

# **DESIGUALDADES SOCIAIS E DE SAÚDE: ELEMENTOS PARA ANALISE INTERDISCIPLINAR**

SOCIAL AND HEALTH INEQUALITIES:  
ELEMENTS TO AN INTERDISCIPLINARY ANALYSIS

GRUPO DE TRABALHO 7

Tatiana Engel Gerhardt - Dra. em Antropologia Social. Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.

(Escola de Enfermagem/UFRGS. Rua São Manoel, 963. 90.620-110 Porto Alegre. Tel. (33.08.54.81)

E-mail: [tatiana.gerhardt@ufrgs.br](mailto:tatiana.gerhardt@ufrgs.br)

Marta Julia Marques Lopes - Dra. em Sociologia. Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.

(Escola de Enfermagem/UFRGS. Rua São Manoel, 963. 90.620-110 Porto Alegre. Tel. 33.08.54.81)

E-mail: [marta@enf.ufrgs.br](mailto:marta@enf.ufrgs.br)

## **RESUMO**

O texto desenvolve reflexão teórico-metodológica sobre as relações entre desigualdades sociais e de saúde no espaço epistemológico de diferentes áreas do conhecimento de um programa de pesquisa interdisciplinar. São aprofundadas reflexões sobre as interfaces e os elementos teóricos para a abordagem da multidimensionalidade do processo de geração de desigualdades socioeconômicas e de saúde. Enfatiza a necessidade de aprofundar o debate acerca das desigualdades sociais e suas interrelações, considerando os conceitos de situações de vida e de vulnerabilidade. As possibilidades apontadas partem de diferentes dimensões das desigualdades sociais e de saúde, exploradas a partir dos conceitos de “situações” e “condições” e da possibilidade de religar os conhecimentos através da interdisciplinaridade.

**PALAVRAS-CHAVE:** Desigualdade social. Iniquidades em saúde. Interdisciplinaridade.

## **ABSTRACT**

The text develops a theoretical-methodological reflection on the relations between social and health inequalities within the epistemological space of different areas of knowledge in an interdisciplinary research program. Deeper reflections are made about interfaces and theoretical elements for a discussion of the multidimensional character of the process by which socioeconomic and health inequalities are generated. It emphasizes the necessity of deepening the discussion about social inequalities and its interrelations, considering the concepts of living and vulnerability situations. The possibilities indicated by the text are based on different dimensions of social and health inequalities, exploited from the concepts of “situations” and “conditions” and from the possibility of reconnecting various types of knowledge by means of interdisciplinarity.

**KEY WORDS:** Social inequality. Health inequities. Interdisciplinarity.

## INTRODUÇÃO

Este artigo apresenta elementos teóricos para reflexões sobre as relações entre saúde e desigualdades sociais, oriundos de uma prática de pesquisa interdisciplinar no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), a partir do projeto de pesquisa “*Evolução e diferenciação da agricultura, transformação do meio rural e desenvolvimento sustentável em municípios da planície costeira e do planalto sul do Rio Grande do Sul: uma abordagem interdisciplinar*”. Parte de uma problemática comum de pesquisa, sustentada na dinâmica do desenvolvimento rural e na geração de sustentabilidade ou de pobreza. A construção metodológica deste programa de pesquisa interdisciplinar pode ser consultada no texto aqui referenciado <sup>1</sup>.

A diversidade de situações identificadas no campo de investigação deve-se à combinação de uma série de fatores, dentre os quais se destacam aqueles: relativos à história da ocupação do espaço; às dinâmicas sociais locais; ao ambiente; ao mercado; e às políticas públicas <sup>2</sup>.

Discutem-se alguns dos elementos implicados nessa diversidade definidos enquanto interações, para a apreensão da multidimensionalidade do processo de geração de desigualdades sociais. As interfaces (interações) se dão, nesse caso específico, nos campos do ambiente, dos sistemas técnicos, da saúde, da educação (saberes), das representações, da política. Estas reflexões centram-se nas interfaces das situações de saúde. Em se tratando da saúde, ou do campo onde se dão os processos de saúde e de adoecimento, faz-se referência a informações sobre o espaço rural e os sujeitos aos quais nos referimos.

