



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

Hevelyn Rosa Machert da Conceição

**De soslaio para a Saúde Coletiva –
o caso do conceito de saúde**

NITERÓI
2015



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

Hevelyn Rosa Machert da Conceição

De soslaio para a Saúde Coletiva – o caso do conceito de saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Túlio Batista Franco.

Linha de pesquisa:
Planejamento, Educação e Avaliação em Saúde.

NITERÓI
2015

COMISSÃO Apreciadora

Dissertação submetida à apreciação em ___/___ de 2015.

Prof. Dr. Túlio Batista Franco (orientador)

Prof^a. Dra. Marcia Moraes (UFF)

Prof^a. Dra. Ivia Maksud (IFF/FIOCRUZ)

Prof. Dr. Luiz Hubner (suplente UFF)

C744 Conceição, Hevelyn Rosa Machert da
De soslaio para a saúde coletiva: o caso do
conceito de saúde / Hevelyn Rosa Machert da
Conceição.- Niterói, 2015.
175 f.

Orientador: Túlio Batista Franco

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) -
Universidade Federal Fluminense, Faculdade de
Medicina, 2015.

1. Saúde Coletiva. 2. Formação de Conceito.
I. Título.

CDD 614

Dedico a dissertação àqueles que quando em consulta, negociam a terapêutica com seus médicos. Àqueles que se afetam e se mobilizam com a vida do outro. Àqueles que fazem da escuta e do cuidado o mais importante instrumento de trabalho. Àqueles, enfim, que produzem saúde ao se produzirem e que fazem de sua passagem por esse e por tantos outros mundos uma obra de arte.

Vossemecê não se ofenda, eu não gosto de ofender ninguém. Mas nasci com o coração perto da goela. Tenho culpa de ter nascido assim? Quando acerto num caminho, vou até topar.

Graciliano Ramos

AGRADECIMENTOS

As graças que dou começam já pela própria possibilidade de cursar um mestrado no Rio de Janeiro. E o que dirá então do desenvolvimento dessa dissertação! Tantas mãos, vozes, miados, seres animados e inanimados, deram-me (e dão) as condições para existir. Existir, inclusive enquanto pesquisadora.

Diz Gonzaguinha, em uma bela canção que a gente *depende sempre/ De tanta, muita, diferente gente*, pois *toda pessoa sempre é as marcas/ Das lições diárias de outras tantas pessoas/ E é tão bonito quando a gente entende/ Que a gente é tanta gente onde quer que a gente vá*. E é na toada do músico que aproveito o ensejo para registrar as marcas indelévels que muitos deixaram na pesquisa (para minha felicidade!).

Ao Túlio pela aposta no meu trabalho e pela parceria de pensamento.

Aos professores do programa e de outros com os quais mantive contato ao passo que se dispõem à aventura da produção coletiva de conhecimento.

Aos profissionais da secretaria do programa, sempre abertos e solícitos.

Aos meus caros colegas de turma e do grupo de pesquisa, companheiros de debate.

Aos amigos das terras cariocas pelo afeto que me fortalece no dia-a-dia. Em especial, Ia, Leo, Rafinha, Cris Bremenkamp, Cadu, Eddie, Bruno, Bia, Cris Kni e Rapha.

Aos amigos de outras terras e tempos, companheiros de tantas aventuras que me enchem de alegria, esperança e força. Tay, Livia, Kátia, Potira, Pato e Marina. Com vocês a vida é muito mais possível!

À minha enorme e muito querida família, por me ensinar desde pequena que o que vale a pena na vida é estar com aqueles a quem queremos bem. Em especial a Neidoca e Sergeta. Dois parceiros que têm topado sem pestanejar as minhas empreitadas, contribuindo com apoio, torcida, amor e fazendo-se presente em todos os momentos. Obrigada por acreditarem em mim!

Finalmente, agradeço a meu Menino Grande pela companhia na jornada doida da vida e pelas contribuições inestimáveis a essa pesquisa desde seus aspectos mais técnicos e detalhistas, a elucubrações de toda a sorte. Sobretudo, pelo amor que é um pouquinho de saúde...

A pesquisa apresentada nessa dissertação contou com o apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) sob a forma da bolsa de mestrado por demanda social.

RESUMO

A investigação que toma corpo nessa dissertação ocupa-se do debate sobre o conceito de saúde no nascimento da Saúde Coletiva no Brasil. A partir da desnaturalização da saúde, colocamos em evidência o campo de forças a que se liga o conceito de saúde em seu plano de constituição. A fim de armar o terreno onde habita nosso problema, aliamos-nos a Foucault, Nietzsche, Deleuze, Castañeda e Graciliano Ramos construindo o instrumental metodológico da pesquisa. A genealogia, proposta fundamental para a análise empreendida, faz-se presente desde a passagem pela história da emergência da Saúde Coletiva até o percurso através do debate sobre saúde, cujo estudo dá-se em função de dois eixos complementares – a definição de saúde e as vizinhanças conceituais. É por meio da análise dos diferentes sentidos conferidos à saúde na emergência da Saúde Coletiva que entramos em contato com o intrincado jogo de forças acionado pelo debate. Por fim, diante dos problemas levantados pelas distintas definições de saúde, enfrentamos os efeitos das disputas de sentido analisadas e refletimos sobre o papel desempenhado pelo campo da Saúde Coletiva no debate sobre o conceito de saúde.

Palavras-chave: conceito de saúde, Saúde Coletiva, genealogia.

ABSTRACT

The investigation which gains form in this master thesis is concerned with the debate about health concept in the birth of Collective Health in Brazil. Beginning with the denaturalization of health, we put in evidence the strength field connected to the health concept in its establishment level. In order to build the ground where lies our question, we create alliance with Foucault, Nietzsche, Deleuze, Castañeda and Graciliano Ramos, building the methodological tools of this research. Essential for the analysis, the proposal of genealogy is present since the passage through Collective Health history until the way into the health debate. The study about the health concept is given according to two complementary lines: definition of health and conceptual neighborhood. It's through the analysis of the different meanings given to health in the birth of Collective Health that we approach the strength field activated by the debate. Finally, in front of the problems raised by the various health definitions, we face the effects of the meanings quarrels analyzed and reflect about the role played by Collective Health field on the debate of health concept.

Keywords: health concept, Collective Health, genealogy.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
JUSTIFICATIVA	15
Espirros, brindes e saudações	15
MÉTODO	21
Um olho torto	21
Caminho que tenha coração	33
O PÚBLICO E O COLETIVO	44
O canto das picaretas regeneradoras	54
A engrenagem e a resistência	71
MAPAS DA SAÚDE	100
O conceito de saúde no nascimento da Saúde Coletiva	112
Eixo primeiro: linhas e nós	119
Eixo segundo: as franjas	132
CONSIDERAÇÕES FINAIS	150
Moléstias Profundas da Sensibilidade	158
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	165

APRESENTAÇÃO

A aventura de lançar-se a um mestrado torna-se ainda mais desafiadora por fazer parte da aventura da própria vida. É na espessura da pele onde se vive a forte implicação do corpo na pesquisa, encharcando o fazer científico de toda a sorte de vivências e acontecimentos que perpassam pelo tempo. No cotidiano dos quase completos dois anos de formação, o ser pesquisadora ganhou forma e espaço entre os outros seres habitantes de nosso corpo, tensionando modos de ver e de fazer já tão velhos conhecidos de caminhada. Ainda assim, também as experiências dos nossos outros seres contaminaram a pesquisadora de forma a encharcá-la com o que de mundo escapa ao ambiente acadêmico e à razão científica.

Ora, se foi na vida mesma que as inquietações da pesquisa surgiram, foi ainda nela que tratamos de desenvolver o problema escolhido para a aventura da pós-graduação. Se por um lado essa posição pode introduzir uma mácula na neutralidade suposta da ciência, por outro – o que nos parece mais interessante – ela relança o fazer científico no plano social na medida em que o percebe como uma dentre tantas práticas desenvolvidas na sociedade. Tal entendimento tornou-se vital ao longo do processo de pesquisa, pois acreditamos que desenvolver uma investigação sobre a saúde não poderia dar-se de modo descolado da produção de uma saúde para a vida. Portanto, o trabalho aqui apresentado traz as marcas indelévels de uma produção de saúde, de uma pesquisa que teve como condição de existência a potencialização da vida.

“O que é saúde” surge como a pergunta condutora da investigação que ganha no espaço do mestrado em Saúde Coletiva uma oportunidade para enfrentamento sistemático, tomando forma de pesquisa científica, mas não só. Por que não só? Isso se deve às conexões com as muitas outras dimensões da vida da pesquisadora que não apenas a do fazer científico no mestrado. A saúde em sua exuberante polissemia extrapola o saber técnico e diz respeito também a um fenômeno apreciado e valorado pelas pessoas em seu cotidiano, de forma que se debruçar sobre seu sentido não é prerrogativa do âmbito acadêmico. Em nossa trajetória, antes de incorporar a perspectiva científica, o sentido de saúde já integrava questionamentos sobre a relação com o corpo, assim como sobre a atuação profissional na assistência à saúde.

Ser um profissional de *saúde*, atuando em um serviço de assistência à *saúde* integrado a um Sistema Único de *Saúde*, o qual está comprometido com a recuperação, proteção e promoção à *saúde* apresenta um cenário repleto de saúdes possíveis. É logo à primeira vista que o trabalho em equipe deixa a ver os diferentes sentidos de saúde carregados por cada profissional a cada encontro com o usuário. Nossa experiência através do SUS trouxe em meio a esses encontros, os questionamentos sobre a saúde que permeava o cuidado.

Foi em uma unidade da Estratégia Saúde da Família de uma pequena cidade do interior de São Paulo onde surgiram estranhamentos em relação ao próprio nome do serviço que abrigava uma profissional de saúde recém-formada. A vida em uma cidadezinha desconhecida, longe dos amigos e da família, cheia das particularidades da história local, criou ocasião para o mergulho no cotidiano do trabalho na assistência à saúde. O encontro com os profissionais e com os usuários disparando distintos discursos sobre a saúde, articulados a uma variada gama de referenciais, começou a trazer reflexões sobre os sentidos de saúde, fazendo ver a existência de uma pluralidade de saúdes em circulação.

O encontro entre os diferentes discursos era acompanhado, muitas vezes, por uma disputa de sentido, ora sutil, ora grave, entre um profissional e outro, entre profissional e usuário e entre usuários. A aproximação do discurso das pessoas sobre a saúde com o discurso saído fresquinho da academia e, ainda, aquele outro ligado à própria experiência de vida, vinha recheada de embates, colocando questões acerca da definição de saúde. Mais do que “qual a saúde correta” ou “quem carrega a verdade sobre a saúde”, o sentimento despertado pelo trabalho dizia respeito à circulação de tantos discursos e das relações de poder que os atravessavam.

Falar sobre a própria saúde é qualificá-la com o universo que habitamos e também construímos, fazendo circular sentidos de saúde contagiados de valores relacionados à história da própria produção de um conceito de saúde. Nesse sentido, vamos percebendo que, ao topar com o tema da saúde, nos deparamos com significados distintos capazes de remeter a mundos também diferentes, por sua vez. Portanto, ao contrário de procurar pela essência da saúde em uma definição unificada, fomos tragados pela necessidade de enfrentar a miríade de paisagens possíveis acionadas por uma palavra tão trivial.

A chance de desenvolver a investigação em seu aspecto formal, sistemático e científico surgida no mestrado enriqueceu sobremaneira o problema levantado pelas primeiras experiências profissionais. No encontro com colegas

estudantes, professores e profissionais a questão da saúde foi inquietando cada vez mais e vinculando-se irremediavelmente à Saúde Coletiva, afinal, esse campo requer em sua própria apresentação o termo da saúde acompanhado de um adjetivo – coletiva - responsável por conferir-lhe certo posicionamento. Sobre tal feito – o de vincular saúde e coletivo – trataremos em uma seção porvir, analisando a produção de dois campos a partir de duas qualificações diferentes para a saúde: pública e coletiva.

No desenrolar desse percurso, definimos que nosso problema é compreender como se constituiu o debate sobre a noção de saúde no surgimento da Saúde Coletiva, atentando para as conexões acionadas a partir desse debate. Estudar o modo como a noção de saúde foi tratada na emergência da Saúde Coletiva foi o caminho escolhido para entrar em contato com o jogo de forças no qual se constituiu o campo, onde saúde era tema de grande importância, ocupando espaço significativo nas discussões levantadas ali. Para tal empreitada, tornou-se fundamental debruçar-nos sobre o período em que se formalizou o campo, pois o contexto da reforma sanitária e da constituição das bases da Saúde Coletiva conferiu um aspecto que interessava à pesquisa na medida em que ficou conhecido como um marco na história da saúde no Brasil.

A partir da definição do problema de pesquisa, a investigação ganhou vida para além do projeto apresentado no início do curso, demandando o desbravamento de novos caminhos e dispensando outros previamente propostos, angariando aliados para acompanhar e interferir no processo de produção de conhecimento. Os aliados da pesquisa são aqueles que nos dão condição de fabular, de interferir no pensamento, de conversar. Alexandre, Dom Juan, Castañeda, Artaud, Génica, Foucault, Deleuze, Nietzsche, entre tantos outros inomináveis, constituem-se como alguns dos muitos intercessores em nosso caminho. Afinal, como conta a história do velho marinheiro naufragado em uma ilha deserta, Robinson Crusóé, a presença do outro em nossa vida vem como a expressão da possibilidade de outros mundos (VIVEIROS DE CASTRO, 2002).

A expressão das possibilidades de saúde no nascimento da Saúde Coletiva evoca a história da constituição desse campo no Brasil. Entendemos que é compreendendo o cenário onde foi possível a emergência desse campo que nos aproximamos do plano de problemas acionado pela definição de saúde. O que saúde fazia ver? A que se conectava? São questões que nos impulsionaram na pesquisa, sensibilizando o olhar no encontro com o material investigado para

atentar ao que estava em jogo no contexto da década de 1970, onde o campo foi gestado.

A pesquisa do conceito de saúde exigiu um encontro com a história da Saúde Coletiva e não só, pois também conduziu a uma passagem pela Saúde Pública, trazendo ao percurso da pesquisa novas paisagens e outras vozes a contar sobre casos por vezes célebres, e outros por vezes não tão reconhecidos pela história da saúde brasileira. Foi justamente nessa conversa animada com nossos aliados intercessores, com as vozes portadoras de histórias diversas, que o trabalho da dissertação se construiu, transformando o fazer científico em uma jornada de produção de conhecimento e produção de si, pois foi no encontro com o outro na pesquisa que produzimos também a nós mesmos.

Na próxima seção, traçamos o caminho da desnaturalização do conceito de saúde começando por um passeio pelos dicionários de etimologia. Mais adiante, trazemos o percurso metodológico pelo qual nos foi possível aproximar do problema da pesquisa, convocando já de início um dos aliados mais importantes dessa trajetória: o olho torto de Alexandre. É com ele que enviamos o olhar e mapeamos o terreno a ser construído, definindo os compromissos éticos e políticos do trabalho. A aventura acha-se, assim, aberta ao leitor e convidativa a fabulações em conjunto, com o desejo de que potencialize o encontro com outras saúdes possíveis.

JUSTIFICATIVA

ESPIRROS, BRINDES E SAUDAÇÕES

Ouvimos algures que ainda vagueia por aí uma superstição acerca do espirro segundo a qual, com a força do sacolejo a pessoa poderia botar a alma para fora. Para evitar o descolamento anímico, era de bom tom, portanto, desejar *saúde!* àquele que espirrava. Mesmo não sendo afeitas a credices, consta que muitas pessoas seguem rebatendo *saúde* às pressas diante de um espirro, pois, em matéria de perder-se da alma, não são todos que se dispõem ao risco. Com menos magia, conta-se também de outra superstição conhecida por ver no espirro o anúncio de um resfriado que se aproximara. Nesse caso, a urgência em desejar *saúde!* interessa-se em aplacar o mal que já espreita o sujeito.

Por falar em sentidos de saúde, lembramos de um espaço onde ela tem seus sentidos organizados e hierarquizados: o dicionário. Na etimologia do termo está inscrita a noção de conservação da vida, assim como a ideia de salvação, afastamento do perigo. Segundo o Dicionário Etimológico da Língua Portuguesa, saúde vem do termo latino salute, derivado de salus que designa “bom estado físico; conservação; salvação; conservação dos direitos de cidadão, situação civil; bom estado moral, saúde moral; ato de saudar, salvação, cumprimentos” (MACHADO, 2003, p.165).

Diferente do que uma abordagem etimológica pode sugerir, não há noções primeiras, previamente dadas, que embasariam correntes do pensamento naturalmente ao longo do tempo. Tampouco universais que somente divergiriam no que toca a seu modo de aplicação. É preciso entender os problemas que cada sociedade coloca para si a cada momento e, assim, deixar de tomar a saúde como fato natural intrínseco à existência humana e localizá-lo em sua emergência a partir de um campo problemático em dado momento histórico. Ou seja, tomar a definição de saúde como construção que pretende responder a um problema. Trata-se de perguntar: a que campos problemáticos o termo saúde foi se vinculando? Campo profissional, campo de conhecimento, campo de políticas, práticas, educação...

Contam-nos os dicionários de uma saúde polissêmica que em sua definição entrelaça-se com elementos de diversas naturezas, indicando, desta

feita, uma vasta gama de problemas aí engendrados. Vasta, pois não há noção correta ou primeira. Há justamente a diversidade de problemáticas que a cada configuração fez a saúde ser acionada no discurso ao mesmo tempo em que, também através do seu discurso, fazia passar sua maquinaria.

Na conversa dos dicionários desenha-se um campo no qual a noção de saúde convoca uma pessoa que ao mesmo tempo em que será ilesa, intacta, salvaguardada de estorvos de qualquer espécie (*salvus*), será também capaz de relacionar-se com a saúde a partir de uma valoração – bom e bem (*salubris*). A saúde compunha um problema que requisitava o entendimento da pessoa acerca da própria vida, referindo-se àquilo que convém a cada um. A fim de pensar saúde fazia-se necessário convocar a dimensão valorativa e uma dose de autoconsciência.

O horizonte de valores aliados à noção de saúde também é composto pela ideia de salvação, descrevendo um sujeito portador de propriedades como pureza, inteireza e prosperidade. Portanto, o cultivo da boa saúde está diretamente vinculado à observância de valores morais e princípios, conjugando o ser etéreo com o ser físico e instaurando a temperança como medida de salubridade. Não há saúde possível se não houver moderação com vistas à salvação. Tais termos indicam que uma pessoa pode ser afetada por males de diversas ordens e naturezas e, ainda assim, estar no plano de referências da saúde.

Ao trazer o termo *estado*, os dicionários falam de conjuntura próxima à noção de bem estar. *Estado* vem sempre acompanhado de adjetivação, qualificando seu sentido: “bom estado físico”, “em bom estado de saúde” ou simplesmente “em bom estado”. Dessa forma, a saúde torna-se intrínseca ao plano de percepções e aciona, necessariamente, a dimensão dos valores. Logo, desde o etmo de saúde podemos divisar uma tríplice configuração do termo calcada em aspectos físicos, morais e civis. Tais dimensões aparecem no plano de referência da saúde conjugadas e caracterizam o estar saudável como elemento dependente tanto do bem estar físico e espiritual, quanto da observância de valores morais e direitos civis.

No modo contemporâneo de definir saúde, segundo o registro nos dicionários de Português do século XX, vemos despontar linhas que diferem do campo ligado à noção em Latim. Esse nova construção inaugura-se, por excelência, com *estado*. Porém, nas definições atuais, *estado* puxa um coro mais específico e não convida adjetivo algum; ao contrário, traz com ele termos que se

ausentavam da acepção de *salus* e seus derivados. Notamos a chegada de *equilíbrio*, *organismo*, e *adaptação*. O que quer *estado* com tais companhias?

O arranjo semântico nas definições contemporâneas traz técnica e linguajar característicos. “Estado de equilíbrio dinâmico entre o organismo e seu ambiente, o qual mantém as características estruturais e funcionais do organismo dentro dos limites normais” (HOUAISS, 2013); “estado de autorregulação de um ser vivo” (CALDAS AULETE, 2013); “estado daquele cujas funções orgânicas, físicas e mentais se acham em situação normal” (AURÉLIO, 1989). Destacamos três elementos que indicam a relação da saúde com novos campos problemáticos, pois com o atual *estado* alcançamos algo de natureza localizável: *organismo*, *fisiologia*, *funções*; mecânica: *autorregulação*, *limites*, *equilíbrio dinâmico*; padronizada: *normais*, *fase*, *ciclo*, *regular*. A saúde ganhou objetividade, evidenciando uma realidade quantificável e mensurável a partir de referências determinadas externamente ao indivíduo.

Percebemos que as dimensões valorativa e espiritual ausentam-se ao mesmo tempo em que a autoconsciência da pessoa não é convidada a avaliar a própria saúde. Termos técnicos passam a referenciar saúde, fazendo com que esta seja integrante de um tipo específico de saber do qual apenas seus representantes legítimos acham-se autorizados a praticar. Entre a pessoa e sua saúde interpõem-se especialistas - sujeitos autorizados a avaliar a experiência de saúde de outrem -, cujo discurso manifesto no dicionário diz da vasta distribuição desse registro no contemporâneo.

A reatualização da noção de saúde implica nova configuração da ordem discursiva. O modo como a noção é definida determina também quem poderá falar sobre ela e como falará. Na defesa de uma tal definição de saúde, controla-se e regulamenta-se os limites de trânsito do discurso. Saúde continua a definir um *estado*, mas as acepções valorativas referentes a um sujeito que julga (bem e bom), perdem a primazia para as acepções que evocam critérios universais e padronizados.

A subjetividade e a autoconsciência do sujeito a respeito de sua saúde estão ausentes nesse primeiro plano, indicando que sobre essa saúde a principal autoridade discursiva não será o sujeito. Nesse sentido, a definição do termo exclui e separa tanto pessoas quanto temas em seu discurso, dando a ver a específica configuração em que aí se aborda saúde. Referindo sua medida a padrões externos, estará autorizado a falar sobre a saúde de alguém aquele que acessar o saber ali circunscrito.

O sujeito em sua percepção é convocado na segunda acepção do termo nos dicionários contemporâneos carregados de uma dimensão onde cabem atributo e percepção. A saúde aí quer saber-se enquanto *boa disposição e bem estar*. A seguir, em terceiro plano, anunciam-na como *força, vigor físico, energia, robustez*. O campo de jogo da saúde abre-se, assim, para o mais e para o menos: mais energia, mais bem estar, menos disposição, por exemplo. Proposta de medida de natureza menos formalizada, pois ligada a qualidades abertas aos valores e à gradação.

Por saúde ainda se entende um brinde, uma saudação, um cumprimento que vem registrar o querer bem a alguém, a celebração da vida e do encontro. Comemorar a comida, a bebida e o encontro com o outro como alimentos da vida constitui-se em um ritual presente em nosso cotidiano. O brinde coroado com “saúde!” faz-se bem-vindo no compartilhar dos momentos como homenagem prestada a alguém. Nesse sentido, saudar é desejar saúde a alguém e a saudação, portanto, requer o outro, ao ser possível somente no encontro. Ora, não por acaso eis uma saudação no título dessa seção. Saudamos aqueles que topam o convite para essa caminhada.

A diversidade de noções presente no etmo e na contemporânea definição de saúde ainda não é suficiente para esgotar a polissemia que o termo abarca. Vale destacar que saúde também corresponde, atualmente, a uma área de formação, a um campo profissional e a um setor, cujo contexto compreende um conjunto de ações e atores voltados ao cuidado e à assistência, relacionando-se com diversas teorias, disciplinas e instituições. Portanto, saúde invoca uma realidade rica e complexa, da qual a jornada dos dicionários faz breve, mas não menos importante relato. Tamanha diversidade, ao mesmo tempo em que nos diz de sua complexidade - enquanto configura-se como valor, fenômeno, setor e campo de formação -, também nos conta de sua abundante polissemia, facilmente encontrada nas conversas do dia-a-dia, onde todos parecem saber o que é saúde mesmo que falem de saúdes diferentes.

Sobre esse questionamento, diversas disciplinas e campos científicos têm se debruçado. Saúde também se configura como tema de problematização filosófica, científica, tecnológica e política (ALMEIDA FILHO, 2011). Para enfrentar as questões colocadas pelas diferentes áreas tem-se produzido sistemas teóricos e metodológicos que conduzem a abordagens específicas do tema, delineando uma miríade de caminhos possíveis a fim de se aproximar do problema. Ou seja, embora tenham como objeto a saúde, constroem distintas compreensões desta e,

em função disso, também são distintos os modelos de ação. No âmbito governamental, os interesses desenham propostas de saúde que priorizam determinadas ações a cada vez e disputam por espaço como projetos de políticas públicas.

Acompanhamos nas últimas décadas uma valorização crescente e significativa do tema da saúde com expressão singular em nosso país, desempenhando papel chave nos planos político, econômico, científico e cultural. Não há sequer um processo eleitoral que se passe sem que os candidatos anunciem, entre os variados assuntos das plataformas políticas, projetos para a saúde indicando o lugar de especial atenção que esse tema tem alcançado. As promessas eleitorais vão de encontro à valorização da saúde na sociedade brasileira, já que, em pesquisas de opinião com a população, a saúde desponta como principal preocupação, saindo à frente de trabalho, educação e economia¹.

A imprensa, em sua via impressa, televisiva ou digital, também vem reservando lugares de destaque para essa questão. No plano acadêmico pulularam especializações, residências e mesmo cursos de graduação, como os recém-chegados bacharelados em Saúde Pública e em Saúde Coletiva. Em termos de produção textual, mire-se a crescente produção de livros, artigos, a multiplicação das revistas científicas de saúde, material esse incrementado pela formulação de políticas de saúde e sua produção documental de manuais e portarias no território nacional.

Sendo um tema que vem ganhando expressividade e valorização em nosso cenário histórico, urge problematizarmos o que está em jogo quando se define uma noção de saúde. Que saúde é esta que queremos ampliar? Esta que fundamenta nossa formação profissional? Qual será aquela pela qual trabalhamos e lutamos por melhorias? E a que sentimos em nós? Quais suas inflexões em cada situação?

A complexidade da saúde atravessa nosso cotidiano enquanto profissionais, acadêmicos, seres vivos, cientistas, políticos e usuários de serviços assistenciais. Desde a estruturação dos serviços e os modelos de formação

¹ Segundo as informações apresentadas por pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística (Ibope) a pedido da Confederação Nacional da Indústria e divulgadas em julho de 2013, 77% das pessoas entrevistadas disseram ser a saúde sua principal preocupação. Disponível em <<http://www.ebc.com.br/educacao/2013/07/saude-educacao-e-seguranca-sao-prioridades-da-populacao-segundo-pesquisa-cni-ibope>>. Acesso em: 10 de novembro de 2013.

profissional aos modos com que nos relacionamos com nossos próprios processos de saúde e doença, está implicada uma compreensão de saúde. Assim, o que se intitula saúde coloca em jogo tanto saberes quanto práticas, pois, ao conceituar saúde, define-se também a regulamentação do discurso sobre ela, os termos em que se dão as intervenções e que resultados se esperam.

Dessa forma, para esta pesquisa a análise do campo de jogo dos vários sentidos de saúde interessa, pois acreditamos que a partir daí emerge possibilidade para que nos encontremos com nossa história. Encontro não restrito ao que se deu, mas sim ao passado que se atualiza no presente.

MÉTODO

UM OLHO TORTO

Em algum rincão do nordeste brasileiro vive Alexandre, um homem falador, desconfiado e valente². Ao que nos chega, a casa de Alexandre e Cesária, sua mulher, vivia apinhada de gente ansiosa por ouvir as histórias que esse homem contava. Exímio caçador e vaqueiro andou sertão adentro conhecendo toda espécie de coisa, bicho e gente. Durante tardes e noites, animado por fumo e café, desfiava os enredos de sua vida para as pessoas. Acontece que Alexandre tinha um olho torto. Enquanto o olho certo mirava os amigos, o olho torto cismava em fitar longe, à procura de mais ouvintes. Apesar de muito desgosto sentido por esse olho torto, Alexandre com o contar dos anos, descobriu que era por este - o torto - que enxergava melhor. Melhor do que pelo outro, “que era direito”, diz ele. Foi, então, perceber que o enviesamento de seu olhar era motivo de orgulho e que tendo os olhos comuns, de certo não haveria vivido da mesma forma suas aventuras.

Tamanho era o espanto de seus amigos, seu Libório, o cego Firmino, Das Dores e mestre Gaudêncio, ao ouvirem-lhe as histórias. Enquanto deitava o palavrório fora, o olho torto ia arregalando, teimando em fitar alguma coisa que passava despercebida dos companheiros. Foi lutando com uma onça pintada, embrenhando-se nos espinheiros da catinga que o olho esquerdo perdeu-se. Quando conheceu a desgraça de sua condição, Alexandre tornou ao espinheiro à procura do olho e encontrou-o ressequido, espetado no mesmo galho que o feriu. Qual não foi a surpresa ao encaixar o dito cujo no buraco onde pertencera: Alexandre viu os pensamentos, a memória, os órgãos. Estava do avesso! Cutucando com o dedo, ele conseguiu tornar o olho para frente e descobriu uma visão ainda mais aprimorada do que antes. Ao fitar-se em um espelho, logo notou que o olho estava desalinhado, porém achou que, ao fim e ao cabo, o olhar estava mesmo melhorado.

Sentar ao pé da varanda e ouvir os contos de Alexandre força em nós um olhar de esguelha. A fim de conversar com a história da Saúde Coletiva, nos

² Alexandre ganha vida através de Graciliano Ramos, na obra intitulada “Histórias de Alexandre”.

esforçamos por enviesar o olho à procura de mais vozes para esse encontro. Michel de Certeau, historiador francês do século XX, dizia que a escrita da história implica necessariamente em assumir posicionamentos políticos. Ele convida a atentar para o contexto no qual uma história é escrita e contada, mostrando que não há uma história desinteressada ou neutra. Portanto, as reflexões a serem construídas nessa pesquisa começam por um esforço em não tomar os acontecimentos como que naturalizados fazendo parte de uma linha contínua, encadeada, única.

Na escrita que se inicia, o olho torto surge para enriquecer o conto da Saúde Coletiva. Na companhia de Alexandre e de muitos outros – alguns logo à frente serão nomeados, outros já o foram na seção de agradecimentos e outros nomes não têm – lançamo-nos à pesquisa sobre o campo problemático acionado pelo conceito de saúde à época do nascimento da Saúde Coletiva. Institucionalizada no final dos anos de 1970, a Saúde Coletiva emergiu em meio a um intenso movimento que buscava por mudanças na assistência sanitária no Brasil. O olho torto quer trazer à conversa o jogo de forças em que ganharam corpo na área da saúde movimentos tão significativos, como a reforma sanitária e a Saúde Coletiva, através do fio do conceito de saúde.

Alexandre ao contar suas histórias produz a si mesmo enquanto passado, presente e futuro. O contador já no princípio alertava: “talvez nem possa escorrer tudo hoje, porque essa história nasce de outra” (RAMOS, 2007, p.14), como que anunciando o entrecruzamento dos tempos em sua vida. As aventuras narradas debaixo do lampião não prometem a glória de um passado separado do presente, pois não estão encerradas em um passado do qual se rompera. A filiação das histórias mostra-se como um enredamento infinito, o qual não se presta a indicar começos e fins determinados, tampouco para apagar as origens e conferir às histórias qualquer ar transcendental. O nascimento de uma história leva a outras histórias, pois nenhuma história salta solitária para ser contada. Pelo contrário, Alexandre mostra que as histórias se misturam, entremeiam seus enredos, personagens e cenários, constituindo-se mais por conexões e deslocamentos do que por nascimentos a partir de algum ponto zero.

Quando se dispõe a contar histórias, Alexandre ao mesmo tempo em que as atualiza, produz a si mesmo em ato. Encontrar-se a cada vez com a história é produzir a própria existência, é “não esquecer-se a si próprio” (CERTEAU, 1982, p. XVIII). Para isso faz-se necessário compreender passado, presente e futuro como dimensões conectadas que se influenciam e se atravessam. O olho enviesado do

sertanejo captura imagens para além da pequena roda de amigos e mistura-as aos causos que está contando, assim como também costura sua memória com as da esposa, Cesária. E na contação organizada na varanda da casa, a amizade com os companheiros é alimentada, com aqueles desconhecidos que se aproximam também, e atualiza-se, assim, a relação com a própria história, fazendo os tempos se cruzarem e constituírem no presente. Dessa forma, nossa perspectiva de história esforça-se por construir um olhar não categorizante, capaz de abordar os acontecimentos em sua relação com o passado e não a partir de uma concepção de objeto do qual não se mantém senão distâncias.

Ora, podemos nos perguntar: mas olhar para o passado não é a ocupação mesma da história? Donde, para pensar em criar problemas mais do que respostas, trazemos a questão do olhar que constrói um passado. Compõe a historiografia um modelo que tem investido em um olhar que procura produzir no passado unidades estáveis e coerentes, estabelecendo ligações entre acontecimentos descontínuos a fim de configurar uma linha evolutiva. Quando balizada por esse modelo, a escrita da história funciona por divisão, separando o presente do passado ao rotular o tempo em blocos cronológicos estáticos. A construção desses períodos demanda de partida um rompimento com o passado a fim de que se sustente uma identidade particular. Podemos, como exemplo, citar a rotulação de dois blocos históricos como a Idade Média e o Renascimento que guardam em si a definição de um período coeso e coerente que rompeu com o antecedente e que, por sua vez, é separado do sucessor.

