonial: Reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global*. Bogotá: Siglo del Hombre Editores.
- Whitehead, M., Diderichsen, F., Bhuiya, A., Wirth, M. (Eds) (2001). *Challenging inequities in health*. New York: Oxford UP.