A matriz inicial do estudo corresponde a oito municípios da planície costeira e do planalto sul do Rio Grande do Sul, Brasil. As reflexões que se seguiram à exploração da área empírica indicaram a existência de dois grandes espaços que aglutinam situações de dinamismo e de estagnação, fortemente ilustrativas das grandes dinâmicas rurais presentes na área abrangida pela pesquisa. Essas situações foram originadas da análise de domínios, indicadores e variáveis utilizadas no diagnóstico inicial da área de estudo e pautam-se na: situação demográfica; situação da apropriação privada do fundiário; situação econômica; situação técnico-agrícola; situação do uso agropastoril do solo; situação geológica.

As situações identificadas são, ao mesmo tempo, causa e resultado de um processo de desenvolvimento envolvendo direta ou indiretamente modificações dos sistemas sociais e naturais e suas interações <sup>2</sup>. Optou-se, portanto, pela escolha de dois municípios ilustrativos dessas situações.

Os grupos sociais, neste espaço rural, são bastante heterogêneos, apresentando coexistência distinta, tanto em relação à origem como à situação socioeconômica (agricultores familiares, assalariados rurais, latifundiários, empresários rurais, assentados da reforma agrária) e configuram estratégias e modos de reprodução social diversos. Detectam-se situações bastante distintas em relação ao uso da terra e dos recursos naturais, à disponibilidade de meios de produção, aos meios de inserção no mercado, entre outros. Também relativo às dinâmicas sociais, pode-se ressaltar a importância dos aspectos culturais, das questões relativas à herança/filiação e às relações sociais.

Constata-se a existência ao mesmo tempo de grandes áreas submetidas a um constante e longo processo de esvaziamento populacional, assim como áreas e localidades com forte e constante crescimento da população, mas não necessariamente com elevado padrão de vida, evidenciado na existência de bolsões de pobreza e favelas <sup>3</sup>.

## INTERFACES E ELEMENTOS TEÓRICOS NA ABORDAGEM DO PROCESSO DE GERAÇÃO DE DESIGUALDADES SOCIOECONÔMICAS E DE SAÚDE

As populações rurais da área de estudo são afetadas por processos diferenciados de geração de desigualdades que implicam uma relação dialética de empobrecimento e enriquecimento. Empobrecimento e enriquecimento são evoluções nas condições de existência dos agricultores que não

se reduzem a modificações de seu nível de renda ou de seu poder aquisitivo, mas envolvem uma variedade de outras dimensões de sua existência, tais como: grau de oportunidades e espaço de decisão; capacidade em formular projetos para si e para sua descendência, e a se projetarem no futuro; capacidade em se reproduzirem socialmente enquanto indivíduos, entidades sociais com determinada organização, corpus de valores, identidade cultural; capacidade em se reproduzirem fisicamente (satisfação das necessidades básicas, saúde, composição demográfica); grau de satisfação em relação às suas condições de existência.

Em relação a estas dimensões, as variações definidas por nível de renda constituem-se como um fator que influencia as variáveis acima, mas que não definem por si só o empobrecimento e o enriquecimento. Empobrecimento e enriquecimento são noções polissêmicas, multidimensionais, que demandam uma abordagem interdisciplinar.

O processo de geração de desigualdades coloca em jogo fatores e mecanismos de variada natureza (internos e externos; materiais e imateriais), que se impõem aos atores sociais na qualidade de “dados”. Correspondem ao nível da realidade que se propõe chamar de condições de sua emergência. Mas esse processo não é apenas uma consequência direta e mecânica destas condições. Esta relação é mediatizada pela atuação dos atores sociais que reinterpretem e remanejem suas “condições”, dando nascimento a uma nova realidade que se propõe chamar de “situação”.

