

1 - A medicina como instituição social

Lucíola Santos Rabello

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

RABELLO, LS. A medicina como instituição social. In: *Promoção da saúde: a construção social de um conceito em perspectiva do SUS*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010, pp. 39-63. ISBN: 978-85-7541-352-4. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

I

A Medicina como Instituição Social

Medicina: construção do saber e contexto

A medicina, como ciência aplicada, atua através da sua normativa, mas é fundamental a percepção de que o conceito de uma norma biológica não pode ser reduzido a um conceito objetivo determinável por métodos científicos (Canguilhem, 1990; Levin, 1994), nem pode ser aplicado a indivíduos somente na base de fatos objetivos da fisiologia, mas levando-se em consideração o significado experiencial do estado em questão para o organismo.

Nesse sentido, os conceitos de saúde e doença que figuram no discurso e na prática da medicina são essencialmente normativos, devendo ser construídos de acordo com o reconhecimento da realidade dos pacientes em suas próprias experiências, o significado existencial da condição e da situação deles. Esta compreensão não elide as dificuldades atuais na relação médico-paciente e no contexto do Estado, terceiro ator social relacionado.

A rota direcionada para o nascimento da medicina moderna expressa degraus no desenvolvimento do pensamento médico da Antiguidade, a partir do observar a influência religiosa, por meio da abstração idealizada que se configurou como parte de um sistema filosófico coerente em direção a uma doutrina baseada na abordagem empírica (Viale, 2004).

Atualmente, vivencia-se uma sociedade 'medicalizada', que levou séculos para ser constituída, e pressupõe a doença como algo passível de correção. Em vez de resignação, encontra-se a decisão de compreendê-la e atuar sobre ela. Nesse sentido, nas sociedades ocidentais, desenvolveu-se a medicina científica, calcada na ação dos médicos, o que tornou o tema saúde um valor fundamental, gerando, por consequência, estatutos legais que passaram a assegurar os direitos ao acesso a tratamentos (Adam & Herzlich, 2001). A cultura resultante disso

é a necessidade da medicina e o fortalecimento da relação hierárquica com o médico: as prescrições devem ser cumpridas sem questionamentos, por um lado. Por outro, a institucionalização da medicina: mesmo sem a condição de doentes necessita-se realizar exames médicos, casos da medicina escolar e do trabalho, entre outros.

Esta mudança ocorreu de forma mais acelerada após a Segunda Guerra Mundial com o avanço das sociedades industrializadas. No entanto, em todas as sociedades, os homens sempre buscaram alternativas para a cura; a escassez de médicos os levavam a buscar soluções mágico-religiosas, de tal forma que a associação entre medicina, magia e religião caracterizou as medicinas antigas, eruditas e ou populares, em todas as culturas (Adam & Herzlich, 2001).

Em outra vertente, a medicina científica tem uma orientação empírica, calcada em um saber racional e crescentemente especializado, haja vista o avanço do conhecimento. De todo modo, todas as medicinas incluem aspectos empíricos e na medicina ocidental também pode-se encontrar aspectos religiosos (Adam & Herzlich, 2001).

A atualidade de Hipócrates como ‘pai da medicina’ científica deve-se ao fato de ele ter sistematizado o conhecimento com base em observações sobre o estado dos doentes. O *Corpus Hippocraticum* representa um marco no desenvolvimento do pensamento médico, tendo introduzido pela primeira vez a abordagem empírica para a doença (Nutton, 2005). Apesar disso, a ocorrência de epidemias ainda era explicada como castigos divinos.

O processo de desenvolvimento da medicina científica ocidental é considerado muito lento: a teoria dos quatro humores, de Hipócrates; depois os progressos de Galeno, quinhentos anos mais tarde, os quais predominam na medicina por mais de mil anos até tornarem-se estagnados durante a Idade Média.

Inicialmente, o advento das Universidades (Adam & Herzlich, 2001) – a de Montpellier em 1220; a de Pádua em 1222; e a de Paris em 1253 – alterou pouco o quadro de dogmatismo então em vigência, exceto pela Universidade de Pádua (Andrioli & Trincia, 2004), que tem uma longa tradição e uma grande reputação nos estudos anatômicos desde sua fundação. O ambiente para o desenvolvimento dessa cultura foi representado pela liberdade científica e sabedoria política da Sereníssima República de Veneza, um Estado liberal e tolerante no meio de uma Europa feudal, imperial e pontifical, o que sinaliza a importância da configuração do Estado na construção do conhecimento.

Os cursos de medicina começaram no fim de 1200, com a difusão das doutrinas árabes a partir dos maiores centros da tradição e cultura islâmica.

Por volta de 1300, muitos acadêmicos em Pádua desenvolveram estudos de epidemiologia e profilaxia da doença, o que redundou na promulgação de regulamentações de saúde, pela República de Veneza, que foram exemplares para seu tempo.

O desenvolvimento substancial da medicina durante os séculos XV e XVI foi primariamente um resultado do florescimento dos estudos anatômicos e de seus ensinamentos nas escolas médicas. Uma tendência filosófica favoreceu as abordagens empíricas da biologia de Aristóteles que prevaleceu durante o século XV em Pádua, deste modo encorajando a observação da natureza, incluindo a anatomia (Andrioli & Trincia, 2004).

Apesar disso, ninguém antes de Vesálio teve oportunidades comparáveis as do ciclo ininterrupto de lições, com observação direta de corpos e apoio da Universidade de Pádua e da República de Veneza. Escreve o *De humani corporis fabrica, libri septem*, a primeira descrição completa e sistemática do corpo humano como uma ‘fábrica’, corrigindo algumas das observações de Galeno e marcando o começo de um ensino sistemático e da pesquisa científica na anatomia (Andrioli & Trincia, 2004).

No entanto, a situação de Pádua não era a regra, sendo esta o exercício puramente dogmático da medicina, limitando-se o médico a ‘anunciar a morte eminente’ (Adam & Herzlich, 2001), pois os sacerdotes continuavam a assistir os pacientes. Além disso, os que tinham a prerrogativa da intervenção sobre o corpo eram os barbeiros e os cirurgiões. Os médicos passam a formar corporações em defesa de seus direitos e, a partir do século XVI, a medicina empírica e racional começa a desenvolver-se, tendo em Vesálio, um de seus precursores.

Outros estudiosos deram grandes contribuições ao desenvolvimento da medicina: Ambroise Paré, circulação sanguínea; Fracastor com suas teorias sobre o contágio; Harvey com a circulação sanguínea; Marcello Malpighi, fisiologia; Giovanni Battista da Monte, ensino da medicina clínica no leito do paciente e estabelecimento dos jardins botânicos gerando impulso à farmacologia, a *Orti Semplici*; Giovanni Battista Morgnani, unificando anatomia e medicina clínica. Com Morgagni, o método, combinando patologia e medicina clínica, foi estabelecido e permaneceu nos séculos que seguiram como fundamento da medicina, seguido por Leopoldo Marcantonio Caldani (Andrioli & Trincia, 2004). Nesse contexto, no começo do século XIX, a medicina anatomoclínica afirma-se, recebendo importante influência da Escola de Paris, cujos estudiosos mais importantes foram: Cabanis, Pinel, Corvisart, Laennec, Bichat e Bretonneau (Foucault, 1994).

A afirmação da medicina clínica supera os sistemas teóricos anteriormente utilizados, pois os novos conhecimentos possibilitam a descrição de muitos males com outro grau de precisão (Adam & Herzlich, 2001). Em meados do século XIX, surge a corrente de Claude Bernard, chamada ‘medicina experimental’, que se apoia em conhecimentos da física e da química, seguida pelos trabalhos de Pasteur e Koch, com o isolamento de agentes causadores de doenças infecciosas e a compreensão dos mecanismos imunológicos, com consequentes repercussões na prevenção e no tratamento das doenças. Após o advento das vacinas e os avanços na assepsia, a medicina alcança um novo patamar tanto teórico quanto prático.