Para construir a essência de um acontecimento, além de se operar uma quebra com o passado, há que se forçar a negligência em relação a tudo o que não condiz com a categoria pretendida. De forma a unir o todo coerente, desenrola-se um apagamento das inconsistências de um tempo, e através dessa operação, também se arrisca escurecer a passagem das resistências. Isso se dá, pois para que os blocos sejam capazes de portar uma identidade própria, única e coesa, as confusões de sentido, as complexidades dos cenários e os acontecimentos que se esforçam por invadir a maré predominante e contagiá-la de outros elementos e direções sofrem uma espécie de abafamento.

Nesse movimento, uma linha contínua e encadeada é arquitetada para fornecer consistência à identidade em questão. Michel Foucault diz que por trás da história caótica dos regimes políticos, das cidades e dos povos, constroem-se histórias de processos constantes e contínuos “quase imóveis ao olhar” (FOUCAULT, 1997, p.3). Ou seja, a escrita da história separa para, em seguida,

fundar uma unidade e atribuí-la uma identidade. A busca pela origem enseja a aposta em uma unidade primordial, a qual guardaria a verdade e a natureza dos objetos. Tal configuração tem como efeito a exclusão daquilo que não serve à descrição linear dos acontecimentos, apaziguando o processo em que eles se dão. Embora se posicione em lugar de verdade como o discurso dos fatos assim como se deram, entrevemos que essa perspectiva historiográfica não encerra as possibilidades do olhar.

Nosso empenho por entortar o olho na escrita da história presta-se a perturbar a imobilidade dos acontecimentos ao assanhar as instabilidades, as fissuras e as diferenças que os compõem. Chamar à história a heterogeneidade dos processos integra a proposta de fazer histórico que nos interessa. Foucault diz que o privilégio da história reside na possibilidade de esta desempenhar “o papel de uma etnologia interna de nossa cultura e de nossa racionalidade” (FOUCAULT, 2008, p. 76), ocupando-se de analisar o funcionamento dos discursos e as condições de suas transformações. Assim posicionada, a história assume tanto sua condição de prática social, como o desafio metodológico que a descontinuidade lhe impõe.

Compreender-se como integrante da dimensão social, como uma prática inserida na sociedade, é fundamental para o posicionamento político tomado nessa pesquisa. O próprio processo de pesquisar é visto como a construção de uma prática social, entre outras, possível somente através de inúmeras conexões e inscrita em um dado tempo e espaço. Assim como os acontecimentos históricos, também a pesquisa científica padece de um discurso que se esforça por lançá-la às altas nuvens, de onde não seria atravessada por nenhum interesse, ou política. No entanto, no próprio ato de afirmar que não há política, acreditamos que já lá está uma política em pleno funcionamento, cuja aposta reside na constituição da origem natural e verdadeira dos objetos.

O fazer histórico do qual vamos nos aproximando, abre convite ao exercício de estar à espreita do acontecimento, em um campo de constante movimento que nos força a pensar, onde linhas traçam-se incessantemente. Linhas que se cruzam, transmutam, fiam e desfiam. Linhas entre os elementos que não param de variar. Abre-se, assim, campo de jogo que fornece condição de possibilidade para que o pensamento aconteça. Eis a condição colocada: o afastar-se de si mesmo, da tentação da origem e da identidade. É preciso um espaço onde o rosto chacoalhe-se da cabeça, onde se tenha alguma chance de

bagunçar as identidades, para que o olho, uma vez torto, possa enxergar para além dos blocos estáticos.

Assumir tal posicionamento toma dimensão tanto política quanto metodológica nessa pesquisa, pois se trata de um posicionamento ético na medida em que os valores que norteiam nosso trabalho são aí baseados. A disposição para a produção do conhecimento coloca-se, dessa forma, aberta aos movimentos que o próprio caminhar da pesquisa incite. Propor-nos o olhar atravessado para a história da Saúde Coletiva é um esforço por engrossar os causos ao atentar também para o que passa por não ter sido convidado a integrar a historiografia, para o que passa por desimportante, incoerente ou por demais sem sentido para que se inclua na coesão fundada de uma época. Afirmamos nossas escolhas como fazendo parte da dimensão ética da pesquisa, pois apostamos que a construção do problema é simultânea à construção do campo de jogo onde ele está a desenhar-se. Isso quer dizer, aqui, que a produção de conhecimento dá-se no encontro com a experiência da pesquisa. É conforme nos relacionamos com nosso problema que vamos construindo instrumentos e estratégias para nos aproximarmos dele.

A construção do caminhar da pesquisa é animada pela conversa com nossos aliados teóricos e balizada pelas estratégias e pelos instrumentos que possibilitam dar visibilidade às questões que levantamos. Com desejo de movimentar o problema colocado convidamos a compor nossa pesquisa a filosofia da diferença, especialmente Gilles Deleuze, Michel Foucault e Friedrich Nietzsche. As diferentes formas de pensar a saúde dão a ver um mapeamento dos campos problemáticos, pois ao se definir saúde, marca-se também, necessariamente, os compromissos com os quais determinada definição se responsabilizará. É na armação do terreno do problema da pesquisa que a parceria construída com nossos aliados será fundamental.

Percebemo-nos num território móvel, no qual a pesquisa, a pesquisadora e o problema estão a se fazer enquanto o próprio terreno a ser analisado é dimensionado. Para nosso preparo faz-se fundamental “nomear as potências impessoais, físicas e mentais que enfrentamos e combatemos quando tentamos atingir um objetivo, e só tomamos consciência do objetivo em meio ao combate” (DELEUZE, 1992, p. 115). É em meio ao combate que vamos conhecendo os elementos em jogo e as conexões tramadas por eles. O problema que norteia a pesquisa, mais do que uma pergunta à espera de uma resposta última e acabada, opera como um fio, um índice que conduz ao diagrama de forças ao qual

corresponde. Assim sendo, o ser pesquisador na condição de não operar pela busca por origem ou identidade, lança-se tal como uma *cabeça exploradora*, conduzindo os fluxos em linhas de criação, pois na tessitura da pesquisa, tecem-se também os campos problemáticos: “a arte de construir um problema é muito importante: inventa-se um problema, uma posição de problema, antes de se encontrar a solução” (DELEUZE; PARNET, 1998, p.9).

Nossos posicionamentos não são casuais. Acreditamos que ao nos dispormos de tal forma em uma pesquisa abrimos possibilidades de encontro com o campo de forças no qual nasce a Saúde Coletiva. Estudar um campo de forças implica em considerar não somente os discursos que alcançaram hegemonia, mas também as disputas, as forças que se atravessavam e que forneceram ocasião para que as transformações na área acontecessem e ganhassem visibilidade. Nesse sentido, a aliança com a história de inspiração genealógica nos é valiosa, pois permite armar o diagrama em que tantas forças imbricam-se.

A genealogia faz da história outra coisa que não o decorativo de nossas vidas. Ao buscar o que entrou em jogo em determinado processo, ela relança os tempos e escancara a matéria onde fundamos nossa estrutura. Para além de mais uma instrução a figurar no painel do conhecimento, o que nos oferece por efeito a genealogia é fazer emergir as atualizações em nós das forças que configuraram a arena do nascimento da Saúde Coletiva. Portanto, o olho torto ganha, a partir de então, um movimento fundamental para a análise do conceito de saúde: uma perspectiva da história que multiplica seus atores, angariando matéria rica para a formação de uma passagem capaz de afetar-nos e de ser por nós afetada, na medida em que se liberta da função exclusiva de promotora da linha evolutiva dos grandes acontecimentos.

Trata-se de acionar as memórias locais e os saberes históricos contra os efeitos de poder próprios da sistematização e da coerção de um discurso científico formal organizado no interior de nossa sociedade do qual poucos detêm os privilégios e lançam mão a fim de impor hierarquias (FOUCAULT, 1979). Os efeitos de tal poder são produzidos na medida em que um discurso ambiciona a categorização de científico, de maneira a favorecer uma forma específica de saber enquanto desqualifica e inferioriza os modos descontínuos, as memórias locais.

Foucault propõe uma genealogia tramada a partir do acoplamento entre os saberes eruditos e as memórias dos combates, dispensando uma

hierarquização entre eles. No entanto, apesar de buscar não promover as hierarquias entre os saberes, a genealogia não deixa de atentar para o processo de produção delas, sendo capaz, por isso, de colocá-lo em análise. Sendo assim, a história descontínua ao ocupar-se das variadas memórias de combate não exclui os grandes acontecimentos – aqueles tornados célebres pela história tradicional -, pois a genealogia compromete-se com um trabalho de acoplamento, ao contrário de um funcionamento por exclusão. Na verdade, a própria condição de uma prática genealógica seria a de não operar segundo a estrutura afeita às regras de construção e de funcionamento do discurso científico predominante, na medida em que este discurso trabalha para separar-se das outras formas de saber ao constituir para si o monopólio da verdade. Eis o que nos atrai no projeto genealógico: a libertação dos saberes históricos de sua sujeição e sua utilização nos combates atuais.

A fim de empreender esse projeto é preciso também assumir outras formas de relação com o tempo para que não se submeta as memórias à linearidade de um tempo entendido como evolução contínua. O que aconteceu não está encerrado ou morto. O que aconteceu atualiza-se no presente e ganha novos contornos movimentando-se no campo de forças. Nesse sentido, o que aconteceu é também o que acontece; passado e presente já não são categorias contraditórias e enrijecidas. Portanto, o momento em que se vive é tomado como necessariamente povoado por muitos tempos.

Tantos vastos questionamentos se insinuam a partir daí: que discursos estavam disputando por hegemonia no campo da saúde? O que tornou possível a conjunção de três áreas - Ciências Sociais e Humanas, Epidemiologia e Planejamento e Avaliação em saúde - para formar a Saúde Coletiva? De que maneiras essa configuração atualiza-se hoje no campo? O que produz em função disso? Dentre essas e outras problematizações possíveis, o que nos move e convoca a criar pesquisadora e pesquisa é compreender a constituição do debate sobre a noção de saúde no surgimento da Saúde Coletiva, atentando para as relações acionadas nesse debate e o modo como são tratadas no campo. Os modos com que este campo *científico, institucional e de práticas* (AMARAL, 2010) relacionou-se com o jogo de forças vinculado à ideia de saúde serão nossa matéria para o traçado das rotas do debate empreendido no cenário brasileiro.

Pensar o nascimento do campo e como se produziram e firmaram seus investimentos teóricos importa, pois nos fiamos em não somente entender com maior riqueza a configuração dos acontecimentos, mas em pensar nossa história

na perspectiva genealógica como um campo entrecruzado por tantas diferentes vozes e atores que atravessam o tempo em que vivemos. Encontrar-se em outros lugares com nossa história e entendê-la como uma construção interessada e política abre possibilidade para que analisemos também nossas práticas e nossas apostas no cotidiano. Desemaranhar os fios que tramam a emergência das coisas dá condição para que analisemos os atravessamentos de nosso compromisso ético, assim como de nosso posicionamento político na Saúde Coletiva.

Nietzsche, ao tecer sua Segunda Consideração Intempestiva (2003), afirma que é preciso tomar a história em prol da vida. Se a história torna-se em algum momento útil é porque é incorporada à vida e transformada em seu alimento. Dessa forma, tomamos a história como algo que se faz necessário à vida, enquanto que por necessidade entendermos o ato de assumir a criação das condições da própria existência. Às três décadas e meia de vida da Saúde Coletiva, propomos fazer de sua história plano de ação de modo a potencializar nosso encontro com o campo. Eis o que nos move, pois interessa à nossa vida. Não haveria razão mais propícia para esse empreendimento. Tal localização é pertinente, pois assim como não buscamos investir na essência e na naturalização dos acontecimentos, também essa pesquisa não é natural, não quer guardar nenhuma Verdade e tampouco se supõe universal.

Se “nós mesmos, em nossas ações mais intencionais, nada fazemos senão jogar o jogo da necessidade” (NIETZSCHE, 2004a, p. 99), nos é chegada a hora de encarar a questão da necessidade da pesquisa. No que concerne à história, a necessidade não se caracteriza pelo ato de ir ao encontro de entretenimento ou de uma função de oferecer curiosidades; tampouco de mera acumulação de informação como se estivéssemos diante de um cardápio e, no entanto, sem fome alguma. Marcamos essa posição também em relação à pesquisa, uma vez que esse processo é interessado, ou seja, pouco movido pelo convite de tornar-se nova oferta em um insosso cardápio de informações.

Assim, pensar a utilidade da história para a vida é pensar a utilidade da pesquisa para a vida. Construir e definir um problema, ensaiar aproximações, enfim, produzir conhecimento torna-se necessário à vida na medida mesma dessa produção. A finalidade, ou como se chama comumente na área científica, a apresentação dos resultados deixa de ser aqui o principal motor da pesquisa para tomarmos a produção de conhecimento como componente do modo de produção de si. A replicação da pesquisa, a validação dos resultados, a universalização dos parâmetros, quesitos tão comuns à área das ciências da

saúde não se aplicam nessa pesquisa. Assim como as histórias de Alexandre não são possíveis de serem repetidas, tampouco aquela que contamos aqui se presta à replicação. Se o olho torto vagueia cismando em trazer à baila cada vez outras imagens, outros atores e outros elementos, compondo com os interlocutores dos quais ora dispõe, também a nossa empreitada assim se faz no encontro daquilo que lhe confere condição de existência.

No diagrama de pesquisa que vamos montando, o desenho das linhas de força nos permitirá entrever o caminho pelo qual tem sido possível problematizar o conceito de saúde no campo da Saúde Coletiva. É decisivo para nossa pesquisa traçar as linhas de força entre os diferentes territórios que construíram e operaram discursos sobre a saúde, assim como espreitar seus canais de fluxo de comunicação para extrair do *corpus* da pesquisa as formas que este traz a ver e os conteúdos que faz dizer; regimes de luz e de enunciação difundidos pelo discurso e no discurso. Mapear os rastros dos fluxos acionados pelo conceito de saúde propiciará entrar em contato com o campo problemático disparado pelo debate, cuja análise trará também as articulações, os afastamentos e os deslocamentos operados no campo da Saúde Coletiva em função da definição de saúde.

A maquinaria conceitual da filosofia da diferença possibilita-nos armar o território onde dispomos nosso tema. A problematização da emergência da noção de saúde diz do campo de imanência vinculado ao termo. Esse é um caminho que se torna importante para nos avizinharmos do campo problemático principal: o que está em jogo na definição de saúde que nos permeia. Há no esquema de jogo discursivo da saúde a emergência de uma pluralidade de regulamentações, pois “o ser do conceito é vizinhança — todo conceito pressupõe outros conceitos dentro do seu próprio campo. Essa noção de campo é campo de imanência” (ULPIANO, 1995), assim, interessa atentar para que aliados são convocados na ocasião de definir-se uma noção de saúde.

Se para alcançar sua própria existência, um conceito não se apresenta sozinho, requerendo a articulação com diversos outros conceitos para dispor-se em um território, cabe à pesquisa atentar também para a vizinhança da saúde. Trabalhar a fundo o sentido de cada conceito vizinho está fora de nosso alcance, no entanto, mais do que os significados isolados dos termos, o que emerge como importante é apreender a conexão que se esforça por aparecer no encontro entre

os conceitos. Isso, pois a articulação não é feita apenas entre duas palavras, mas, além disso, entre planos distintos portando histórias também distintas.

Que fazemos diante de um diagrama de membrana tão ativa e porosa? Não se trata, fica-nos claro, de abordar um quadro dado e afixado. A rigor, toda e qualquer produção na área da saúde traz consigo, mesmo que disfarçadamente em suas entrelinhas, uma definição de saúde. Muito embora o maior contingente de produção passe ao largo de uma acareação com o tema, transcrevendo curvas por vezes sutis, por vezes abismais, há que se entender que todos - implicitamente ou não - trabalham com uma ideia de saúde.

Ao convocarmos a Saúde Coletiva, estamos em relação com um campo que agrega e faz conviver territórios diversos entre si. Não queremos nos guiar pelos blocos epistemológicos, seguindo o fio de cada corrente do pensamento e tratando os discursos como pacotes fechados pertencentes a determinada disciplina; em relação aos conceitos não buscaremos remetê-los aos blocos disciplinares como se fossem objetos de sua constelação. Investimos na articulação, na apropriação dos termos em função dos deslocamentos dos discursos, pois entendemos que o campo da Saúde Coletiva faz com que, em sua exuberante diversidade, as disciplinas convivam e contaminem-se umas às outras.

Há nesse campo apropriações e desapropriações de conceitos, movimentos de corsários agindo por assaltos mais ou menos discretos, “quando um conceito ou categoria passa por um território de significação estranho, ele se modifica, agrega sentido, se desfaz de outros, muda de regime de relação com suas próprias fronteiras de ação” (AMARAL, 2010, p.31). Nesse chacoalhar de rostos-identidades onde as desterritorializações vão sendo produzidas é que entrevemos a posição privilegiada deste campo como um espaço plural não-reconciliado, como campo povoado de territórios diversos. E é justamente nesse ambiente de guerrilha, mutações e pirataria – menos a ver com falsificação e mais a ver com assalto – que nos interessa trabalhar.

Logo, o conceito de discurso torna-se estratégico para nossa pesquisa. A travessia etimológica dos dicionários relata que discurso conecta-se à ideia de movimento, de por algo em curso. O discurso é uma prática que põe em funcionamento relações de poder. Foucault conta do perigo e da tentação de enfrentar o discurso como amontoado de representações. Aí residiria um falso problema, uma vez que os discursos consistem em “práticas que formam sistematicamente os objetos de que falam” (FOUCAULT, 1997, p. 56), anunciando relação entrecruzada, de duplo movimento e coexistência.

Deleuze, a respeito de Foucault, assinala a impertinência de questionar se o conjunto de enunciados é determinante do espaço o qual integra ou se, ao contrário, o espaço é que determinará os enunciados, pois no que se refere a enunciados estamos sempre passando de um sistema a outro, “não há espaço homogêneo indiferente aos enunciados, nem enunciados sem localização, os dois se confundem ao nível das regras de formação” (DELEUZE, 1988, p. 17). Portanto, não é nossa preocupação alcançar conceitos estáveis e seguros, uma vez que lhes supor tais características é supor que a própria linguagem é em si estável e segura e que também o são os territórios disciplinares. O que nos interessa é perscrutar por quais mecanismos uma prática discursiva sobrepõe-se a outras e quais os efeitos dessa relação.

O que distingue um enunciado de uma frase ou uma proposição é sua característica de atualizar os elementos de seu conjunto. Sua importância se deve ao movimento de ater-se ao que é dito, ao estritamente dito, recusando tanto a atitude interpretacionista – que procura um a mais no que foi dito –, como a ocultista – decifradora dos supostos não-ditos. O projeto de Foucault convoca operações bastante distintas, ao entender que “não há possível nem virtual no domínio dos enunciados; nele tudo é real, e nele toda realidade está manifesta: importa apenas o que foi formulado, ali, em dado momento, e com tais lacunas, tais brancos” (DELEUZE, 1988, p.15). Para a empreitada da qual participamos, a capacidade de atualização característica de um enunciado é o que traz à constituição da vizinhança de saúde um *status* de campo de batalha, uma vez que as diferentes articulações produzidas carregam seus próprios projetos para o conceito de saúde.

Um enunciado é definido por sua capacidade de variação contínua e, tanto no que diz como naquilo que não diz, expressa o regime de sua dispersão e regularidades. Não se trata de apreender o discurso como resultado da relação entre representação e linguagem, ele é o lugar onde se faz emergir, sucumbir e transformar uma diversidade de objetos. As reatualizações da noção de saúde implicam novas configurações da ordem discursiva. O modo como a noção é definida determina também quem poderá falar sobre ela e como falará. Na defesa de uma tal definição de saúde, controla-se e regulamenta-se os limites de trânsito do discurso através dos modos como este se distribui e transforma. Buscamos os limiares, as rupturas, as descontinuidades pelos quais o discurso da saúde se coloca e transmuta.

Em *A Arqueologia do Saber*, Foucault trabalha com a proposta da análise do campo discursivo. Tal empreitada quer saber o que o enunciado faz passar, o que necessariamente aciona e qual a condição de sua existência singular a fim de descrever o jogo de relações de poder que toma lugar nos acontecimentos discursivos. Uma vez que nosso objetivo é problematizar o trânsito do conceito de saúde no campo da Saúde Coletiva, a estratégia de Foucault baliza-nos a fim de analisar as condições de possibilidade através das quais determinados enunciados são emitidos em uma definição de saúde. Frente ao *corpus* de pesquisa a ser formado, posicionaremos-nos à espreita dos movimentos que se dão nos discursos. Traçando o mapa do campo de forças do conceito de saúde, estudaremos as formas de repartição dos enunciados, as maneiras como eles se dispersam e como constituem seus sistemas de regularidades.

A pesquisa transita por discursos que tem como bandeira a racionalidade científica, produzidos segundo requisitos formais de estrutura e referência no âmbito próprio da academia ou a ela estreitamente vinculados. De forma que o debate não somente deixará entrever os mecanismos de regulação do discurso sobre o conceito de saúde, como também a conformação de disciplinas e enunciados científicos que daí emerge e os efeitos de poder produzidos pelas hierarquias nela operantes. A fim de dispor o jogo da análise dos campos discursivos relacionados à definição de saúde e traçar os caminhos das propostas conceituais, acionamos a máquina diagrama. O diagrama não é o acúmulo documental, ele é o “mapa, a cartografia, co-extensiva a todo o campo social. (...) Definindo-se por meio de funções e matérias informes, ele ignora toda distinção de forma entre um conteúdo e uma expressão, entre uma formação discursiva e uma formação não-discursiva” (DELEUZE, 1988, p. 44).

A máquina diagrama comporta a mobilidade de que necessitaremos para o traçado também flutuante do campo de forças a ser analisado. Nosso campo de jogo - limitado face à infinitude do tema que é a saúde - ganha dinamismo na disposição diagramática, pois de todo diagrama saltam linhas e pontos de linhas “relativamente livres ou desligados, pontos de criatividade, de mutação, de resistência; e é deles, talvez, que será preciso partir para se compreender o conjunto” (DELEUZE, 1988, p. 53). Estratégia que permite examinar como as coisas operam e ensaiar alternativas para que outras maneiras de funcionar venham a acontecer.

CAMINHO QUE TENHA CORAÇÃO

Junto de uma janela estava sentado um homem de cabelos brancos, olhos argutos e pele morena. De semblante misterioso e tranquilo, pouco falou ao estudante que lhe derramava tagarelices cheias de um nervoso apressado. Fora na fronteira, onde cada qual aguardava pelo ônibus que os levaria a seus destinos, que se encontraram pela primeira vez, um índio e um estudante de antropologia. No entanto, esse não fora o único encontro deles, nem tampouco a única fronteira que cruzaram. Dom Juan e Carlos Castañeda iniciaram nesse verão de 1960 a relação que transformaria os modos de pesquisar e de experimentar do antropólogo³.

O saber pelo qual procurava Castañeda dizia respeito à manipulação de plantas medicinais pelos povos indígenas habitantes do sudoeste dos Estados Unidos da América naqueles anos. Empenhado em sua pesquisa, foi com o propósito de seduzir Dom Juan a embarcar nessa jornada que Castañeda descobriu onde o índio morava e passou a visitá-lo com frequência. No início, a disposição de Castañeda nos encontros com Dom Juan era, principalmente, a de observador antropológico. No entanto, frente a seu insucesso em convencer Dom Juan a expor-lhe seus conhecimentos, Castañeda deixou sua pesquisa científica um tanto adormecida e os dois acabaram por tornarem-se amigos. Sucedeu que, após um ano de encontros, Dom Juan escolhera Castañeda para ser seu aprendiz sob a condição de que este deveria se comprometer com o treinamento.

No desenrolar de seu longo e intenso processo como aprendiz, Castañeda percebeu que não se tratava somente de recolher informações de seu mestre, ou de encontrar respostas para sua investigação. Castañeda compreendeu que sua experiência era a de vivenciar de maneira pragmática e experimental o ensinamento de um modo de estar na vida. Essa experiência tão radical fez com que ele chegasse à conclusão de que os termos dos quais dispunha para explicá-la tornavam-se forçosamente insuficientes, uma vez que concerniam estritamente ao modo com que ele compreendia o mundo. De maneira a experimentar os conhecimentos de seu mestre foi preciso que Castañeda tomasse-os junto com a perspectiva que lhes era imanente. Portanto, a fim de seguir com sua aprendizagem, Castañeda passou a considerar os conhecimentos de Dom Juan

³ O relato dessa experiência encontra-se na obra “A erva-do-diabo” de Carlos Castañeda.

sem submetê-los às regularidades operacionais de seu prévio sistema de categorias.

O aprendizado sobre as ervas requisitava o aprendizado sobre um outro modo de estar no mundo, sobre um outro modo de construir mundo. O que custa a Castañeda perceber é que as perguntas feitas a seu mestre não encontram respostas, pois não são pertinentes a Dom Juan, uma vez que o modo com o qual cada um deles compreende e experimenta o mundo é diferente. Não é o caso de pensar que eles discordavam em alguns pontos, nem que vislumbravam diferentes respostas às questões, tampouco o que se passava ali eram mal-entendidos. Ora, não era divergência de respostas, se tratava de divergência de problemas. A relação entre Dom Juan e Castañeda põe em cheque o entendimento de que os problemas com os quais lidam as sociedades são os mesmos, de forma que aquilo que acabaria por variar seriam os modos de enfrentá-los.

No processo de aprendizagem de Castañeda vemos emergir a questão de determinar os problemas que cada sociedade coloca para si e não, a partir dos mesmos problemas, buscar as diferentes respostas. Tanto pior para um antropólogo, ou qualquer outro pesquisador, que esperava experimentar substâncias alucinógenas e descrever tais vivências somente a partir dos instrumentos e mecanismos que já possuía. Lançar-se à experimentação dos alucinógenos foi para Castañeda lançar-se também à experimentação de outra forma de estar no mundo, de encontrar-se com a expressão de outro mundo possível. Nesse sentido, o encontro com o outro é o encontro com *outrem* enquanto a expressão de um mundo possível, “um possível que existe realmente, mas que não existe atualmente fora de sua expressão em *outrem*” (VIVEIROS DE CASTRO, 2002, p. 118).

Defrontar-se com outros mundos possíveis no encontro com *outrem* exige que não tomemos o outro como objeto sobre o qual nos debruçamos em um movimento neutro e asséptico. A pesquisa-experimentação de Castañeda acontece no encontro que se dá no entre, como um entre-mundos, não ora em um mundo, ora no outro, mas justamente no entre, na relação e enquanto relação. Se nossa aproximação do problema não implica em tratá-lo como algo dado, onde bastaria recolher informações para confirmar os moldes sob os quais se efetua, torna-se necessário que os caminhos da pesquisa sejam permeáveis às demandas surgidas na relação com o problema. Isso quer dizer que os caminhos da pesquisa se configuram no próprio caminhar.

Nesse sentido a experimentação de Castañeda inspira nosso trabalho, pois se trata de experimentar um caminho cuja formação se dá no próprio caminhar. Nesse caminhar é aguçada a sensibilidade para os encontros que expressam diferentes sentidos e mundos possíveis. É bem-vindo no caminhar aquilo que movimenta nosso problema, que anima nossas passadas sem ter que, necessariamente, ser traduzido e interpretado através da grade de inteligibilidade da ciência hegemônica. A pesquisa convoca a sensibilidade do corpo para incrementar os encontros. O olho torto segue curioso em sua busca por multiplicar as narrativas tendo como critério para as escolhas a possibilidade de criar com elas, as narrativas, composições que ofereçam passagem às questões que se colocam.

No inverno de 1963, ao ouvir Dom Juan contar sobre sua difícil incursão no uso da erva-do-diabo, Castañeda pergunta-lhe se haveria alguma forma de se evitar o sofrimento. Dom Juan diz-lhe que a forma seria questionar-se o “modo de agarrar as coisas” (CASTAÑEDA, 1985, p.114), pois não há uma só maneira de se relacionar com as coisas, de forma que as escolhas merecem a certa altura uma análise de suas implicações. O conselho de Dom Juan é para que Castañeda considere com rigor cada caminho e que os experimente a todos, se assim julgar necessário. Para adquirir a clareza de saber se deve permanecer ou não em um caminho, é preciso colocar-se a seguinte pergunta:

Esse caminho tem coração? Se tiver, o caminho é bom; se não tiver, não presta. Ambos os caminhos não conduzem a parte alguma; mas um tem coração e o outro não. Um torna a viagem alegre; enquanto você o seguir, será um com ele. O outro o fará maldizer sua vida. Um o torna forte; o outro o enfraquece (CASTAÑEDA, 1985, p.115).

A lição que Dom Juan só pôde compreender quando velho, pois, segundo ele, a ansiedade de sua juventude esvaziava o conselho de sentido, inspira-nos a pensar os caminhos de nossa pesquisa. Os modos com que nos aproximamos do problema, os instrumentos, as ferramentas metodológicas que convocamos constituem um entre infinitudes de caminhos. Caminhos que levam a lugar nenhum, que se interessam justamente pelo próprio caminhar e nos interessam pela possibilidade de acolher um coração. Caminhos que importam enquanto fortalecem a vida.

Investimos em uma pesquisa que se faz como experimentação de caminhos contra certezas de procedimentos metodológicos e garantias de

resultados. À medida que convidamos a compor a pesquisa diferentes vozes, as questões de método podem ganhar novos contornos já que o encontro com o outro não se restringe a confirmar hipóteses, mas a movimentar o campo problemático e, inclusive, reposicioná-lo. Uma vez atentos ao campo de forças do conceito de saúde na Saúde Coletiva, observamos que as condições para a análise são as que nos permitirão extrair as linhas de atualização das visibilidades e das dizibilidades, ou seja, o que a noção de saúde faz ver e faz dizer (DELEUZE, 1988). A dimensão do tateio na pesquisa acompanha todo o caminhar ao qual nos propomos, norteando o modo como nos dispomos no encontro com o material que será analisado e com os aliados teóricos.

As condições de possibilidade para a pesquisa são criadas com o acionamento de uma maquinaria capaz de imprimir a acuidade e o dinamismo necessários a nossos objetivos. Ao considerar as rupturas, as discontinuidades e as reatualizações do conceito de saúde nos cabe analisar as singularidades marcadas nas inflexões do discurso, pois sendo este via de manifestação, ou ocultamento do desejo, ao mesmo tempo em que é também objeto de desejo, “não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo por que, pelo que se luta, o poder do qual nos queremos apoderar” (FOUCAULT, 1996, p. 10).

Pensamos a noção de discurso como uma prática que coloca em funcionamento relações de poder. Sendo o discurso “o espaço onde diversos objetos se perfilam e continuamente se transformam” (FOUCAULT, 1997, p.37), é preciso que nosso desenho de estudo seja sensível aos cortes da formação discursiva. Na relação entre os materiais do *corpus* da pesquisa, importa extrair o imbricado entre o discursivo e o não-discursivo, a maneira como a regularidade daquilo que se pode falar e se pode ver necessariamente desenvolve-se.

Nossa análise do campo discursivo acionado pelo conceito de saúde não busca o segredo essencial da saúde, interessa-se, sim, em compreender o que esse discurso quer fazer passar no jogo de relações de poder a partir do qual emerge. Ao convocar a Saúde Coletiva em sua tripla configuração enquanto campo de conhecimento, institucional e de práticas, convocamos também o movimento no qual ela emergiu, a reforma sanitária, acreditando enriquecer nossa pesquisa uma vez que este campo investe na convivência de espaços diversos entre si, promovendo contaminação entre as disciplinas e lançando outros regimes de relação entre conceitos, práticas e teorias ao tensionar e arrastar seus limites.

Quando propomos lidar com a circulação de um determinado conceito em um campo científico, enfrentamos a própria sistematização do discurso das ciências, em sua lógica predominante, configurado de modo a postar-se como o guardião da verdade. O mesmo movimento passa-se com o conceito de saúde quando investido de cientificidade. Incorporar a saúde ao discurso científico como seu objeto legítimo é questão que importa à nossa análise, porém não corresponde aos nossos objetivos. A proposição de um conceito de saúde afixado ou de um consenso entre as diferentes noções aventadas não será preocupação de nossa pesquisa, pois, inspirados pelo caminho ofertado por nossos aliados, vislumbramos a produção de uma ideia de saúde como produção também de um campo problemático, de modo que se trata mais de entender o que é colocado em jogo a partir da definição de saúde do que buscar a saúde essencial.

Compreender as ligações construídas entre saúde e ciência faz parte dos objetivos dessa empreitada na medida em que a saúde parece ter conquistado maior espaço e relevância no discurso científico na contemporaneidade. Nas próximas seções abordaremos com mais retidão esse ponto que, por ora, se presta a marcar o posicionamento e os objetivos da pesquisa. Debruçar-se sobre o debate da saúde na perspectiva da história genealógica é deixar a busca por uma ideia natural a fim de perceber a luta entre as próprias ideias. Apostamos que, em nossa caminhada, os encontros a surgir oferecerão mais elementos para enfrentar a aproximação entre saúde e ciência.

Além da proposta de fazer histórico, Nietzsche intervém em nossa pesquisa também com seu conceito de *grande saúde*, cujo foco recai sobre os embates que o corpo toma para si com vistas a potencializar a vida. Para Nietzsche, portar saúde não significa alcançar um estado no qual estaríamos livre de qualquer enfermidade, pelo contrário, pois cultivar uma grande saúde exige acolher também o sofrimento e a doença na medida em que estes se colocam como condição da dinâmica fundamental da vida. A multiplicidade de saúdes possíveis é afirmada por Nietzsche em sua relação com a vida de forma que uma mesma pessoa comporta diferentes saúdes ao longo de sua existência, fazendo variar aquilo que a enfraquece, assim como aquilo que a torna sadia.