Nessa perspectiva, a questão central que se apresentou para o estudo foi a seguinte: *quais as relações, os mecanismos, as dinâmicas e atores sociais que determinam desigualdades socioambientais, tendo por base a interação sociedade – natureza na área de estudo?*

Duas hipóteses de trabalho caracterizam, em nível teórico e metodológico, nossa abordagem do processo de geração de desigualdades. Situam-se nas relações que os agricultores mantêm com o ambiente onde eles vivem e trabalham e interagem de modo circular com este processo: elas podem intervir nas dinâmicas geradoras de empobrecimento e de enriquecimento, quer seja contribuindo para seu desencadeamento e sua intensidade, com reflexos no processo de saúde e de adoecimento, ou para as formas específicas que elas tomam, quer seja através das modificações que induzem nas formas de uso do meio natural, nas consequências ambientais que têm, nos comportamentos que induzem formas e hábitos de vida

Na questão específica da saúde de que trata este artigo, as indagações que embasam as possíveis reflexões da interface saúde para subsidiar as análises se constituíram na seguinte perspectiva: quais as implicações decorrentes das desigualdades sociais no acesso a serviços de saúde e nas condições de saúde dos grupos sociais estudados? Como a saúde da população é afetada pela escolha dos sistemas técnicos? Quais as estratégias que sustentam alternativas ou mediações, capazes de repercutir na saúde individual e/ou coletiva?

Nesse sentido, buscaram-se elementos reflexivos capazes de “dar conta” da diversidade de dinâmicas e atores envolvidos no tempo e no espaço, considerando a materialidade (sistemas e aspectos técnicos) e imaterialidade (as relações e o simbólico).

O campo da Materialidade compreende as relações físicas e biológicas que se dão no âmbito da atmosfera, pedosfera, hidrosfera e geoesfera e inclui o ser humano e suas ações. O campo da Imaterialidade compreende as relações não-materiais que se dão no âmbito das representações mentais e das relações sociais e tem uma autonomia relativa em relação ao campo da Materialidade<sup>4</sup>.

A representação de um campo híbrido permite a superação da dicotomia da abordagem isolada da Sociedade/Natureza pela ênfase na articulação entre os dois campos essenciais. As interfaces Ambiente e Sistema Técnico são as interfaces de maior conteúdo material; enquanto as representações sociais, os saberes, apresentam maior conteúdo imaterial. Ao nos referirmos as interfaces estamos necessariamente nos referindo àquilo que ocorre no campo híbrido, combinando lógicas e naturezas distintas, mas em constante interação. Nesse sentido, trata-se de pensar a geração de desigualdades de saúde considerando os diferentes atores envolvidos e a materialidade dos sistemas em que se movimentam.

Assim, pensa-se que a definição científica do que é saúde (limitada a uma abordagem biomédica) é uma contribuição limitada para sua compreensão. Considerando sua complexidade, inclui-se nessa compreensão, as concepções e percepções das próprias pessoas, de sua capacidade de influência na própria vida e nos processos de ser saudável e adoecer. Saúde nesse sentido, não é um estado de estabilidade, é algo em constante mudança, uma conquista da qual se depende. Portanto, saúde das pessoas é um assunto delas próprias e motivo de busca constante e dinâmica. É, antes de tudo, uma sucessão de compromissos com a realidade em direção ao bem-estar físico, mental e social. Esses compromissos se constituem na conquista dos meios capazes de proporcionarem a regulação das variações do estado orgânico; as adaptações necessárias ao meio; a realização dos desejos; e a liberdade de ação individual e coletiva, potencialmente capazes de proporcionarem bem-estar<sup>5</sup>.