Os progressos da medicina continuaram e até a Segunda Guerra Mundial foram consideráveis. O aperfeiçoamento dos raios X, o desenvolvimento da anestesia, a descoberta da insulina, das vitaminas e das sulfamidas e, alguns anos depois, dos antibióticos, constroem socialmente uma ‘sensação de poderio ilimitado em potencial da medicina’, reforçado, em 1967, pelo primeiro transplante cardíaco (Adam & Herzlich, 2001). Certamente o poder médico tem limites, mas durante um século, *pari passu* ao seu desenvolvimento científico, a medicina mudou sua representação social. Ao longo da construção do seu conhecimento, adquiriu “plena autoridade sobre a doença e adquiriu o monopólio de seu tratamento” (Adam & Herzlich, 2001: 38). Ocupou um lugar privilegiado, de forma simultânea, que a “Sociologia designa pelo termo de ascensão à condição de ‘profissão’” (Adam & Herzlich, 2001: 38). Sociologicamente, este fenômeno é característico do processo evolutivo das sociedades modernas, e a medicina é considerada o protótipo das profissões. O termo profissão implica que os profissionais detenham formação teórica elevada e especializada, com uma ‘orientação de serviço’ para a população, correspondente à ideia de ‘vocação’.

Esta é uma primeira distinção em relação aos outros ofícios, acrescida do reconhecimento societário do monopólio de sua atividade, seguido de grande autonomia e controle do exercício profissional. Dessa forma, são os médicos que decidem os currículos de seus estudos; que redigiram seu código de ética médica reconhecido pelo Estado; e que dependem de suas próprias associações, os conselhos de medicina. Nesta perspectiva, trata-se de uma autorregulamentação. A profissão médica é predominante no campo da saúde: as outras atividades desenvolvidas pela equipe de saúde, “dependem deles inteiramente e são consideradas de categoria inferior” (Adam & Herzlich, 2001: 39).

Entre os sociólogos há concordância sobre as características distintivas entre ofício e profissão, tendo ocorrido divergências nas explicações sobre seu desenvolvimento durante o século XIX. Para William J. Goode e Talcott Parsons (*apud* Adam & Herzlich, 2001: 39) da escola estrutural-funcionalista, isso ocorre devido à necessidade de serviços especializados gerados pela nova organização do trabalho nas sociedades industrializadas e urbanas. A importância da medicina também resulta do valor que se atribui à saúde, à vida e à morte. Esses autores legitimam a condição profissional médica por considerarem que a demanda pelos recursos da medicina decorre do aumento do saber e da competência.

Outros autores, particularmente Eliot Freidson da ‘Escola de Chicago’ e do ‘interacionismo simbólico’, não consideram que esta ascensão da profissão médica resulte da nova divisão do trabalho, mas sim da ‘ampliação do saber’ (Adam & Herzlich, 2001: 39). Consideram que se caracteriza principalmente pelo ‘privilégio da autorregulamentação’, representando a ‘luta entre grupos rivais’, constituindo ‘um processo de natureza política, passível de intervenção estatal’. Adam e Herzlich reconhecem o papel do conhecimento, no entanto, assumem que é difícil estabelecer sua condição de legitimação de privilégios da condição profissional. Em síntese, afirmam que a distinção entre as ações pertinentes a esse estatuto e as não pertinentes é difusa, citando inclusive Parsons (1968), que afirmava serem esses limites ‘fluidos e confusos’.

Segundo esses autores, a evolução histórica da situação dos médicos no mundo ocidental foi complexa. No início do século XIX, a situação dos médicos era frágil. No caso da França, por exemplo, devido à pobreza da população, eram poucos os demandantes dos serviços médicos; além disso, estes eram pouco valorizados e nem sempre pagos. Não havia tampouco reconhecimento de seu conhecimento e muitos praticavam a medicina popular: os ‘empíricos’, as parteiras, as religiosas, os ‘agentes de saúde’, entre outros. Somente em 1892, eles obtêm uma legislação satisfatória: os agentes de saúde são suprimidos; o exercício ilegal da medicina passa a ser severamente punido, e deste modo o monopólio do tratamento médico é reconhecido, sendo a esta categoria conferido o direito de formar sindicatos. Desse modo, ‘fica conquistado o estatuto profissional’ (Adam & Herzlich, 2001: 41).

Uma das causas importantes para essas conquistas foi a industrialização, que gerou demanda de serviços especializados, ao mesmo tempo que melhorou o nível de vida da população, propiciando a busca por atendimento médico. Ao aumento do conhecimento, corresponderam reivindicações por organiza-

ção profissional, sendo a mobilização desses profissionais tanto quanto sua luta coletiva fatores determinantes de suas conquistas. O papel do Estado também foi fundamental, pois, no final do século XIX, o interesse pela saúde da população fez com que o Estado atendesse às reivindicações dos médicos ao mesmo tempo que passou a acreditar que o desenvolvimento médico e científico trazia respostas eficientes.

A saúde vai se tornando cada vez mais importante para o desenvolvimento econômico: os poderes públicos passam a combater agravos sociais e sanitários como o alcoolismo, a sífilis e a tuberculose; leis são estatuídas sobre a vida nas cidades, as condições de saneamento e a saúde das crianças. Dessa aliança entre políticos e higienistas resultam leis que antecipam o que se chama atualmente de proteção social, a concepção do Estado moderno – o Estado de Bem-Estar Social. Até meados do século XX, a seguridade social é instituída em vários países.

Philippe Adam e Claudine Herzlich consideram que a medicina e a proteção social evoluíram simultaneamente, originando nos países desenvolvidos a significação de ‘estar doente’ como sinônima de ‘estar sob cuidados’. Assim, os atos médicos sobre o paciente condicionam sua cura, ao mesmo tempo que ‘estruturam sua percepção e experiência da doença’. Essa medicalização tem sido crescente; e o exercício da medicina muda com o desenvolvimento das especialidades e da sofisticação tecnológica dos procedimentos (Warner, 1999); desse modo, ao aumento do consumo corresponde o crescimento contínuo das despesas com os tratamentos. No século XX, esta situação é marcada pela imposição do ‘modelo médico’ cada vez mais presente na vida social, inclusive determinando a definição e o tratamento de muitos problemas públicos contemporâneos, tais como alcoolismo, drogas, doença mental, entre outros.

Peter Conrad e Joseph W. Schneider (*apud* Adam & Herzlich, 2001) demonstram que essas práticas passam da condenação religiosa e/ou criminal para o registro médico: o que era ato condenável torna-se doença. Fundamental também foi o papel do hospital que, antes local de atendimento de pessoas pobres, passa a ser “uma instituição prototípica das sociedades modernas” (Adam & Herzlich, 2001: 45). Dessa forma, transforma-se em “lugar privilegiado da pesquisa médica e do desenvolvimento de tecnologias de ponta [...] e lugar onde, na maioria das vezes, as pessoas nascem e morrem” (Adam & Herzlich, 2001: 45).

Nesse processo, o saber médico vai alcançando valor normativo cada vez mais crescente tanto para indivíduos quanto para comunidades, que serão

permanentemente avaliados em termos de saúde. Segundo Everett Hughes¹⁰ (*apud* Adam & Herzlich, 2001: 46), “os profissionais, ‘tomados coletivamente’ pretendem dizer à sociedade o que é bom para o indivíduo e para a sociedade como um todo em determinados aspectos da existência”. Nesse sentido, o profissional médico tem legitimidade social para estabelecer “as necessidades do doente às quais é possível e legítimo responder” (*apud* Adam & Herzlich, 2001: 46), o que possibilita que esse diferencial de saberes e de competências especializadas possam transformar-se facilmente em “distanciamento e dominação sobre as pessoas” (Adam & Herzlich, 2001: 46).