Assim, a grande saúde como habilidade de inventar e portar passageiros valores e saúdes em constante mudança nos dá condição de pensar a imbricada trama entre ideal de homem e definição de saúde, ou seja, que homem quer que saúde? Ou ainda: que homem quer que vida? O modo como Nietzsche propõe

que enfrentemos a questão da saúde, qual seja, como afirmação da vida enquanto movimento, confronto e ação, nos chega como um dos intercessores da pesquisa. Por intercessor, entendemos a partir de Deleuze (1992), aquilo que nos interpela, forçando-nos a pensar e a deixar a imobilidade.

A ideia de Nietzsche sobre a multiplicidade da saúde chama a atenção para o campo de forças atuante na determinação do conceito que se presta a certos interesses exteriores às pessoas. Ou seja, se há inúmeras saúdes possíveis, o ato de definir uma única a ser perseguida por toda a gente, diz sobre uma tentativa de interceptar o movimento fluido próprio da vida. Dessa forma, a grande saúde vem à pesquisa como tensionamento e como força de movimento dando visibilidade ao jogo que as ideias de saúde promovem.

Diante de tais posicionamentos, a presença de Nietzsche na pesquisa vem fomentar a pluralidade da saúde, multiplicando os discursos e conduzindo o trabalho de forma a que esse encontre com os diversos sentidos de saúde e suas relações com o campo de forças no qual emergiu a Saúde Coletiva.

A fim de operacionalizar a análise, incorporamos a estratégia da pesquisa bibliográfica das formações discursivas que giram em torno do conceito de saúde na constituição da Saúde Coletiva. Acreditamos que esse campo não está dado, e não é pré-existente ao encontro com a pesquisa; ele é colocado aqui como campo móvel, inacabado, entrelaçado por muitas linhas e problemas, que se constitui junto com a própria experiência de pesquisa.

Assim sendo, primeiramente, tratamos de buscar a história da Saúde Coletiva para entrar em contato com as produções reconhecidas como bases importantes para a fundação do campo e, dentre elas, eleger aquelas que viriam a compor nosso material de análise. Essa incursão nos levou à necessidade de aprofundamento no nascimento da Saúde Coletiva para compreender o cenário onde as publicações foram construídas e divulgadas, assim como para nos aproximarmos do campo no qual estamos inseridos. Foi em meio aos acontecimentos da década de 1970, especialmente em relação às bandeiras do movimento pela reforma sanitária, que nos deparamos com as críticas à Saúde Pública, fazendo com que nosso caminho passasse pela relação entre os dois campos. Ora, o estudo sobre o debate do conceito de saúde trouxe logo de início a problematização de dois termos que acompanham esse conceito – pública e coletiva - e a partir do qual se articulam em campos distintos. Descobrimos aí, inclusive, que essa distinção configura em si mesma um embate, pois há quem lute pela singularidade da Saúde Coletiva e há aqueles para os

quais os termos não constituem campos distintos, limitando-se a serem sinônimos.

Também frente à história da Saúde Coletiva, estabelecemos um recorte cronológico para sistematizar a busca por material bibliográfico, assim como a análise. Uma vez que a reforma sanitária passa a atuar como movimento organizado nos anos de 1970 e, no fim dessa mesma década institucionaliza-se o campo da Saúde Coletiva, tem-se uma faixa temporal que se tornou referência não só para o campo, mas também para toda a área da saúde no Brasil. Logo, fixamos a década de 1970 como o corte que servirá à filtragem da produção a compor o material de estudo.

Após nos situarmos na constituição do campo e na posição que ele assume na área da saúde, nos encontramos com as produções que contribuíram para seu nascimento. Desde dissertações e teses, a artigos e livros, mergulhamos no material bibliográfico incitados pelo problema da pesquisa e já impregnados pela trajetória histórica da Saúde Coletiva que acompanhamos. Três obras que se constituíram como marcos referenciais para a Saúde Coletiva foram eleitas para análise, quais sejam: *O dilema preventivista*, de Sergio Arouca; *Saúde e sociedade*, de Maria Cecília Donnangelo; *As instituições médicas do Brasil*, de Madel Luz. Outras obras identificadas como bases teóricas para a formalização do campo também foram encontradas e a justificativa para a escolha das acima citadas encontra-se na seção *Mapas da saúde*.

Na proposta inicial de pesquisa constava o estudo da produção documental contemporânea ao surgimento da Saúde Coletiva. Uma vez que entendemos a emergência do campo como um projeto para a construção de uma nova dimensão de práticas e saberes orientada para pensar a saúde de forma ampliada, pareceu importante buscar atas e cartas de conferências; legislação como Constituição e portarias; e normatização de instituições como Abrasco e Cebes. No período que investigamos, novas instituições ganharam forma, assim como veículos de divulgação científica e reformas no sistema de saúde. Os encontros científicos e os movimentos sociais agitaram-se de modo a fazer tamanho fluxo jorrar publicações relativas à área da saúde desde os diversos posicionamentos assumidos pelos diferentes atores.

No entanto, ao buscar pelos documentos, topamos com diversos obstáculos para conseguir acessá-los. Recorremos a bibliotecas, às instituições, a acervos *online* e, no entanto, não tivemos sucesso algum. Curioso perceber a indisponibilidade desse material quando, ao procurarmos sobre a história da

Saúde Pública encontramos um grande volume de dados para acesso livre e irrestrito através da *internet*, tais como revistas de variedades que circulavam nos primeiros anos do século passado, a exemplo de *Kósmos*, *Eléctron*, *Fon-Fon*; e relatos de encontros como o do *I Congresso universal de raças* em 1911 e do *I Congresso de eugenia* em 1929.

Diante das tentativas frustradas de reunir os documentos da forma como pretendia a proposta inicial e da urgência dos prazos a bater em nossa porta, voltamos à história da Saúde Coletiva para encontrar novas possibilidades. Ao atentar para a própria conjuntura de constituição do campo, a revista *Saúde em debate* do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes) emergiu como potencial fonte, ofertando diferentes tipos de conteúdo como, por exemplo, artigos, notas, cartas. A revista não somente desempenhou papel fundamental na articulação da reforma sanitária e da Saúde Coletiva, como foi ela mesma efeito desse movimento, uma vez que o Cebes foi constituído no ano de 1976, a partir do coletivo de médicos sanitaristas recém-formados em São Paulo.

Disponível para acesso livre e *download* gratuito na *internet*, o acervo da revista conta com todos seus exemplares, desde o primeiro, datando de 1976, até as edições atuais, visto que a revista segue em circulação. A revista foi um importante instrumento de divulgação de ideias e críticas na reforma sanitária, reunindo diagnósticos da situação de saúde, e mesmo do contexto social e político do país. Além de reflexões e contribuições teóricas, a revista veiculou propostas sistematizadas e diretas de políticas públicas concernindo a modelos assistenciais, formação de pessoal especializado e regulamentação das profissões da saúde.

Portanto, incorporar à pesquisa as produções contidas na revista *Saúde em debate* constitui-se como um ganho devido a sua implicação com a história da Saúde Coletiva. A fim de reunir artigos científicos que abordassem o conceito de saúde em sua análise, estudamos uma coletânea da revista lançada pelo Cebes em 2008 sob a organização de Sônia Fleury, Ligia Bahia e Paulo Amarante, intitulada *Fundamentos da reforma sanitária*. A edição especial reúne 40 textos sob variados títulos e produzidos por diversas pessoas com o propósito de relançar artigos que se tornaram referência no campo da Saúde Coletiva logo a partir de sua divulgação, nos primeiros números da revista do Cebes, de 1976 a 1988. Dividida em função de três grandes dossiês, optamos por nos limitar à análise do primeiro da coletânea, chamado *A construção do campo de*

conhecimento da saúde coletiva, pois é justamente nessa construção que nos interessa pinçar o debate sobre o conceito de saúde.

Ademais dos artigos publicados na edição comemorativa de *Saúde em debate*, percorremos o primeiro ano de circulação da revista com dedicação exclusiva às seções de comunicados. Em seu início, a revista trazia uma grande sorte de notas que não unicamente aquelas das produções acadêmicas. Tratava-se de divulgação de eventos, relatos de acontecimentos, cartas de associados, editoriais, entre outros textos, semeados por toda a extensão da revista, versando sobre o que se interessava dizer a respeito da área da saúde no Brasil. Conectar-se com esse fluxo serve à pesquisa na medida em que esse material carrega as forças com as quais se construiu, contando sobre o que se dava a ver e o que se dava a dizer na conjuntura de onde foi possível construir um novo campo de saberes e práticas. O mesmo foco recai sobre as notas, procurando a trama armada em torno do conceito de saúde.

Os investimentos através dos quais se estabeleceram instituições educacionais, assistenciais e científicas disputaram por espaço e por hegemonia na arena política da saúde. Analisar tal entrecruzamento de forças nos dá pistas sobre os poderes que constituem uma ideia de homem ora comportada em uma definição de saúde. Dessa forma, as notícias que os documentos nos trazem do campo de forças da saúde podem incrementar nossa conversa, pois atualizam o debate sobre saúde especialmente em seu viés político.

No tocante à faixa temporal da pesquisa, o ano de 1970 apresenta-se como possibilidade interessante frente a seu marco como início da década na qual se instituirão mudanças, como a organização do movimento da reforma sanitária, vinculadas à nova configuração política e à movimentação social animadas pelas transformações no âmbito acadêmico e na área profissional. As transformações das leis sanitárias, a discussão do modelo de assistência à saúde e os primeiros passos da Saúde Coletiva desde sua formalização estão contemplados em nosso recorte.

Abrimos para uma época em que uma série de eventos marca a transformação dos paradigmas socioeconômicos e políticos e mantemo-nos receptivos nesta pesquisa até os dias de hoje, pois entendemos que a pertinência da questão das condições de constituição do campo da Saúde Coletiva se faz presente. Para esta pesquisa, não pretendemos abarcar e percorrer toda a produção da saúde nos 10 anos assinalados, inclusive no que diz respeito à produção estrangeira - uma vez que entendemos que esta aparece atualizada nos

trabalhos nacionais. As linhas que encontramos ao montar o diagrama apontam para direções inesperadas, insuspeitadas que se dão a ver conforme o desenho provisório do debate, conforme o desenrolar do combate que enfrentamos.

Nossa relação com a Saúde Coletiva é uma aposta na possibilidade deste campo de animar o debate sobre o conceito de saúde, dando-lhe mais combustível, inclusive para que em um momento de maior ousadia, o campo possa ocupar-se não só da problemática da definição de saúde, mas também da discussão das consequências práticas de uma proposta conceitual. Convidamos o campo a analisar o que está em jogo na luta das memórias contra os efeitos de poder e de saber do discurso científico que o atravessa para compreender que saberes históricos têm sido sujeitados e o que isso produz por efeito. No escopo de nossa investigação, enfrentaremos essa luta de memórias a partir da definição de saúde como foi discutida na constituição da Saúde Coletiva e dos problemas que ela necessariamente aciona em seu campo de imanência.

As memórias de combate trazem muito daquilo que passou por não ser contemplado na escrita da história dos acontecimentos, no entanto são repletas das miudezas que dão condição de possibilidade para que os acontecimentos se realizem. A inspiração da genealogia nos leva a considerar o material bibliográfico como oportunidade de ativar o saber histórico das memórias locais enquanto expressão de mundos possíveis que enriquecem a experimentação na produção de conhecimento. Nossa aposta em congregar as diversas formações discursivas fiou-se em incrementar, para esta investigação, a análise do jogo de forças acionado no debate sobre o conceito de saúde.

O objetivo almejado foi, a partir dos encontros, investigar e estabelecer relações entre os acontecimentos e mesmo multiplicá-los na medida em que convidamos mais vozes para construir a história. As estratégias de método multiplicam as conversas, os encontros, considerando as memórias locais e o discurso científico no plano onde se atravessam e de onde podem contar sobre os poderes relacionados às práticas – discursivas e não-discursivas – de saúde. A produção de conhecimento se quer fazer nesse burburinho, acionando vozes que portam as possibilidades do mundo que ao mesmo tempo integram e constroem.

O olhar da pesquisadora que já se entortou nas páginas inaugurais deste trabalho pôde topar em suas primeiras visadas com a oferta de Dom Juan. Sendo assim, o enviesamento do olhar percorre, a partir de então, um caminho aberto aos eventuais encontros que surgirem conforme damos novas passadas. A disposição dos olhos de Alexandre permite-lhe que, com o olho direito, o matuto

admire aqueles ao seu redor, ao passo que com o esquerdo - o torto - ele lança-se a figuras marginais e até, por vezes, enevoadas. É com essa disposição que assumimos compromisso frente à pesquisa que toma forma, conformando nossa posição política em relação à metodologia construída, assim como ao enfrentamento do tema proposto. O ser pesquisadora tomado por tais influências torna-se capaz de construir um corpo sensível às miudezas dos distintos sentidos adotados por saúde no nascimento da Saúde Coletiva. Por conta dessa heterogeneidade, faz-se fundamental a aproximação de companhias como Alexandre, Dom Juan, Foucault, Nietzsche e outras que ainda virão, justamente por sua disposição como parcerias de trabalho.

O PÚBLICO E O COLETIVO

Aprendemos com a gramática que um adjetivo presta-se a caracterizar um substantivo, atribuindo-lhe qualidades que, a depender de suas especificidades e usos, pode conduzir a uma extensa variedade de sentidos. Seria talvez ingenuidade tomar os valores conferidos a uma coisa ou a alguém por algo sem importância. Os adjetivos ao valorarem um substantivo agregam-lhe história, traçam relações e nuances de proximidades e intensidades.

Eis à nossa frente um homem perto dos cinquenta anos de idade, “provinciano, capitalista, inteligente, não sem instrução, e, ao que parece, astuto e cáustico” (MACHADO DE ASSIS, 2006, p. 135) a contar aos seus companheiros um episódio vivido em sua juventude. Conversam em uma casa de “sala pequena, alumiada a velas, cuja luz fundia-se misteriosamente com o luar que vinha de fora” (MACHADO DE ASSIS, 2006, p. 135). A tia escravocrata, a profissão de alferes são outros dos elementos do conto de Machado de Assis que nos levam a passear pelo Rio de Janeiro oitocentista. Ao oferecer o caso d’O Espelho a nós leitores, Machado de Assis desfia seu enredo pontuando o cenário, os personagens e os objetos com as qualidades que fazem por construir o quadro do conto.

Consideramos que, assim como no contar machadiano e de tantos outros literatos, também no contar técnico e acadêmico os adjetivos dão distintos matizes às coisas as quais se colam. É como se fossem pistas, rastros, sinais dos caminhos que as coisas percorrem, das companhias próximas, das lutas afins. Em nosso caso, os adjetivos em questão designam diferentes campos de diferentes histórias entre si. Referimo-nos aos termos Saúde Pública e Saúde Coletiva no contexto nacional. Dessa forma, cabe nesse momento analisar – ainda que brevemente – a distinção entre os valores de uma saúde chamada pública e de uma outra chamada coletiva. Que companhia esses adjetivos oferecem à saúde?

Na seara em que por ora nos embrenhamos da diferença entre Saúde Pública e Saúde Coletiva vale registrar um interesse nosso específico de compreender o cenário em que a Saúde Coletiva emerge no Brasil. Mais relevante esse ponto ainda parece na medida em que o nascimento da Saúde Coletiva, configurado como uma experiência singular do país, foi alimentado também por movimentos vinculados à Saúde Pública. No entanto, a aventura à

qual nos dispomos guarda também uma peculiaridade que é a das múltiplas concepções da relação entre esses dois campos. Saúde coletiva é compreendida de variadas formas, assim como sua vinculação com a Saúde Pública e compreender a complexa relação entre os dois campos é essencial para que possamos percorrer o terreno da Saúde Coletiva e nele dispor a discussão sobre saúde.

A propósito de gramática, a dos descritores em ciências da saúde (DeCS) segue regimento mais ou menos próprio e independente do esquema léxico do português brasileiro. O DeCS é um vocabulário estruturado a fim de padronizar a linguagem da produção científica na área da saúde concernindo três idiomas: inglês, português e espanhol. Foi desenvolvido pela BIREME - sigla para Biblioteca Regional de Medicina - hoje renomeada como Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, entidade da Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS)⁴.

A sede da BIREME fundada em 1967 está alocada na Universidade Federal de São Paulo na capital paulista, e de lá os pesquisadores, junto a outras instituições internacionais de pesquisa, responsáveis pela manutenção e atualização do índice de descritores, contabilizam um vocabulário com mais de 30 mil itens. O acervo DeCS foi construído a partir do vocabulário da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos da América, mais conhecido como MeSH (Medical Subject Headings), do qual foram incorporados 27.232 termos – outros 4633 são de propriedade do DeCS.

Os descritores têm ocupado um espaço de importância na área da saúde, pois balizam a pesquisa nas bases de dados existentes e a publicação nos periódicos indexados (PELLIZZON, 2004; CANELLA, SILVA, JAIME, 2013; LEITE & HUGUENIN, 2005). Nos portais de acesso à literatura científica, tais como Scielo, Lilacs, etc., os descritores – ou palavras-chave – figuram à frente da página principal anunciando sua ação na filtragem do material a ser pesquisado. Entendido como meio de acesso à produção científica, o uso dos descritores merece atenção, pois em certa medida traça filiações a disciplinas e pode viabilizar o contato ou, ao contrário, criar barreiras para acessar o material bibliográfico por sua função no processo de indexação. Veem-se os descritores

⁴ Informações disponíveis no site da BIREME, no seguinte endereço eletrônico: http://www.paho.org/bireme/index.php?option=com_content&view=article&id=37&Itemid=55&lang=pt e <http://decs.bvs.br/P/decsweb2014.htm>.

como passagem necessária para o encontro com a produção científica. Além disso, vale dizer que se impõem como pré-requisito também na produção dos textos, uma vez que as revistas científicas exigem-nos quando da submissão de material para publicação.

Como todo vocabulário, o DeCS propõe um sistema hierárquico de significados, estabelece afinidades entre termos e, especificamente, traça referências a campos disciplinares. No que diz respeito ao papel de rótulo e filtro dos descritores em saúde, deparamos com dificuldades ao fazer questão de usar o termo “Saúde Coletiva”. Segundo a atual edição, Saúde Coletiva é um sinônimo em português para Saúde Pública. Não há um descritor exato com o termo, sendo necessário para o pesquisador referenciar-se a Saúde Pública e seu significado: “ramo da medicina voltado para a prevenção e o controle de doenças e deficiências, e para a promoção da saúde física e mental da população tanto nos níveis internacional e nacional, como no estadual ou municipal” (DECS, 2014). Ora, se o vocabulário referencia para a área da saúde não percebe distinção entre Saúde Pública e Saúde Coletiva, temos aí um presságio do que essa discussão guarda consigo.

A sinonímia proposta pelo DeCS entre Saúde Pública e Saúde Coletiva não só ignora a distinção entre os campos, como também a história de cada um deles. Além disso, é de se notar a subordinação de tanto um como o outro – já que sinônimos - a existir enquanto um braço pertencente à medicina. Sobre isso, voltemos à contextualização do DeCS: a Biblioteca Regional de Medicina com sede na antiga Escola Paulista de Medicina em São Paulo é a instituição responsável pela construção e atualização do DeCS e, para tanto, buscou na Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos a base de seus verbetes.

Para melhor compreender a subordinação da Saúde Pública e da Saúde Coletiva à medicina no horizonte dos descritores, seria necessário um aprofundamento na história do DeCS, mas em nosso breve sobrevoo observamos que a vinculação institucional e técnica à medicina dispõe os parâmetros para o aglomerado das ciências da saúde. Ou seja, um vocabulário produzido dentro da biblioteca médica apresenta-se como correspondente do conjunto das ciências ligadas à saúde, definindo conceitos, procedimentos e campos a serem assimilados pelas mais variadas disciplinas e divulgados através de todo o material a ser publicado nas revistas científicas.

No caso da questão aqui observada, o discurso colocado em circulação opera uma indiferenciação entre Saúde Pública e Saúde Coletiva fazendo com

que as expressões misturem-se sob a mesma função: constituir um ramo da medicina. Tampouco a supressão das distintas histórias dos campos passa despercebida, pois ao ser acoplada à medicina nos termos designados, a Saúde Pública adquire aspecto natural e desliga-se da constituição política e social das condições nas quais é desenvolvida.

Os custos para as ciências da saúde de ter como baliza um dicionário construído a partir das bases médicas não podem ser dimensionados no corpo de nossa pesquisa. Entretanto, tal configuração não deve ser menosprezada em função da relevância que os descritores em saúde têm ganhado no meio científico e de pesquisa. Essa dissonância não nos aparece como um simples percalço no caminho, mas sim como uma das muitas marcas da luta contínua que se dá nos limiares disciplinares. As disputas são caras a essa pesquisa, pois acreditamos residir nelas o jogo de forças que vem conformando a área da saúde em suas especificidades.

Há uma política sendo produzida no momento em que se significa Saúde Coletiva enquanto sinônimo de Saúde Pública no âmbito dos descritores e os interesses aos quais ela responde colocam para funcionar a hierarquização entre os saberes, onde as áreas correlatas à saúde orbitariam a medicina. Faz-se necessário notar que não se trata de um simples erro, um equívoco, e sim de um grave enviesamento do tema, pois ignora a constituição histórica dos dois campos e também sufoca a interdisciplinaridade evocada pela Saúde Coletiva desde seu surgimento. Percebemos, portanto, o DeCS como mais um cenário das disputas por território na área da saúde e também como um difusor das ideias de determinado grupo.

Ora, se é para pensar em matéria de ramo, a Saúde Coletiva na qual apostamos seria pura ramagem, seria rizoma, infestada de hastes indo e vindo e colhendo o alimento que melhor lhe aprouver. Não basta ser ramo da medicina. A história da Saúde Pública e da Saúde Coletiva entremeiam-se enormemente com a medicina, de fato, e tais relações próximas merecem análise cuidadosa e meticulosa para além daquela que poderemos oferecer em nosso percurso. Entretanto, a relação da medicina com a Saúde Coletiva nos importa e estará em jogo no corpo da pesquisa e, conforme a trilha que formos percorrendo, nos caberá tomar certos posicionamentos no jogo de forças que vamos divisando.

Em março de 2014, Jairnilson Silva Paim, professor do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e pesquisador de relevância para a Saúde Coletiva, inaugurou o ano letivo de uma das mais importantes instituições

de ensino e pesquisa em saúde no país, a Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz no Rio de Janeiro. Sua palestra teve como tema justamente a distinção entre Saúde Pública e Saúde Coletiva⁵. Em sua fala, o professor indica as fortes tensões presentes nesse debate e os impasses colocados no plano político. Ao defender e apostar na marcada tendência crítica da Saúde Coletiva responsável por colocar em análise ideologias, técnicas e modelos, Paim (2014) afirma a diferença entre os dois campos uma vez que apresentam lutas, projetos, alianças e valores distintos. O professor entende que o borramento que se vem produzindo entre os dois campos merece ser investigado, pois aí ele distingue o surgimento de ações contrárias ao espírito da Saúde Coletiva, como a especialização em sub-áreas de concentração nos cursos de pós-graduação, a adequação de departamentos e disciplinas aos programas verticalizados do Ministério da Saúde e a sobreposição do termo Saúde Coletiva por Saúde Pública.

Chamamos à baila a reflexão apresentada por Paim a seguir da caracterização de Saúde Coletiva ofertada pelo DeCS para nos contextualizar em um território que vai se mostrando inconcluso, pedregoso e, principalmente, atual. Não se trata de incitar uma peleja a fim de encontrar consenso, pois nos interessa entrar em contato com a arena tal como se configura, inclusive em sua multiplicidade e discordância. A provocação de Paim, incitando à investigação, ressoa no nosso processo de pesquisa pelo convite à problematização do campo e pela pertinência da reflexão crítica como processo inestimável e condicionante da existência mesma da Saúde Coletiva.

Ainda na fala de abertura do ano letivo, Jairnilson Paim cita a recente publicação de Ligia Maria Vieira-da-Silva, professora também do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, em parceria com Patrice Pinell, membro do Centro Europeu de Sociologia e Ciência Política, na revista *Sociology of Health and Illness*, abordando o tema do nascimento da Saúde Coletiva. Sob o título de *A gênese da saúde coletiva no Brasil*⁶, os autores discutem o entrecruzamento da trajetória de vida dos fundadores do campo com as condições históricas à época. Propondo-se a um estudo histórico na perspectiva teórica de Bourdieu, o trabalho expressa seu objetivo como a contribuição na formulação de respostas para as seguintes indagações: “em que medida esta invenção brasileira [a Saúde Coletiva] corresponde a um fenômeno sócio-

⁵ Palestra disponível em vídeo online: <https://www.youtube.com/watch?v=J6Mgvi_ga3U>.

⁶ Título original: *The genesis of collective health in Brazil*. Tradução livre.

histórico específico? Seria ela somente um outro nome para a Saúde Pública institucional? Ou, ao contrário, seria ela um campo consolidado de relativa autonomia?” (VIEIRA-DA-SILVA; PINELL, 2014, p. 433)⁷.

As inquietações que movem os pesquisadores desse estudo alinham-se em certa medida com a problematização levantada por Jairnilsom Paim em sua fala na Escola Nacional de Saúde Pública também este ano. Podemos resumir em: afinal, o que é Saúde Coletiva – ou em que ela se tornou? E qual sua relação com a Saúde Pública? Logo, vê-se tratar de questões vastas e difíceis de serem esgotadas tanto em uma palestra quanto em um artigo. Tampouco esta dissertação resolverá esse problema. No entanto, na busca por alumiar esse caminho, o estudo de Ligia Vieira-da-Silva e Patrice Pinell (2014) procurou ouvir os fundadores e alinhar a costura de seus destinos com a do nascimento da Saúde Coletiva.

Através do mapeamento de divergências tanto de visões, quanto de identidades e de modos de fazer, Vieira-da-Silva e Pinell concluem que faltam elementos fortes o suficiente para caracterizar a Saúde Coletiva enquanto um campo de relativa autonomia, assim como pontuado na perspectiva de Bourdieu (VIEIRA-DA-SILVA; PINELL, 2014, p. 443). A oposição entre o apreço por questões concretas e técnicas – corrente médica tradicional - versus o apreço por investigar os problemas em sua relação com a organização da sociedade – corrente das ciências sociais - é apontada pelos autores como fator de tensão na Saúde Coletiva, fazendo com que haja rachaduras e distâncias entre os atores uma vez que acaba por contrapor técnica e política (VIEIRA-DA-SILVA; PINELL, 2014, p. 440).

Segundo os autores, a discordância entre os pontos de vista surge inclusive no que diz respeito ao entendimento do que é Saúde Coletiva. Ao entrevistar os fundadores, recolheram afirmações tanto de que a Saúde Coletiva inaugurara um novo espaço ao romper teórica e politicamente com as práticas em saúde até então, como de que a Saúde Coletiva corresponde unicamente a um novo termo para Saúde Pública institucionalizada, representando uma simples modernização desta (VIEIRA-DA-SILVA; PINELL, 2014, p. 441).

Dessa forma, os pesquisadores entendem que há uma ambivalência na identidade dos atores da Saúde Coletiva, em parte por sua origem dentro do

⁷ “To what extent did this Brazilian invention correspond to a specific socio-historical phenomenon? Is it merely a different name for institutional public health? Conversely, is it a consolidated field with relative autonomy?” (VIEIRA-DA-SILVA; PINELL, 2014, 433). Tradução livre.

campo médico fazer-se expressar nas disciplinas, metodologias e teorias que habitam a área (VIEIRA-DA-SILVA; PINELL, 2014, p. 443). A forte identidade política dos fundadores da Saúde Coletiva é vista pelos autores como razão para adentrarem os departamentos de medicina preventiva - os quais tiveram grande responsabilidade pela criação da Saúde Coletiva. Parece haver uma compreensão no estudo de que o exercício político estava contemplado no novo espaço que nascia, ao contrário do que a maioria dos outros sub-campos oferecia. Ainda segundo o texto, essa disposição política da maioria dos fundadores da Saúde Coletiva iria alimentar o conflito entre exercício político e prática técnica.

O artigo traz importantes registros sobre a movimentação de atores mais diretamente reconhecidos como responsáveis por erigir a Saúde Coletiva e o entrecruzamento dos seus passos com a criação de instituições e departamentos faz ver as tensões existentes no campo. Para os autores, a divergência entre os pontos de vista metodológicos, práticos, teóricos e políticos afasta a Saúde Coletiva de uma identidade de campo com relativa autonomia. Não sem respeitar a trilha construída por esse estudo, acreditamos que mais do que consistir no único lugar onde se pratica política, o espaço construído pelos fundadores propôs a inseparabilidade entre política e exercício da profissão.

A política, nesse caso, entendemos que não se restringe à política partidária, mas sim à política enquanto dimensão presente em todo ato que diz respeito a uma relação. Assim, não se trataria de buscar um lugar onde é possível exercer a política, mas sim buscar e/ou criar um lugar em que exercitemos uma política pela qual tenhamos afinidade. Portanto, não há contraposição entre técnica e política, pois não há técnica desprovida de política. Acreditamos que a política está por toda a parte a acompanhar as atividades humanas, ainda que sua presença não seja esclarecida ou anunciada. Dessa forma, a Saúde Coletiva não inaugura um campo aberto à política, mas sim é responsável por fazer a política habitar esse campo afirmativamente.

Torna-se pertinente, frente aos questionamentos levantados, situar nosso posicionamento. Junto a Nunes (2006) e Paim e Almeida Filho (1998), entendemos que a Saúde Coletiva constitui-se como um campo de conhecimentos e práticas. Seu aporte científico recai sobre a produção de conhecimentos a partir do entrecruzamento que promove entre diferentes áreas e disciplinas, enquanto a dimensão das práticas está ligada a uma intensa articulação de ações no que diz respeito ao setor da saúde.

A falta de univocidade na Saúde Coletiva encontrada por Vieira-da-Silva e Patrice Pinell, ao invés de conferir-lhe um caráter ambivalente de campo/espço, diz a nós da multiplicidade em que reside sua existência. Aos nossos olhos surge um campo onde os atores convivem com variadas denominações, teorias, metodologias e técnicas. E a política vaza por todas elas. Ao mesmo tempo encontram-se, no espaço da Saúde Coletiva, a atividade técnica e a problematização política, e, se fazemos questão de usar a denominação de ciência para esse espaço, há que se habitar um entendimento de ciência que comporte esse exercício, sob a pena de soterrarmos qualquer sistema de produção de conhecimento que não corresponda aos parâmetros e aos paradigmas da ciência clássica positivista.

Portanto, a nosso ver, as divergências, as oposições e os conflitos apontados na Saúde Coletiva fazem parte do jogo de forças no qual se constitui não só esse campo, como todo o campo das ciências. Se a historiografia clássica das ciências opta por apresentar uma linha cronológica coerente e coesa, cabe investigar os processos através dos quais tal unidade coerente pôde ser construída e fortalecida a ponto de emudecer os demais elementos em disputa. Não se passa outra coisa com a Saúde Coletiva, de modo que a certa altura podemos imaginar que se trata de perguntar se nos é suportável (ou interessante) legitimar como científico um campo reconhecidamente plural. O que significa questionar que racionalidades são possíveis de habitarem os fazeres científicos.

Outros estudos publicados ocupam-se de forma mais ou menos direta da fronteira entre Saúde Pública e Saúde Coletiva, revisitando a história pregressa ou trabalhando sobre a configuração contemporânea dos campos (PAIM, ALMEIDA FILHO, 2000; PAIM, ALMEIDA FILHO, 1998; CAMPOS, G. 2000; NUNES, 1994; AROUCA, 2003). Parece haver um incômodo na área da saúde no país advindo do enevoamento da fronteira entre Saúde Pública e Saúde Coletiva. Que burburinho é esse que se ergue entre pesquisadores, fundadores e integrantes da área da saúde e os faz moverem-se em busca de respostas?

Alguns oferecem problematizações e provocações, outros embrenham-se em pesquisas à procura de resposta e outros ainda, como nós, fazem da pós-graduação e da dissertação um espaço de experimentação e investigação dessa temática. Um assunto não resolvido, inconcluso, tão explicitamente recheado de disputas, tensões e desacordos inquieta e incomoda a suposta coesão da ciência tradicional. O reconhecimento da Saúde Coletiva enquanto campo e a aposta nas possibilidades que ela guarda parece requisitar-nos outra relação com o

conhecimento científico. O debate sobre as possibilidades e ofertas da Saúde Coletiva será uma aventura na qual embarcaremos mais à frente nesta pesquisa. Por ora, fiquemos com a peleja entre Saúde Coletiva e Saúde Pública e o olhar para ela como condição da própria existência do campo.

A partir da breve passagem sobre as dissonâncias colocadas, entendemos que há um jogo de forças operando entre as diferentes concepções de Saúde Coletiva e Saúde Pública e a relação de proximidade e distância que esses campos guardam entre si. O posicionamento que tomamos defende uma distinção entre os campos em termos políticos, epistemológicos e históricos. Intentaremos analisar as distintas histórias através do modo como cada uma delas foi constituindo o seu arcabouço em meio às disputas do jogo político.

De forma a nos situarmos mais claramente nesse jogo de forças procederemos, nos parágrafos a seguir, ao traçado das linhas que delineiam os campos na experiência brasileira. A distinção entre os dois campos não é o principal foco de nosso estudo, entretanto, uma análise ainda que preliminar faz-se necessária uma vez que a Saúde Coletiva nasce de um movimento interessado também na Saúde Pública e como vimos anteriormente, a fronteira entre eles é terreno acidentado e tema atual de debate.