Nessa perspectiva, a busca dinâmica e o estabelecimento de compromissos com a realidade, se concretizam ao pensarmos os sujeitos e as coletividades a partir de sua situação de vida. Essa situação (ou situações) é definida como o reconhecimento da existência de fatores objetivos de vulnerabilidade (materiais e relacionais) e da ação dos sujeitos como intérpretes do real. Dessa forma, considera-se que saúde e doença remetem (dinamicamente) a múltiplos fatores e sua combinação e à capacidade de reação de indivíduos e coletivos, mobilizando seus recursos (materiais e imateriais [simbólicos]) para desativar ou contornar eventos negativos como morte, doença, perdas, entre outros.

Nesse processo, controlado, marcado, protegido, o corpo humano é profundamente socializado. Mas, ao mesmo tempo, ele propicia a experiência mais íntima da individualidade. Cada um dentre nós é submetido, sem nenhuma mediação, às exigências e solicitações de seu próprio corpo. Mesmo que a resposta a essas necessidades passe pelas relações com outras pessoas é cada um de nós, quem experimenta, concretamente, a recuperação do bem-estar e da saúde<sup>6</sup>.

Ainda “é igualmente o trabalho de cada pessoa sobre o seu corpo – sua postura, seus gestos, sua aparência, sua ornamentação, o exercício de suas funções biológicas e de sua atividade física – que constitui o pedestal do sistema de trocas sobre o qual repousa toda a vida social, dentro de um permanente conflito entre a afirmação de sua singularidade e a adesão a uma (ou várias) identidade coletiva”<sup>6</sup>.

Para o autor, “a doença – como provação, acidente, fator de perturbação – pode ser um revelador pujante desta tensão entre o individual e o coletivo. Para o grupo, o evento que atinge um dos seus membros pode constituir uma ameaça que será proporcional à posição que ele ocupa na economia simbólica ou material do conjunto da estrutura social. Para o indivíduo, por mais pessoal que seja a experiência do sofrimento, ele não pode dar sentido ao que experimenta, nem achar uma saída, sem posicionar-se em relação aos outros, ao grupo. Desta forma ele pode interpretar a causa da sua doença, procurar ajuda e cuidado, confrontar-se com reações de empatia ou de rejeição”<sup>6</sup>.

O modo de lidarmos com o corpo, com as doenças, com as terapias, com a dor é amplamente influenciado pelas representações sociais que nossa cultura tem de nosso corpo e de suas relações com nossa mente e nossas emoções. Nesse sentido, a problemática das relações entre o material e o imaterial é pertinente, quando questiona o papel dos fatos culturais na gênese da relação entre os fatores ambientais e os equilíbrios corporais. Um enfoque simplificador estabelece relação direta, mecânica, entre meio ambiente e doença. Fugindo dessa simplificação, introduzimos, neste caso, a mediação do social. Evidencia-se, portanto, que o fato do ser humano se organizar em sociedade, de ter a capacidade de pensar seu ambiente e agir sobre ele, pode modificar o impacto das condições materiais de vida sobre seu corpo. Fatos imateriais (representações, valores, relações sociais) podem revelar-se fatores determinantes para a saúde<sup>6</sup>.

Para compreender essa busca de sentido das experiências humanas, o aporte teórico que combina os conceitos de condições de vida, situação de vida e projeto de vida, abre espaço para levar em conta a relação dialética entre o individual e o coletivo e permite transcender a dicotomia entre o material e o imaterial. Efetivamente, a objetividade das condições não decorre de sua materialidade. As condições imateriais (referentes à organização social, à cultura, às aspirações individuais ou coletivas)

podem desempenhar um papel tão objetivo na elaboração de uma situação de vida quanto às condições materiais diz o autor acima citado.

Agregando outros elementos para análise, particularmente refletidos nas situações analisadas de dinamismo e estagnação da área de estudo, buscou-se subsídios em Foucault <sup>7-9</sup> ao referir poder como uma ampla estratégia econômica e política de gestão de populações (lógica da inclusão), de aplicação de dispositivos e tecnologias variadas de acordo – e no limite – à perspectiva do biopoder. Este se configura em "elemento indispensável ao desenvolvimento do capitalismo, que só pôde ser garantido à custa da inserção controlada dos corpos no aparelho de produção e por meio de um ajustamento dos fenômenos de população aos processos econômicos"<sup>2</sup>.