Owsei Temkin (Moran, 2002) considera que a história da medicina é, em grande parte, uma história racional, e que a razão distingue a verdade da falsidade. No entanto, quando se considera a avaliação histórica das expectativas sociais em medicina e se comparam comportamentos e sentimentos em relação aos pacientes, o foco singular na ciência médica resvala para uma consciência histórica que permite ambas, razão e emoção, jogarem uma parte importante e diminuírem o senso de distinção dos contextos antigo e moderno.

Moran e vários outros, inclusive John V. Pickstone, discutem a apropriação da marca ‘tecnociência’ na era pós-Segunda Guerra Mundial: um período no qual projetos, patentes e a interpenetração entre governo, negócio e universidades foram marcantes. A história foi frequentemente entendida como a base para a compreensão crítica da ciência, tecnologia e medicina. Nesse sentido, a tecnociência contemporânea parece ter muito mais a fazer com o crescimento econômico do que com a verdade (Hamlin, 2001).

Que diferença faria, especialmente para a medicina, construir um entendimento da ciência, da tecnologia e da medicina deste modo? A eliminação da hierarquia entre medicina e ciência e da hierarquia entre as muitas formas de prática que caracterizam a medicina amplamente concebida seria profunda. Essa mudança determinaria um campo mais elevado e um modo mais democrático de tomada de decisão, segundo John V. Pickstone, pois permitiria uma maior integração entre a filosofia médica, a ética médica e as ciências sociais médicas e provavelmente melhoraria os serviços públicos de saúde no treinamento de médicos e cientistas.

Até que ponto mudanças em ciência e tecnologia, descritas como agentes propulsores do aumento das especializações em medicina, estão atualmente permeadas por compreensões históricas da relação entre ciência e medicina;

¹⁰ Ver Everett Hughes (1981).

mais intensamente atentas para a interação entre conhecimento, processos sociais e a estrutura do poder cultural nas profissões?

A despeito da onda de mudança na medicina e história médica das últimas três décadas e do lugar variável da especialização médica durante os dois últimos terços do século XX, a especialização desempenhou papel fundamental ao formar a organização da medicina nesse período e ao desenhar explorações históricas adicionais sobre o poder e perplexidades contínuas da especialização no mundo da medicina moderna.

Robert A. Aronowitz (1998) sugere que, por se compreender o processo pelo qual as categorias de doenças são criadas, está-se numa melhor posição para avaliar todos os aspectos de uma doença, seu efeito nos indivíduos e na sociedade como um todo e a reação dos pacientes, sociedade e sistema de atenção à saúde para esta doença. Assinala que a visão focalizada, doença-específica, científica, que ganhou ascendência com a teoria dos germes na última parte do século XIX, conduziu para o credo da biologia molecular contemporânea: um gene, uma proteína, uma doença. O resultado, segundo o autor, tem sido uma perda da apreciação da influência das características individuais, incluindo emoções, estilo de vida e classe social (Jenkins, 1998).

Para a prática da promoção da saúde é fundamental o conceito da ‘construção social da doença’ e os fatores que têm um papel nesta construção. Estes fatores são econômicos, políticos, sociais, culturais, emocionais, biológicos, entre outros, precisando necessariamente ser apropriados pelas pessoas que estão sendo examinadas e/ou tratadas, seja na prática individualizada, seja na prática coletiva da ação de atenção à saúde.

Fundamental também é esta discussão no sentido de que a ‘promoção da saúde’ vem como uma proposta de diminuição da interferência da medicina científica, de caráter flexeneriano, atualmente em vigência, por seu alto custo e por suas respostas consideradas insuficientes quanto ao adoecimento e à morte da população dos países desenvolvidos, devido ao envelhecimento e às doenças crônico-degenerativas. É necessário compreender esse processo para que se possa esclarecer a reação dos médicos em relação às propostas da ‘promoção da saúde’, bem como o interesse do Estado em promovê-la.

Da Instituição Social Médica: em busca de sua afirmação

Marcel Mauss (1967) chamava de fenômeno social total um fenômeno em que todas as dimensões da vida coletiva encontram-se condensadas: o

social, o político, o estético, o imaginário. Nesse sentido, a promoção da saúde poderia ser considerada um fenômeno social total. Entre os fatos sociais não há lugar para fazer as distinções que são mais ou menos generalizantes. A mais generalizável é também natural, tanto quanto a mais particular, uma e outra são igualmente explicáveis. Assim, todos os fatos que apresentam as características indicadas como pertinentes ao fato social podem e devem ser objetos de pesquisa.

Mas como os fatos sociais produzem-se uns aos outros? As instituições produzem as mudanças da estrutura social pela via do desenvolvimento, de coalescência, o que não significa que sejam tipos de realidades autônomas capazes de ter intrinsecamente uma eficácia particular. As instituições existem dentro das representações feitas pela sociedade. Se elas são fortes e respeitadas, é porque esses sentimentos são vivos; se elas cedem, é porque perderam toda a sua autoridade sobre as consciências (Mauss & Fauconnet, 1901).

Se as mudanças da estrutura social agem sobre as instituições, é porque elas modificam o estado das ideias e tendências de que são objetos; toda a força dos fatos sociais vem de suas regras. É a acumulação institucional que dita as regras morais e que, direta ou indiretamente, as sanciona. A mudança dentro das instituições é uma mudança dentro da cultura institucional, pois tudo se passa dentro da esfera da relação com a sociedade, mas esta é propriamente o que se chama de sistema de representações coletivas. Os fatos sociais são então as causas porque são as representações ou agem sobre essas representações. O fundo íntimo da vida social é um conjunto de representações. Na saúde essa expressão é nítida.

A medicina, como instituição social, exprime toda a gama de explicação sociológica. O estabelecimento das sociedades, e estas, uma vez formadas, dando nascimento às ideias coletivas, constituem fenômenos inseparáveis, não existindo supremacia entre eles, nem lógicas, nem cronológicas.

Nee¹¹ (*apud* Zafirovski, 2003: 818) sugere que a análise institucional seja uma

combinação de poesia e ciência. A fria visão racionalista baseada na extensão da teoria econômica padrão para analisar os trabalhos das instituições é efetiva na mesma medida em que as normas formais da organização são consideradas. Entretanto, no domínio das normas informais e das redes de relacionamentos sociais que estão ocorrendo, um discernimento de poeta dentro da condição humana pode demonstrar ser tão útil no desenho institucional quanto na ciência.

¹¹ Ver Nee (1998: 88).

Recentes formulações de análise institucional comparativa e histórica estipulam que o

complexo institucional não é uma resposta estática ótima às necessidades econômicas, mas um reflexo de um processo histórico, no qual as características do passado econômico, político, social e cultural estão inter-relacionadas e têm um impacto duradouro na natureza e nas implicações econômicas das instituições da sociedade. (Greif¹² *apud* Zafirovski, 2003: 820)

Estas formulações conceituam instituições sociais como “restrições não determinadas tecnologicamente, que influenciam interações sociais e provêem incentivos para manter regularidades de comportamento” (Greif¹³ *apud* Zafirovski, 2003: 819). Tais formulações exibem mais afinidade com a antiga economia institucional e histórica, assim como com a sociologia econômica (Lawson, 2003), do que com a tendência predominante da nova economia institucional (de transação de custos). Notavelmente, em franco contraste com esta última, a análise institucional comparativo-histórica

não começa por contemplar o conjunto de instituições teoricamente possíveis e escolher entre elas com base em alguma teoria dedutiva ou critérios objetivos, porque a extensão do conhecimento, racionalidade e cognição são para ser avaliadas além de ser supostas como verdadeiras. (Greif¹⁴ *apud* Zafirovski, 2003: 819)

Os institucionalistas (Figart, 2003) tomaram a posição de que a defesa da política pública é consistente com os escritos dos pensadores fundacionais, tais como Thornstein Veblen, John R. Commons e Karl Polanyi (Hayden, 1989; Figart, 2003). O que é distintivo em relação a uma abordagem institucionalista (Colander, 2003) é a alegação de que o critério normativo para a política deve ser explicitamente fundamentado nos valores culturais e nas crenças sociais dominantes.