A fim de dimensionar o problema optamos por fazer uma passagem através de dois episódios de reforma na saúde no Brasil, pois consistem em momentos nos quais os saberes e as práticas são problematizados de forma a que novas formas de ver e fazer tomem lugar. Os processos brasileiros de reforma sanitária tiveram como estopim uma situação de crise responsável por mobilizar frentes de trabalho em novas direções. Estudaremos a seguir a reforma ocorrida no início do século XX conhecida como movimento sanitário campanhista e a ocorrida entre meados dos anos 1970 e a década de 1980, chamada por Reforma Sanitária Brasileira (PAIM, 2008). Trata-se de eventos relevantes por o primeiro condensar um período de transformações científicas e de formalização tanto de medidas sanitárias quanto da própria Saúde Pública; e o segundo por abrigar o nascimento da Saúde Coletiva através do rompimento de seus fundadores com a Saúde Pública.

Quando se fala em movimentos por transformações na saúde no país é comum que se recorde com maior facilidade daquele ocorrido em fins da década de 1970, chamado de reforma sanitária, cujas conquistas mais conhecidas são a criação do Sistema Único de Saúde e o estatuto da saúde como direito de cidadania universal. No entanto, além deste mais recente e fresco em nossas

memórias, queremos recordar aquele do início do século, cujo maior expoente fora Oswaldo Cruz. Trata-se de estudar um importante marco, pois desde então as políticas de saúde ganharam nova importância no contexto das políticas públicas no Brasil alcançando o status de um bem coletivo e ocorreu a institucionalização da Saúde Pública (NUNES, 1994).

A história da Saúde Pública não pode ser tomada unicamente em função da história das políticas públicas de saúde, pois não significam a mesma coisa. Elas estão enlaçadas sobremaneira, de certo, e é justamente esse vínculo entre saúde e Estado que nos chama a atenção para investigar as reformas sanitárias ocorridas no Brasil do século passado. Pressentimos que a Saúde Coletiva em seu nascimento também toma o Estado como preocupação para si e em função disso nos caberá, mais adiante, buscar compreender em que posição ela coloca-se e quais as reverberações causadas para o debate sobre o conceito de saúde. Seguramente a história da Saúde Pública não será contemplada a contento em nossa pesquisa, no entanto é preciso tal interlúdio a fim de auscultar o burburinho da relação entre esse campo e o da Saúde Coletiva.

O CANTO DAS *PICARETAS REGENERADORAS*⁸

A crise sanitária que acometeu o Brasil na Primeira República (de 1889 a 1930) tinha como grandes desafios a peste bubônica, a varíola e a febre amarela: os grandes pesadelos advindos com a recente e crescente urbanização. O acervo de imagens e jornais que circulavam no país no início do século passado oferece um interessante passeio pelo espírito que rondava a época. Transfigurada em um esqueleto vestido de capa preta e armado com foice na mão, lá vinha a febre amarela com sede de morte.⁹ Somente no ano de 1900, foram registradas oficialmente 295 mortes por peste na cidade do Rio de Janeiro – então capital nacional (SOUZA; PIVA, 2011).

Muitos outros males assolavam a população brasileira, como a doença de Chagas, o amarelão e a malária, no entanto, não por acaso foram as epidemias dos nascentes centros urbanos que desencadearam a criação de entidades governamentais - como o Instituto Soroterápico Federal (atual Fundação Oswaldo Cruz) em 1900 - e de políticas públicas, como a campanha de vacinação obrigatória iniciada em 1904 (PONTE; FALLEIROS, 2010).

Os males da virada do século ocupavam sobremaneira os cientistas, a população, o governo e a imprensa. O tema das epidemias foi alvo intenso de pesquisas não só no Brasil, configurando-se como preocupação também no cenário internacional. Na cidade de São Paulo, entre os anos de 1902 e 1903 a preocupação com as epidemias gerou a realização de experiências com seres humanos no Hospital de Isolamento, (atual Hospital de Infectologia Emílio Ribas) destinadas a comprovar a tese do mosquito como meio de contágio da febre

⁸ Alusão ao poema de Olavo Bilac, publicado na revista *Kósmos* em 1904: “Ha poucos dias, as picaretas, entoando um hynno jubiloso, iniciaram os trabalhos da construcção da Avenida Central, pondo abaixo as primeiras casas condemnadas. Bem andou o governo, dando um character solenne e festivo á inauguração d'esses trabalhos. Nem se comprehendia que não fosse um dia de regosijo o dia em que começámos a caminhar para a rehabilitação. No aluir das paredes, no ruir das pedras, no esfarelar do barro, havia um longo gemido. Era o gemido soturno e lamentoso do Passado, do Atrazo, do Opprobio. A cidade colonial, immunda, retrogada, emperrada nas suas velhas tradiçções, estava soluçando no soluçar daqueles apodrecidos materiaes que desabavam. Mas o hymno claro das picaretas abafava esse protesto impotente. Com que alegria cantavam elas, – as picaretas regeneradoras! E como as almas dos que ali estavam comprehendiam bem o que elas diziam, no seu clamor incessante e rythmico, celebrando a victoria da hygiene, do bom gosto e da arte!” [sic] (BILAC, Olavo. As picaretas regeneradoras. *Kósmos*. n. 3, Rio de Janeiro: mar. 1904.

⁹ Cf. PEDERNEIRAS, Raul. Conferência Sinistra - diálogo entre os três grandes males que assolavam o Rio de Janeiro. In: *O Tagarela*, ago. 1904. Disponível em: <<http://www.museudavida.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=1659&sid=212>>

amarela (ALMEIDA, 2003). De caráter dúbio, com fortes elementos antiéticos, as pesquisas recrutavam pessoas pobres, notadamente estrangeiros que pouco ou nada entendiam da língua portuguesa, a fim de colocar a prova suas teorias.

Em estudo sobre o desenrolar dessas experiências, Marta de Almeida (2003) propõe um olhar que abarque as tensões e os conflitos existentes na disputa entre as correntes médicas pelo reconhecimento de discurso detentor da verdade. A proposta da pesquisadora é valiosa para os estudos da saúde, pois procura contar uma história entremeada de conturbações, na qual a ciência é vista como produção humana interessada, escapando à tentação de seguir a trilha de um discurso na historiografia das ciências que avalia e define os acontecimentos à luz da linha unidirecional do evolucionismo. É dessa proposta que compartilhamos para compreender a história da Saúde Pública brasileira.

Ao percorrer diversos acontecimentos do início do século passado, buscamos nos aproximar do cenário onde tomou lugar a Saúde Pública atentando para o diagrama entremeado de diferentes forças correspondendo a diferentes interessantes em jogo. Mais do que uma lista de nomes importantes e eventos ilustres de nossa história, a construção da pesquisa quer convidar a compor a cena as figuras que vislumbra no horizonte constituinte do complexo processo histórico de cada campo.

A nascente microbiologia colocava em cheque muitas das práticas médicas amplamente utilizadas até então, e renomados médicos da época se opunham publicamente à torrente de afirmações dos laboratórios através de artigos em periódicos e mesas em congressos. A recém-criada Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo (1895) e os encontros do Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia (iniciados em 1888) tornaram-se palcos por excelência desse debate, no qual se discutiam desde as causas até as profilaxias mais indicadas às doenças. As medidas sanitárias governamentais também passavam pela arena de discussão dos médicos e os adeptos da microbiologia “tiveram de mostrar suas habilidades políticas conjugadas às práticas científicas” (ALMEIDA, 2003, p. 128), pois não estava em jogo apenas o reconhecimento científico, mas também o reconhecimento social.

A experiência de enfrentamento em São Paulo não se restringiu ao território circunscrito pela cidade. Também no Rio de Janeiro, a capital federal, a nova corrente médica encontrou resistência e oposição tanto de cientistas, quanto da população, haja vista a célebre Revolta da Vacina ocorrida em 1904. A peleja por reconhecimento nos meios científico e social alcançou tamanho

espaço, porque ostentava como prêmio a condução das ações em Saúde Pública e a conquista de uma nova área de saber no campo da medicina. A saída vitoriosa da corrente da microbiologia mais a inserção política de alguns médicos tornaram possível a arquitetura de carreiras como a de Emílio Ribas e Oswaldo Cruz.

O modelo de enfrentamento das doenças na República Velha era fortemente baseado em ações sobre o meio, ou seja, saneamento de espaços públicos como ruas, praças, escolas, e também de moradias, estabelecimentos comerciais e fábricas. A normatização das condições de salubridade nesses termos já vinha estabelecida na cidade de São Paulo, por exemplo, desde 1894 através do decreto do Código Sanitário do Estado de São Paulo. Consta do decreto 233/1894 inclusive regulamentações acerca das habitações, figurando em capítulos específicos as habitações coletivas e as habitações das classes pobres. Beirando a virada do século, o Estado de São Paulo deixa de restringir sua política de Saúde Pública a questões de saneamento, abastecimento e vigilância de estabelecimentos e passa a incorporar a preocupação com os corpos devido à relação com a nova corrente bacteriológica da medicina (HOCHMAN, 1998a). A partir de então, o indivíduo ocupa lugar de destaque na política sanitária na medida em que tanto seu comportamento quanto seu organismo são vinculados à propagação das doenças.

A reorganização política e tecnológica da medicina em relação ao corpo repercutiu na elaboração das medidas de Saúde Pública que passaram a ocupar-se não só com o meio, mas também com o corpo enquanto elemento a desempenhar papel fundamental no processo de adoecimento. Devido a tal transformação, as ações campanhistas visavam tanto o saneamento dos espaços quanto a intervenção sobre os corpos doentes e sadios, lançando mão, inclusive, de apoio policial. Especialmente na cidade do Rio de Janeiro, a campanha higienista teve forte atuação sobre a população na medida em que foi acompanhada pelo grande plano de reforma urbana da cidade.

Em 1903, o então prefeito carioca, Francisco Pereira Passos deu início à reforma urbana que levaria seu nome, cuja inspiração vinda da reforma ocorrida em Paris, na França, pretendia mudar os ares, as linhas, o povo e a imagem do Rio de Janeiro – apelidado na época de “porto sujo” e “cidade da morte” (BIAS, 2013). Além da arquitetura urbana, o projeto governamental visou reformar costumes no perímetro urbano através da proibição de práticas, como cuspir no chão, criar porcos, ordenhar vacas na rua e desfilar no carnaval em blocos sem

autorização prévia da prefeitura (FIOCRUZ, 2003). A limpeza do então Distrito Federal consistia em abertura de grandes avenidas, modernização da zona portuária e extermínio das moradias das classes pobres na área central da cidade. O bota-abaixo – como ficou conhecido o desmonte das casas – referia-se majoritariamente ao cortiço que era

Percebido como o espaço, por excelência, do contágio das doenças e do vício, sua denúncia e condenação pelo discurso médico-higienista foram seguidas por medidas administrativas: primeiro, uma legislação proibindo a construção de novos cortiços no Rio; em seguida, uma verdadeira “guerra” que resultou na destruição do maior de todos, o “Cabeça de Porco”; e finalmente, a grande reforma urbana do prefeito Pereira Passos, entre 1902 e 1906, que se propunha a sanear e civilizar a cidade acabando com as habitações anti-sanitárias (VALLADARES, 2000, p. 07).

Vale notar que toda essa construção social da imagem das favelas toma lugar no país antes mesmo da estruturação das ciências sociais que somente a partir de 1930, em São Paulo, se institucionalizarão e farão desse tema seu campo de pesquisa e produção científica, sendo, doravante, influenciadas pelo pensamento higienista (LIMA; HOCHMAN, 2000).

A reforma urbana do Rio de Janeiro e a campanha sanitarista fazem parte do conjunto de operações do início do século que vão formatar o modo como se vê e se relaciona com a favela e com a pobreza no Brasil (VALLADARES, 2000). A imagem que traz a caricatura de Oswaldo Cruz passando um pente fino no morro da *Favela* (morro da Providência) faz alusão à varredura operada pelo corpo de funcionários da Saúde Pública nas zonas pobres a fim de implementar as medidas sanitárias¹⁰. Passar o pente fino no morro significava desalojar os moradores e destruir-lhes as casas sob o pretexto de saneamento da cidade, tendo em vista a pecha de degenerados que fora atribuída àqueles que habitavam os cortiços, casarões e barracos por serem vistos como vadios, incultos e doentes.

Nesse momento, o cortiço deixa de ter com exclusividade a preocupação de governantes, intelectuais, médicos e cientistas e passa a dividir atenção com a favela propriamente dita. O risco apresentado tanto em um caso, como no outro, não se restringe apenas ao destino da população pobre, mas também ao perigo que esta apresenta ao ameaçar a condição pretendida para a cidade como um

¹⁰ Cf. A HIGIENE vai limpar o Morro da Favela, do lado da Estrada de Ferro Central. In: *O Malbo*, Rio de Janeiro, n. 251, ano 6, 1907. Disponível em: <<http://laeti.photoshelter.com/image/I0000iShwzdt6P.8>>. Acesso em: 06 abr. 2014.

todo. Afinal, o porto sujo deveria dar espaço à cidade maravilhosa. Uma vez que o contágio e a disseminação de doenças, o atraso intelectual, a criminalidade e a violência eram elementos atribuídos todos à pobreza, a regeneração da cidade dependia da expurgação desses males. Seria, portanto, através da consolidação das práticas de saneamento e da reforma urbana que a capital federal, assim como o país, teriam mais condições de progredir e de fortalecer-se enquanto uma nação.

A construção das políticas sanitárias no período é indissociável da questão da formação e do fortalecimento da nacionalidade brasileira. Isso, pois a implantação de reformas e medidas urbanas só foi possível mediante sua articulação com o discurso higienista que conferiu não apenas o suporte técnico, mas também as bases científicas legitimadoras do processo. O entendimento de que a saúde está associada ao desenvolvimento do país fez com que as políticas públicas deste setor ganhassem reconhecimento e prioridade e que tivessem suas ações multiplicadas ao longo do território nacional de forma a abranger ao máximo a população. Desde o peso do financiamento, o envolvimento de intelectuais e políticos, até a mobilização de recursos humanos e a notoriedade conferida aos cientistas, tudo fez aumentar a importância que a área da Saúde Pública ganhava na época.

Nesse cenário, a construção da identidade nacional constituía-se como tema de preocupação comum sobre o qual intelectuais, cientistas e governantes debruçavam-se. Dizia-se que apesar de haver um país chamado Brasil, não havia um sentimento de nação, onde “o município era visto como uma ficção no Brasil, expressão de poderes econômicos locais e subordinado à lógica das oligarquias regionais” (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005, p. 31). O progresso e o desenvolvimento eram projetos prioritários e muitos atribuíam seu atraso às dificuldades apresentadas pelo clima tropical ou pela miscigenação racial. As teses de eugenia e branqueamento da população brasileira não foram escassas nesse período, porém encontraram resistência e foram mostrando-se como soluções inviáveis. Percebeu-se que era impossível cambiar o clima ou reverter a miscigenação da população, fazendo com que o projeto nação Brasil parecesse irrealizável.

A propaganda de um país em disparada rumo ao desenvolvimento fazia parte da estratégia de incentivo à imigração e da inserção do país no rol de nações em crescimento. Data de 1929 o lançamento de um filme sobre a cidade de São Paulo chamado *São Paulo: a sinfonia da metrópole* que retrata

intensamente o espírito ufanista e progressista da época. A película, um filme mudo dirigido por Adalberto Kemeny e Rudolf Rex Lustig, expressa a sinfonia em tons crescentes regida pela cidade. O convite de acompanhar a melodia urbana no decorrer de um dia de sua rotina atravessa as flutuações de tons desde o silêncio anterior à aurora, ao burburinho veloz dos motores fabris, às discussões dos homens de negócios e ao ruído obreiro dos “cyclopes suarentos” [sic] – os trabalhadores da construção civil. Segundo seu próprio anúncio, o filme revela a grandiosidade da cidade e dos próprios paulistas em um discurso ufanista que proclama o brasileiro a sentir-se orgulhoso, pois a “sinfonia grandiosa de São Paulo é a vossa própria sinfonia”¹¹.

Ao expressar a vida intensa do comércio, o vaivém do transporte em carros e bondes, o ritmo forte da labuta, o filme constrói a imagem de uma cidade que não para, moderna e progressista, apoiada em seu povo trabalhador. Algumas entidades são também louvadas na película, como o Instituto Butantan pelas pesquisas e produção de soro antiofídico e a Penitenciária do Estado pelo serviço de “regeneração moral” dos presidiários. Ao assistir o filme tem-se a impressão de que é apenas uma questão de tempo até a cidade figurar entre os grandes centros urbanos do mundo desenvolvido, de forma que não haveria outro projeto mais adequado a São Paulo e ao Brasil que não o do progresso.

À integração nacional fazia-se necessária também a consolidação da presença do Estado no território, onde residia outro desafio para a construção da nacionalidade. Administrados pelas oligarquias regionais, os municípios cuidavam dos problemas locais e mantinham-se distantes do governo federal, tornando ainda mais difícil a proposta de integração do país. A crescente preocupação governamental em constituir de fato uma república nacional implicava em levar ao conhecimento do sertanejo a existência de um poder ao qual todas as demais instâncias deveriam responder. Através da campanha pelo saneamento dos sertões, a chegada das políticas públicas nos rincões do país tornou-se uma realidade possível (HOCHMAN, 1998b). Ou seja, junto consigo, as equipes de saúde carregavam a bandeira do Estado introduzindo nos territórios mais do que uma pontual e restrita assistência à saúde, pois lembravam às pessoas o seu pertencimento a um país e sua submissão a um governo central.

As epidemias que assolavam os centros urbanos, como a da peste bubônica que atingiu o porto de Santos em 1900, acarretaram perda de mão-de-

¹¹ SÃO PAULO, A SINFÔNIA DA METRÓPOLE. Direção: Adalberto Kemeny e Rudolf Rex Lustig. Brasil: 1929.

obra e significativa diminuição no fluxo de imigrantes para o país. As condições insalubres nas quais vivia o imigrante no Brasil são noticiadas na Itália e resultam na promulgação do Decreto Prinneti em 1902, desencorajando a população a se mudar para o país. Diante de tamanhos entraves ao projeto de desenvolvimento e crescimento da nação, os governos estaduais e federais demandam por análises de situação a fim de compreender o que se passava e traçar soluções. Aqui ganha um papel fundamental a campanha sanitária.

Como anúncio dos esforços brasileiros no enfrentamento das epidemias, entidades científicas organizaram-se contando com forte apoio governamental para expor os progressos alcançados em uma feira na Alemanha. Em 1911, na cidade de Dresden, ocorreu a *Exposição de Higiene e Demografia* na qual o Brasil construiu um pavilhão especial para exibir os avanços nas pesquisas, ações e políticas de Saúde Pública¹². Consta que no material apresentado pelo Brasil as figuras de Oswaldo Cruz e Carlos Chagas tinham especial destaque, levando as atenções para a campanha contra a febre amarela no Rio de Janeiro e em Belém por um lado, e para a caracterização da doença de Chagas por outro.

A exposição permaneceu aberta entre maio e outubro de 1911 com cerca de 5 milhões de visitantes no total, entre os quais cientistas, médicos, políticos e população em geral. Dentro do pavilhão brasileiro achavam-se exibidos retratos dos enfermos, dados sobre as epidemias, uniforme dos guardas sanitários, modelos do mosquito barbeiro, registros da atuação do Instituto Oswaldo Cruz, incluindo ações e técnicas adotadas para as medidas sanitárias, entre outras coisas. Ou seja, a exposição do Brasil esforçou-se em levar a Dresden tanto a descrição patológica das doenças e as pesquisas, como a profilaxia e a tecnologia que estavam em curso para combatê-las, mais a atuação de algumas entidades e de alguns médicos expoentes na área.

Além de textos, objetos, instrumentos, maquetes e imagens, o programa do pavilhão brasileiro era composto também por exposições diárias de filmes na sala do cinematógrafo. É valioso pensar a diferença entre duas películas exibidas na sala: uma sobre a campanha de enfrentamento de febre amarela e outra sobre a ocorrência da doença de Chagas. A primeira centra-se na execução das medidas sanitárias e na modernidade e sucesso de suas técnicas aplicadas em território urbano. Com alto investimento em sua produção, o filme traz planos

¹² Cf. O CINEMATÓGRAFO BRASILEIRO EM DRESDEN. Direção: Eduardo Thielen e Stella Oswaldo Cruz Penido. Rio de Janeiro: 2011.

engenhosos e custosos para a época, elaborando cenários a fim de demonstrar o avanço tecnológico e científico da campanha sanitária e sua propagação na cidade. O segundo filme, de produção menos vanguardista, debruça-se sobre os acometidos pelo mal de Chagas, em sua maioria crianças habitantes do interior brasileiro, e sobre o impacto da doença em seus corpos, refletindo uma imagem de atraso e abandono devido à proliferação de doenças reconhecidamente evitáveis.

A cidade civilizada, cheia de pessoas adequadamente vestidas e uniformizadas, e investida de ações campanhistas rumo ao progresso, por um lado. Ao passo que o interior surgia miserável, maltrapilho e tomado por doenças incapacitantes tornando a vida uma profunda desolação. A conectar dois universos tão distantes: a figura do médico-cientista portador do conhecimento capaz de diagnosticar e tratar os males que afligiam a população.

Nas palavras de Oswaldo Cruz, as sessões foram um sucesso estrondoso e o país ganhou uma projeção inédita no campo científico mundial¹³. Tamanho empenho em construir uma exibição internacional da campanha higienista levada a cabo no Brasil diz da importância e do interesse na projeção do país como uma nação que alcançava avanços significativos no meio médico-científico. Ademais, enquanto consequências de doenças evitáveis, os males que acometiam o povo brasileiro e arrastavam o crescimento do país à marcha ré, mostravam-se também como passíveis de intervenção e de cura - cujos meios para se efetivar achavam-se descritos na exposição como parte integrante dos progressos brasileiros. Ou seja, mostrou-se ali o mal e o remédio.

Compartilhando do mesmo paradigma, estão as campanhas pelo saneamento do interior brasileiro. Datam das primeiras décadas do século passado as expedições pelo saneamento dos sertões e a divulgação subsequente dos relatórios de viagem, com destaque para a viagem científica dos médicos Arthur Neiva e Belisário Penna, em 1912. A propagação dos diários dos médicos repercutiu sobremaneira tanto no meio intelectual e científico, quanto no meio político, fazendo surgir uma imagem do país como um grande depósito de doentes (LIMA, 2005). Vê-se delinear um cenário onde o Estado abandonara o seu povo à própria sorte e no qual este último, uma vez enfermo, não poderia com razão empenhar seu labor no crescimento da nação. O então chamado pensamento higienista expande a consciência sanitária para além dos núcleos

¹³ Cf. O CINEMATÓGRAFO BRASILEIRO EM DRESDEN, 2011.

urbanos e passa a ocupar-se também das condições de vida no interior do Brasil. A marcha para os sertões levou o movimento médico-sanitarista a mapear a distribuição de algumas doenças no território e a reconfigurar o modo com o qual se lidava com elas através da desarticulação e da desqualificação do saber popular e sua reconstituição em um discurso de base científica. A operação de reconfiguração só pôde ser tão bem sucedida por conta também de sua divulgação para além do meio médico-científico, ganhando espaço no cotidiano das cidades.

A propósito de exemplificar o teor das expedições científicas ao interior do Brasil, citamos a visita técnica de Belisário Penna e Oswaldo Cruz aos canteiros de obra da Estrada de Ferro Madeira-Mamoré em Porto Velho no ano de 1910, a fim de instaurar medidas de controle e profilaxia para a malária - principal mal que assolava a região. Além da malária, outras doenças tropicais como febre amarela e beribéri, levaram à morte contingente tão grande de trabalhadores a ponto de a construção da ferrovia ter sido interrompida e o caminho de trilho ficar conhecido pela alcunha de Estrada do Diabo. A mão de obra vinha de muitos cantos do mundo: Europa, Ásia e América Central e a distinção cultural não poupava a ninguém das febres. Em vista da escandalosa mortalidade de pessoas, Portugal, Itália e Alemanha proibiram seus cidadãos de serem empregados na construção da ferrovia (BENCHIMOL; SILVA, 2008).

A dupla de médicos e cientistas permaneceu na cidade por um mês, ao longo do qual analisaram a situação de saúde dos trabalhadores e propuseram o plano de enfrentamento para a malária onde prescreviam a ingestão diária de quinina a todos, sem exceção. A fim de fazer valer a medida, o uso da quinina foi vinculado ao pagamento dos trabalhadores e no caso de recusarem-se à tomá-la, deixariam de receber seus salários (THIELEN; SANTOS, 2002). Conta-se que um grupo desconsolado de alemães ainda no rio Amazonas, em cima da embarcação, antes de os pés baterem na terra, desistiu de compor o operariado e exigiu o retorno à terra natal (NEELEMAN; NEELEMAN, 2011). Tamanha dificuldade achava-se frequente também em outros empreendimentos Brasil adentro, colocando em cheque a economia e a pretensão da figura do país constando entre as nações desenvolvidas.

A imprensa exerceu relevante papel nas transformações do movimento sanitário. Foi através dos jornais que as autoridades governamentais fizeram circular as regulamentações das medidas sanitárias e que os médicos travaram debates acalorados em relação aos novos experimentos e paradigmas que

ascendiam. Também as expedições ao interior do país foram noticiadas: Belisário Penna iniciou em 1916 uma coluna no *Correio da Manhã* – jornal carioca distribuído entre 1901 e 1974 – na qual defenderia a campanha pelo saneamento dos sertões acabando por publicar um livro com a coletânea dos artigos¹⁴. A obra influenciou intelectuais, governantes e demais cidadãos da elite brasileira a criar a Liga Pró-Saneamento do Brasil em 1918, entidade responsável pelo fortalecimento da campanha sanitária e pela posterior criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (THIELEN; SANTOS, 2002). Jornais paulistas como *O Estado de São Paulo* e o *Correio Paulistano* também imprimiram em suas páginas debates sobre a crise sanitária (ALMEIDA, 2003).

Foi também na cidade carioca onde, em abril de 1923, nasceu a primeira rádio brasileira chamada Rádio Sociedade do Rio de Janeiro. Mantida pela Sociedade Brasileira de Ciências (atual Academia Brasileira de Ciências), teve em Edgar Roquette-Pinto – médico, antropólogo e professor - seu idealizador, diretor e maior entusiasta. Dizia Roquette-Pinto em artigo publicado no número 6 da revista *Electron* de 1926, que o rádio era elemento crucial na educação do brasileiro por fazer a informação alcançar o povo que “carece de cultura” (ROQUETTE-PINTO, 1926, p. 15). Sobre a cultura que iluminaria até mesmo a “gente analfabeta do Brasil” (ROQUETTE-PINTO, 1926, p. 16), ele se referia a programas de música clássica, notícias sobre câmbio e cotação da bolsa, cursos populares de inglês, francês, química, entre outros, e conselhos de higiene e cuidados médicos¹⁵.

A Rádio Sociedade do Rio de Janeiro custou muita labuta a Roquette-Pinto. Por meio do empréstimo de um transmissor norte-americano acomodado no alto do morro do Corcovado no Rio de Janeiro, Epiácio Pessoa – então presidente da República – pôde proferir as primeiras palavras levadas pelas ondas sonoras em 7 de setembro de 1922. Após a transmissão inaugural, Roquette-Pinto esforçou-se em persuadir a Sociedade Brasileira de Ciências a comprar o equipamento a fim de tornar possível a criação da rádio difusora para o ano seguinte. Sua intenção para com a rádio era disseminar temas culturais e científicos com vistas a contribuir na educação do povo brasileiro. Segundo ele,

¹⁴ Cf. CORREIO DA MANHÃ. *Biblioteca Nacional*. Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://hemerotecadigital.bn.br/artigos/correio-da-manha%3%A3>>. Acesso em 15 ago. 2014.

¹⁵ Cf. RÁDIO SOCIEDADE DO RIO DE JANEIRO: programação da segunda quinzena de abril. *Revista Electron*. Rio de Janeiro, ano 1, n. 6, 1926.

havia um “trabalho de desbravamento moral e intelectual” a ser realizado com a população rural para que essa aceitasse e executasse “qualquer daquelas grandes medidas indiscutivelmente úteis à grandeza do país” (ROQUETTE-PINTO, 1926, p. 16). Entre as grandes medidas úteis citadas por ele, estavam os conselhos médicos, os cuidados de higiene, a promoção de campanhas de Saúde Pública e a divulgação das medidas sanitárias.

A atuação persistente de Roquette-Pinto vincula-se ao envolvimento de diversos setores da população no movimento sanitarista e ajuda-nos a compreender o alcance da nova política sanitária brasileira. O engajamento de figuras públicas como a do diretor da Rádio Sociedade Brasileira na campanha pela transformação da realidade de saúde fortaleceu a disseminação desse discurso e as bases institucionais da Saúde Pública. Não só de médicos constituiu-se o movimento sanitarista do início do século, pelo contrário, pois conforme nos aventuramos na história da Saúde Pública, encontramos a fundamental participação de diversos segmentos da sociedade cuja colaboração significou ampliação, fortalecimento e difusão do ideário higienista.

O saneamento do país enquanto caminho para o desenvolvimento interessou ao projeto de integração nacional na medida em que propôs conduzir serviços e equipes de saúde aos recantos rurais outrora negligenciados pela gente civilizada das metrópoles. A salvação de tantos Jecas Tatu espalhados no chão brasileiro almejava a possibilidade de que esses homens, ante a presença do Estado, assumissem a identificação de sua nacionalidade, reconhecendo quem detinha o direito de governo e que, munidos de força, somassem ao corpo gerador de divisas para o país¹⁶.

¹⁶ Jeca Tatu é um personagem do escritor Monteiro Lobato e foi a representação do caipira desleixado, preguiçoso, sem desejo de progredir, pois resignava-se a trabalhar pelo suficiente para sua própria sobrevivência. Na obra *Urupês* de 1918, o retrato de Jeca Tatu correspondia ao retrato da miséria e do atraso econômico do país. Nos anos seguintes, Monteiro Lobato entra em contato com as teses dos médicos-higienistas e passa a abraçar a campanha pelo saneamento como a via para o desenvolvimento. Em *Mr. Slang e o Brasil*, publicada em 1927, Monteiro Lobato apresenta outro Jeca Tatu à sociedade. Este de agora não está mergulhado na moleza e na ignorância por falta de ambição, mas sim por estar acometido por uma doença tropical: o amarelão. O diagnóstico de que a pobreza do Jeca era, ao fim e ao cabo, consequência de seu adoecimento foi-lhe conferido por um médico que cruzava o Vale do Paraíba - terra onde o caipira vivia - e, uma vez curado o seu mal, ele pôde inserir-se na classe produtiva. Daí em diante, Jeca comprou desde um par de botinas até um caminhão, modernizou sua agricultura e viu crescer sua produção e sua riqueza, tornando-se a figura ideal do brasileiro habitante do interior. Ainda antes de ir-se embora, o médico aconselha ao caipira para que dali em diante este não deposite mais dúvidas na palavra da ciência. A partir da transição de um Jeca Tatu ocioso por ter nascido assim para um outro, enfermo porque esquecido pelo Estado, ele obteve sua redenção e passou a figurar em anúncios em prol da campanha sanitária. Um dos panfletos ilustrados com o personagem

Ainda em relação ao projeto de nacionalidade, anos antes da fundação da Rádio, em 1911, Edgar Roquette-Pinto e João Baptista de Lacerda, também médico e antropólogo, representaram o Brasil no Congresso Universal de Raças em Londres. Tal evento agrupou mais de duas mil pessoas entre cientistas, intelectuais, políticos e líderes no contexto da onda imperialista europeia do início do século XX. Na memória do Congresso escrita por João Baptista de Lacerda e publicada em 1912 constam os louvores aos “espíritos iluminados, versados nas ciências sociológica e antropológica, com uma visão de mundo mais nítida e mais ampla dos grandes destinos reservados à humanidade”, (LACERDA, 1912, p. 03) responsáveis pela promoção do encontro que logrou reunir “tipos diferentes de raças” em um dos “centros mais civilizados do mundo” (LACERDA, 1912, p. 01).

Também nas páginas iniciais da memória, Lacerda comenta sobre a atmosfera predominante ao longo dos quatro dias de encontro: “passou como opinião geral do Congresso que não há raças superiores e inferiores, sim raças adiantadas e atrasadas” (LACERDA, 1912, p. 07). Segundo Lacerda, os participantes do encontro concordaram que as diferenças entre as raças são devidas “[...] às influências do meio físico, às condições sociais sob as quais têm vivido as raças atrasadas do outro continente” (LACERDA, 1912, p. 07), residindo a solução para o infortúnio dessas raças no investimento na relação com o ocidente, pois daí adviria a indicação do “caminho da civilização e o modo pelo qual elas chegarão a realizar o ideal do progresso humano nas suas múltiplas e variadas manifestações” (LACERDA, 1912, p. 07).

As teses defendidas no Congresso Universal de Raças não por acaso mantêm estreita conexão com boa parte do ideário pertencente tanto à campanha pelo saneamento dos sertões, quanto ao projeto de integração nacional, na medida mesma em que o primeiro integrava o segundo. O desenvolvimento do país nos moldes pretendidos demandava a convocação e o

trazia a figura de sua casa antes do saneamento e os dizeres: imundície, doença, pobreza; enquanto que a figura ao lado, depois do saneamento ostentava: saúde, conforto, prosperidade. A presença do personagem em anúncios publicitários e campanhas de políticas públicas deve-se em grande parte à forte atuação política que Monteiro Lobato desempenhou a partir do momento em que encampou o projeto de saneamento do Brasil. O folheto publicitário “Jeca Tatuzinho” lançado em 1924 pelo Instituto de Medicamento Fontoura atingiu a marca de 80 milhões de exemplares distribuídos contando a história do matuto imprestável que ao tomar o tônico torna-se forte e bem-sucedido (Cf. “JECA TATUZINHO” INTEGRA-SE AO ACERVO DO MUSEU MAZZAROPI. Museu Mazzaropi. Taubaté, out. 2012. Disponível em: <<http://www.museumazzaropi.org.br/jeca-tatuzinho-integra-se-ao-acervo-do-museu-mazzaropi>>. Acesso em 20 ago. 2014.)

engajamento de todo o povo brasileiro, inclusive aquela parcela dele que até o momento passara despercebida pelas políticas públicas. Uma vez constatada a causa do atraso do país como sendo a enfermidade de seu povo, instaurar um aparato da Saúde Pública e apregoar seus novos paradigmas fez-se requisito para por em funcionamento o plano nacional-desenvolvimentista de então.