Considerando esses elementos, ao examinarmos as interações interdisciplinares que buscam apreender os processos de geração de desigualdades sociais e de saúde, situa-se a educação como amplo processo de socialização, predominantemente no espaço da imaterialidade que tem como elementos centrais a interação de sujeitos (educandos e educadores) com os saberes, a cultura, as representações e os valores que conformam sociedades historicamente situadas. Esses saberes próprios, assentados em uma realidade comum, funcionam como um sistema de interpretação que rege as relações dos indivíduos com o seu meio e influenciam seus comportamentos e práticas de saúde. Além disso, a saúde é uma necessidade humana fundamental constituída, predominantemente, no modelo biologicista, intervencionista e garantia de valores reprodutores das condições de classe. O acesso desigual à educação formal expressa essas relações de iniquidade nas diferentes formas e percepções da relação com o corpo e nas atitudes expressas em práticas de cuidado com a saúde e a doença, por exemplo. Por outro lado, os saberes sociais sobre saúde e doença, construídos a partir das interações entre os sujeitos, constituem-se em ferramentas fundamentais no enfrentamento das adversidades e limitações impostas pela estrutura social marcada pelas desigualdades.

Na perspectiva das representações sociais, admite-se que elas fundamentam a compreensão da construção de saberes sociais que condicionam estilos de vida. Permitem, portanto, entender as complexas e múltiplas formas de interpretação/ação que constituem a vida social. Assim, a apropriação da realidade através da construção do conhecimento, é marcada pelas diferenciações advindas das desigualdades sociais nos distintos processos de interação que se apresentam. Constituem-se em guias de comportamentos individuais e de práticas coletivas de saúde, definindo e justificando o que é obrigatório, lícito, tolerável ou inaceitável em um dado contexto social. Como um sistema de idéias e de julgamentos explícitos e geralmente organizados, descrevem ou justificam a situação de um grupo ou de uma coletividade (com elementos protetores ou não da saúde) e se inspiram profundamente nos valores sociais, propondo uma orientação ou (re)orientação precisa à ação desse grupo ou coletividade.

Assim, fatores sociais próprios do rural na região de estudo, representam particularidades expressas na pobreza crescente, nas dificuldades de acesso às estruturas de cuidado à saúde, entre outros. Considerando esses aspectos, busca-se revalorizar os esforços dos sujeitos e grupos no sentido de criar situações capazes de, a partir de dinâmicas próprias ao espaço geográfico e às desigualdades regional e municipal na distribuição de bens e serviços de saúde, constituir pólos de referência como sistemas de cuidado à saúde.

### **“SITUAÇÕES” E “CONDIÇÕES”: dimensões das desigualdades sociais e de saúde**

Alguns estudos de natureza interdisciplinar <sup>3,10,11</sup> desenvolvidos sobre a temática trazem contribuições importantes que permitem observar que as populações são afetadas por processos diferenciados de geração de desigualdades. No caso específico das relações entre desigualdades sociais e de saúde, essas considerações conduzem a reexaminar a noção de condições de vida, considerada nas suas relações com as disparidades de saúde.

Nesse sentido, os resultados de dois estudos apresentados por Raynaut <sup>6</sup> evidenciam a necessidade de se pensar o papel dos indivíduos enquanto sujeitos sociais. Cada indivíduo ou grupo