Rutherford (1994), ao analisar formalismo *versus* informalismo, usa as seguintes categorias polares para contrastar o novo e o antigo institucionalismo econômicos: individualismo *versus* coletivismo; evolução *versus* propósito; eficiência *versus* reforma; escolha racional *versus* seguir regras, entre outros. Conclui que o novo institucionalismo é “mais formalista, individualista, reducionista, orientado em direção à escolha racional e modelos econométricos, e geralmente anti-intervencionista” (em relação ao Estado), enquanto que o

¹² Ver Greif (1998: 82).

¹³ Greif (1998: 80).

¹⁴ Ver Greif (1998: 81).

antigo institucionalismo é “descritivo e informal, (...) comportamentalista e coletivista” (Rutherford¹⁵ *apud* Zafirovsk, 2003: 819). O novo institucionalismo econômico gira em torno da premissa que entende “o ser humano como um escolhedor racional”, ao passo que o antigo institucionalismo acreditava no “ser humano [como] produto da cultura” (Rutherford¹⁶ *apud* Zafirovsk, 2003: 819; Huber & Dion, 2002; Nelson, 2003).

Essa discussão analisa, de forma interdisciplinar, as instituições sociais, com base em um tratamento originalmente proposto pela antiga economia institucional de Veblen e colaboradores, a escola germânica histórica, assim como a sociologia econômica clássica de Weber e Durkheim. Na economia moderna, assim como em outras ciências sociais, tais como a sociologia e a ciência política, uma tendência recente tem sido um tipo de revelação teórica e empírica da pertinência das instituições sociais. Por um lado, tal orientação é exemplificada pelo crescimento da nova economia institucional dentro da tendência predominante da ciência econômica assim como a teoria da escolha racional, na sociologia, e da escolha pública, na ciência política. Em essência, estas três instâncias do novo institucionalismo parecem ancoradas na teoria econômica neoclássica aplicada para analisar instituições sociais. Por outro lado, a tendência em direção à restauração institucional é também exemplificada por tentativas de reabilitação ou, pelo menos, de avaliação da antiga economia institucional (Champlin & Knoedler, 2002) e da economia histórica (Nelson, 1994; Pirker & Rauchenschwandnter, 1998; Rutherford, 2001; Sabel, 1994; Stanfield, 1999; Sussman, 1998; Vira, 1998; Hodgson *apud* Zafirovski, 2003), assim como da sociologia econômica clássica (Swedberg, 1998; Zafirovski, 2003), como uma análise do impacto das instituições sociais na economia (Schumpeter¹⁷ *apud* Zafirovski, 2003).

As instituições são dispositivos individuais racionais ou princípios de estruturação social? A concepção da nova economia institucional (Boisvert & Caron, 2002) das instituições sociais como dispositivos de eficiência (Williamson, 1975; Zafirovski, 2003) é particularmente questionável a partir de uma perspectiva socioestrutural nas instituições como princípios de estruturação (Stein¹⁸ *apud* Zafirovski, 2003) de comportamento econômico, assim como de outros. Tal perspectiva é antecipada pela antiga economia institucional, incluindo

¹⁵ Ver Rutherford (1994).

¹⁶ Ver Rutherford (1994).

¹⁷ Ver Schumpeter (1954: 9-22).

¹⁸ Ver Stein (1997).

sua formulação na Escola Histórica (Pirker & Rauchenschwandnter, 1998), e geralmente pela economia sociológica (Knight, 1958; Lewin, 1996; Reisman, 1998; Solow, 1990; Zafirovski, 2003) ou sociologia econômica (Schumpeter, 1954; Swedberg, 1998; Zafirovski, 2003), incluindo a sociologia econômica do mercado (Boulding, 1970; Zafirovski, 2003).

Enquanto a nova economia institucional concebe todas as instituições sociais virtualmente como resultados de articulação de atividades racionais individuais, e nesta concepção pode-se incluir o atual exercício mercantilista da medicina, a antiga economia institucional define as instituições sociais como fenômenos societários com estruturas autônomas (Weber, 1968) e com capacidade de modelagem *vis-à-vis* a estas estruturas. Isto pode ser considerado a descontinuidade mais geral entre institucionalismo econômico ortodoxo e heterodoxo, implicados na nova e na antiga economia institucional, respectivamente (Zafirovski, 2003).

Mais particularmente, é uma definição estreita de instituições sociais característica da nova (Zimmer & Toepler, 1999) economia institucional (e da ortodoxia neoclássica como um todo) que as reduz a regras organizacionais formais ou organizações corporativas (Williamson, 1994; Zafirovski, 2003), assim como a instituições político-econômicas constitucionais (Buchanan, 1991; Zafirovski, 2003), entre outras. Tal definição parece insatisfatória por negligenciar que as instituições sociais, mesmo incluindo o econômico, são conectadas com valores culturais (McFarling, 2004) e normas, assim como com poder e conflito (Hodgson¹⁹ *apud* Zafirovski, 2003). A definição, desse modo, omite tanto padrões culturais e outros extraeconômicos quanto padrões institucionais menos formais tais como normas informais que “não são sempre utilitárias em seus conteúdos, mas incluem estados mais intangíveis de sentimento e identidade que surgem das relações sociais em andamento” (Nee²⁰ *apud* Zafirovski, 2003: 800).

Como objetado pelas críticas, as instituições sociais podem ser instrumentais para gerar e manter “ideais compartilhados e o desejo de pertencer como outros valores que podem ser institucionalizados” (Stein²¹ *apud* Zafirovski, 2003: 800-801) e não somente necessidades econômicas ou imperativos, tais como eficiência. Em outras palavras, elas poderiam ser instrumento de economia nas transações de custos, definidas como custos de movimentação do

¹⁹ Ver Hodgson (1994).

²⁰ Ver Nee (1998: 88).

²¹ Ver Stein (1997: 735).

sistema econômico (Williamson, 1991; Zafirovski, 2003). Em consequência, nem todas as instituições sociais são eficientes e racionais, e também muitas podem ser economicamente não-rationais ou improdutivas (Davidson & Ekelund, 1994; Zafirovski, 2003) e mesmo irracionais (Sjöstrand, 1993; Zafirovski, 2003).

Nesse contexto, a constatação de que os médicos são profissionais muito preocupados com a eficácia de suas ações, e não com a eficiência, dificulta a prática médica. Essa prática é cara pelo alto custo do desenvolvimento tecnológico que agrega, com tecnologia muitas vezes não substitutiva. Então deveria haver uma preocupação dos profissionais também com a eficiência, o que pode ser uma realidade se o profissional analisar caso a caso, escolhendo a opção mais eficiente e não somente a mais eficaz e/ou a que torna seu trabalho mais facilitado.