O “outro continente” no caso brasileiro referia-se a tudo o que não era centro urbano, ou ainda mais grave, referia-se já às periferias das cidades como demonstrado no célebre discurso de Afrânio Peixoto - médico, político e ensaísta – que bradava: “não nos iludamos, o *nosso sertão* começa para os lados da Avenida” (PEIXOTO, 1922 apud LIMA; HOCHMAN, 2000, p. 330). E o ocidente salvador achava-se nos grandes centros urbanos e nas promessas dos higienistas que tendo suas medidas amplamente divulgadas e aplicadas – mesmo que a pulso –, trariam a salubridade capaz de colocar os homens a serviço das engrenagens do progresso ao mesmo tempo em que colocavam suas vidas sob o controle do Estado na nação Brasil.

As influências dos centros modernos na construção da Saúde Pública nacional também foram produzidas através da íntima relação construída entre a Fundação Rockefeller dos Estados Unidos da América e a classe médica e o governo brasileiros. A inserção da Fundação no território nacional foi extensa e profunda, promovendo um padrão de assistência, ensino e política muito vinculado aos departamentos norte-americanos, responsáveis pela disseminação do modelo biomédico proposto no relatório elaborado pelo médico Abraham Flexner em 1910.

Com incisivo trabalho na área de educação e pesquisa médicas no Brasil, a Fundação Rockefeller também esteve diretamente envolvida com o desenvolvimento da Faculdade de Medicina de São Paulo, do Instituto de Higiene de São Paulo – entidade que desempenhou papel fundamental na formulação das políticas de saúde estaduais a partir de 1925 – e do Serviço Especial de Saúde Pública – agência bilateral (Brasil-EUA) criada em 1942 que gozava de forte autonomia em relação ao então Ministério da Educação e Saúde, com atuação voltada aos vales dos rios Amazonas e Doce (LIMA, et al., 2005; CAMPOS, R. 2007). Dessa forma, com a extensão de suas atividades no norte do país e sua influência na formação em medicina, a presença da Fundação Rockefeller junta-se ao fortalecimento do Estado nacional, do pensamento higienista e da corrente microbiológica no Brasil.

Portanto, a partir da crise sanitária em que os portos foram atingidos e das expedições científicas ao interior do país, foi-se construindo a ideia de que o motivo do atraso brasileiro era a doença. A imagem do sertanejo preguiçoso, amaldiçoado pela mestiçagem e pelo clima foi dando primazia à ideia de doença e abandono do Estado. Forjou-se a ideia de que o homem rural não poderia contribuir para o crescimento de seu país enquanto a enfermidade estivesse a lhe roubar a força de labor e ambição de enriquecer, assim como conforme permanesse alheio a tudo o que se passava nos grandes centros urbanos, pouco se identificaria como um legítimo cidadão brasileiro.

A figura do sertanejo delineou-se como a de um homem que tinha capacidade para trabalhar, mas para tal fim, carecia também de saúde e de informação de modo a integrar-se ao conjunto de brasileiros, sendo que essa informação deveria ser aquela propagada na metrópole. Dessa forma, a saúde passou a se constituir como importante via de saída para o projeto de construção de nacionalidade, desempenhando papel estratégico na constituição de um Estado Brasileiro e na centralização do poder deste. Através da produção da ideia de que a redenção dos sertões somente poderia ser executada pela metrópole, foi colocada para funcionar uma estratégia que consistia em difundir e implantar em toda a extensão do território nacional os saberes e práticas legitimados pela elite urbana, a despeito das singularidades das culturas locais.

O sucesso – ao menos em relação ao papel político – da campanha higienista pelo saneamento do Brasil não deve dar a impressão de ser esse um processo unânime e consensual. Ao lado da ampla penetração do movimento sanitário, outras teses corriam e concorriam por ouvintes no cenário nacional do início do século XX. Anteriormente, discutimos a diversidade de explicações para a precária situação brasileira: clima indócil, miscigenação, indolência e a primazia que a teoria da doença alcançou em relação às demais. No entanto, mesmo com o franco domínio da teoria sanitária, aqueles em comunhão de outras ideias permaneceram no esforço de levá-las adiante. Entre as teses paralelas citamos, por exemplo, o caso da eugenia onde os chamados arianistas recusavam-se a aceitar a miscigenação racial por acreditarem ser a hereditariedade de uma pessoa o fator determinante de seu destino e propunham, como saída para o futuro do país, a procriação apenas entre o que era entendido como “raça superior” e a esterilização de pessoas de “raça inferior”, entre outras ações de cunho essencialmente discriminatório.

A preocupação dos eugenistas era o que denominavam “melhoramento da raça” e sob essa bandeira discutiam quais as medidas necessárias para expurgar a degeneração que viam impregnar-se no país. Em 1929, ocorreu no Rio de Janeiro como parte da programação do centenário da Academia Nacional de Medicina o I Congresso Brasileiro de Eugenia. Nosso médico, antropólogo, entusiasta da rádio-pedagogia e então diretor do Museu Nacional, Edgar Roquette-Pinto esteve presente também na organização desse evento. Renato Kehl, médico reconhecido por sua defesa do pensamento eugenista, também participou do congresso e apresentou uma fala intitulada “A eugenia no Brasil”, na qual postulava que nenhum esforço educativo seria capaz de dar conta da regeneração do povo brasileiro, a qual dependia basicamente de uma séria política biológica a ser desenvolvida pela classe médica (GONÇALVES, 2010).

As ideias de Kehl e dos demais difusores da eugenia no Brasil conquistaram simpatizantes no meio científico, jurídico, intelectual e popular, podendo, portanto, espriarem-se de forma significativa no imaginário social (SANTOS, 2005). Há que se considerar a multiplicidade de relações entre a teoria eugênica e o pensamento sanitarista, que variava em proximidades e distâncias entre, em um extremo, a esterilização como saída para a regeneração social e, em outro, a educação e as medidas sanitárias como ações de transformação de um povo “imprestável” em um povo capaz de alinhar-se com os ideais do projeto nacionalista.

A flutuação e a interpenetração entre as correntes são tributárias da arena de disputa na qual foi configurando-se o campo da Saúde Pública entre o fim do século XIX e as primeiras décadas do século XX. Isso faz ver que a linha divisória imaginária entre as teorias são mais borradas e tortuosas do que nos conta o modo tradicional de se pensar a história das ciências. O estremecimento da naturalização da Saúde Pública e da bacteriologia são as consequências que alcançamos por convidar diferentes vozes à conversa que nos contam de arranjos sutis e complexos cujo discurso vencedor não se sobressai pela simples descoberta de algo, mas sim pelas manobras que consegue mover a seu favor. A mobilização para o primeiro encontro de eugenia dentro da Academia nacional de medicina, assim como os debates nos jornais, mostra a coexistência de teorias distintas no campo lutando por diferentes projetos de exercício profissional, estruturação da assistência e, inclusive, de organização da sociedade.

Interessa destacar o período do movimento sanitarista como o de transição de uma questão moral (preguiça, inferioridade da raça) para uma questão

classificada como biológica e científica (saúde-doença) sobre a qual o Estado se autointitula como responsável. O caso de Jeca Tatu habita justamente esse terreno, tendo em vista que sua personalidade acompanha a transformação do sujeito ignorante em cidadão civilizado, ou seja, de toda aquela gente mestiça, espalhada pelo chão do país, em povo brasileiro. É de se notar que o sertanejo, ainda assim, permaneceria com sua imagem como de alguém inferior, atrasado e ignorante em relação aos doutos senhores da capital, porém já gozaria do direito de cultivar as ambições e os sonhos oferecidos pela metrópole.

Podemos pensar que a doença nesse momento atua de forma a conjugar a massa disforme, anônima – a “ninguenzada” de Darcy Ribeiro – em um povo brasileiro ao submetê-los a uma política higienista¹⁷. A partir de então, criam-se especialidades médicas e suas respectivas disciplinas (patologistas, microbiologistas, agentes sanitários), serviços (postos de saúde) e instituições (Instituto Butantan, Instituto Soroterápico Federal, Sociedade Brasileira de Higiene) que vão conformando as bases para a estruturação e a institucionalização da Saúde Pública. Ciência, medicina e Saúde Pública tornaram-se chave central para viabilizar o projeto de integração nacional e de desenvolvimento econômico ao constituir aliança com os projetos de progresso das chamadas modernas civilizações.

Ainda em relação aos efeitos produzidos, o movimento sanitarista do início do século XX alcançou realizações importantes, como o mapeamento do interior e o conhecimento de sua realidade pelos grandes centros urbanos, a expansão da autoridade estatal no território e o fomento da infraestrutura burocrática da saúde, como a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública em 1920. A incorporação de pessoas da elite intelectual e política ao ideário higienista também é responsável pela amplitude do movimento, uma vez que esse grupo tomou para si a defesa e a disseminação das teses higienistas.

Não só os rincões do sertão, mas também as periferias das grandes cidades estavam contempladas pelas medidas sanitárias a fim de, em tempos de

¹⁷ “Ninguenzada” é um termo cunhado por Darcy Ribeiro para referir-se à miscigenação no Brasil, onde, por exemplo, o filho de um português com um índio já não é mais português, nem índio; assim como o filho de um negro com um português tampouco é puramente negro ou português. Portanto, o ninguém de Darcy Ribeiro está relacionado à impossibilidade de identificação racial nos moldes tradicionais. Sendo assim, a proposta de Darcy Ribeiro é apontar o fracasso dessa categorização, situando-se longe de referir a qualquer tipo de depreciação das pessoas. Cf. RIBEIRO, Darcy. *O povo brasileiro: evolução e o sentido do Brasil*. São Paulo: Companhia das letras, 1995; O POVO BRASILEIRO. Documentário. Direção: Isa Grinspum Ferraz. Brasil: 2000.

crescimento urbano, possibilitarem uma gestão do espaço público e um controle populacional mais adequados aos interesses em jogo. Por fim, na esfera política, “a campanha pelo saneamento expressou-se fundamentalmente na reivindicação de que o Estado brasileiro aumentasse seu poder de intervenção no campo da saúde pública” (PONTE; FALLEIROS, p. 82). O peso dessas inflexões não deve ser analisado sem levar em conta também a mudança no modo de pensar o Brasil e o povo brasileiro, questão que se infiltraria na sociedade e se faria presente nos âmbitos jurídicos, acadêmicos, sociais e políticos.

A viagem através do movimento sanitarista do início do século XX levamos a compreender as relações entre a então nascente instituição da Saúde Pública e os projetos político-sociais para o Brasil. Se a saída para a nação Brasil mostrou-se possível através da doença, foi no corpo que se investiu. No corpo enquanto organismo e no corpo enquanto comportamento, na medida em que passou a importar o que se fazia com ele, pois o corpo investido de doença reuniu os habitantes desse território sob a insígnia de povo brasileiro. E o mesmo movimento que diagnosticou o problema no espaço do corpo, apontou a solução e quem de direito para operacionalizá-la: a medicina sanitarista instalada no aparato da Saúde Pública, atuando sobre o corpo doente e o corpo da população de forma a instituir com esses elementos novas relações.

A ENGRENAGEM E A RESISTÊNCIA¹⁸

As vozes que convocamos para compor esta seção integram o campo da Saúde Coletiva. A emergência deste campo coincide com os momentos de crise e transformação da saúde no Brasil em fins dos anos 1970. O campo é gestado nessa década e consolidado nos anos de 1980 em meio a lutas sociais por democracia e por direitos, alavancado pelo fortalecimento do movimento da reforma sanitária. A seguir, propomos o delinear de alguns dos muitos elementos que vão influenciar, de forma mais ou menos direta, o nascimento da Saúde Coletiva no Brasil.

Após nossa jornada pelo movimento sanitário responsável pela formalização da Saúde Pública no Brasil no início do século XX, é chegada a hora de tomar fôlego e mergulhar na conjuntura da reforma sanitária na década de 1970, que deu possibilidade para a emergência da Saúde Coletiva. Seguimos de um diagrama a outro, embalados pelo mesmo interesse no mapeamento da história a fim de compreender as forças em jogo na área da saúde. O sentido da caminhada reside em incrementar nosso estudo sobre as disputas presentes na definição do conceito de saúde no contexto da nascente Saúde Coletiva. A aposta é de que esses mapas ofertam causas para nossa contação de histórias e, assim, ajudam a armar o terreno constituído pelo campo de forças relacionado ao conceito de saúde.

Na década de 1970, os paradigmas que alimentavam a área da saúde foram colocados em questão e o clima era de que havia na área um esgotamento tanto teórico quanto estrutural. A crise da saúde era vivida em múltiplas dimensões, pois a escassez de financiamento somava-se à falta de profissionais formados adequadamente e à avaliação de que o modelo desenvolvimentista de saúde fracassara. Tampouco o regime autoritário que vigorava no país gozava de plena aceitação popular, sendo os frustrantes resultados do milagre econômico um combustível para o movimento de oposição ao governo militar.

A ideia de que bons indicadores de saúde e melhor qualidade de vida seriam frutos do crescimento econômico deixou os defensores do milagre econômico desamparados, uma vez que ele foi acompanhado do crescimento da desigualdade social. A revisão crítica das teorias sobre o processo saúde-doença

¹⁸ Alusão aos versos “E no centro da própria engrenagem/ Inventa contra a mola que resiste” da canção *Primavera nos dentes*, do grupo Secos e molhados.

no país visou questionar, sobretudo, a elitização e a individualização das práticas médicas, a restrição de acesso e cobertura dos serviços assistenciais e a tímida consideração da dimensão social na compreensão e no enfrentamento das doenças. Pelo teor das problematizações colocadas, também a medicina foi impactada, pois ao que chamaram por crise de saúde integravam-na a técnica e a racionalidade praticadas pelos médicos.

No artigo *Introdução à crítica do setor saúde*, Sergio Arouca (1975) denuncia a baixa eficácia da assistência médica cuja tecnologia demandava alto investimento de capital já que se destinava a pequena parcela da população e tinha como efeitos a produção de dependência a instrumentos e técnicas tanto de profissionais, como de usuários. O que se convencionou a chamar por medicalização, foi alvo de preocupações em outros países latino-americanos além do Brasil. O sociólogo e médico argentino Juan Cesar Garcia publicou em 1972, estudo sobre a situação da educação médica na América Latina, cujo impacto ressoou em terras brasileiras e colaborou no mal estar em relação à formação e à atuação médicas como estavam sendo organizadas¹⁹. Por outro lado, a partir de estudos conduzidos no México, o pensador austríaco Ivan Illich lança em 1975, a contundente obra chamada *Nêmesis da Medicina* na qual o autor desenvolve críticas severas ao campo médico e sua disseminação na vida da sociedade, cujo efeito último consiste na desapropriação da saúde das pessoas pelo discurso médico²⁰.

Interessa destacar a peculiaridade do momento aí vivido, pois o continente americano assiste nos anos 70 a um aumento exponencial das faculdades de medicina e do contingente de médicos graduados, ao mesmo tempo em que põe em cheque o serviço prestado por esses profissionais (PIRES-ALVES; PAIVA, 2006). Ou seja, se por um lado a medicina estava sendo criticada e problematizada no âmbito do ensino e da prática profissional, por outro lado saltavam novos cursos alçando uma oferta inédita de quantidade de vagas no país. O crescimento no número de novas graduações e de médicos formados no período tem valor expressivo: em 1960 o contingente médico no país era de 34.792 e em 1970 passou para 58.994, sendo duplicado na década seguinte para

¹⁹ Cf. GARCÍA, Juan Cesar. *La educación médica en la América Latina*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, 1972.

²⁰ Illich, Ivan. *A expropriação da saúde*. Nêmesis da Medicina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

a marca de 137.347 médicos²¹. Vê-se que a abertura de novos cursos e vagas deu-se simultaneamente ao questionamento do papel do profissional de medicina na produção de saúde da população, levantando dúvidas sobre a capacitação dos profissionais a serem formados.

O aumento do efetivo profissional e dos cursos é contemporâneo da criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966, a partir da unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensão existentes. Sua atuação primou por investir prioritariamente na estrutura privada da assistência à saúde, financiando construção, ampliação e reforma de hospitais, e mantendo com estes, convênio para o atendimento dos trabalhadores. Os procedimentos realizados eram pagos por Unidades de Serviço, ou seja, o repasse era feito diretamente aos hospitais na medida em que estes descreviam os serviços prestados. Foi por meio da corrupção desse mecanismo que a assistência médica conheceu “seu período de maior expansão em número de leitos disponíveis, em cobertura e em volume de recursos arrecadados, além de dispor de maior orçamento de sua história” (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005, p. 61) conquistado através de financiamento com dinheiro público via INPS por serviços prestados a pacientes - fantasmas, muitas das vezes.

A conta de internações desnecessárias em 1976 na rede hospitalar conveniada com a Previdência Social chegou a estimados 600 mil casos, faturados através de verba pública por fiscais frequentemente vinculados aos donos de hospitais (MELLO, 2007). Um exemplo da política privatizante da Previdência Social reside nos fundos para a assistência psiquiátrica cuja parcela do orçamento total destinada à hospitalização era de 96%, contra 4% para serviços extra-hospitalares - dentre os quais o ambulatório - em um cenário onde constavam na relação de internos desde pessoas que nunca ao hospital tinham ido até outras já falecidas há tempos (AMARANTE, 1995).

O desequilíbrio muito falado hoje das contas da Previdência Social acompanha a história da instituição desde seu nascimento. Em rápida pesquisa pela *internet* encontramos um exemplar do Diário Oficial de São Paulo no qual consta o discurso do vereador Naylor de Oliveira denunciando desde o pagamento por leitos fantasmas e o convênio celebrado com hospitais ao financiamento de obras de grande porte como a hidrelétrica de Itaipu e o

²¹ Cf. CFM. *Demografia Médica no Brasil* - volume 1: dados gerais e descrições de desigualdades. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo / Conselho Federal de Medicina, 2011.

complexo Carajás por parte do INPS (BRASIL, 1981, p. 51). O discurso do vereador levanta o tema da corrupção fomentada através do Instituto, cujas consequências iam desde a privatização da assistência e o favorecimento de empresas particulares, até o desvio de verba dos auxílios, pensões e aposentadoria da população para obras faraônicas.

A conexão entre o empresariado e os militares esteve presente antes mesmo do período ditatorial, entretanto ganhou força particular a partir de 1964 e cresceu conforme o regime tornou-se mais severo e rígido: nos chamados “anos de chumbo” (CAMPOS, P. 2012). A aproximação entre empresários e oficiais deu-se em via de mão dupla, já que empresários ocupavam cargos de governo e oficiais eram convidados a integrar o corpo diretivo das mais importantes firmas nacionais. Essa transação tornou possível para as empresas: a facilitação de convênios, a manipulação de licitações, a flexibilização dos órgãos fiscalizadores, a concentração de capital em número controlado de empresas e a maximização de seus lucros (CAMPOS, P. 2012).

Sobre o caso dos hospitais podemos vislumbrar favorecimento duplo através do financiamento público, pois se por um lado foram os donos de hospitais privados que lucraram com os subsídios para sua construção, por outro, estavam os empreiteiros da construção civil também favorecidos com o incentivo às obras. Sob financiamento da Carteira de Comércio Exterior do Banco do Brasil (Cecex-BB), “as empresas passaram a exportar suas atividades, escudadas por forte proteção e incentivo estatal, na forma de isenções, empréstimos e ajuda direta da diplomacia brasileira” (CAMPOS, P. 2012, p. 483). A ditadura alavancou por meio de políticas estatais protecionistas a formação e o fortalecimento de oligopólios em três principais setores: bancário e financeiro; industrial pesado; construção civil. Vale notar que muitas das empresas aí favorecidas seguem hoje figurando entre os nomes mais reconhecidos do mercado nacional em posse de diversos convênios e licitações e, não por acaso, levam seus poucos donos a estarem entre os maiores detentores de riqueza no país.

Enquanto alguns médicos organizavam-se para construir e/ou ampliar seus hospitais, lucros e bens por meio de desvio de verba da Previdência Social, havia outros grupos que se inquietavam cada vez mais com os rumos da medicina e da assistência médica no país, tomando posições públicas contrárias ao atrelamento da saúde com a economia de mercado. O médico e professor Carlos Gentile de Mello foi uma figura que ocupou diversos espaços com o debate sobre o papel do médico e a estrutura dos serviços de saúde no Brasil, divulgando análises

pertinentes sobre a situação de saúde e sobre o teor dos contratos celebrados entre a rede privada e o setor público. Em texto publicado em 1977, o sanitarista problematiza as distorções na formação e atuação do profissional e na estrutura da rede assistencial, sendo que sob

[...] qualquer que seja o aspecto considerado, a privatização da medicina previdenciária constitui um programa pleno de irracionalidade, explicando-se a sua implantação somente com o objetivo de privilegiar os produtores de serviços, em detrimento dos interesses de saúde da população (MELLO, 2007, p. 66).

Dessa forma, o posicionamento de Gentile de Mello, assim como dos demais opositores do governo, problematiza a condução das políticas públicas no setor, assim como a participação de empresários e de profissionais da saúde nos projetos privatizantes.

O envolvimento de empresários e de profissionais da saúde com a ditadura brasileira ainda não pôde ser amplamente explorado e publicamente divulgado, assim como o mecanismo sistemático de tortura, sequestro e assassinato praticados por agentes do governo nesse período. Há importantes esforços de grupos, associações e entidades sendo feitos a fim de sistematizar e tornar públicos documentos, depoimentos e provas referentes aos atos de violência militares, lutando contra o obscurantismo e o amordaçamento dos arquivos da ditadura. Entre eles, o Grupo Tortura Nunca Mais, que desde 1985 atua no sentido de esclarecer as violências cometidas pelo aparato militar de repressão e conectá-las à atualidade, discutindo o desenrolar de seus efeitos na sociedade²².

A partir de 2012, a criação da Comissão Nacional da Verdade com fins de apurar as violações de direito também tem sido responsável por dar mais visibilidade ao tema, trazendo em seu bojo a instituição de comissões descentralizadas no nível estadual para atuar de forma a considerar as particularidades de cada região. As violações de direitos por parte do regime autoritário também estão sob investigação na área específica da saúde na Comissão da Verdade da Reforma Sanitária – projeto lançado em novembro de

²² Cf. COIMBRA, Cecília. Tortura: nunca mais – entrevista. *Tempo*. Rio de Janeiro, vol. 1, 1996, p. 166-183; COIMBRA, C.; PASSOS, E.; BARROS, R. B. Direitos Humanos no Brasil e o Grupo Tortura Nunca Mais/RJ. In: RAUTER, Cristina; PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina Benevides de (orgs.). *Clínica e Política: subjetividade e violação dos direitos humanos*. Rio de Janeiro, v. 1, 2002.

2013 no 6º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco).

Em todo caso, a relação de solidariedade mantida entre empresários e oficiais militares não pode ser restringida aos seus efeitos de fortalecimento de algumas companhias e aumento dos lucros. Houve uma verdadeira composição entre as empresas e seus mandatários e o regime autoritário, que se expressou em significativo apoio ideológico, logístico e financeiro, sendo o suporte político de grande valor, uma vez que conferiu robustez ao programa governista. A motivação de exemplo da composição entre os grupos, citamos o caso da Operação Bandeirantes (Oban), criada no governo Costa e Silva a fim de centralizar e reforçar o sistema de segurança, cujo comando inicial recaiu sobre o delegado Sérgio Fernando Paranhos Fleury, um dos homens símbolo da repressão política no período da ditadura, ao qual foram atribuídas inúmeras torturas e assassinatos. Apesar de estar formalmente vinculado à Polícia Civil, Fleury, o chefe de um dos Esquadrões da Morte, recebeu do exército brasileiro nomeações a diversos cargos e medalhas. A Oban mantinha em seu corpo de funcionários militares e policiais responsáveis por investigar opositores do governo, função para a qual contavam com o apoio de pessoas não militares e por meio da qual lançavam mão amplamente de sequestro e tortura.

Henning Boielsen, então presidente da Ultragás, era um dos apoiadores do regime e, neste caso, da Oban, através de repasse de verbas e de cessão de bens, como aeronave e fazenda²³. Este renomado homem de negócios desenvolveu gosto particular pela tortura, encorajando-a como prática e fazendo questão de estar presente para assistir a algumas sessões. Boielsen foi uma peça estratégica na conexão entre a causa militar e o alto escalão do empresariado por meio de promoção de encontros, recrutamento de parcerias e obtenção de fundos. Sua participação na Oban reflete seu engajamento político no regime militar e o compromisso de muitos integrantes do empresariado com o plano de governo em curso, dando a ver uma rede de conexões responsável não só por apoiar o regime, como também por construí-lo em conjunto.

²³ Cf. CIDADÃO BOILESEN. Documentário. Direção: Chaim Litewski. Brasil, 2009. O longa-metragem alcançou significativa projeção ao participar do festival *É tudo verdade*, concorrendo e ganhando na categoria “melhor documentário brasileiro”, na 14ª edição do Festival Internacional de Documentários, em 2009.

Seguramente pode-se entender que ao regime militar no Brasil não seria possível alcançar o mesmo peso e o mesmo impacto não fosse a aliança com donos e dirigentes das grandes empresas. Estudos, depoimentos e relatórios de pessoas e entidades ligadas às denúncias sobre repressão revelam também o envolvimento de profissionais da saúde, tais como médicos e psicólogos, na engrenagem da ditadura tanto no engajamento ideológico, quanto na prestação de serviços com fins de encobrir assassinatos – através, por exemplo, da falsificação de laudos -, ou de garantir por meio de conhecimento técnico a sobrevivência de pessoas no momento da tortura (VIANNA, 1994; COIMBRA, 1995, 2000).

Portanto, torna-se necessário que ao falarmos em ditadura, levemos também em conta todo o suporte ao regime alimentado no âmbito extramilitar no país, visto o compartilhamento de seu ideário entre algumas das demais dimensões da sociedade. A respeito disso, Cecília Coimbra diz: “quando se conhece a produção e o funcionamento destas perversas engrenagens percebemos a importância que tomam todos os elos que as compõem e tem possibilitado sua manutenção e fortalecimento” (COIMBRA, 2000, p. 01).

O aparecimento em nossa pesquisa do mútuo apoio entre a classe alta dos empresários brasileiros e os oficiais militares no poder, nos traz elementos para compreender o complexo processo da ditadura e da transição de regime. Mais do que retratar esse período enquanto um bloco único na linha do tempo, ao pinçar as condições em que foi desenhando-se o cenário da ditadura essa investigação quer fazer um derramamento entre os tempos a fim de atualizar o campo de forças em que a Saúde Coletiva está inserida. A análise dessa trama nos instrumentaliza para compreender de que formas o aparato estruturado durante o regime militar atualiza-se e permanece no modo como temos organizado a vida, mesmo após o término da ditadura.

Entender que esse regime só foi possível mediante intensa articulação de diversos setores da população nos possibilita pensar que o término da ditadura pode não significar que estava também finalizado tudo o que no tempo de sua duração foi posto para funcionar. Ao longo do período autoritário, perceber as linhas que aproximam os homens de governo dos homens de negócios e de profissionais da saúde, como médicos e psicólogos, faz-nos ver a comunhão de interesses em relação ao modelo político-econômico em curso, uma vez que o mútuo favorecimento entre as partes não se deu de maneira pontual ou descoordenada, mas sim de forma sistemática e contínua. Assim como se deu

com a participação direta e ativa de médicos no esquema da tortura e no desvio de verba pública para financiamento de hospitais privados.

Portanto, podemos vislumbrar que o modelo político-econômico articulado durante o regime militar permanece em parte ativo na organização da sociedade brasileira, uma vez que a saída dos militares não foi acompanhada pela desarticulação total do plano de governo que vigorava. Tampouco podemos dizer que houve saída completa dos oficiais dos cargos de poder, dada a frequente nomeação e ocupação de postos elevados por eles. No ano de 2012, por exemplo, das 31 subprefeituras da cidade de São Paulo, 30 delas estavam sob a administração de um policial militar reformado.

Compreender que o regime militar não foi somente militar nos dá pistas para entender a configuração do jogo de forças ao longo da transição política e do período pós-ditadura, no que se refere à aposta política para o Brasil. O debate sobre saúde e outros direitos sociais na Constituinte será atravessado por todo o sistema arquitetado no tempo do regime ditatorial mesmo não se estando mais sob o regime, mas ainda estando sob influência de um *modus operandi* onde as grandes corporações têm poder de mando no rumo político-econômico do país e sob a herança de um sistema financeiro eminentemente desigual, excludente e concentrador de renda.

Acerca do período de transição política cabe analisar que ao lado da luta por democracia e por ampliação e garantia de direitos civis, correu a consolidação das empresas de grande porte mediante incentivo estatal, gerando concentração de renda e altos níveis de competição desleal no mercado brasileiro. Os laços que uniam diferentes grupos sociais – empresários, psicólogos, militares, etc. - ataram-se firmemente na medida em que os opositores do governo apresentavam tensões à proposta política em vigor, ao protestarem por um modo alternativo de organizar a vida em sociedade. Afora interesses particulares em suplício e agonia, o ponto de convergência entre grupos não-militares e grupos militares dava-se principalmente no projeto político-econômico desejado por ambos setores. Nesse sentido, entendemos que o fim da ditadura correspondeu à mudança da política de Estado, porém as linhas de forças articuladas durante o regime seguiram tensionando a política de governo.

Não se trata de pregar que nada mudou, porém, mediante o percurso que vamos realizando, faz-se necessário desconfiar de fins e de começos e dispor de um olhar para os acontecimentos capaz de perceber os rastros daquilo que se

toma por finalizado, a fim de compreender as formas como eles se atualizam no presente. Assumir uma postura de que os anos de chumbo se foram e levaram consigo todo o aparato de funcionamento pode repercutir desde em um apagamento das memórias do que se passou, até em uma invisibilidade da presença atual dessas linhas de força. Com isso queremos estar atentos ao quê de ditadura persiste em nossos tempos, o que esse regime mesmo findo esforçou-se por cultivar na sociedade. Já que tal questão nos conduziria por largo tempo em extensos terrenos, nos resta nesse momento nos deixar sensibilizar por ela na medida em que ela nos aproxima do problema da pesquisa.

No embate direto com a organização militar e seus colaboradores, lutando por direitos de cidadania e democracia, estiveram diversos movimentos sociais ao longo dos anos 1960, 1970 e 1980, e entre eles, alguns daqueles que viriam a integrar a reforma sanitária. Estudantes, profissionais, intelectuais e população em geral organizaram-se em associações e grupos de modo a discutir problemas das condições de vida. Greves aconteciam entre estudantes e metalúrgicos na década de 1970, assim como as “mobilizações contra a carestia, os clubes de mães, os conselhos comunitários e as organizações na Zona Leste e na periferia de São Paulo, muitos deles vinculados a setores progressistas da Igreja Católica” (PAIM, 2008, p. 71).

No âmbito acadêmico, surgiu o Movimento de Renovação Médica e houve intensa participação de docentes vinculados aos programas de pós-graduação em Medicina Social (Universidade Estadual do Rio de Janeiro) e Comunitária (Universidade Federal da Bahia) e aos departamentos de Medicina Preventiva (Universidade de São Paulo, Santa Casa, Paulista de Medicina, Ribeirão Preto, Botucatu, Universidade Federal da Paraíba), com alinhamentos comuns em torno das críticas ao governo e às condições de saúde da população (PAIM, 2008). O prejuízo para a qualidade de vida de grande parcela da população causado pela política governamental passou a ocupar pautas de análise devido também à produção de pesquisas que relacionavam o modelo de desenvolvimento praticado no país com o agravamento das condições de vida, o aumento da mortalidade e a crescente mercantilização da saúde (LIMA et al., 2005).

A emergência de um descontentamento com os resultados da política adotada levou à retirada do apoio ao governo por parte de amplos setores da população e à articulação dos movimentos sociais pela transformação da realidade socioeconômica do país, entre os quais, o movimento de profissionais da saúde dispostos a debater os problemas sanitários e a propor modos de

enfrentamento. A publicação de estudos que analisaram a situação de saúde denunciava a falta de acesso e a elitização dos serviços assistenciais ao mostrar uma cena caótica onde graves doenças acometiam a população em números alarmantes. Eventos como esses passaram a tomar lugar e a chamar a atenção aos poucos, tanto por parte da população em geral, como por parte dos governantes. Um episódio acontecido na cidade de São Paulo pode nos conduzir ao entrecruzamento de forças responsável por fomentar o movimento por transformação do cenário político e social brasileiro a partir do contexto da saúde. Sigamos com ele.