local enfrenta cotidianamente, não apenas restrições e potencialidades referentes ao seu quadro de vida material, mas também aquelas que se originam em seu universo coletivo, social e cultural: representações e valores transmitidos pela educação e pelos processos de socialização; configuração de relações interpessoais decorrentes da organização social e dos embates do poder<sup>6,10</sup>. Assim, o estado de saúde dos indivíduos, que determina a capacidade dos grupos sociais a se reproduzirem fisicamente, está na dependência de fatores imateriais como os objetivos e os valores sociais que estruturam as relações interpessoais, como reflete também a posição que o indivíduo ocupa dentro da estrutura social e econômica. No entanto, cada um – indivíduo, família, grupo – conserva um espaço de atuação próprio que lhe permite intervir como ator da sua própria existência: reinterpreta as condições externas às quais está submetido e elaborando o que chamamos de “situação de vida”: realidade existencial cotidiana à qual ele impõe, com mais ou menos força, conforme os casos, a sua visão. Ele elabora assim, no decorrer da sua história pessoal, sua própria experiência de sujeito: consciência e olhar distanciado sobre o que, em torno dele, é do domínio do material e do imaterial<sup>6,10</sup>.

Através da distinção das noções de “condições” e “situações”, operamos uma diferenciação fundamental para entender a complexidade da relação entre o conceito epidemiológico de “risco” e o estado de saúde efetivo dos indivíduos e das populações, que perpassa pela noção de vulnerabilidade, enquanto susceptibilidade e manejo das situações de risco. No caso da saúde, a noção de “condições” “se aplica a tudo aquilo que se impõe às vontades individuais na qualidade de dados objetivos referentes a um quadro existencial – quer sejam dados imateriais, tais como instituições sociais, relações interpessoais ou realidades culturais; quer sejam dados materiais, tais como o nível econômico, as condições habitacionais, a ameaça de um agente físico ou biológico danoso. Constam, nessas ‘condições’, não apenas aquelas que podem ter um impacto negativo sobre a existência das pessoas – a realização de suas aspirações pessoais, sua saúde – mas também as potencialidades que podem existir para agirem e responderem aos problemas encontrados (por exemplo, a oferta de serviços de saúde, de formação ou a existência de estruturas formais ou informais de apoio e de solidariedade)”<sup>6</sup>. O autor também sugere que a noção de “situação” “coloca a ênfase sobre a posição singular que ocupa um indivíduo, uma família, uma comunidade – conforme o nível de análise adotado – em relação a esse universo referencial. Esta posição é o resultado de uma interação permanente entre as ‘condições’ existentes em certo momento e o desempenho dos atores sociais, quer eles as aceitem sem reagir – às vezes sem sequer ter consciência da sua existência – quer eles tentem modificá-las ou, mais freqüentemente, interpretá-las, resistir-lhes, aproveitar as suas contradições e os espaços que elas deixam para desenvolver iniciativas e inovações”<sup>6</sup>.

Tais noções abrem perspectivas a serem exploradas nos estudos sobre as relações entre desigualdades sociais e saúde. Em nível teórico, alimentam reflexões e os desafios da Saúde Coletiva calcados nas relações entre o individual e o coletivo e sobre a imaterialidade das realidades objetivas. No campo da Saúde Coletiva, enquanto campo de conhecimento de natureza interdisciplinar, a superação do biologismo dominante, da naturalização da vida social, da sua submissão à clínica e da sua dependência ao modelo médico hegemônico representam elementos significativos para o marco conceitual da Saúde Coletiva. Assim, a valorização da dimensão subjetiva das práticas de saúde, das vivências dos usuários e trabalhadores do setor abre espaços de comunicação e diálogo com outros saberes e práticas, abrindo novas perspectivas de reflexão e de ação, sobretudo em relação às desigualdades sociais e de saúde. Do ponto de vista metodológico, desafiam igualmente, a operacionalização de parâmetros a serem considerados capazes de gerar informação para alimentar a elaboração de políticas de saúde que levem em conta as diferentes dinâmicas das relações entre desigualdades sociais e saúde. O desafio persiste, o debate é ainda necessário.

## RELIGANDO CONHECIMENTOS ATRAVÉS DA INTERDISCIPLINARIDADE

Algumas tentativas de aproximação e intermediação entre as diferentes abordagens têm possibilitado interpretações menos polarizadas sobre os parâmetros que devem orientar a mensuração das desigualdades sociais em saúde<sup>12</sup>. Entretanto, o desafio da operacionalização de alguns conceitos e abordagens permanece.