A economia neoinstitucional é teorizada na ideia da eficiência econômica, especialmente otimização de custos e lucros, como o fundamento determinante da gênese, existência e mudança das formas institucionais. Como a ortodoxia neoclássica que interpreta mal a vida real e os atores e agentes históricos (Greif²² *apud* Zafirovski, 2003) como eternos e imutáveis (Carlson, 1997; Zafirovski, 2003), ela antecipa generalizações sem prazos (Dore, 1992; Zafirovski, 2003), por tratar a eficiência, especialmente a economia de transação ou custos de permuta (Coase, 1998; Zafirovski, 2003), como uma explanação das instituições sociais em todas as sociedades e em todos os tempos. Tal fato acontece inclusive na medicina, o que leva os governos sob influência do neoliberalismo a terem foco na eficiência econômica e dessa forma a não enfrentarem a problemática da saúde de uma forma mais resolutiva.

Em contrapartida, a pressão do mercado sobre a área pública – por exemplo, altos custos da indústria farmacêutica e de equipamentos–,²³ faz com que não se executem investimentos que diminuam a necessidade deles, por exemplo, investimento maciço em saneamento básico, que daria uma importante diminuição na aquisição de medicamentos para doenças infectocontagiosas e/ou em medicamentos contra vetores, inclusive reduzindo significativamente os danos ao meio ambiente.

²² Ver Greif (1998).

²³ Isso se dá devido à medicalização (Donnangelo & Pereira, 1976). Esse processo refere-se ao movimento secular de expansão de um conjunto de saberes e práticas e de criação de instituições médico-sanitárias indispensáveis ao próprio desenvolvimento das sociedades capitalistas. Esse entendimento vem da lógica da racionalidade científica moderna e da exploração da mais valia, como por meio de formas sutis de dominação e de disciplinarização dos corpos, como mostrou Foucault (Burlandy & Bodstein, 1998).

Da posição da antiga economia institucional (Trebbing, 2004) assim como da sociologia econômica, o papel da transação de custos enfatizado em excesso na gênese institucional e evolução, incluindo a organização econômica (Williamson, 1994) parece fora de seu lugar (Vira, 1997). Isso ocorre porque um modelo de instituições altamente problemático (escolha racional) é estendido para lidar com todos os assuntos (Pratten, 1997; Zairovski, 2003), buscando, desse modo, criar a ‘teoria de tudo’ que ‘explica tudo e nada’, (Hodgson, 1998; Ackerman, 1997; Smelser, 1992).

Em particular, tal teoria, ostensivamente universal, esquece o fato, enfatizado pela antiga economia institucional e pelo institucionalismo sociológico, de que instituições sociais não emergem nem persistem de modo automático em resposta a imperativos de eficiência, mas são socialmente construídas, reconstruídas e algumas vezes ‘desconstruídas’ (Granovetter, 1990; Zairovski, 2003).

O fato de instituições serem construções sociais também se refere a suas atuações econômicas, incluindo mercados como as instituições sociais (Solow, 1990) assumidamente mais democráticas (Schumpeter²⁴ *apud* Zairovski, 2003), e à competição como um acordo social e legal (Rosen, 1997; Zairovski, 2003) da economia. Nessa conexão, a emergência e a evolução institucionais são caracterizadas por algum grau de variação, espontaneidade e, desse modo, imprevisibilidade.

As instituições sociais tendem com frequência a crescer e a se desenvolver espontaneamente, de preferência à realização deliberada de algum projeto geral (Yeager, 1997; Zairovski, 2003), seja o imperativo da otimização do custo-benefício ou outro qualquer. De acordo com o relatado, mesmo as instituições econômicas do capitalismo moderno (Williamson, 1985; Zairovski, 2003), inclusive o livre mercado, tiveram funções latentes, expressas por efeitos espontâneos e não planejados, de uma combinação de instituições socioculturais definidas, assim como de conjunturas históricas.

Enquanto o novo institucionalismo econômico postula uma inexorável causação econômica das instituições sociais, o antigo enfatiza o complexo sociocultural e a constituição institucional dos fenômenos econômicos, englobando mercados e empresas. Esta última suposição tem sido corroborada pela evidência. Assim, os estudos históricos relatam que o crescimento e a evolução da moderna economia de mercado são consistentes com o modelo das condições institucionais da dinâmica moderna do capitalismo

²⁴ Ver Schumpeter (19504).

(Collins, 1997; Zafirovski, 2003), como implícito na antiga economia institucional e também clássica, especialmente a sociologia econômica weberiana.

De acordo com a maioria dos economistas da antiga economia institucional e da economia histórica, as instituições sociais são, em termos históricos, antecedentes ou dominantes em relação às atividades econômicas racionais contrariamente às asserções opostas por suas novas contrapartes. Em termos históricos, as instituições políticas e mercados: “bem antes de existir qualquer mercado, transações de troca, eram sujeitas às regras daqueles no poder” (Myrdal²⁵ *apud* Zafirovski, 2003: 807).

Além disso, instituições políticas, e, dessa forma, relações de poder nas quais são fundamentadas, guardam proeminência nas economias capitalistas modernas como sistemas ostensivos de liberdade natural (Buchanan, 1991). Isto acontece porque instituições políticas “determinam a estrutura do mercado, mesmo todo sistema econômico pode ser mudado se aqueles interessados na mudança têm suficiente poder político” (Myrdal²⁶ *apud* Zafirovski, 2003: 807).

Nesse sentido, é possível dizer que a crise da medicina, diretamente relacionada a uma busca de eficiência de seus gastos e lucros, seja do ponto de vista estatal e ou do setor privado, está diretamente relacionada ao engajamento do Estado e das instituições privadas da saúde à predominância da nova economia institucional como orientadora do processo de tomada de decisão.

Nesse sentido, mesmo sob uma moderna economia de mercado, a emergência e operação de instituições é associada não somente com determinantes econômicos, mas também com aqueles não econômicos, incluindo lutas pelo poder e conflitos de classe (Dugger & Sherman, 1997; Zafirovski, 2003). Isto se aplica às instituições econômicas ou às organizações como um todo. Os institucionalistas (Reardon, 2004) acreditam que os recursos não são naturais, fixos ou finitos; ao contrário, formam um conjunto de capacidades, culturalmente definidas pelo conhecimento (De Gregori, 1987; Reardon, 2004). O conhecimento é essencial para adquirir a tecnologia que visa à criação de recursos. A aquisição de conhecimento e sua disseminação deveriam ser tão democráticas quanto possível, preferivelmente sob a égide do setor público (Dugger, 1984; Reardon, 2004).

Tal ontologia institucional é oposta à de uma única via de causação, a partir de agentes racionais para estruturas institucionais, o que está implícito no institucionalismo da nova economia, especialmente a de transação de custo

²⁵ Ver Myrdal (1953: 197).

²⁶ Ver Myrdal (1953: 198).

(Pratten, 1997). Por exemplo, num arcabouço do social *versus* custos privados questiona-se se os custos de transação baixos (e ou altos) são sempre desejáveis (e ou indesejáveis) em termos sociais (Vira, 1997). Isto tornaria o princípio de custo não pertinente e mesmo prejudicial como, por exemplo, quando a sociedade define direitos não-negociáveis, inclusive liberdades civis, e geralmente bens inestimáveis (Arrow, 1997; Zafirovski, 2003) imunes à barganha, para contratar, transacionar e calcular os custos/benefícios.

Essa discussão aplica-se ao exercício da medicina, no qual muitas vezes, o custo de salvar vidas pode ser muito elevado economicamente, mas perfeitamente efetivo do ponto de vista social. Um exemplo disso pode ser o alto custo de medicamentos anti-HIV (até a quebra de patentes) e a alta efetividade na mudança do processo de transmissão, adoecimento e morte, como se verificou no caso do Brasil, que realizou altos investimentos, e no caso de muitos países da África que não o fizeram, colhendo, assim, altas taxas de mortalidade por Aids.