Entre os anos de 1969 e 1975, a taxa de mortalidade infantil na capital paulistana subiu de maneira a atingir patamares graves, aumentando cerca de 45% no período (CEBES, 1976a). A inversão na tendência de queda do indicador foi observada como um mau sinal a respeito das condições de vida da população e da condução política do país, visto que colocava em cheque os benefícios do milagre econômico por estes não se reverterem em melhores índices sociais. No planejamento para o quinquênio de 1974 a 1979, o então ministro da saúde, Paulo de Almeida Machado, afirma ser a precariedade das condições sanitárias urbanas um grande desafio face ao despreparo da estrutura assistencial e ao agravamento de indicadores relevantes como a mortalidade infantil que, naquele ano de 1973 achava-se mais elevada do que em 1962 (PONTE; FALLEIROS, 2010). Mesmo com as investidas em abafar a divulgação pública do péssimo resultado dos indicadores de saúde, o agravamento da situação cobrou uma posição governamental no sentido de reunir esforços para enfrentar as doenças.

A deterioração na saúde em grandes centros urbanos foi uma constatação que gerou inquietação e desconforto para o governo no começo dos anos 1970, sendo alvo de críticas e fator de descrédito de diversos segmentos populacionais em relação ao regime. Ganhava corpo um cenário onde o desenvolvimento econômico, a expansão da indústria e das cidades e a geração de riqueza eram fenômenos restritos à menor parcela dos brasileiros, por conta da alta concentração de renda com que esse processo se dava, acarretando em aumento da desigualdade social e degradação da qualidade de vida. O desequilíbrio entre a economia e a promoção de saúde refletia-se já no orçamento ministerial, pois enquanto o volume de verba destinada ao setor de transporte era de 12% e ao das forças armadas 18%, para a saúde restringia-se em por volta de 1% do total de despesas gerais da União no período entre 1970 e 1984 (PONTE; FALLEIROS, 2010).

A preocupação com os indicadores de saúde das grandes cidades caminhou ao lado do acelerado e desordenado crescimento urbano, pois os intensos fluxos migratórios não foram acompanhados na mesma velocidade pelo incremento das condições básicas de habitação, transporte, saúde e trabalho. Ou seja, a cavalcada rumo ao progresso nos chãos de fábrica da metrópole não foi capaz de reverberar em adequadas condições de vida para toda a população que a acompanhava. A um só tempo, a conjugação entre os investimentos financeiros no setor rural e o aquecimento do mercado de trabalho urbano levou a um crescimento populacional inédito das cidades, atraindo “a mão de obra proveniente dos contingentes marginalizados pelo processo de mecanização e extensão da atividade agrícola” (PONTE; FALLEIROS, 2010, p. 184). O abandono das fronteiras agrícolas para a ocupação de territórios metropolitanos deveu-se, sobretudo, à forte política de incentivo à indústria, causando um verdadeiro êxodo rural entre as décadas de 1950 e 1980, já que até 1960 o país detinha 55% de sua gente no campo ao passo que em 1980 esse percentual caiu para 30% (PONTE; FALLEIROS, 2010).

O delineamento dessas rotas de migração não pode ser compreendido sem levarmos em consideração a própria produção de um imaginário em que a cidade grande, a metrópole, guardava promessas de futuro próspero e bem-sucedido, ao passo em que o interior, o sertão, ofereceria apenas atraso, penúria e restrições de toda sorte. A “sinfonia da metrópole” seguiu em plena performance a ser regida para além das salas de cinema, costurando todo fio de esperança por uma vida com mais fartura ao tecido metropolitano. O fluxo humano em direção a cidades como Rio de Janeiro, Brasília e São Paulo não seria possível sem que, no mesmo movimento, os lugares de origem da população migratória assumissem um papel de força centrípeta de seus habitantes (GOMES, 2006). A complementaridade entre as regiões de saída e de destinos das pessoas deu-se, sobretudo, entre Nordeste e Centro-Sul, respectivamente. Isso, pois no primeiro a

[...] concentração fundiária, concomitante à modernização do campo somada às mudanças nas relações de trabalho e de poder (devido à formação de uma classe latifundiária), provocam uma grande expropriação e estimulam a grande emigração, agravadas nos ciclos das secas. Nesse mesmo tempo, o Centro-Sul se transforma em um grande pólo de atração pela dinâmica de sua economia (GOMES, 2006, p. 144).

As grandes cidades, não obstante as ofertas de sonhos de riqueza e modernidade levavam os migrantes a ocuparem a periferia usufruindo de pouca estrutura sanitária e de serviços em geral. A distribuição da migração no território nacional deu-se segundo uma tendência fortemente centralizadora que privilegiava os centros urbanos da região Sudeste, especialmente a Região Metropolitana de São Paulo (RMSP) que ainda se mantém como maior *locus* de recepção no país, tendo recebido cerca de 3,2 milhões de pessoas somente nos anos 1970 (BAENINGER, 2005).

A relação entre migração e emprego é a grande responsável pelo volume de pessoas em direção à RMSP, sendo nos anos 1960 e 1970, ainda mais específica, pois estreitou o laço entre migração e indústria, configurando um operariado eminentemente plural. Em busca de trabalho e melhores condições de vida, os recém-chegados na cidade eram recrutados pelos pátios industriais a fim de integrarem uma força de trabalho intensamente explorada e que, “chamada a participar do esforço desenvolvimentista, era sacrificada pelo aumento da jornada e pelo arrocho salarial incorporados pelo modelo econômico como peças importantes da aceleração do crescimento” (PONTE; FALLEIROS, 2010, p. 186).

O pólo concentrador de indústrias achava-se na RMSP, mais especificamente na região do ABC paulista – território compreendido pelas cidades de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano -, locais onde os trabalhadores organizaram-se e passaram progressivamente a introduzir questionamentos sobre a carga horária de trabalho, os benefícios sociais e a representação profissional. O movimento operário e sindicalista ganha forças a partir de 1978, quando entra em cena a classe dos trabalhadores com fôlego para mobilizar pessoas na luta por direitos civis e trabalhistas, fazendo arrebentar uma grande maré de greves e paralisações no chão das fábricas de forma a conduzir trabalhadores para ocupar ruas e praças com suas bandeiras políticas (ALVES, 2000). Está por iniciar um período de intensa articulação de movimentos sociais atuantes na reivindicação da ampliação e garantias de direitos, entre os quais, o sindicalismo teria papel fundamental, inclusive na luta pela democratização do Brasil.

O clima de descontentamento com o governo, de mobilização popular interessada em protestar por melhorias e investimentos sociais tornava ainda mais frágil a já prejudicada imagem do regime militar, exercendo pressão para que as autoridades reorganizassem seus planos de ação se quisessem garantir a

legitimidade de governo. Entre as diversas medidas tomadas nesse intuito, citaremos aqui o convênio firmado entre Ministério da Saúde, Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para a realização do *I Curso de Especialização em Saúde Pública* em nível local, para médicos. O curso que foi oferecido no início de 1976 e teve a duração de quatro meses, formou 57 alunos com o objetivo de prepará-los para enfrentar os principais problemas sanitários nos serviços espalhados pelo território, de forma a transformar a amarga realidade dos indicadores de saúde (CEBES, 1976a). Consta na sessão de informes do número 3 da Revista de Saúde Pública a nota sobre a criação do curso e sua proposta:

Cursos de especialização em Saúde Pública para nível local – Área Medicina. Na oportunidade da solenidade em que a Associação Paulista de Saúde Pública homenageou o Professor Dr. Rodolfo dos Santos Mascarenhas, importante Convênio foi assinado entre o Ministério da Saúde, o Governo do Estado de São Paulo e a Universidade de São Paulo, com vistas à preparação de profissionais médicos para exercerem atividades em centros de saúde. Esses cursos – denominados de Especialização em Saúde Pública para Nível Local – área Medicina – a serem promovidos em 1976 e 1977, deverão capacitar cerca de 240 médicos, dos quais 200 para a Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo e os restantes para o Ministério da Saúde. O primeiro dos cursos mencionados teve início a 5 de abril e deverá encerrar-se a 30 de julho de 1976. Muito provavelmente, o segundo curso de 1976 deverá ser instalado na 2ª quinzena de agosto. Espera-se, assim, em prazo relativamente reduzido, reforçar a estrutura de recursos humanos dos serviços de saúde do País, especialmente da Secretaria da Saúde de São Paulo, onde a escassez de pessoal médico representa um dos mais sérios obstáculos ao melhor andamento das atividades da rede sanitária estadual (REVISTA SAÚDE PÚBLICA, 1976, p. 276).

Voltado a responder demandas específicas, o curso nasceu como parte de uma racionalidade que visava preencher a rede assistencial do Estado com mão de obra técnica e qualificada para atuação direta nas fragilidades apontadas pelos diagnósticos de situação de saúde. O grupo formado pela primeira edição do curso construiu fortes laços entre si e expandiu sua atuação para além do espaço da formação e das unidades de saúde em que os diferentes médicos se alocaram, organizando encontros para discutir estratégias de cuidado e enfrentamento de questões concernentes ao trabalho, e também, a criação em 1976 de uma entidade que acolhesse o movimento ali nascente: o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (LIMA et al., 2005; MERHY, 2013).

Nomeados como profissionais de saúde em unidades da rede pública, alguns dos médicos saídos do curso de especialização dirigiram-se a zonas

periféricas da capital paulista, locais notadamente carentes de assistência e estrutura sanitárias. Uma das regiões paulistanas que recebeu esses técnicos foi a Zona Leste, sendo que ali os médicos encontraram precárias condições de saúde, grande incidência de doenças infectocontagiosas, assim como uma intensa força de luta que desaguardaria na articulação do Movimento de Saúde da Zona Leste (MSZL). Esse coletivo teve origem a partir de grupos menores e dispersos, geralmente ligados a Comunidades Eclesiais de Base – grupos vinculados à Igreja Católica -, inicialmente no Jardim Noroeste e no Jardim IV Centenário, dois bairros da região, a partir de 1976, sendo formalizado apenas no início da década de 1980 (CARIGNATO, 2007).

No processo de distribuição socioeconômica dos espaços da capital paulista, a Zona Leste caracterizou-se como região periférica estruturada a partir dos eixos que traçavam sua comunicação com o centro da cidade (ROLNIK; FRÚGOLI JR., 2001). Atualmente com mais de três milhões de habitantes, a Zona Leste tem na formação de sua territorialidade a presença ativa do operariado fazendo-se como “cidade dormitório” dentro da própria cidade na dinâmica urbana. A rica natureza da gente que veio ocupar esse território é plural, pois advém também de importante fluxo de imigrantes e migrantes, saídos principalmente da Itália, Espanha e Japão, por um lado, e, Nordeste por outro – sobretudo Bahia e Pernambuco (BAENINGER, 2005; GONÇALO JUNIOR, 2009). E é justamente nessa miscelânea de culturas e etnias que, nos anos 1970, os novos bairros adquirem forma e pequenos coletivos passam a se constituírem com intuito de protestar por condições mais adequadas de vida. A resistência desse povo irá alimentar movimentos como o operário sindicalista e o da saúde, por exemplo, sendo este último com intenso protagonismo de mulheres (CARIGNATO, 2007).

Ganhando merecido reconhecimento pela construção de espaços coletivos de debate e deliberação, o Movimento de Saúde da Zona Leste alcançou sua primeira conquista formal em 1978, quando levou à Secretaria Estadual de Saúde a proposta de modificação da lei sobre o funcionamento dos conselhos de saúde: sair de uma representação composta apenas por representantes das elites locais (médicos, vereadores, delegados de polícia) para uma composição formada também pelos usuários dos serviços. A partir do aceite do então Secretário Estadual de Saúde, Walter Leser, uma comissão do MSZL deu início ao primeiro processo eleitoral do Conselho de Saúde, cuja votação alcançou público

expressivo de cerca de 8 mil pessoas de um total de 20 mil habitantes do bairro (CARIGNATO, 2007).

A reunião de pessoas na Zona Leste de São Paulo em torno das dificuldades socioeconômicas e dos desacordos com a gestão política não se iniciou apenas a partir de meados dos anos 1970, no entanto, foi nessa década que, junto ao corpo de médicos sanitaristas recém-chegados aos serviços, os coletivos encorparam-se, ganharam força e estruturaram suas lutas (CARIGNATO, 2007). Ao tomarem pé da situação sanitária em que viviam os usuários dos postos de saúde, os profissionais – alguns deles recém-formados pelo curso de especialização em Saúde Pública - engajaram-se em um processo de transformação da realidade, convertendo-se, “com o tempo, num canal a serviço da organização popular, cumprindo um papel importante para a solidificação do Movimento [...]” (CARIGNATO, 2007, p.11).

A organização do MSZL viabilizou a luta por mudanças no modelo assistencial e por democratização do sistema de saúde, com especial ênfase na participação popular em todos os âmbitos dos serviços através da criação dos conselhos de saúde, contribuindo para que o movimento se tornasse uma referência ao desempenhar papel fundamental na consolidação institucional dos espaços de participação social a serem posteriormente elencados na Constituição de 1988.

O cenário armado na periferia paulistana nos dá notícia de um processo que somente fora possível mediante entroncamento de múltiplos vetores, transportando interesses variados e muitas vezes díspares. A institucionalização de uma instância decisória como o Conselho de Saúde, ocupada por representantes da população ocorreu mediante aprovação da mesma gestão política que firmou convênio com a universidade a fim de preparar médicos para a realidade sanitária da população carente. Nos chama a atenção um movimento que, ainda sob os maus auspícios dos anos de chumbo, logrou por experimentar novas configurações técnicas e institucionais, fazendo conviver forças austeras de fechamento e de manutenção da máquina autoritária com forças de mudança e abertura política e social.

A crescente pressão social vinda da articulação de coletivos variados mais a necessidade governamental de valer-se de projetos sociais em busca de legitimar a maculada imagem do regime levou o governo a investir em políticas nessa dimensão. Todavia, a fim de institucionalizar algumas ações, o grupo militar “não tinha quadros para ocupar todos os espaços abertos e terminou por

criar espaços institucionais para pessoas de pensamento contrário, senão antagônicos, ao dominante em seu setor” (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005, p. 66). A partir de então, a nomeação de lideranças do movimento sanitário para cargos em importantes órgãos da área da saúde corroborou com a estruturação do movimento da reforma sanitária, influenciando no funcionamento de agências de pesquisa e de serviços assistenciais a entidades de formação de profissionais.

O caráter agregador do MSZL também mostra o grande envolvimento de profissionais, usuários, população e universidade na problematização das condições sanitárias e na formulação de novos modelos - característica que permeou sobremaneira o processo da reforma sanitária. Uma vez que os médicos sanitaristas foram semeados pelos bairros, a mobilização social ganhou força e espaço, implicando tanto a mobilização dos profissionais da saúde, quanto a mobilização popular, pois desse agenciamento foi possível aos profissionais de saúde estarem presentes nos encontros das associações e conselhos de bairros, conectando os problemas locais com a situação sanitária de outras regiões. A feitura dessas redes, tomando como ponto de vista o MSZL, faz ver a permeabilidade da força de resistência e de criação da população face ao regime autoritário no âmbito da saúde, assim como no que diz respeito a políticas sociais.

Como vimos em momento anterior, a respeito do envolvimento de empresários e profissionais da saúde com a ditadura, os movimentos de oposição não são as únicas forças em jogo no campo que vamos armando na pesquisa. A coexistência dos eventos que brevemente analisamos aqui nos dá pistas sobre a complexidade da estrutura social de forma a que se delineie não o desenho de um cabo de guerra, mas de uma trama composta de cordas que exercem forças mais ou menos criativas, mais ou menos conservadoras, tensionando todo o espaço por elas simultaneamente compreendido e produzido.

A formação de grupos que estavam descontentes com o modo de fazer política e saúde em vigência, esforçou-se em deixar claro o atrelamento entre as dificuldades vivenciadas no cotidiano dos bairros, ao modelo assistencial e social predominante em âmbito nacional, assumindo lugar de resistência ao regime militar. Assim sendo, podemos compreender que as disputas travadas por esses coletivos, ao posicionarem-se dessa forma, faziam com que os questionamentos extrapolassem o nível local de maneira a colocar em cheque a organização do Estado brasileiro. O mesmo pode ser pensado em relação às conquistas, como na instituição dos conselhos populares de saúde, uma vez que não só a participação

daquela população nos respectivos serviços foi garantida, como se abriu espaço para a dimensão do controle social em toda a rede pública de assistência.

A revisão do modelo assistencial acompanhava a revisão crítica das teorias de saúde-doença, sendo que em fins da década de 1960 e início de 1970 surgem esforços de algumas áreas nesse debate, como os projetos de Reforma Médica, com a criação dos departamentos de Medicina Preventiva nas universidades, e a proposta de reformulação do Planejamento em Saúde a ser implantada para enfrentar os problemas da crise sanitária. Na confluência dos ventos de mudança destacamos alguns acontecimentos marcantes para o desenvolvimento de proposições e de uma agenda de luta no movimento sanitário: o Informe Lalonde de 1974 – documento que define o conceito de campo da saúde, elencando os fatores que intervêm na mesma, e propõe um projeto de promoção da saúde; *Saúde para Todos* proposta surgida na 30ª Assembléia Mundial de Saúde, realizada pela OMS em 1977, que visava à ampliação gradual das condições de saúde da população; a Conferência de Alma-ata em 1978, cuja carta anuncia a saúde como direito humano universal e segue como referência no estabelecimento da Atenção Primária à Saúde; o documento “A questão democrática na área da saúde” a propósito do 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde na Câmara Federal realizado em 1979, a carta problematiza a interface entre a área da saúde e as diferentes esferas da vida, estabelecendo, entre outras coisas, a saúde como responsabilidade compartilhada entre Estado e população (CEBES, 1980).

Os eventos elencados não só constituíram-se como espaço de encontro e articulação de profissionais, intelectuais e políticos, como também tiveram como produto a elaboração de documentos com a finalidade de pautar os encaminhamentos a serem realizados. Entre eles, há em comum a ideia de que a dimensão socioeconômica seja amplamente considerada na constituição das políticas e ações de saúde. Expondo-se como diagnóstico de situação e registro de recomendações visando à transformação da conjuntura política nacional, compartilham das propostas de diminuição da desigualdade social e de maior investimento em Atenção Primária à Saúde e em promoção da saúde, partindo do entendimento de que saúde deve ser apreendida como um direito universal.

Por conseguinte, vemos que a mobilização em torno de transformações na saúde ocupou cenários de diferentes matizes, instalando-se nos bairros, via movimentos populares como clubes de mães, associações de bairro, conselhos comunitários e grupos ligados à Igreja Católica; nas academias através da criação

de departamentos e de reformas do ensino, por um lado, e no movimento estudantil por outro; no âmbito profissional por meio de congressos, periódicos científicos e articulação local. Também o movimento da Reforma Psiquiátrica reunia pessoas e forças a fim de desmontar manicômios que funcionavam como depósitos de gente e discutir o lugar da loucura na sociedade, “desencadeando a formação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, embrião de todo um processo de reflexões teóricas e práticas inicialmente alternativas no campo da assistência psiquiátrica” (PAULIN; TURATO, 2014, p. 242). De forte articulação com a Reforma Psiquiátrica italiana, armou amplos espaços de debate para reorganizar a atenção psicossocial e empenhou-se em investigar e denunciar práticas cruéis e degradantes na saúde mental, muitas vezes operadas por hospitais conveniados com a previdência social, também envolvidos em desvio de verba e corrupção (AMARANTE, 1995). O terreno movediço em que a área da saúde se encontrava a partir dos anos 1970, chacoalhava os paradigmas que diziam ser-lhe o chão e a forma Estado que lhe oferecia uma estrutura.

Compõe também este quadro de mobilizações, o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), firmado em 7 de setembro de 1979 quando 110 famílias ocuparam as terras de Macali, em vista da negligência do governo estadual em relação à falta de moradia e possibilidade de lavoura no Rio Grande do Sul (FERNANDES, 2000). Portando o lema “Terra para todos”, O MST logo se expandiu do estado gaúcho para outras regiões brasileiras, enfrentando uma batalha contra a enorme desigualdade social na distribuição fundiária nacional. Visto como um dos principais movimentos sociais do país até dias atuais, o MST escancarou a lógica acumuladora que extrapolava os centros urbanos, fatiando a terra cultivável em largas porções destinadas a poucos senhores. Importa trazer o caso do MST à cena, pois ao empenhar a luta da reforma agrária, os trabalhadores sem terra desassossegaram em alguma medida a estrutura social e a natureza da propriedade privada, não sem colocar em cheque também a convivência – senão o incentivo – de políticos e políticas governamentais com a manutenção do latifúndio.

Portanto, vemos que as ondas de novos modos de relação entre Estado e sociedade arrebatam aqui e ali, arrastando com elas cada vez mais pessoas, ainda antes do anúncio do fim do regime militar – a se dar em 15 de março de 1985. Entendemos que a disputa por assento nas instâncias decisórias como no caso do Movimento de Saúde da Zona Leste não se resume a mera conquista de poder de mando, mas sim, enseja a batalha por um modelo de se fazer saúde e

de configurar a sociedade que travou confronto direto com o modo de produção capitalista vigente. Nesse sentido, o movimento da reforma sanitária porta uma proposta de reformulação para além do setor saúde, uma vez que está interessado em problematizar o modo de vida segundo sua organização política, social e econômica.

Segundo Paim (2008), a Reforma Sanitária Brasileira não pode ser restringida a seu compromisso com a criação e implantação do Sistema Único de Saúde, ou seja, o problema vislumbrado pelo movimento sanitário extrapolava a dimensão das políticas públicas de saúde e alcançava o terreno mesmo do funcionamento da sociedade. Para o pesquisador, é fundamental compreender a reforma sanitária como um projeto de “reforma geral, tendo como horizonte utópico a revolução do modo de vida, ainda que parte do movimento que a formulou e a engendrou tivesse como perspectiva apenas uma reforma parcial” (PAIM, 2008, p. 38). A diferença interna ao movimento que consistia em trabalhar por uma reforma setorial ou trabalhar por uma reforma social, relacionava-se à existência de incentivos para uma reforma parcial que advinham de articulações institucionais, como a influência de órgãos internacionais como o Banco Mundial, e do desenvolvimento e consolidação de um modelo político-econômico no país cuja aposta residia em completo no capitalismo neoliberal (MERHY, 2013).

Neste cenário, o campo da Saúde Coletiva desponta como proposta brasileira multiprofissional e transdisciplinar para problematizar os paradigmas da área da saúde. Este campo surge como possibilidade de reflexão e instauração de novas práticas e de novas formas de pensar – teóricas, profissionais, políticas, institucionais - face à necessidade de incrementar a área da saúde que se animava à época.

No caso específico da América Latina, a emergência nos últimos vinte anos de um campo que se designou como Saúde Coletiva permite a identificação de pontos de encontro com os movimentos de renovação da saúde pública institucionalizada, seja como campo científico, seja como âmbito de práticas, e mesmo como atividade profissional. Nessa perspectiva, as propostas de consolidação do campo da saúde como forma de superação da chamada “crise da saúde pública” podem significar uma oportunidade para efetivamente incorporar o complexo “promoção-saúde-doença-cuidado” em uma nova perspectiva paradigmática (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998, p. 301).

Entre as entidades que participaram da organização da reforma sanitária e da conformação do campo da Saúde Coletiva, o Cebes desempenhou um papel ativo como espaço convergente de pessoas, tendo responsabilidade importante

na divulgação de artigos, livros, revistas, enfim, de uma gama de material bibliográfico sobre a qual se constituíram as bases da formação intelectual da reforma sanitária. A articulação promovida pelo Cebes gerou também uma profusão de análises sobre a situação da saúde no país, constatando e denunciando os pormenores da crise e expondo suas propostas e plataformas de luta. Reconhecido por sua atuação eminentemente política, o Cebes empenhou-se em agenciar amplas discussões entre profissionais da área, publicando-os em livros e na recém-criada revista *Saúde em Debate*.

Além da produção e circulação do material que viria a constituir os fundamentos teóricos e políticos do movimento sanitário, o Cebes operou também na articulação de pessoas nas diferentes regiões brasileiras, aproximando o diálogo entre profissionais de saúde e intelectuais ligados às academias, a fim de diagnosticar os problemas sanitários e desenhar propostas de reformulação do modelo assistencial. A constante elaboração de plataformas de luta e sua divulgação através da revista *Saúde em Debate* conformou a atuação do movimento sanitário de forma a, inclusive, cunhar pela primeira vez o termo *reforma sanitária* no editorial do número três da revista, estabelecendo ligação entre as necessidades de mudança no setor saúde e as responsabilidades do Cebes enquanto instituição implicada com os ideais democráticos (PAIM, 2008).

Em setembro de 1979 acontece a fundação da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva em Brasília²⁴. Criada a partir de uma reunião entre ministérios e Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) a fim de discutir questões referentes à incorporação de profissionais formados na área da saúde, a Abrasco se consolidou nacionalmente a medida que estabeleceu pontes entre os programas de pós-graduação e as agências financiadoras de pesquisa. Sua atuação comprometida com os movimentos sociais no país teve grande influência nas transformações políticas, assim como na conformação da Saúde Coletiva, localizando em si a própria institucionalização do campo. Em seu documento inaugural, privilegia o âmbito do ensino e da pesquisa em Saúde Coletiva, estabelecendo como diretriz o investimento em uma relação mais dinâmica entre o biológico e o social, evitando o tecnicismo e o biologicismo tradicionais nos conteúdos técnicos e teórico-conceituais (ABRASCO, 1982). Abrasco e Cebes desempenharão importante função enquanto instituições atuantes no desenvolvimento da reforma sanitária e na instituição da Saúde Coletiva,

²⁴ Desde 2012 renomeada como Associação Brasileira de Saúde Coletiva.

posicionando-se enquanto “espaços de resistência e análise crítica da situação de saúde e das políticas sanitárias” (NUNES, 1994, p. 14).

A construção de um projeto de Saúde Coletiva como “campo de produção de conhecimento, saberes, ações e práticas foi marcada pela ousadia na junção e intercessão entre as áreas específicas para produzir um novo que reunisse a riqueza das partes e das especificidades” (LEAL; JUNIOR, 2012, p. 55). A diversidade deste campo é própria à sua conformação, pois esta reside no entrecruzamento de três disciplinas: ciências sociais e humanas em saúde, epidemiologia e planejamento em saúde, indicando a abertura de um espaço de convivência interdisciplinar que tensiona as fronteiras entre os territórios fazendo com que estas se corroam e se redesenhem a cada momento.

Entre o efervescente material nacional publicado no fim dos anos 1970 e início dos 1980, algumas obras sobressaem-se por seu alcance ao público e influenciam diretamente o pensamento nascente da Saúde Coletiva ao disparar diversos efeitos sobre aqueles que se organizavam para enfrentar a crise sanitária. Pelo forte teor de problematização das correntes teóricas tradicionais, destacamos as seguintes obras: *O dilema preventivista*, de Sergio Arouca, *Medicina e sociedade e Saúde e Sociedade* de Cecília Donnangelo, *As instituições médicas no Brasil*, de Madel Luz, *A indústria da saúde no Brasil*, de Hésio Cordeiro e *A danação da norma*, de Roberto Machado. Parte importante dessa literatura foi possível por intermédio da atuação dos Departamentos de Medicina Preventiva nas universidades, uma vez que muitos dos autores referidos ocupavam seu espaço em alguma medida, desenvolvendo ali encontros, debates e estudos que eram consumidos, sobretudo pelos companheiros da reforma sanitária (MERHY, 2013). A circulação do pensamento desses autores permitiu a articulação de um plano comum entre os profissionais do movimento sanitário, assim como o arcabouço teórico do qual iria servir-se a Saúde Coletiva.

O processo de revisão teórica e de reordenamento das práticas em saúde atinge seu ápice na segunda metade da década de 1980, na ocasião da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na elaboração da Constituição Federal em 1988 e na formulação do Sistema Único de Saúde em 1990. O relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde, expressão de um processo de debate participativo, representativo e democrático, levanta como prioridades o direito universal à saúde, a completa reformulação do setor saúde - incluindo ampliação do conceito de saúde - a progressiva estatização dos serviços de saúde e propostas para o financiamento do setor.

Em 1987, com a convocatória da Assembleia Nacional Constituinte, o tema da saúde passa a integrar a Carta Constitucional e firma seu referencial normativo, concretizando no regimento do país a saúde como direito de todos e dever do Estado, implicando, portanto, em profundas transformações na área da saúde em relação a seus aspectos técnicos, políticos e institucionais. Esse processo culmina com a constituição de um Sistema Único de Saúde, responsável por integrar a assistência à saúde em território nacional no que diz respeito a sua promoção, recuperação e proteção. Orientado pelos princípios fundamentais de universalidade de acesso, integralidade da assistência, equidade e participação popular, o SUS explicita a fundamental atuação do campo da saúde como um dos agentes consolidadores da democracia no país.

A atuação do movimento pela saúde não se restringiu a transformações no setor saúde, pois encampou a luta por um Estado democrático, fazendo repercutir na redação da Carta Constitucional brasileira a onda, ou melhor, a maré provocada pela confluência da população com os profissionais e os estudantes em experiências locais de enfrentamento e mudança. Também a preocupação dos representantes governamentais com o conteúdo a compor o regimento da saúde na Constituição não foi espaço dado, dependendo, por sua vez, de intensa articulação de membros do movimento sanitário, organizados de forma a pautar junto aos homens da câmara e do senado os pontos fundamentais da afirmação de uma saúde enquanto direito universal de cidadania a ser oferecida em um sistema público de assistência (MERHY, 2013). As experiências vividas na periferia das cidades, a exemplo do MSZL, pressionaram a agenda política, apresentando o tema da construção de um modelo de saúde para o país apoiado na participação popular, na universalidade da assistência e na responsabilidade do Estado para com sua promoção.

Vimos que a confluência de movimentos que colocaram em ebulição o cenário social no país tinha um importante viés político comportando não só uma análise crítica da situação, como também vinha imbuído de forte postura propositiva. Tal caracterização fez-se presente no processo de construção da nova Constituição, entendida como o marco normativo que rege o país e delimita suas prioridades, sendo a de 1988 conhecida como Constituição cidadã por sua incorporação de diversos direitos sociais; assim como na produção da Lei Orgânica, conhecida como lei 8080, sendo o elemento que estabelece a operacionalidade do setor saúde na amplitude de todo o território brasileiro. No entanto, correndo ao lado da mobilização via reforma sanitária, outros interesses

assediam os responsáveis pela feitura da carta magna e, posteriormente, da Lei Orgânica da Saúde em 1990. As forças conservadoras já atuantes no regime militar – medicina corporativista e neoliberal, donos hospitais privados, empreiteiros - permaneceram em articulação no período da transição democrática, em busca de garantir espaço para seu funcionamento na nova conformação política do Brasil (LIMA et al., 2005).

Aproximando-se o final do ano de 1990, Emerson Merhy, médico sanitário co-fundador do Cebes, publica sua tese de doutorado aproveitando o espaço da apresentação da obra para problematizar os vetos perpetrados à Lei 8080 pelo gabinete do presidente da República. A “mutilação” à lei vem, segundo o autor, de encontro aos interesses de setores da sociedade não comprometidos com a construção de políticas sociais que priorizavam a dimensão pública das ações em saúde que caminham no sentido da diminuição da desigualdade social (MERHY, 2014).

O fio comum que conectava os artigos barrados indica proteção a interesses privatistas e autoritários ao boicotar o caráter descentralizador da nova política e a participação de novos atores sociais nas arenas decisórias, cuja entrada poderia significar novos modos de relação entre sociedade e Estado. O corte dos mecanismos democratizantes da Lei 8080 é visto por Merhy como estratégia para dar continuidade à herança centralizadora, elitizante e conservadora da política brasileira, agindo de forma a atualizar naquele instante o passado autoritário e desigual vivido intensamente no período sob o regime militar.

O processo de construção e de manipulação das leis, em especial a Lei Orgânica da Saúde nos faz enfrentar a dimensão das políticas públicas como reconhecida arena de disputas, cuja estrutura está a todo tempo tensionada pelas forças que a compõem. Os diferentes atores que estão nela implicados atuam incessantemente na própria produção dessa arena, travando batalhas pela produção de sentidos, formulações e tecnologias. A disputa política, ideológica e tecnológica travada na área da saúde acena para um cenário em constante fluxo no qual podem se imprimir novos movimentos e também se atualizar antigos modos de proceder.

A disputa na saúde se faz política por portar a proposição de mudanças estruturais na organização da sociedade, para além do âmbito sanitário. Ideológica por ensejar a construção de um novo paradigma capaz de suportar a concepção ampliada do processo saúde-doença. E, por fim, tecnológica por

encampar um novo modelo de assistência à saúde, incorporando a lógica da integralidade e da universalidade do cuidado em uma rede descentralizada e pública (MENDES, 1996).

Em todas as dimensões citadas, o embate entre setores de interesses divergentes entre si auxilia a compreender os obstáculos que o conjunto de proposições da reforma sanitária encontrou para ser incorporado às políticas públicas. O rápido crescimento dos planos de saúde privados a partir do início da década de 1990 revela um não antagonismo entre as dimensões do público e do privado no âmbito das políticas do Estado, no sentido de que a existência do movimento por uma Saúde Pública e a criação do SUS não excluiu do cenário sanitário nacional o investimento, ainda que indireto, em outro modo de se ofertar assistência: a rede privada. Salvaguardado pelos vetos presidenciais à Lei Orgânica da Saúde, o mercado privado da saúde pôde dar seqüência a seu crescimento – iniciado no período dos convênios com o INPS – em certa medida competindo com a rede pública e, em outra, sendo por esta alimentado, haja vista a existência de convênios para prestação de serviços e de renúncias fiscais²⁵.

Nos anos 1980, o favorecimento do sistema privado de saúde pelo Estado operou principalmente em função do mercado formal de trabalho, haja vista a prática de acordos entre sindicatos e empresas para a concessão de benefícios, entre eles, os seguros de saúde (PINA; CASTRO; ANDREAZZI, 2006). Essa aliança ganhou especial fomento na produção da saúde enquanto um bem de consumo, uma mercadoria a ser adquirida em diferentes pacotes a depender da posição social de uma pessoa e/ou de uma categoria profissional (LUZ, 1991). Entendemos que essas forças permaneceram em jogo durante o movimento sanitário, assim como no processo de criação e regulamentação do SUS, atuando não somente por meio de mecanismos institucionais do Estado – como renúncia fiscal e convênios com a rede pública -, mas também por meio de um processo de subjetivação que se esforça por fazer do mercado o espaço capaz por excelência de responder aos problemas de saúde na sociedade.