O impacto das desigualdades na saúde de indivíduos e populações não é mecânico, não há um salto do social para o biológico, mas ele interage com as condições de vida que geram situações potenciais de risco. Algumas categorias de população são mais vulneráveis que outras em função de suas condições de vida o que as leva a desenvolverem estratégias para administrar as situações de risco, e enfrentar os riscos presentes em cada situação.

Deste modo, nas relações entre as desigualdades sociais e de saúde, encontramos diferentes objetos de pesquisa que demandam apelo a diferentes disciplinas.

A interdisciplinaridade é atualmente amplamente reconhecida como sendo uma exigência de natureza científica. De forma mais evidente, a complexidade do real reclama a transposição das fronteiras que se formaram entre as disciplinas ao longo do tempo. Na prática, entretanto, a tomada de consciência da utilidade de um enfoque interdisciplinar tende a ser feito fora do campo da ciência especulativa. É a necessidade que emana, freqüentemente, de uma prática social que visa intervir sobre o real e não pode para tal reduzir-se a um enfoque disciplinar.

A constatação de uma relação específica à prática é importante, pois há implicações na própria conduta do encaminhamento científico. De fato, o confronto das disciplinas sobre questões que não se inserem completamente no seu quadro de referência, lembra, constantemente, a cada uma delas a necessidade de ultrapassar sua representação do real. O confronto torna necessária a utilização de metodologias interativas, evolutivas, que combinam vários campos do conhecimento. Mais do que em qualquer outro contexto, talvez, a oposição entre a pesquisa fundamental e aplicada perde aqui o seu sentido: a aplicação torna-se inseparável da reflexão teórica. Isto é verdadeiro para qualquer encaminhamento experimental, mas a diferença vem do fato de que a experiência humana não se desenvolve em um meio controlado (onde todas as coisas são iguais) e não pode organizar-se em torno de um só objetivo de conhecimento.

Se for verdade que os imperativos da ação reforçam a exigência de uma renovação de enfoques científicos, compreendemos que as iniciativas em favor de um enfoque interdisciplinar vêm, normalmente, de campos de intervenção onde os problemas abordados não podem ser resolvidos sem levar em conta uma multiplicidade de fatores diferentes: naturais, técnicos, econômicos, sociais e culturais.

Não é nada surpreendente que o interesse pela interdisciplinaridade se manifeste com uma vivacidade particular nos países onde a precariedade dos recursos financeiros os incita a explorar novas vias que permitam atacar os problemas na sua raiz, ao invés de aplicar técnicas paliativas e onerosas que não trazem uma solução mais durável. É particularmente o caso do desenvolvimento social e econômico; manejo e proteção do meio ambiente e a saúde pública.

As desigualdades sociais e de saúde constituem assim um objeto de pesquisa privilegiado “pelo fato da exigência específica da multiplicidade de olhares e métodos que a sua natureza implica: realidade empírica que é necessário avaliar, realidade política que é necessário situar em seu contexto histórico, realidade social freqüentemente desconhecida ou composta de elementos complexos, vindos da matéria orgânica e cultural; mas também como realidade científica que é necessário construir a partir de instrumentos e de problemáticas difíceis de conceber devido, precisamente, aos inúmeros fatores em jogo”<sup>13</sup>.

Numerosos são os trabalhos que mostram a importância dos fatores sociais na gênese das diferenças frente à saúde e às formas de morrer, e a necessidade da articulação de diferentes abordagens na busca de elementos compreensivos. Cada vez mais, diferentes trabalhos mostram que a