Como mencionado, os institucionalistas da nova economia institucional estão tendentes a minimizar ou a negligenciar as perdas sociais das instituições econômicas, especialmente mercados e empresas, *versus* aquelas não-econômicas, especialmente de governos (Buchanan, 1991). Nesta conjuntura, da mesma forma que a economia neoclássica, o novo institucionalismo econômico está amparado na doutrina e prática do *laissez faire*. Os novos institucionalistas veem as imperfeições do mercado como secundárias, até mesmo benignas e virtualmente não-existentes, e as ineficiências governamentais como primárias, malignas e comuns.

A confiança do *laissez-faire* da nova economia institucional negligencia a coordenação das instituições sociais (Stein²⁷ *apud* Zafirovski, 2003), englobando Estados (Reisman, 1998). Como os estudos empíricos relatam, em vez de uma mão invisível e impessoal de concorrência livre e atomizada, as mãos visíveis de empresas particulares (as que fazem os preços) governam em muitos mercados (Spulber, 1996; Zafirovski, 2003), inclusive o mercado médico, notadamente os de planos e seguros de saúde; o de equipamentos; o da indústria farmacêutica, entre outros.

Geralmente, o mercado e outras instituições econômicas estão inseridos na cultura e na sociedade. E assim é a tecnologia, ou o que Veblen (1982) chamou indústria (engenharia) *versus* negócios (o mercado), que nessa conexão torna-

²⁷ Ver Stein (1997).

se tecnologia social, especialmente oficial, organizacional (Brinkman, 1997; Zafirovski, 2003). Consequentemente, o mercado é justamente um elemento integral da economia humana (Reisman, 1998; Weber, 1975), o qual é, por seu turno, um subsistema da sociedade total (Boulding, 1970) como o único sistema social autorreferencial (Luhmann, 1995; Zafirovski, 2003). Então o comportamento econômico está longe de ser socialmente desconectado; em vez disso está embutido no social de diferentes modos (Granovetter & Swedberg, 1996; Zafirovski, 2003), em miríades de relações sociais e instituições.

A redescoberta conceitual das instituições sociais, especialmente sua operação como limitadora nos comportamentos racionais individuais, implica não somente reabilitação da antiga economia institucional e histórica. Além disso, representa um ganho intelectual que pode alterar a tendência predominante da economia (Miller, 1997; Zafirovski, 2003). Esta mudança não deverá prosseguir na direção da nova economia institucional enquanto esta ignorar os efeitos dos acordos institucionais nos atores individuais e suas ações, ou unir esta estruturação com outros assuntos, tais como, a gênese e existência de instituições (Piore, 1996; Zafirovski, 2003).

Economistas não ortodoxos contemporâneos encorajam o retorno da antiga economia institucional histórica (Hodgson²⁸ *apud* Zafirovski, 2003), por rejeitar algumas propriedades cruciais da economia ortodoxa que o novo institucionalismo tem adotado, tal como atomismo,²⁹ reducionismo,³⁰ hedonismo³¹ e utilitarismo.³² A partir disso, eles, em retrospecto, seguiram a abordagem de tais economistas institucionais clássicos como Veblen que originalmente aboliu estas propriedades (especialmente hedonismo e utilitarismo) da economia neoclássica. Além disso, a despeito de alguns esforços para reconciliar ou justapô-los, parece que a batalha continua (Frank, 1996; Zafirovski, 2003) entre os institucionalismos, ortodoxos e heterodoxos (crítico), a nova e a antiga economia.

²⁸ Ver Hodgson (1994).

²⁹ “Doutrina que sustenta ser a matéria formada de átomos que se agrupam em combinações casuais e por processos mecânicos” (Ferreira, 1986).

³⁰ “Ato ou prática de analisar ou descrever um fenômeno, supondo que certos elementos ou conceitos complexos devem ser referidos a um nível de explicação ou descrição considerado mais básico” (Ferreira, 1986).

³¹ “Doutrina que considera que o prazer individual e imediato é o único bem possível, princípio e fim da vida moral” (Ferreira, 1986).

³² “Doutrina moral que tem como fundamento das ações humanas a busca egoística do prazer individual, do que deverá resultar maior felicidade para maior número de pessoas, pois se admite a possibilidade dum equilíbrio racional entre os interesses individuais” (Ferreira, 1986).

A Boa Sociedade como Possibilidade da Promoção da Saúde

Os institucionalistas apresentam uma visão da boa sociedade (Champlin & Knoedler, 2005) como sendo organizada para utilizar a capacidade produtiva de sua moderna tecnologia e das regras de trabalho das instituições econômicas para a provisão de todos os seus membros. Esta visão da boa sociedade como uma sociedade abundante, provida e tecnologicamente embasada, tem sido central para o pensamento institucionalista.

Thornstein Veblen foi o primeiro a definir o bem-estar econômico como dependente de produtos suficientes para a comunidade inteira com uma adequada quantidade desses produtos distribuídos para cada membro da comunidade (Champlin & Knoedler, 2005). Clarence Ayres também rejeitou a ‘religião do bolo’, a assim chamada premissa conservadora econômica de que “todas as energias da sociedade industrial devem ir para a criação de um bolo cuja necessidade é de crescer e crescer e nunca ser cortado” (Ayres³³ *apud* Champlin & Knoedler, 2005: 458). O propósito fundamental de uma economia para os institucionalistas é, portanto, prover a comunidade; se não cumprido, não há propósito moral na economia (Champlin & Knoedler, 2005).

Segue-se a isso, entretanto, que os institucionalistas reconhecem que o problema central das economias modernas é a existência de um sistema de distribuição que recompensa interesses legais em detrimento de trabalhadores ordinários, e isso encoraja distinções preconceituosas e esbanjadoras em consumo, ao invés do prudente e necessário provimento para os muitos. No capitalismo irrestrito, a distribuição é irrevogavelmente defeituosa porque uma distribuição injusta dos rendimentos lidera um inadequado poder de compra para muitos e produção aumentada para produtos desnecessários (Champlin & Knoedler, 2005).

Ron Stanfield colocou dessa maneira: “o maior obstáculo para um provimento social que elevaria o processo de vida é o pró-mito de mercado privado (...) que leva os economistas ortodoxos a separarem o sistema de mercado privado de seus ancoradouros” (Gruchy³⁴ *apud* Champlin & Knoedler, 2005: 458). A boa sociedade é uma sociedade que aspira a uma justa distribuição dos rendimentos e produtos da nação. Redistribuição ajuda a “socializar a incerteza” e a compensar “para as consequências do puro acaso, que não têm justificação moral” (Petr³⁵ *apud* Champlin & Knoedler, 2005: 459).

³³ Ver Ayres (1961: 237).

³⁴ Ver Gruchy (1987: 33).

³⁵ Ver Petr (1988: 36).

Os institucionalistas também consideram a noção de competição individualizada e propõem, ao invés disso, que os membros de uma boa sociedade compartilhem responsabilidades e valores coletivos. Por exemplo, Karl Polanyi (2000) discordou que o motivo do interesse próprio e do ganho foram as primeiras forças direcionadoras da natureza humana, argumentando, em vez disso, que tais motivos foram subordinados a objetivos sociais, como obrigações com a comunidade e o Estado.