Aprofundar nos acontecimentos que tomaram lugar na década de 1980 e início de 1990 é percurso necessário à pesquisa, pois a comunicação com alguns

²⁵ Cf. OCKE-REIS, Carlos Octávio; ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de; SILVEIRA, Fernando Gaiger. O mercado de planos de saúde no Brasil: uma criação do estado? *Rev. econ. Contemp.* Rio de Janeiro, v.10, n. 1, abr. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-98482006000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 14 mai. 2014.

pontos enriquece a compreensão do campo de forças da Saúde Coletiva. Embora o recorte cronológico do problema da pesquisa situe-se na década de 1970, espichar os olhos e aguçar os ouvidos para o que se passa na vizinhança contribui, sobretudo, para entender a envergadura do movimento analisado. Ademais, assumindo a história como um entrecruzamento de tempos, precisamos manter o plano da pesquisa aberto às conexões que emergem conforme construímos nosso percurso.

O *modus operandi* do sistema privado de assistência à saúde demonstra necessitar da aliança com o Estado na medida em que este atuou como financiador de hospitais e aparelhos e, também, como retaguarda ao tomar para si, no âmbito do SUS, os procedimentos de alto custo e alta complexidade não ofertados pela rede privada a seus clientes (OCKE-REIS; ANDREAZZI; SILVEIRA, 2006). Esse duplo movimento do Estado em relação ao sistema privado de saúde pode parecer contraditório no momento em que atribuímos a este mesmo Estado a instituição do SUS enquanto política pública de assistência universal à saúde. No entanto, aquietar-nos frente à ideia de paradoxo não parece suficiente, pois como vimos, em certa medida não há antagonismo no âmbito do Estado entre os setores público e privado na saúde, pois nos deparamos com uma operação conjunta que não significa a falência da reforma sanitária, mas sim a complexa urdidura das forças em jogo na sociedade e, especificamente, na área da saúde. A implicação dessa trama para a Saúde Coletiva diz respeito aos compromissos ideológicos e políticos com os quais o campo se alinha, produzindo efeitos em sua estruturação desde as alianças teóricas e a permeabilidade de suas propostas, até a configuração do cenário de lutas e enfrentamento.

Caldeirão fervilhante onde acontecimentos pululam e estouram por toda a parte, derretendo a linha que se achava sólida acerca da evolução da Saúde Pública e da Saúde Coletiva, e atirando aos nossos olhos as discontinuidades, as instabilidades e toda a multiplicidade que confere o arranjo aos campos. É nesse burburinho que toma corpo diante de nós, onde localizamos o nascimento da Saúde Coletiva e o campo de forças que nos interessa para debater a disputa pelo conceito de saúde. O mapeamento do jogo de forças do qual emergiu a Saúde Coletiva nos conecta, portanto, com os embates políticos travados *pelo* campo e *no* campo e, sobretudo, com a sua condição de exercer uma problematização do funcionamento da sociedade, lançando mão de sua potência de articular atores e histórias a fim de transformar relações e possibilitar a experimentação de outros modos de vida.

A emergência da Saúde Coletiva no final dos anos 1970 é vista como integrante de um movimento crítico da tradicional Saúde Pública e de seu modo de operar tanto na formação profissional, quanto na organização da assistência. Junto aos movimentos sociais que se agitavam no Brasil, a Saúde Coletiva esforçou-se por assumir um posicionamento político referente tanto ao modelo de saúde quanto ao programa de Estado e, imbuída de um esforço de ruptura em relação à Saúde Pública institucionalizada, inscreveu seu território no limite entre as dimensões biológica e social, problematizando as condições de vida da população e sua profunda relação com o processo de adoecimento (NUNES, 1994). Entre tantas influências que marcaram a constituição do campo, consagraram-se mais especialmente a convergência de três disciplinas: planejamento em saúde, ciências sociais e humanas e epidemiologia. A confluência dessas disciplinas vista como nova disposição de saberes, importa na medida em que é capaz de produzir conhecimento para além de suas fronteiras, inventando espaços em seus encontros, justamente entre si, de onde podem surgir outros sujeitos e outros objetos (PASSOS; BARROS, 2000).

Entendemos que, a partir de fins dos anos 1970 e início da década de 1980, o campo da saúde experimenta um importante momento no Brasil no qual a discussão sobre a crise da saúde no país floresce e para debatê-la mobilizam-se profissionais, teorias, instituições, políticas e população. Em vista do terreno ocupado pela reforma sanitária e da posição que esta adotou, não só em questão estava a estrutura dos serviços de Saúde Pública, senão a própria definição de saúde, de Estado e de prestação de serviço à sociedade. Ou seja, a implicação da reforma sanitária, assim como da nascente Saúde Coletiva dava-se com a área da saúde, mas não se restringia a ela, uma vez que portava também questionamentos e proposições acerca da organização da vida em sociedade. A responsabilidade política e social que a Saúde Coletiva assume para si desde sua constituição deixa claro que as fronteiras tecnicistas da área da saúde deverão ser esboroadas na intenção de convocar outras disciplinas ao enfrentamento dos problemas com os quais o campo se haverá, contribuindo, dessa forma, para a formação de um novo território de saber para além do simples somatório das disciplinas.

O caminho percorrido através dos dois movimentos sanitários ocorridos no Brasil do século passado foi acompanhado por uma variedade de referências históricas de modo a nos aproximar da diferença entre Saúde Pública e Saúde Coletiva. Vimos que a conjuntura específica de cada campo aponta para compromissos também distintos em referência a paradigmas teóricos, posicionamento político e relação com a sociedade. A distinção entre os termos é relevante para o processo de construção da pesquisa, assim como para a própria área da saúde na medida em que põe a ver a conformação dos dois campos e das forças em jogo em uma disputa atual.

O delineamento produzido no estudo do movimento campanhista do início do século XX, traz como efeito a constituição da Saúde Pública segundo uma tripla atuação em relação à sociedade: assegurar a força de trabalho; estabelecer a presença do Estado nas regiões fora dos grandes centros urbanos; reunir os diferentes povos sob uma mesma nacionalidade. Isso quer dizer que a Saúde Pública produzida ramificou-se no tecido social articulando uma identidade para as pessoas, ao mesmo tempo em que conformava um sistema de controle e vigilância sobre essa mesma população, postulando um modo de vida a ser valorizado em detrimento de outros. O agenciamento com o Estado propiciou à Saúde Pública o desempenho de um papel fundamental na transformação do modo como se pensava o Brasil e seu povo, por meio da promoção da ideia de que a saúde era o meio por onde, curadas de seus males, as diversas populações do país tornar-se-iam no povo brasileiro.

Através das campanhas pelo saneamento dos sertões e pelo controle das epidemias nas metrópoles, um determinado conceito de saúde foi construído e posto em circulação. A Saúde Pública, longe de ser a única responsável pelo projeto desenvolvimentista e nacionalista, tornou-se agente dessa empreitada conforme era por ela também moldada. As necessidades colocadas ao Estado pelo problema da população encontraram no mecanismo da Saúde Pública um caminho essencial para sua realização. Sancionadas pelo carimbo da ciência, as práticas promovidas pela Saúde Pública travestem-se de universalidade e neutralidade, destituindo-se de todo o teor político de suas intervenções na sociedade.

Chama a atenção um movimento que não foi possível somente por meio de descobertas científicas, pois tomar esse caminho seria incorrer na

naturalização da Saúde Pública e no apagamento dos processos históricos. O trajeto realizado pela Saúde Pública evidencia a necessária articulação de atores no diagrama onde os processos tomam forma. Tratar as epidemias, educar o povo e regular a vida nas nascentes grandes metrópoles evoca um projeto por demais extenso para ser realizado por apenas um setor da sociedade. As figuras de Roquette-Pinto, Belisário Penna, Monteiro Lobato, Oswaldo Cruz, entre tantos outros, mais as campanhas pelo sertão, a circulação de material nos veículos de comunicação e a formulação de políticas públicas fizeram com que a Saúde Pública, do modo como se deu, fosse possível.

A crítica ao discurso neutro da Saúde Pública, assim como às suas alianças com as políticas estatais transformou-se em uma das principais reivindicações do movimento sanitário das décadas de 1970 e 1980. Empenhada em conferir visibilidade aos termos nos quais a Saúde Pública, por meio de seu agenciamento com a ciência, estabelece sua relação com os projetos do Estado, a reforma sanitária problematiza e avalia as práticas em saúde de então. Em um cenário onde a Saúde Pública prestava-se intensamente à privatização da assistência, os grupos reunidos pela reforma denunciavam a parceria firmada entre a saúde, a medicina e o capitalismo.

A conjuntura responsável pelo nascimento da Saúde Coletiva traz uma pluralidade complexa de acontecimentos que nos exige olhar para a trama da história com intenção de enxergar continuidades, ao invés de rupturas – como a permanência de diversos programas e projetos pertencentes à ditadura após o fim do regime autoritário - e rupturas, ao invés de continuidades – como a diferenciação entre Saúde Pública e Saúde Coletiva-, em um primoroso enredamento da vida. Também possível a partir de uma articulação de distintos atores e eventos, a Saúde Coletiva surge nos anos em que a área da saúde passaria por grandes reformulações e também tomaria para si parte na luta por um novo projeto político e social para o país, forma-se a partir de uma tripla configuração enquanto campo científico, institucional e de práticas. Isso, pois não é possível desemaranhar as produções acadêmicas da Saúde Coletiva dos movimentos sociais, ou das transformações político-econômicas que se deram nas décadas de 1970 e 1980 (AMARAL, 2010).

Nesse sentido, assumir a Saúde Coletiva unicamente enquanto campo científico mostra-se insuficiente para abarcar o que sua emergência significa em relação ao movimento político-ideológico que ela compôs desde sua institucionalização. O mesmo se dá para suas outras dimensões, fazendo com

que não seja possível abordá-la sem considerá-la enquanto um campo comprometido simultaneamente com o âmbito técnico, intelectual e político. Através do percurso construído, nos deparamos com um campo gestado por diversos setores sociais, convocando para si a própria dimensão da sociedade em sua constituição, ou seja, a Saúde Coletiva além de questionar o papel do Estado na assistência sanitária propôs também a consideração da situação social das pessoas na organização das práticas em saúde, inserindo essa pauta entre as responsabilidades de sua atuação.

Perpassando os acontecimentos citados nesta seção, nos deparamos com uma tendência de por o conceito de saúde em crise ao por o próprio complexo da saúde em crise. Percebemos que as práticas, as políticas e a formação profissional, colocadas em questão, reverberam na problematização do conceito de saúde que as percorre e interpenetra, ao passo que também uma proposta conceitual produz efeitos na construção de práticas e políticas. Trata-se da criação de possibilidade para se problematizar os modos com que uma sociedade relaciona-se com a saúde em sua complexidade polissêmica e tecnológica-estrutural. Essa bandeira do movimento faz-se notar também pela dimensão da institucionalização que, em alguma medida, tiveram as lutas da reforma sanitária ao mobilizar esforços para que outras concepções de saúde e do processo saúde-doença transitassem pela área da saúde e pela sociedade – como, por exemplo: MSZL, Cebes, Abrasco, Constituição de 1988 e criação de cursos de pós-graduação. É sobre o trânsito dessas concepções de saúde no entorno da criação da Saúde Coletiva que tratará o próximo capítulo. Vamos a ele!?

MAPAS DA SAÚDE

Na passagem pela história da Saúde Coletiva vimos que a questão do conceito de saúde fazia parte de uma plataforma política maior do campo, para além de sua implicação no próprio setor. Uma vez que se esforçava por trazer à tona os problemas ligados às condições sanitárias em um movimento no qual tinha como objetivo romper com a tradicional Saúde Pública, a Saúde Coletiva nasce com intenção de, na convivência de disciplinas distintas, lançar algo de novo na cena.

O esforço em construir novos territórios de saber na área da saúde tem a ver com a agitação que acontecia nos anos 1970 e 1980, fazendo com que, de alguma forma, um movimento de pessoas ligadas à área da saúde acreditasse que o campo da Saúde Pública não seria capaz de suportar o debate sobre saúde que se avolumava, sendo, portanto, necessária a emergência de outro território capaz de oferecer condição para o exercício da prática que se apresentava.

A profunda ligação entre a emergência da Saúde Coletiva e o movimento da reforma sanitária coloca para esse campo uma proposta que não se contentaria em operar mudanças no setor da saúde, enfrentando a própria organização da sociedade e de nosso modo de vida. A parte na luta pela democracia a que a Saúde Coletiva dedicou-se integra a dimensão social com a qual este campo nasceu comprometido, ou seja, batalhar por uma ideia de saúde significava batalhar por um projeto político para o país e por outra concepção de Estado.

Nesse sentido, o conceito de saúde representava um elemento essencial para a consolidação do campo da Saúde Coletiva, ao mesmo tempo em que significava também a luta por diferentes formas de organizar a vida a partir de paradigmas capazes de uma abordagem menos biologizante e reducionista do corpo. Dessa forma, entendemos que o debate sobre o conceito de saúde não encerrava uma questão puramente epistemológica, pois o conceito de saúde não era apenas um elemento interno ao campo da Saúde Coletiva, configurando uma arena de disputas que acenava como prêmio a condução das políticas públicas de saúde, a estruturação da rede assistencial e os rumos da formação profissional na área.

É certo que o modo com o qual vamos nos aproximando do problema da definição de saúde não encerra as maneiras de abordar as implicações do tema. Em uma busca rápida pelas bases de dados online não são inúmeros os artigos que respondem ao chamado dos termos “conceito de saúde”. Tampouco o compêndio de verbetes científicos da saúde, o DeCS, lista “conceito de saúde” entre os termos de seu vocabulário, ou seja, não são reconhecidos como palavras-chave a serem utilizadas nas publicações científicas da área. Suspeitamos que esse não reconhecimento relaciona-se com a escassez de resultados da busca, pois, por um lado, estaria impelindo autores a deixar de utilizar essas palavras-chave e, por outro lado, seria devido ao forte teor técnico das publicações na área da saúde, desencorajando a produção de estudos que questionem e problematizem seu modo de operar.

Naomar de Almeida Filho (2000), professor do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, analisa o lugar do conceito de saúde na epidemiologia e conclui que se trata de um ponto-cego da disciplina, constituindo-se como tema negligenciado pela área da saúde em geral. De outro modo, é vasto o conjunto de pesquisadores e estudos na área da saúde, incluindo aí o campo da Saúde Coletiva, que se debruçam sobre modelos biomédicos e mecanicistas tratando exclusivamente da doença, ou sequer dela, pois segundo o autor, a preocupação da epidemiologia seria, ao fim e ao cabo, “o risco e seus fatores” (ALMEIDA FILHO, 2000, p. 06).

Por conta disso, para Almeida Filho, teorias construídas sobre esses pilares tendem a abordar de modo incipiente a complexidade do processo de saúde-doença, prejudicando a compreensão da dimensão do sofrimento, do cuidado e da morte envolvida na experiência do adoecer. Dessa forma, entendemos que o investimento no conceito de risco e de patologia como norteador da produção de conhecimento da epidemiologia conecta-se com a construção deste campo científico, e também com a construção de uma experiência do processo saúde-doença para além da dimensão teórica, influenciando no modo com que se estuda, planeja e percebe a saúde.

Vislumbramos aqui a colocação de um elemento fundamental para nossa pesquisa, para enfrentar nosso problema, que é a do processo de subjetivação operado pelo trânsito das noções de saúde no meio científico, assim como na

vida cotidiana da sociedade. A ideia de subjetivação proposta por Foucault²⁶ convida a entender os modos pelos quais nos tornamos sujeitos como processos coletivos em constante andamento. Contra a ideia de identidades estáticas, totalizantes e perpetuamente aderentes às pessoas, tomar a subjetividade como processo em ação demonstra o incessante atravessamento de forças que concorrem na formação das pessoas ao longo de suas vidas. Ao acionar as relações de poder como fluxos variantes de força presentes em qualquer relação, a ideia de subjetivação problematiza a perspectiva que vê uma única instância emissora de identidades dominadoras de um lado, enquanto está a população de outro, prostrada como vítima. Uma vez coletivos, os processos de subjetivação implicam a todos, envolvendo as singularidades e considerando os efeitos das relações de poder, o que acaba por deslocar a atenção de um lugar que oferece unicamente o papel de oprimido para ter a chance de vislumbrar as múltiplas formas de resistências que ganham vida a todo tempo.

Torna-se importante pensar os modos de subjetivação na medida em que fazem ver os efeitos que os discursos sobre saúde desencadeiam no modo como construímos nossas vidas em sociedade e como vivenciamos e valoramos as experiências relativas ao processo de saúde-doença. Compreender que uma definição de saúde traça compromissos não só com um campo científico, mas também com a vida das pessoas é um passo fundamental para que possamos encarar os discursos como práticas que põem em funcionamento uma diversidade de coisas, inclusive de relações de poder.

As alianças e as inimizadas, também as negligências, tramadas na feitura de uma noção de saúde nos conduzem para um espaço onde já não faz sentido tomar o discurso científico como alijado do meio social. Não só é preciso inscrever o discurso científico no meio das práticas sociais, como também se torna necessário entender a manobra pela qual ele se afirma neutro em relação a esse meio como uma operação encharcada de política. A atenção para esses movimentos na análise de nosso problema cria buracos nas paredes dos laboratórios científicos e das salas de aula na Academia para ampliar nosso olhar até a organização social da vida, aproximando-nos das implicações e das conexões que as práticas discursivas têm em relação a nosso modo de estar no mundo.

²⁶ Cf: CASTRO, E. *Vocabulário de Foucault*: um percurso pelos seus temas, conceitos e autores. Vocabulo “Subjetivação”. Belo Horizonte: Autêntica, 2009, p. 407-409.

Significados e sentidos de saúde têm sido discutidos por alguns estudos na área da saúde de acordo com o viés problemático colocado pelos diferentes autores, sendo recorrente a expressão de um desafio em fazer da saúde um objeto legítimo da ciência (ALMEIDA FILHO, 2000; AYRES, 2007; CAPONI, 1997; CAPRARA, 2003; COELHO, ALMEIDA FILHO, 2002; CZERESNIA, 1999; MARTINS, 2003; MINAYO, HARTZ, BUSS, 2000). O estudo do problema é conduzido por um lado, em função de uma abordagem analítica do conceito de saúde no qual este é debatido em seu arcabouço teórico, tendo como eixo principal uma aproximação teórico-filosófica a partir de correntes do pensamento, como hermenêutica, epistemologia, sócio-antropologia, entre outras. As bases sobre as quais o conceito em questão ergue-se são problematizadas a fim de enriquecer a reflexão na área e articular novas propostas com a ideia de saúde.

Por outro lado, ao empreender a análise, os trabalhos abrem campos problemáticos disparadores de vetores diversos e provisórios nos quais a problematização da definição de saúde entra em jogo a fim de discutir outros conceitos – como qualidade de vida, autonomia - e estratégias políticas – como humanização e promoção da saúde. O tema do conceito de saúde é aí abordado na vizinhança de outros conceitos, como parte do processo de problematização e definição destes, a fim de discutir ações, políticas e formação profissional. Os desdobramentos da problematização dos significados de saúde formam uma constelação vinculando saúde a autonomia, bem-estar, qualidade de vida e promoção – noções quase tão polissêmicas quanto a da própria saúde – priorizando a instrumentalização dos conceitos para a área da saúde.

Em publicação de 2002, Maria Thereza Coelho e Naomar de Almeida Filho discutem o tratamento que recebem os conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica, a saber: sociologia funcionalista, antropologia e epistemologia. O estudo traça um apanhado sobre as perspectivas teóricas nas quais o conceito de saúde tem sido debatido e afirma, de início, a escassez de pesquisas sobre o tema, sendo que a maioria dos estudos conceituais na área tem detido-se nos conceitos de doença e patologia, corroborando para deixar o objeto saúde na obscuridade. Os investimentos em pesquisas por parte das indústrias farmacêuticas mais o que os autores chamam de “uma certa cultura da doença” (COELHO; NAOMAR, 2002, p. 316) têm, por sua vez, influenciado sobremaneira tanto nos estudos sobre patologia quanto no desinteresse em relação à saúde.

Os autores identificam que o objetivo das pesquisas sobre saúde tem sido o de problematizá-la em sua positividade, pois entendem que mesmo a ideia de promoção da saúde já contando com mais de meio de século de existência, sua força enquanto subsidiária de práticas não se encontra tão consolidada quanto a força da noção de doença. Sem intenção de hierarquizar as diferentes propostas conceituais de saúde, os autores mapeiam o debate em função dos blocos disciplinares conversando com as teorias que cada escola oferece e concluindo que tratam de conceitos parciais, os quais devem ser trabalhados de forma a construir a positividade da noção de saúde.

Nesse sentido, a discussão empreendida pelos autores coloca a intrincada relação da produção de um conceito de saúde afinado com interesses mercadológicos, como no caso da indústria farmacêutica. Com o atravessamento dos investimentos financeiros do mercado, o conhecimento produzido nas pesquisas poderia estar respondendo, principalmente, à manutenção do *status quo* da escassez de estudos sobre uma definição positiva de saúde, por alimentar a discussão de modelos biomédicos comprometidos com alta tecnologia e intensa medicalização. Mais perigosa essa relação torna-se na medida em que ela não é transparente e se traveste de neutra, arvorada na condição de um conhecimento científico imparcial e universal.

A preocupação em descrever a saúde a partir de critérios precisos e validados de forma a torná-la objeto científico permitindo o estabelecimento de um padrão traduzível em taxas, médias e índices parece interpor-se no campo da Saúde Coletiva como um dilema importante. No que tange à racionalidade científica que nos permeia, alguns autores encontram limites para se pensar saúde positivamente – não apenas como o contrário de doença –, trazendo à tona a discussão sobre o próprio fazer da ciência (CAPRARA, 2003; CZERESNIA, 1999; MARTINS, 2003). O paradigma científico biomédico é colocado em crise ao se analisar o conceito de saúde por sua postura de emissor de verdades, a partir da qual constrói um ideal de saúde a ser universalizado, determinando de maneira arbitrária às pessoas o que é saúde e qual a relação que se deve manter com ela. Atuando de acordo com essas condições, a biomedicina conduz ao desenvolvimento de modelos ideais de sujeitos saudáveis e ao estabelecimento de padrões do que é conforto, qualidade de vida, entre outros, colocando a saúde numa posição utilitarista e prescritiva (CAPONI, 1997; MARTINS, 2003; ORTEGA, 2004).

Em vista disso, a fim de operar diretamente com a ideia de saúde, seria necessário construir outros modos de relação com a ciência, já que as diversas disciplinas apresentam dificuldade em pensar e conceitualizar saúde e focam na noção de doença, pois esta parece sustentar de forma mais segura a objetividade científica pretendida (ALMEIDA FILHO, 2000; AYRES, 2007; CAPRARA, 2003; COELHO, ALMEIDA FILHO, 2002; CZERESNIA, 1999; MARTINS, 1999; MINAYO, HARTZ, BUSS, 2000). A partir da discussão dos autores, percebemos um movimento do paradigma científico dominante operando uma dupla função em relação à definição de saúde, fazendo com que, por um lado se tome saúde pelo seu contrário, a doença e, por outro, pelo seu silêncio, mediante a limitação de seu arcabouço em abordar saúde em sua positividade.

De modo a enfrentar tal dilema, a pesquisadora da Saúde Coletiva Dina Czeresnia (1999) propõe que se problematize, sobretudo não a ciência reducionista, mas a ideia de que a ciência não é limitada, visto que o pensamento científico embebe-se justamente em compartimentalização e mutilação dos elementos aprofundando o abismo entre aquilo que postula e a experiência singular da saúde e da doença. A proposta de Czeresnia interessa na medida em que soma ao pleito por mais transparência no fazer científico, de forma a que a ciência não seja apartada do meio social, pelo contrário, que seus procedimentos sejam nele localizados, como práticas históricas e políticas. A desnaturalização da ciência seria aqui um passo fundamental para que seu próprio processo de produção torne-se passível de análise.

A assertiva de Dina Czeresnia remete a Bruno Latour, pesquisador e professor francês que têm dedicado-se a produzir estudos sobre a ciência em ação, ou seja, sobre o processo pelo qual se produz um fato mais do que estudar os fatos já produzidos. O projeto de Latour contribui para a desnaturalização da ciência e, por conseguinte, do discurso científico ao ser capaz de estranhar a fixidez das verdades difundidas pelo campo, forçando-as a saírem de uma posição aérea e isolada para serem analisadas a partir das ações que promovem e pelas quais também são promovidas²⁷. Os estudos de Latour não serão aprofundados em nossa pesquisa, ainda que se façam presentes na importante empreitada de traçar os caminhos pelos quais a produção de conhecimento científico se desenvolve. Latour nos deixa atentos aos procedimentos necessários

²⁷ Cf. LATOUR, Bruno. *Ciência em ação: como seguir cientistas sociedade afora*. Assis: UNESP, 2000.; Id. *Cogitamus – seis cartas sobre las humanidades científicas*. Buenos Aires: Paidós, 2013.; LATOUR, Bruno; WOOLGAR, Steve. *A vida de laboratório: a produção dos fatos científicos*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997.

de serem percorridos por uma ideia para que ela alcance a posição de um conhecimento científico legítimo. Esse ponto vem de encontro com a questão levantada pelos artigos acerca do enrijecimento da definição de saúde quando submetida à objetividade científica.

No encontro com as produções citadas nos deparamos com a complexidade do conceito de saúde e com o grande desafio por elas colocado de definir o que é saúde para o campo da Saúde Coletiva. Alcançar uma definição de saúde que se pretende um manual não é o objetivo desta pesquisa, apesar de tal preocupação apresentar-se no campo, por exemplo, na feitura de instrumentos estatísticos a fim de aferir se qualquer pessoa está saudável ou não (ALMEIDA FILHO, 2000). Nossa relação com uma proposição de saúde é tema a ser debatido mais a frente, sendo que, por ora, trataremos de mapear os modos com os quais o conceito de saúde foi operado no nascimento da Saúde Coletiva. No entanto, nesse momento percebemos que o esforço para fazer da saúde um objeto mais simpático aos termos vigentes da ciência hegemônica traz para perto a iminência de um flerte entre o conceito de saúde e o conceito de risco, desembocando no afastamento da produção de saúde para investir em normalização e padronização de vida.

De relevância para a epidemiologia, o conceito de risco tem subsidiado ações e programas no âmbito assistencial da saúde brasileira desde o enfrentamento de doenças até o financiamento dos serviços e, portanto, a construção de agendas – prioridades – no cotidiano da assistência merecendo, sem dúvida, um estudo aprofundado das implicações de seus efeitos na atualidade. Apesar da problematização mais exaustiva do risco fugir aos objetivos desta pesquisa, entendemos sua importância na medida em que efetua intersecções com a noção de saúde e está presente tanto na estruturação da assistência, quanto na do campo da Saúde Coletiva.

O pensamento de Michel Foucault torna-se aliado para algumas pesquisas levantarem questionamentos acerca da noção de risco, indicando que esta contribui para alavancar a introjeção das prescrições difundidas pela área da saúde (MARTINS, 2003; ORTEGA, 2004). Imbuído desse caráter, o risco colabora com um projeto baseado em modelos ideais de sujeito resignificando toda a existência humana como objeto da saúde no processo de medicalização da vida. O forte viés prescritivo da medicina é criticado assim que sua racionalidade comprometida com a produção e difusão de verdades científicas é interrogada, pois Foucault problematiza a neutralidade e a cientificidade da produção de

saberes ao localizá-los em seu contexto histórico, revelando a medicina como ciência do homem, ou seja, uma ciência social, política e histórica (MARTINS, 2003; ORTEGA, 2004; SEGRE & FERRAZ, 1997). Ademais da problematização do conceito de risco, a obra de Foucault oferece valiosos instrumentos de análise para as ciências da saúde, impactando sobremaneira no Brasil na constituição de cursos de pós-graduação em saúde e na movimentação pela reforma sanitária.

Foucault visitou o Brasil por cinco vezes, entre os anos 1960 e 1970, em pleno tempo de ditadura militar. Suas passagens por essas terras não se restringiram à sala de aula, pois Foucault articulou-se com as pessoas que desejavam ouvi-lo, levando suas provocativas análises para hospitais, bares, centros estudantis, entre outros, debatendo desde as violências cometidas por agentes de governo - como a morte do jornalista Vladimir Herzog - às relações de poder no âmbito da medicina - nas conferências sobre o nascimento do hospital e da medicina social (RODRIGUES, 2014)²⁸.

Tarefa difícil seria apontar uma ou outra contribuição mais significativa de Foucault para a área da saúde, dada a riqueza e diversidade de sua obra. A relevância do tema da saúde para o filósofo aparece em diferentes trabalhos ao longo de sua vida, entre eles, citamos: *O nascimento da medicina social* (2000a), *Crise da medicina ou crise da antimedicina* (2010), *O nascimento da clínica* (1980), *Doença mental e psicologia* (1975), *História da loucura na idade clássica* (2005), *O nascimento do hospital* (2000b), *A política da saúde no século XVIII* (2000c). Portanto, nesse momento vale mais destacar que o conjunto da obra foucaultiana abre novas perspectivas sobre o modo como opera nossa sociedade, construindo percursos históricos que possibilitam críticas ao presente.

Ao longo da jornada que vamos construindo na pesquisa, Foucault tem insistido em permanecer acompanhando-nos, trazendo problematizações e análises pertinentes às questões levantadas pelo movimento de nosso problema. Também com a área da saúde, o pensador dedicou-se a promover perturbações, sobretudo por conceber um olhar capaz de desnaturalizar as práticas e fazer ver a sua inscrição na sociedade, permeada por um jogo de forças. Através do estudo sobre os efeitos das práticas médicas quando atravessadas por interesses econômicos e de governo, Foucault levanta a questão da condição que é aí

²⁸ Informações fornecidas por Heliana de Barros Conde Rodrigues, na mesa redonda intitulada *Foucault, Reforma Psiquiátrica e o IMS*, durante o evento *As Conferências de Foucault no Instituto de Medicina Social: o IMS, a Saúde Coletiva e o Brasil 40 Anos Depois*, no Rio de Janeiro, em novembro de 2014.

atribuída ao corpo como a de um espaço de intervenção técnica e de controle do comportamento.

A problematização da definição de saúde ganha vida não só a partir das teses de Foucault. O médico e filósofo Georges Canguilhem também é chamado à conversa em alguns artigos com intenção de ampliar a compreensão tanto sobre a noção de saúde quanto sobre a noção de doença, ultrapassando a relação saúde-doença pautada na negação – compreensão de que a saúde seria o contrário da doença (ALMEIDA FILHO, 2000; AYRES, 2007; CAPONI, 1997; COELHO, ALMEIDA FILHO, 2002; CZERESNIA, 1999; MARTINS 2003). Os artigos convidam Canguilhem a compor na medida em que este fomenta a ideia de que saúde e doença não são equivalentes, tampouco se limitariam a ser uma o inverso da outra, pois saúde seria também a própria capacidade de cair doente (ALMEIDA FILHO, 2000; AYRES, 2007; CAPONI, 1997; COELHO, ALMEIDA FILHO, 2002).

O diálogo com Canguilhem acontece nomeadamente a partir da aproximação de sua tese de doutoramento chamada *O normal e o patológico* (2011), na qual o autor defende uma apreensão dinâmica do conceito de saúde, assim como do conceito de doença. Para Canguilhem, a diferença determinante entre o normal e o patológico é a capacidade de mudança em relação às condições da vida de uma pessoa ao longo do tempo, ou seja, um estado normal em certa situação pode tornar-se patológico em outra, caso não passe por alguma transformação.

A construção do pensamento de Canguilhem através das categorias de normal e patológico fazem emergir um viés de análise que reposiciona a simples oposição saúde-doença, uma vez que ele propõe olhar para a doença ainda como uma norma de vida, porém uma norma inferior já que se configura pela incapacidade de criar novas normas. Nesse caso, o patológico também não se opõe ao normal, pois está ele também inscrito em uma norma, delimitando uma condição em que nenhum desvio é admitido. A saúde, por sua vez, também não se opõe ao normal e nem dele é equivalente, caracterizando-se como a possibilidade de instituir novas normas, de operar mudanças. Portanto, estar saudável não pode significar apenas estar normal, dependendo da capacidade de infringir a própria norma no sentido de dar passagem a outras normas de vida.

Canguilhem, então, diz que a fim de produzir saúde não é suficiente estar afinado com a norma, mas sim é preciso lançar mão de novas normas, é preciso ser normativo. A normatização de Canguilhem distingue-se da normalização a qual já relacionamos o discurso técnico-científico da saúde nesta pesquisa.

Enquanto a normatização de Canguilhem tende a expressar uma valoração no plano da experiência da vida das pessoas, enfatizando a fluidez da relação com a saúde, a normalização colocada em funcionamento por determinadas práticas na área da saúde caracteriza-se por um ato prescritivo com intenções regulatórias sobre o corpo do outro, promovendo achatamento das singularidades a favor de um modelo universal²⁹. Nosso entendimento sobre a diferença entre essas noções é de que elas não se posicionam enquanto antíteses no correr cotidiano da vida, mas sim, dispõem-se no campo de forças de modo a exercer em diferentes medidas e tempos, suas intensidades.