complexidade da maioria dos problemas de saúde ultrapassa as categorias analíticas, metodológicas e técnicas de cada campo disciplinar. A interdisciplinaridade está cada vez mais presente nos discursos de cientistas e instituições, mas infelizmente, sobretudo na América Latina e no Brasil, os estudos que levam em conta as relações entre as ciências humanas e sociais e a epidemiologia, por exemplo, são raros, pontuais e apresentam dificuldades importantes.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Finalmente, pensa-se que as análises nesse âmbito comportam estudos aprofundados das desigualdades sociais enquanto geradoras de pobreza e impacto em diferentes domínios da vida social. O domínio material ao qual os grupos, famílias e indivíduos são submetidos podem permitir, sob um certo ângulo, uma leitura das desigualdades sociais. Mas existem mecanismos de regulação ou de perturbação da sua situação que são de ordem social e cultural. Estes mecanismos interferem nas situações de vida e saúde, em interação com os determinantes de ordem material e são eles: o papel das relações sociais – solidariedade que as fortalecem ou conflitos que as dividem – como mediadores entre o indivíduo e seu meio físico; conseqüências dos comportamentos individuais em relação às desordens corporais (físicas) – de acordo com as representações do corpo e do meio ambiente; impacto do sistema econômico e político e das estruturas existentes no local onde vivem.

Nesse sentido, estas reflexões sustentam que, frente ao atual contexto econômico, político e social de vários países, se impõe no plano científico uma tarefa importante de aprofundamento do conhecimento das realidades, para que os profissionais, gestores e cidadãos possam desenvolver e também ter acesso a instrumentos concretos que possibilitem subsidiar movimentos políticos e sociais capazes de agir no plano político na procura de soluções.

Contribuições das autoras: as autoras são pesquisadoras do Programa Interdisciplinar de Pesquisa – PGDR/Ufrgs e participaram tanto das etapas de elaboração de projetos conjuntos interdisciplinares, como das etapas de pesquisa da elaboração teórica e redação deste artigo.

## REFERÊNCIAS

1. Almeida J, Gerhardt TE, Miguel LA, Mielitz-Netto CGA, Verдум R, Beck FL, et al. Pesquisa interdisciplinar na pós-graduação: (des)caminhos de uma experiência em andamento. *Rev Bras Pós-Grad* 2004; 1(2):116-40.
2. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural. *Evolução e diferenciação da agricultura, transformação do meio rural e desenvolvimento sustentável em municípios da planície costeira e do planalto sul do Rio Grande do Sul: uma abordagem interdisciplinar: diagnóstico geral da área de estudo* [relatório de pesquisa]. Porto Alegre: PGDR/UFRGS; 2005.
3. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural. *Programa de pesquisa interdisciplinar: desenvolvimento rural na “Metade Sul” do Rio Grande do Sul: em direção à sustentabilidade ou produzindo pobreza?* [relatório de pesquisa]. Porto Alegre: PGDR/UFRGS; 2007.
4. Raynaut C. *Ideal e material, em busca de novos paradigmas: o papel da interdisciplinaridade* [conferência]. Curitiba: Curso de Doutorado em Meio Ambiente e Desenvolvimento, Universidade Federal do Paraná; 2006.
5. Dejours C. Por um novo conceito de saúde. *Rev Bras Saúde Ocup* 1986; 54(14):7-11.



6. Raynaut C. Interfaces entre a antropologia e a saúde: em busca de novas abordagens conceituais. *Rev Gaúcha Enferm* 2006; 27(2):149-65.
7. Foucault M. *Vigiar e punir*. Petrópolis: Vozes; 1977.
8. Foucault M. *A vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal; 1999.
9. Foucault M. *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes; 2002.
10. Gerhardt TE. *Anthropologie et santé Publique: approche interdisciplinaire: pauvreté, situations de vie et santé à Paranaguá, Paraná, Brésil [tese]*. Bordeaux: Université de Bordeaux 2; 2000.
11. Raynaut C. Le privilège urbain: conditions de vie et santé au Niger. *Polit Afr* 1987; 28:42-52.
12. Magalhães R. Monitoramento das desigualdades sociais em saúde: significados e potencialidades das fontes de informação. *Cien Saude Colet* 2007; 12(3):667-73.
13. Aiach P, Fassin D. Introduction. *Rev Agora* 1990;13:3-4.