A análise de John Maurice Clark dos custos sociais do trabalho reconheceu a natureza coletiva desses custos (Shute³⁶ *apud* Champlin & Knoedler, 2005). Allan Gruchy³⁷ observou que nós temos certos valores coletivos que representam mais que meras somas de valores individuais. Estes valores coletivos ou fins em si mesmos incluem objetivos, tais como “equidade, segurança, humanidade e compaixão” (Gruchy³⁸ *apud* Champlin & Knoedler, 2005: 459). Os institucionalistas acreditam que uma boa sociedade favorece cada membro com certos direitos para participar integralmente e com justiça no processo econômico. Assim, por definição, para os institucionalistas, a boa sociedade não pode ser uma sociedade do *laissez-faire*. Uma concretização dela é um governo ativista e democrático que trabalha para todos os cidadãos com o objetivo de assegurar direitos e de agir como um veículo para a constante modificação das regras de trabalho e instituições. Jerry Petr descreveu uma sociedade democrática como uma ‘economia sensível’, uma tentativa “para sensivelmente organizar todas as instituições econômicas a utilizarem tecnologia disponibilizada”, a fim de prover as sociedades humanas de acordo com a própria noção de uma vida melhor (Petr³⁹ *apud* Champlin & Knoedler, 2005: 459).

De qualquer forma, os institucionalistas vêm reivindicando, há longo tempo, por democracia nas esferas política, social, econômica como meio para o objetivo de melhorar as vidas dos cidadãos e trabalhadores, e os modernos institucionalistas reconhecem que muitos obstáculos existem para ampliar a democratização (Tilman, 1988; Champlin & Knoedler, 2005).

Partidos políticos burocratizados, mídia corporativa (Champlin & Knoedler, 2002), formadores de opinião e outros interesses poderosos garantidos legalmente resistem à democratização e ameaçam membros da sociedade, como consumidores e/ou como cidadãos. Como Jerry Petr⁴⁰ (*apud* Champlin

³⁶ Ver Shute (1997).

³⁷ Ver Gruchy (1987: 79).

³⁸ Ver Gruchy (1987).

³⁹ Ver Petr (1988: 29).

⁴⁰ Ver Petr (1988: 46).

& Knoedler, 2005) observou, a economia sensível é dependente da rejeição ao dogma econômico para solucionar problemas da mesma ordem. Mas a maioria política conservadora nos Estados Unidos da América do Norte (e grande parte dos países ocidentais, inclusive aqueles em desenvolvimento) atualmente adotou a ortodoxia econômica e juntou-a ao conservadorismo religioso para criar uma nova forma de dogma político conservador que impede o debate aberto e vigoroso tão essencial para a verdadeira democracia.

Wendell Gordon⁴¹ (*apud* Champlin & Knoedler, 2005: 462) também identificou três outros direitos fundamentais para aqueles participantes de uma boa sociedade: “a concepção de que as pessoas têm o direito de supor que outras pessoas serão agradáveis e cooperativas e têm a obrigação de comportarem-se como elas mesmas”, o direito à “auto-expressão construtiva: (...) a concepção de que o indivíduo tem direito a um grau de liberdade de ação que permite tal auto-expressão construtiva, assim como permitirá que o indivíduo (homem e/ou mulher) se orgulhe de seu próprio comportamento”; e o direito a tal “seguridade como seja razoavelmente alcançável, seguridade de diferentes espécies: emprego, cuidados se estiver doente, idade avançada e infância”.

Para se certificar de que esses direitos acumulem-se para todos, eles carregam responsabilidades. Como disse Gruchy⁴² (*apud* Champlin & Knoedler, 2005: 462) “direitos existem somente onde há deveres correspondentes, obrigações da parte de outros que têm o poder de agir efetivamente para observar ou implementar os direitos”.

Dois tendências institucionais relacionadas à medicina são muito claras: o crescimento progressivo em tamanho, a visibilidade e o poder das especialidades médicas, hierarquicamente organizadas, e a politização das equipes de saúde pública. Todo este processo está enraizado, pelo menos parcialmente, mais em forças sistêmicas do que nos estilos operacionais e/ou preferências individuais dos médicos e/ou demais membros das equipes de saúde. Diferenciar a perspectiva técnica médica, baseada na eficácia, e compreender a eficiência como busca da saúde pública, totalmente governamental, é fundamental. O foco de atenção nas populações pobres, por parte da saúde pública, é um reducionismo em face da responsabilidade que os governos têm em relação ao controle de agravos coletivos (Dickinson, 2005).

O poder dos ministérios da saúde sobre os resultados de suas ações na realidade social é muito pequeno, considerando a quantidade de atores

⁴¹ Ver Gordon (1980: 47-48).

⁴² Ver Gruchy (1987: 48).

sociais diretamente envolvidos com as ações geradoras de cuidados sobre a saúde das populações. Como é limitado, o poder se exerce em função de barganhas, negociações (estratégias entre atores sociais), e o sucesso do uso dessas estratégias é uma função da habilidade dos atores sociais dos ministérios da saúde em nutrirem e utilizarem três fontes de influências, pelo menos: o poder constitucional e estatutário dos ministérios; a reputação profissional e a habilidade das autoridades para interagir com os outros atores sociais; e o prestígio público dos dirigentes.

A Crise do Estado

As transformações oriundas da globalização são ilimitadas e diversificadas: enfraquecimento do Estado (gestão e regulação), aumento da violência sistêmica, aumento da privatização da esfera pública, ascensão do poder de pressão dos grupos de interesse, diversos níveis de integração econômica e social permitidos aos diferentes estratos populacionais, entre outros. A globalização tende a aumentar as desigualdades sociais, possibilitando, entre outros fatos, desemprego; ausência de regras de organização, leis, normas; obsolescência tecnológica. Os conflitos estruturais decorrentes da relação capital *versus* trabalho – referências anteriores da vida social e política – não têm a mesma importância, e os conflitos sociais são causados por uma grande quantidade de fatos pouco visíveis, que elevam bastante os “níveis gerais de insegurança” (Schmidt, 1999: 114).

A violência sistêmica, a privatização da esfera pública e o aumento das desigualdades sociais no bojo da tecnicidade acelerada das relações de produção exigem mudanças nos procedimentos estatais, na busca de agilidade de suas ações, no sentido de manutenção de um mínimo de ordem, respaldada em parâmetros de convivência democrática. No entanto, o deslocamento da base conflitiva tradicional, capital *versus* trabalho, para outras esferas sociais é o grande desafio a ser enfrentado pelo Estado, pois, nos dois séculos anteriores, a expansão do sistema industrial tem sido base da sociedade moderna.

Esta sociedade industrial obrigou o Estado a gerar amplos sistemas de proteção ao trabalho (seguridade social e outras garantias), à proteção de mercados nacionais, a mecanismos de formação dos trabalhadores em todos os níveis de atividade, como forma de disciplinar o social. Com isto, foram criados sistemas de expectativas socializadas, naturalizadas, por gerações seguidas, e se trata atualmente de gerar “deslocamentos e quebras

acentuadas nos sistemas de expectativas sociais até agora imperantes” (Schmidt, 1999: 114).

Em face dessa situação, o Estado está desatualizado, desaparelhado, o que “torna dramática a sua centralidade”, tal como definida pelos parâmetros da modernidade. Nela, o Estado surgiu engrandecido, exatamente para confrontar-se de modo positivo e criativo perante as hipóteses de caos e autodestruição massiva. “O que fará agora, quando são muitos e diversos os eixos de conflito social, ao mesmo tempo em que está em alta a valorização da autonomia do cidadão, da sua individualidade?” (Schmidt, 1999: 115).

As grandes crises capazes de reformular “processos societais fundamentais” (Schmidt, 1999) geram mudanças do Estado. Atualmente, os graus de autonomia dos sistemas sociais, a flexibilização das relações de trabalho e a preponderância dos sistemas financeiros sobre os processos de produção permitem verificar que o Estado tem deixado de ser ‘provedor’ para tornar-se ‘regulador’. Um contexto internacional que possibilita compreender essas transformações do Estado pode ser o da multipolaridade e o do caráter multicivilizacional, sintetizados por Samuel P. Huntington (1999). A multipolaridade dá-se a partir do fim da Guerra Fria e se expressa pelo estabelecimento de alianças estratégicas e dos blocos econômicos, por meio do livre comércio. Já o caráter multicivilizacional está expresso no conflito que permeia as diferentes concepções das relações entre Estado-sociedade e que se reflete sobre as propostas de desenvolvimento, desde instrumentais até configurações das novas forças produtivas.

Desde o final dos anos 70 e 80 que o Estado vem sendo desafiado em sua essência, em seu centro ético, a partir das exigências para assumir novas funções e representações. Historicamente, após cumprir suas funções modernas, o Estado deveria funcionar como viabilizador da ‘disciplina do social’ e instrumento de ‘garantia da produção social pelo aprofundamento da cidadania’. Para que isso ocorra, é preciso verificar quais são as novas exigências do social para que se possa propor a gestão estatal. Essa nova ordem mundial exige o ajuste estrutural como eixo fundamental à sobrevivência do Estado. Este significa “a superação histórica do modelo Keynesiano”, predominante principalmente nos países da América Latina, expresso pelo “ideário populista-desenvolvimentista, a partir dos anos 50”, e “marco divisório entre duas eras da expansão capitalista contemporânea” (Schmidt, 1999: 106).

Nesse sentido, os requerimentos são: privatização, abertura dos mercados financeiros e produtivos, terceirização de operações governamentais,

entre outros. O ajuste estrutural é inarredável, é uma referência histórica, por várias razões: algumas derivadas da acumulação com austeridade fiscal e monetária, com vistas à integração internacional; pressão criada pela expansão da representação política nos sistemas nacionais politicamente democráticos; busca da associação da democracia com liberalismo econômico, entre outras.

A internacionalização, resultante da globalização, exige que novas relações sociais sejam construídas e reconstruídas permanentemente pela diferenciação do capital. Verificam-se progressos velozes em tecnologia e informação; surgimento de novos grupos profissionais, com redefinição do mercado de trabalho; solidificação de novas estruturas emergentes, com os trabalhadores por conta própria (USA, 10%; Inglaterra, 33%); e redefinição do papel do Estado sobre o tema.

Constata-se a perda de autonomia dos Estados Nacionais e a desvalorização da política, com perda de autonomia das autoridades fiscais, bancárias e monetárias. A política de blocos comerciais que se protegem mutuamente e as exigências de condições em relação às políticas de crédito e fomento internacionais tornam inviáveis as discussões sobre maior ou menor proteção aos parques industriais.

Há um predomínio da ‘democracia representativa’, como paradigma de reorganização do sistema de relações internacionais, e a ‘desvalorização da política’ não tem sido aceita pacificamente, ainda que esta possibilidade democrática resulte em um certo ceticismo em parte pela perda da autonomia dos Estados Nacionais, em parte pela preponderância do conceito de ‘governabilidade’ sobre o de ‘representação’, na perspectiva de uma melhora técnica da gestão do Estado e da crise fiscal permanente.

Esse conjunto de processos marca a transição mundial de hoje. Nesse quadro, os ‘direitos da cidadania’ exigem redefinições, no sentido de serem possibilitadas condições de equidade entre os cidadãos. O padrão das sociedades atuais, sua “capacidade de construção-destruição (instrumentalidade latente)” do quadro social em transformação “exige a contrapartida da cidadania” (Schmidt, 1999: 115). A consideração dos direitos civis, políticos e sociais é imperativa. O conceito de cidadania impõe-se nas condições presentes da mesma forma que a aceitação plena do Estado Regulador como superação inevitável do Estado Provedor, em uma situação que procure combinar mercado e democracia representativa, conformando as relações entre Estado e sociedade.

A Modernidade

O século XX foi o século da guerra, com um número de conflitos militares sérios envolvendo perdas substanciais de vidas, muito maior do que nos dois séculos anteriores, mesmo quando se leva em consideração o crescimento geral da população (Giddens, 1991). A medicina está inscrita na história das civilizações, e o que muda na modernidade pode ser resumido em algumas características, segundo Anthony Giddens (1991: 15-16 – grifos do autor): o *ritmo da mudança*, que é extremo atualmente; o *escopo da mudança*, as interconexões entre os acontecimentos no mundo, que difundem transformações sociais; e a *natureza intrínseca das instituições modernas*, conforme fora visto na discussão anterior. Para ele, discuti-la implica considerar ‘segurança versus perigo e confiança versus risco’.

A modernidade é vista como um fenômeno contraditório. A criação das instituições sociais modernas, ao mesmo tempo que aumentou as oportunidades para uma vida de maior qualidade para as pessoas criou um potencial destrutivo de larga escala em relação ao meio ambiente. O uso consolidado do poder político, em especial nos casos de totalitarismo, que em relação ao passado foi mais aterrador por combinar poder político, militar e ideológico de forma muito concentrada e não existente antes da emergência dos estados-nação modernos, não foi excluído dos parâmetros da modernidade. Os pensadores sociais do fim do século XIX e começo do século XX não previram o armamento nuclear, no entanto

a conexão da organização e inovação industriais com o poder militar é um processo que remonta às origens da própria industrialização moderna. Como o militarismo havia caracterizado as épocas anteriores, havia uma concepção entre os estudiosos que a modernidade seria pacífica; todavia a ameaça do confronto nuclear ainda é uma parte básica do ‘lado sombrio’ da modernidade. (Giddens, 1991: 18)

O dinamismo da modernidade, segundo Anthony Giddens (1991: 25),

deriva da ‘separação do tempo e do espaço’ e de sua recombinação em formas que permitem o ‘zoneamento’ tempo-espacial preciso da vida social; do ‘desencaixe’ dos sistemas sociais (um fenômeno intimamente vinculado aos fatores envolvidos na separação tempo-espço) e da ‘ordenação e reordenação reflexiva’ das relações sociais à luz das contínuas entradas (*inputs*) de conhecimento afetando as ações de indivíduos e grupos. Em acréscimo, dado o mapeamento geral do globo que é hoje tomado como certo, o passado unitário é um passado mundial; tempo e

espaço são recombinados para formar uma estrutura histórico-mundial genuína de ação e experiência.

Este processo possibilita que as relações sociais cruzem grandes extensões de tempo-espaço em interação e reestruturação, gerando mudanças comportamentais e institucionais muito rápidas, com repercussões na confiança e segurança dos sistemas sociais. Confiança definida como “crença na credibilidade de uma pessoa ou sistema, tendo em vista um dado conjunto de resultados ou eventos, em que essa crença expressa uma fé na probidade ou amor de um outro, ou na correção de princípios abstratos (conhecimento técnico)” (Giddens, 1991: 41), e “(...) ‘segurança’ como uma situação na qual um conjunto específico de perigos está neutralizado ou minimizado” (Giddens, 1991: 43).

No entanto, experienciar segurança envolve uma relação entre confiança e risco suportável. Concreta ou experimentalmente pode referir-se a “grandes agregações ou coletividades de pessoas, até incluir segurança global ou de indivíduos” (Giddens, 1991: 43). O Iluminismo, em defesa intransigente da Razão, mostrou-se incapaz de explicar as transformações sociais. Nesse sentido, os paradigmas associados à certeza e a expectativas quantitativas de comportamentos sociais abrem uma grande crise para o enfrentamento dos problemas atuais da medicina. A incerteza predominante exige novas abordagens e mudanças rápidas para uma maior aproximação das demandas.

Neste contexto, insere-se a ‘promoção da saúde’ tal como postulada em termos de qualidade de vida. A medicina precisa ser revista como instituição social, nos termos de uma abordagem institucionalista, histórica, humanista e no mínimo com demanda para a configuração de uma sociedade democrática e justa.