O intenso diálogo promovido com esses autores nas pesquisas elencadas toma posição clara de crítica à ideologia médica e também à racionalidade científica convencional, afirmando que, de modo a suspender alguns paradigmas sobre os quais caminhamos, a obra de Canguilhem e Foucault permanece atual e pertinente, introduzindo questões ao modo de funcionamento contemporâneo e possibilitando o chacoalhar das estruturas. As análises de poder possíveis a partir de Foucault, assim como seus estudos sobre o nascimento do hospital e da clínica médica, somados às pesquisas acerca do normal e do patológico de Canguilhem alimentam a discussão sobre o fazer médico e sua relação com outras dimensões da vida humana.

A ruptura no pensamento e no campo de saber produzida por esses autores reverbera de maneira contundente nas transformações pelas quais passou a área da saúde no cenário nacional dos últimos 40 anos. A relevância de seus estudos não emerge somente na época a qual se atém nossa pesquisa, pois a leitura que foi feita de suas obras no contexto da reforma sanitária foi fundamental para as transformações na área, assim como para o próprio surgimento da Saúde Coletiva ao alimentar a força do pensamento crítico em relação às ciências. Encontra-se a influência desses autores inclusive na própria distinção que a Saúde Coletiva faz de si em relação ao campo da Saúde Pública no seu nascimento, ao recusar a predominância do discurso biológico sobre a saúde e buscar por um conceito de saúde que envolvesse a dimensão social e valorativa das pessoas. Na articulação de um novo campo de conhecimento e de práticas em saúde, distinguimos no movimento de construção da Saúde Coletiva, a presença de Canguilhem e de Foucault no exercício crítico de pensar a nossa sociedade, para além da estrutura sanitária.

²⁹ A esse respeito conferir texto de Canguilhem (2011) *Do social ao vital*, capítulo do livro *O normal e o patológico*.

O diálogo com o material bibliográfico que problematiza o conceito de saúde na cena brasileira antecede o mapeamento do problema da pesquisa para nos localizar nos caminhos que têm sido construídos a fim de discutir a temática. O percurso pelas produções oferece como primeira espreitada no que circula em relação a publicações na área o desenho de um cenário inóspito em vista da ausência de “conceito de saúde” como palavra-chave reconhecidamente das ciências da saúde. A suspeita advinda faz a ligação entre essa ausência no dicionário especializado com a tendência de investimento em estudos alinhados ao modelo biológico tradicional, favorecendo linhas de pesquisa com tons tecnicistas em detrimento de outras de ênfase crítica. Nesse sentido, ao procurar alimentar a discussão sobre o conceito de saúde, os artigos deparam-se com a melindrosa tarefa de produzir uma concepção ampliada de saúde dentro dos parâmetros científicos. A implicação de um obstáculo tal traz como um de seus efeitos o empobrecimento do conceito de saúde, pois este acaba, muitas vezes, por ser tomado pela simples ausência de um quadro patológico.

É nesse momento, diante desse quadro, em que percebemos através da análise dos artigos que há uma tendência de caminhar para um esquadramento epistemológico do problema, endereçando os distintos sentidos de saúde aos respectivos blocos disciplinares. A pesquisa sobre o problema do conceito de saúde torna-se, assim, uma questão subordinada aos campos epistemológicos e faz-se, nesse ritmo, por uma abordagem conceitual de saúde sob o viés de uma história da epistemologia, de um acompanhamento de seu progresso interno à ciência.

O trajeto ofertado pelo estudo da evolução das ideias de saúde ocupa-se de delinear a filiação teórica dos conceitos, levando a propostas de aplicabilidade na formação e atuação profissional. Para o sucesso de tal empreendimento é preciso que se confie não só que natureza e sociedade são termos que encerram realidades distintas, como também que o discurso científico tem sua condição de verdade dada, colocando-se como o ponto de determinação das reflexões, sendo seus campos disciplinares territórios planos, unitários e pacíficos. A história das ideias descreve o progresso do discurso escondendo as discontinuidades e as relações de poder integrantes do contexto no qual os conceitos tomam forma e força, deixando com que estes parem sobre nossas cabeças feitos verdades universais. De modo que, seguindo fielmente essa perspectiva, a nós restaria escolher qual definição de saúde se presta mais ou menos às práticas que

intencionamos fomentar, reiterando o fantasma tecnicista de mero executor de ações que paira sobre a área da saúde.

Puxar a nuvem de verdades para baixo, ou seja, desnaturalizar um fato científico e traçar suas conexões com o espaço que ocupa é tarefa que nos acompanha na aproximação do campo de forças em que se posiciona uma definição de saúde. Ter em vista o processo de produção dos conceitos e as relações de poder que estabelecem ao fazer ver e fazer dizer um conjunto de elementos em detrimento de outros, é a inspiração da genealogia animando nossa empreitada. Eis onde reside nossa confiança: dispondo desse olhar, enviesado, é que aumentamos nossas chances de vislumbrar o que está em jogo no conceito de saúde. Pois, é também confiando que este campo não está dado, e que nele há forças em constante movimento e interação, que nos lançamos à pesquisa, forçando, por nosso turno, a Saúde Coletiva a se haver com a multiplicidade constituinte de seu próprio nascimento.

O CONCEITO DE SAÚDE NO NASCIMENTO DA SAÚDE COLETIVA

Na seção sobre a emergência da Saúde Coletiva, entramos em contato com o cenário efervescente de acontecimentos relacionados à constituição do campo no Brasil. O intenso espírito de crítica vivido por diversos atores em distintas dimensões da vida inquietou a área da saúde ao colocar problemas em relação à estrutura assistencial, formação e atuação profissional e bases teóricas. Exercendo importante peso no bojo dessas investidas, o tema do conceito de saúde integrava a bandeira de luta da reforma sanitária, assim como da nascente Saúde Coletiva.

No encontro com os textos analisados, um mapa foi traçando-se na pesquisa. A partir de cada página virada, linhas despontavam e seduziam nossa atenção, feito vagalumes assanhados na escuridão da noite. Não é de nosso conhecimento que Alexandre tenha alguma vez, em uma de suas muitas histórias, ilustrado qualquer episódio cabeludo versando sobre vagalumes. No entanto, por nossa imaginação e amizade com o matuto, vislumbramos um caso onde os bichinhos surpreendem aqueles que se embrenham na mata na madrugada e que, no seu vaivém reluzente, desenham piruetas em traçados ora mais tortuosos, ora menos, ora em bando, ora solitários. Como que convidando o curioso visitante a que dance junto a eles nesse baile de luz e escuridão.

Assim acenaram para nós as categorias de análise do nosso problema de pesquisa, conforme nos deparamos com o material bibliográfico. No contexto de nascimento da Saúde Coletiva, o fio do conceito de saúde disparou em ramificações, certamente que não todas possíveis de serem adequadamente trabalhadas nessa dissertação de forma que, para tecer a análise, elegemos aquelas capazes de fazer reverberar o intenso debate sobre a área da saúde na década de 1970 no Brasil. Norteados pelo foco construído para essa investigação, o desenho conferido ao mapa é fruto do olho torto que multiplica os sentidos de saúde a fim de atentar para os campos problemáticos que o conceito aciona em virtude das vizinhanças construídas. O *corpus* da pesquisa é composto de livros, artigos científicos e notas de periódicos da área da saúde. A seguir, apresentaremos as especificidades de cada um desses elementos.

Editados como livros, elegemos três obras reconhecidas como clássicas da Saúde Coletiva por sua relevância no processo de fundação do próprio campo,

quais sejam: *O dilema preventivista*, de Sergio Arouca (2003), *As instituições médicas*, de Madel Luz (2013) e *Saúde e sociedade*, de Maria Cecília Donnangelo (1979).

O dilema preventivista escrito pelo médico sanitarista Sergio Arouca foi elaborado como tese de doutoramento defendida em 1975 na Universidade Estadual de Campinas, em São Paulo. A partir de então, o médico envolveu-se profundamente com o movimento da reforma sanitária e passou a assumir cargos institucionais – de entidades nacionais e estrangeiras - e políticos ligados à saúde até o final de sua vida, em 2003. A participação de Arouca na construção da Saúde Coletiva e nas transformações da saúde é de notório valor, configurando-se em uma personagem fundamental para a promoção da pauta de reivindicações do movimento sanitarista. Em sua tese, Arouca analisa a conjuntura da Medicina Preventiva e seus limites de atuação e transformação da realidade sanitária dentro de um sistema capitalista. Produzida ainda em tempos de regime militar, a tese trazia problematizações que ganharam espaço antes mesmo de sua publicação e o rumor de um trabalho de crítica e contestação fez com que a direção da universidade suspendesse a defesa do doutorado de Arouca. O processo de cerceamento e censura à obra e ao autor deu-se pelo tempo de um ano até que a concessão para a defesa foi emitida pela diretoria e, em meio a um auditório apinhado de gente, Sergio Arouca defendeu publicamente sua produção (ABREU, 2005).

Saúde e sociedade de Cecília Donnangelo (1979) abordou a constituição da medicina comunitária na sociedade como um todo, em seus aspectos políticos e sociais, implicando em uma análise sobre a particularidade do objeto de estudos da Sociologia da Saúde³⁰. O estudo da socióloga remete à sua tese de livre-docência defendida em 1976 no departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo, onde exerceu vivamente diversas atividades – entre as quais as de docência, grupos de estudo, assessoria e orientação - desenvolvendo parcerias com muitos estudantes e profissionais e fomentando a discussão sobre os paradigmas que sustentavam a prática médica no Brasil. Junto a sua tese de livre-docência, também sua produção ao longo do doutorado fez-se fundamental para a Saúde Coletiva, trata-se do livro *Medicina e Sociedade*, lançado em 1975. Também responsável por compor parte significativa na constituição das bases da Saúde Coletiva, Cecília Donnangelo imprimiu sua

³⁰ *Sociologia da Saúde* é o termo usado por Luís Pereira para se referir ao entrelaçamento das ciências sociais com a saúde no apêndice que assina junto ao livro de Cecília Donnangelo.

marca ao fazer conversar o arcabouço das ciências sociais com as problemáticas da saúde, especialmente no que diz respeito à formação e à atuação do médico inseridas na organização da sociedade como uma entre demais práticas sociais.

Tanto o trabalho de Sergio Arouca quanto o de Cecília Donnangelo voltam-se em alguma medida ao tema das reformulações da medicina. Primeiramente, o médico se ocupa da chamada Medicina Preventiva, ao passo que a socióloga trata sobre a Comunitária e seguem os dois, cada qual com seu ritmo, no debate sobre as propostas de reforma da medicina. A necessidade de se repensar os paradigmas balizadores das ciências da saúde atravessou de modo relevante todo o período no qual se constituiu a reforma sanitária, compondo um empenho de angariar elementos para lidar com a crise diagnosticada na saúde (L'ABBATE, 2003).

A enfrentar também o tema da crise insere-se o estudo de Madel Luz (2013) intitulado *As instituições médicas no Brasil*, cuja feitura deu-se durante seu doutoramento em Ciências Políticas na Universidade de São Paulo. O trabalho defendido em 1978 e publicado no ano seguinte cunha o termo “instituições médicas” a fim de dar forma ao objeto de pesquisa que vislumbrava: as instituições de saúde, desde a indústria farmacêutica até os serviços assistenciais e a formação profissional. Com o intuito de colocar em questão a construção das políticas de saúde, Madel Luz faz emergir as conexões entre o Estado, a prática e o ensino médicos, produzindo um cenário de conflitos, onde diversos interesses buscam por uma condição de sobreposição sobre os outros, ou como diz a autora: uma estratégia de hegemonia. Afora constar também como uma das obras paradigmáticas da Saúde Coletiva, *As instituições médicas no Brasil* introduz uma importante marca nos estudos da área da saúde no Brasil ao operar com o referencial da análise institucional, crescente na época, por meio das figuras de René Lourau e Georges Lapassade. O imbricamento entre a corrente da análise institucional mais o viés do materialismo histórico possibilitou à autora armar seu território de pesquisa e delinear a disputa de interesses em jogo no encontro entre saúde e capitalismo.

Em seu potencial de crítica, as três produções contribuíram para somar às problematizações levantadas por profissionais, acadêmicos e população dando corpo ao movimento de contestação da situação sanitária e de proposição de encaminhamentos. A evocação de um contexto amplo, maior do que o setor mesmo de saúde, é inerente a essas e a outras obras do período, acenando para

o compromisso da reforma sanitária e da Saúde Coletiva com a situação política, econômica e social do país.

Ademais dos três livros elencados, nos voltamos para artigos publicados na época de nascimento da Saúde Coletiva, tais como os reunidos na edição especial da revista *Saúde em Debate* intitulada *Fundamentos da reforma sanitária*, organizada por Sônia Fleury, Ligia Bahia e Paulo Amarante e lançada pelo Cebes em 2008. Reunindo artigos marcantes para a Saúde Coletiva, é já nos primeiros parágrafos da apresentação que os organizadores da coletânea discutem a simultaneidade entre o relevante alcance dos artigos publicados nos primeiros anos do Cebes e a dificuldade de acesso a esse material ao longo das décadas seguintes³¹. Nesse sentido, a ocasião de relançar trabalhos de elevada importância para a área coloca reflexões acerca do funcionamento da própria instituição, fazendo com que o Cebes produza sua memória e analise seu fazer ao organizar o acervo e oferecer uma trajetória.

A coletânea de *Saúde em debate* é estruturada em três grandes conjuntos chamados por dossiês: a construção do campo de conhecimento da Saúde Coletiva; a construção da estratégia política; teoria e tática da reforma sanitária. Praticando o foco do problema de nossa pesquisa, elegemos como material de análise somente o primeiro dossiê da coletânea voltado aos paradigmas da Saúde Coletiva no Brasil. Por se tratar de uma compilação feita pela própria instituição responsável pela revista, é certo que todo o conteúdo tece relações com o campo da Saúde Coletiva, no entanto face à limitação de nossa empreitada, nos coube atentar especificamente ao primeiro eixo e, uma vez com ele, trabalhar mais detalhadamente com os quatro artigos que propuseram o tema do conceito de saúde em seu corpo. São eles: *Medicina de comunidade – implicações de uma teoria*, de Anamaria Tambellini Arouca e Sergio Arouca; *A prática da saúde e a educação*, de Joaquim Alberto Cardoso de Melo; *Saúde, saber médico e recursos humanos*, de Aloysio Amancio e Antônio Augusto Quadra; *Educação médica, relação médico paciente (política de saúde: o polo dominante)*, de Aloysio Amancio e Antônio Augusto Quadra.

As primeiras publicações da revista *Saúde em debate* também foram por nós estudadas, para além da coletânea já referida, no intuito de angariar outras vozes para a pesquisa. Isso se deu, pois notamos que desde seu número inaugural, a revista publicou não só artigos, mas também cartas de leitores e

³¹ Atualmente está disponível na internet a coleção completa da revista *Saúde em debate* no endereço: <http://www.saudeemdebate.org.br>.

instituições, assim como relatórios de encontros e eventos científicos, estudantis ou profissionais. Para efeito desse garimpo, estabelecemos como recorte o ano um da revista, compreendendo as cinco edições lançadas entre outubro de 1976 e outubro de 1977, ao longo das quais nos ativemos ao tratamento oferecido ao debate sobre o conceito de saúde nos seguintes textos: *Residência médica analisada em recente congresso* (CEBES, 1976b); carta da *Associação Brasileira de Medicina de Grupo* (CEBES, 1977a); *Londrina, 4 a 9 de abril vem aí a IV Sesac* (CEBES, 1977b); *Editorial* (CEBES, 1977c); *Na IV Sesac – estudantes e profissionais* (CEBES, 1977d); *A saúde no Brasil hoje* (CEBES, 1977e); *Editorial* (CEBES, 1977f); *Na mesa: saúde e democracia* (CEBES, 1977g); *Profissionais de saúde unem-se pela democracia* (CEBES, 1977h); *IX Encontro de estudantes de medicina* (CEBES, 1977i); *APM não permitiu concorrentes nas eleições* (CEBES, 1977j).

Essa estratégia de construção do material bibliográfico da pesquisa não surge por acaso, pois na busca por incrementar a pesquisa com diferentes vozes contando sobre diferentes acontecimentos, nos deparamos com obstáculos para acessar uma série de documentos constituintes da história da Saúde Coletiva, fazendo com que novos caminhos necessitassem ser explorados. A ainda difícil circulação da informação em tempos de *internet* móvel e de franca expansão do mundo virtual é intrigante e mereceria por si só investigações profundas. Muito embora nosso problema de pesquisa não coincida com tal questão, ela impõe atravessamentos a nós e não deixa de estabelecer um dado cenário também constituinte do campo no qual nos inserimos.

Alexandre nos ensina que a memória é construída a cada novo debruçar sobre o passado, a cada nova atualização de nossa história no tempo presente, de forma a nos dar condições de nos produzir a nós mesmos e ao mundo que habitamos. É também com os entraves da produção e da circulação de memória, os quais por ora nos deparamos, que essa pesquisa acontece. E com eles nos havemos, não tanto para lamentar o que falta a essa pesquisa, mas para nos relacionar com o campo da Saúde Coletiva em sua complexidade.

De modo a traçar os delineamentos para a análise, aguçamos a sensibilidade por meio de duas questões principais que fazíamos no encontro com o *corpus*: como define saúde? e a que conecta saúde? Tomados por esse espírito nos lançamos aos textos buscando mapear os problemas vinculados à saúde, desenhando um cenário no qual o discurso sobre a saúde protagoniza atos, porém não sozinho, uma vez que convoca a se apresentarem com ele um diverso conjunto de personagens. Nossa viagem pela miríade discursiva teve

como guia o conceito de saúde e nosso relato contará sobre a definição de uma ideia de saúde, tal qual sobre o modo como o debate referente à saúde se deu e por quais vias ele foi possível na emergência da Saúde Coletiva.

As vozes que convidamos à pesquisa discutem o conceito de saúde acercando-se de outros conceitos e problemas a fim de arquitetar seu raciocínio, configurando um jogo intrincado, povoado de definições que buscam se avizinhar da saúde, ora por um movimento brusco, ora por uma dança sutil. O desenho fabricado pelas diferentes definições de saúde é nossa matéria para mapear o campo de forças em jogo no nascimento da Saúde Coletiva, através do qual conduziremos ao delineamento das linhas em que se dispõe o jogo acionado pelo conceito de saúde.

Uma vez que do debate nos interessa extrair as forças responsáveis por tensionar o conceito de saúde fazendo com que este se enamore de outros conceitos e flerte com problemas variados, deixamos de lado o acompanhamento epistemológico do jogo, onde se procederia de forma a remeter as ideias aos respectivos blocos de conhecimento. Embarcar em tal empreitada diverge do objetivo da pesquisa, pois, se por um lado já há diversos trabalhos que se debruçam sobre essa articulação³², por outro, privilegiamos aqui entrar em contato com o terreno movediço ofertado pela Saúde Coletiva enquanto campo povoado por diferentes áreas e disciplinas. Nesse sentido, nos atentamos para o movimento experimentado pelo conceito de saúde ao ser continuamente deslocado e alocado em diferentes sentidos e posições, deixando ver as constantes apropriações a chacoalhar a rigidez das identidades disciplinares.

No traçar das relações do conceito de saúde de nosso *corpus* produzimos um mapeamento organizado por dois eixos fundamentais: o conceito de saúde e a superfície onde ele se inscreve. O primeiro eixo forma-se a partir da abordagem direta do conceito de saúde nos textos lidos, compreendendo desde os significados a ele atribuídos até as vizinhanças conceituais. Nesse eixo entramos em contato com a matéria de constituição de saúde, conhecendo os contornos que tomam o conceito nos diversos discursos.

Ao expandir o desenho específico da saúde, o horizonte dos textos abre-se para uma gama de temáticas que navegam ao sabor das investidas dos autores, conformando nosso segundo eixo de análise. Trata-se do teor geral das obras que abordaram o conceito de saúde, com vistas a compreender em que

³² Cf. AYRES, 2007; CAPONI, 1997; COELHO; ALMEIDA FILHO, 2002; SEGRE; FERRAZ 1997.

conjunturas fez-se necessária uma articulação entre os problemas levantados pelos autores e o conceito de saúde. Ou seja, buscamos compreender em que contextos o debate sobre o conceito de saúde foi convocado.

PRIMEIRO EIXO: LINHAS E NÓS DO CONCEITO DE SAÚDE

A revista *Saúde em debate* através de seu próprio nome anuncia o movimento de voltar a atenção para o tema da saúde, convidando para o debate ao mesmo tempo em que já o instala. Assim também poderia se intitular o primeiro eixo de análise da pesquisa, pois é nele que trataremos de enfrentar a conformação do conceito de saúde em circulação nos textos que compõem nosso *corpus*. O estudo das obras disparou inúmeras linhas de análise, dentre as quais escolhemos fisgar para compor o primeiro eixo aquelas que correspondem a uma vinculação direta com a saúde, configurando-se como proposta de definição do conceito. Portanto, o delineamento do primeiro eixo é pautado pelos seguintes pontos: saúde e vida; saúde-doença; saúde como bem de consumo; saúde e direito; saúde positiva; saúde e medicina. Por ora, dedicamo-nos a traçar cada um dos pontos levantados, de acordo com o trânsito por eles percorrido no conjunto das obras para, em seguida, tratarmos do segundo eixo e, ao fim, do desenho de nossas conclusões provisórias.

SAÚDE E VIDA

A saúde entendida como parte integrante da vida foi apresentada por cinco autores em nosso estudo (AROUCA, AROUCA, 1976; MELO, 1976; LUZ, 2013; DONNANGELO, 1979). A articulação entre saúde e vida vem afirmar a dimensão da experiência das pessoas no propósito de conectar a saúde aos fenômenos relacionados à vida, assim como faz com a doença e os processos de adoecimento. Nesse sentido, saúde é localizada em uma constelação onde figuram as demais dimensões do viver e traça vínculo fundamental com as relações que se mantêm com o meio social e o meio ambiente, constituindo um fenômeno que não se restringe à área específica da ciência ou da medicina, pois diz respeito, sobretudo, ao âmbito da vida como um todo. Ora, se a saúde é reclamada como referente primeiro à vida, depois à ciência e à medicina, trata-se de uma operação que ao mesmo tempo no qual localiza em um território a saúde, também localiza a jurisdição do saber técnico-científico sobre ela. Uma das consequências dessa operação é fazer com que para aproximar-se da saúde

em sua expressão na vida das pessoas se faça necessário compreender as relações que estas mantêm com o mundo no qual estão inseridas.

A tese de Canguilhem acerca de *O normal e o patológico* deu corpo à proposição de uma saúde componente da vida e foi acionada pela discussão de Anamaria Tambellini Arouca e Sérgio Arouca (1976) e de Cecília Donnangelo (1979). A afirmação de Canguilhem fortalece, junto aos autores, a consideração da experiência do sujeito a fim de estabelecer uma condição de saúde ou de doença, apontando a saúde como uma margem de equilíbrio frente à vida, ou seja, como a capacidade de cada um de lidar com as questões trazidas pela vida ao longo de seu curso. Novamente torna-se possível, através da aliança com Canguilhem, reposicionar o conhecimento da ciência e da medicina em relação à saúde ao reiterar a preponderância da experiência da vida sobre o saber técnico-científico. A potência normativa da própria vida impõe-se, dessa forma, sobre categorizações rígidas de saúde e de doença, exigindo um mínimo grau de protagonismo das pessoas a fim de que emirjam padrões menos tecnicistas e se assuma o processo de saúde e doença como *modos de andar a vida*.

Com o intuito de arquitetar uma saúde para além dos parâmetros biológicos, diversos textos (LUZ, 2013; DONNANGELO, 1979; CEBES, 1976b; CEBES, 1977b; CEBES, 1977d; CEBES, 1977e) trouxeram a articulação entre saúde e condições de vida. Trata-se de uma das pautas consagradas da reforma sanitária, responsável por fomentar a temática do social no debate sobre a reorganização da assistência à saúde. Nessa toada, os autores trabalham por definir saúde enquanto dimensão vinculada às condições nas quais se vive, tais como: moradia, alimentação, renda, trabalho e saneamento. Falar em saúde, portanto, é falar sobre a situação social das pessoas, uma vez que se acha insuficiente o manejo puramente técnico dos profissionais da área, tornando-se indispensável a conjugação dos demais setores a fim de se alcançar resultados mais eficazes na promoção de saúde e no enfrentamento de doenças. Dessa maneira, o problema da saúde das pessoas conecta-se necessariamente ao processo político, social e econômico do país, inserindo a saúde em um contexto amplo no qual a história também se apresenta de modo a compreender o cenário de que se fala.

A conjugação de saúde e doença ao problematizar uma definição de saúde também nos chamou a atenção. Joaquim Cardoso de Melo (1976), Sergio Arouca (2003) e o convite à *IV Semana de estudos sobre saúde comunitária – Sesac* – (CEBES, 1977b) trouxeram os termos assim acoplados designando um único conceito cuja definição versava sobre fenômenos correspondentes a um mesmo processo.

No convite à IV Sesac, o conceito de saúde-doença surge em referência ao relatório de encontros passados, designando relevante pauta de debate correspondente a um processo suscetível a transformações constantes devido à sua conexão intrínseca com o contexto histórico no qual uma sociedade vive. Dessa forma, o destaque conferido ao conceito quer conduzir a atenção também para o processo histórico vivido pelas pessoas, traçando relação entre saúde, doença e sociedade.

Para Melo (1976), saúde-doença representa fenômenos da vida que, ao serem tragados pelos paradigmas técnico-científicos sofrem grave prejuízo em seu sentido, cuja força perde-se tanto no âmbito da assistência quanto no âmbito do ensino em saúde. Assim propagado, para o autor, o conceito incide sobre as pessoas dicotomizando-as entre sadias e doentes ao operar sobre categorias rígidas e estanques definindo o que é estar saudável e o que é estar doente em condições distantes daquelas nas quais a população vive seu cotidiano.

O autor desenvolve uma crítica a partir do conceito saúde-doença da prática e da formação profissional médica, indicando que o conceito faz parte do paradigma que dá a sustentação para o modo de agir do profissional, atravessando a relação que este mantém com a população. É nesse sentido que o argumento do autor encontra-se com a tese de Sergio Arouca (2003), pois ao evocar saúde-doença, este entende que o conceito coloca em operação também a definição da própria prática da medicina, no caso, a preventiva. Para Arouca, ao designar um significado para saúde-doença desenvolve-se também uma visão particular de mundo que viaja através do conceito na circulação empreendida pelo discurso médico na sociedade.

A subordinação da saúde às leis do mercado surgiu como questão em textos que abarcaram a definição de saúde no aspecto em que esta se identifica como um bem de consumo (AMÂNCIO; QUADRA, 1976; AMÂNCIO; QUADRA, 1977; LUZ, 2013; DONNANGELO, 1979; CEBES, 1977e; CEBES, 1977h). A saúde enquanto um artigo disponível para compra e venda surge nos artigos analisados a fim de problematizar a complexa relação entre saúde e economia em nossa sociedade.

Amâncio e Quadra (1976) entendem que a saúde nesses termos responde de maneira diferenciada ao regimento padrão do mercado, pois ao contrário de a relação oferta-demanda funcionar segundo a constante geral, quanto maior a oferta em saúde, maior a demanda. Para os autores, o circuito de consumo da saúde acontece por meio da divulgação desse conceito mercadológico através de anúncios dos avanços tecnológicos pelos meios de comunicação travestidos de novidades em consumo.

A oferta de acesso funciona mediante uma lógica de mercado transformando a saúde em algo que não se possui, pois se configura como um meio para a produção capitalista servindo mais à geração de riqueza do que à população em geral (AMÂNCIO; QUADRA 1977). O estudo de Madel Luz (2013) alinha-se com essa perspectiva ao identificar um uso de saúde restrito à capacidade que o sujeito tem de ir trabalhar, fazendo coro à ideia de que a saúde em alguma medida serve à economia no modo de produção capitalista no qual vivemos. Também para Cecília Donnangelo (1979) a definição institucional de saúde aproxima-se do instrumental requerido para obter lucro e produtividade no sistema capitalista. O sentido de saúde, nesse caso, importa à continuação da acumulação de riquezas própria do capitalismo, sendo considerado mais ou menos importante conforme a mão de obra é mais ou menos requisitada.

Madel Luz (2013) indica a existência de um conflito de interesses cujo resultado é a diferenciação de dois conceitos: saúde enquanto fenômeno diretamente relacionado às condições de vida; e Saúde referente a políticas públicas de um setor específico do aparelho de Estado. Em vista disso, a pesquisadora afirma que submeter a saúde ao consumo acarreta submeter as condições desiguais de vida a questões puramente fisiológicas, dissipando a realidade social.

Por sua vez, o Editorial do número 3 da revista *Saúde em debate* (CEBES, 1977c) debruça-se sobre a própria história do Cebes, analisando o caminho percorrido até o momento e fazendo um balanço dos objetivos em relação à atuação da instituição. Diante do movimento de pensar a própria trajetória, o Cebes põe em questão a exploração das atividades vinculadas à saúde com vistas a gerar capital. A existência de um mercado da saúde no qual os serviços são atravessados pela necessidade de alcançar lucro implica em prejuízos tanto para a população assistida quanto para os profissionais que atuam no setor, e é assinalada pelos editores como o maior obstáculo para uma efetiva reforma sanitária.

Esse tema também foi levantado na mesa-redonda *Saúde no Brasil hoje* organizada pelo núcleo baiano do Cebes para comemorar o lançamento da revista *Saúde em debate* em novembro de 1976. Com a presença de diversos profissionais e representantes de entidades ligadas à saúde, o evento promoveu debates sobre a situação de saúde no Brasil no qual foi problematizada a mercantilização das atividades de saúde. Segundo os debatedores, a condição em que se encontra a relação de consumo com a saúde deveria desencadear uma crítica da medicina, assim como da sociedade em geral, pois diz respeito ao modo de vida que se pratica. Dessa forma, o problema saúde-consumo dá força a uma discussão em que a saúde não pode ser enfrentada isoladamente em relação às demais dimensões da vida, demandando alargamento dos horizontes a fim de abarcar, ao menos, o plano econômico.

As divergências em torno da atuação profissional e o papel do setor saúde na sociedade aparecem em carta (CEBES, 1977a) enviada pela Associação brasileira de medicina de grupo (Abramge) ao Cebes recusando a proposta de comparecer à mesa-redonda, pois não concorda com o tema proposto – comercialização da saúde. Apesar de sentirem-se lisonjeados com o convite, os responsáveis pela entidade alegam não compartilhar das inquietações apresentadas pelo Cebes e ausentam-se do debate.

A exploração da saúde com finalidade lucrativa foi conectada, inclusive, ao âmbito do Estado e das políticas públicas, principalmente na figura do Instituto Nacional de Previdência Social. No evento intitulado *Profissionais de saúde unem-se pela democracia* (CEBES, 1977h) realizado no Rio de Janeiro e em São Paulo no fim de 1977, diversas entidades ligadas à saúde e a demais setores sociais reuniram-se com intenção de promover um movimento pela Saúde Pública do Brasil. Nessa ocasião, mereceu ênfase a reflexão sobre a condição

política-social do país e o papel desempenhado pela saúde na conjuntura de então. Com referência à produção do mercado da saúde, questionou-se o financiamento oferecido ao setor privado por meio do INPS, sendo considerado como uma forma de promover não só a privatização da assistência, mas também a comercialização da saúde no contexto nacional.

Portanto, emerge a questão do direcionamento da política pública e sua implicação com o modelo de assistência a ser seguido. Ao identificar uma atuação dúbia do Estado perante a oferta de serviços de saúde, os autores fazem ver o jogo de interesses através do qual os investimentos financeiros e estratégicos estatais ocupam-se intensamente de alimentar o setor privado de assistência. Tal enredo não se mostra possível apenas com a presença de governantes, sendo requisitada a articulação com profissionais da área e, como apontado, com diversos setores, uma vez que corresponde à complexa organização da sociedade. Para pensar a saúde nesse contexto, faz-se necessário pensar o modo de vida.

SAÚDE E DIREITO

Outra bandeira fundamental da reforma sanitária apresentou-se na jornada percorrida através da produção documental da pesquisa: a conexão entre saúde e direito. Ao todo, sete trabalhos (DONNANGELO, 1979; AROUCA, 2003; LUZ, 2013; AMÂNCIO, QUADRA, 1976; CEBES, 1977b; CEBES, 1977c; CEBES, 1977d; CEBES, 1977e; CEBES, 1977h) mencionaram o direito como aspecto pelo qual a saúde necessariamente deve passar e é com eles que iniciamos a costura das diversas posições desse debate. Ademais da vinculação entre saúde e direito, diversos textos designaram saúde como um direito de democracia, trazendo à conceituação de saúde os valores democráticos. No segundo momento desta subseção, enfrentaremos os documentos que se ocuparam dessa questão (CEBES, 1977c; CEBES, 1977e; CEBES, 1977f; CEBES, 1977g; CEBES, 1977h).

A definição de saúde correspondente a um direito elementar do homem apareceu como pleito em quatro textos de nosso *corpus* (CEBES, 1977b; CEBES, 1977c; CEBES, 1977d; CEBES, 1977h), todos referentes às sessões de comunicados da revista *Saúde em debate*. Na companhia de direito, saúde coloca-se como dimensão para além de raça, religião e condição social, alçando *status* de bem coletivo inalienável cuja responsabilidade de prestação cabe ao Estado. De forma a cumprir com suas obrigações para com a população, os textos apontam que

cabe aos governos assumir o encargo de implementar medidas tanto sanitárias quanto sociais adequadas à necessidade das pessoas. Logo, assumir saúde enquanto um direito de cidadania insinua a consideração das condições sociais em que a população encontra-se a determinado tempo. Ou seja, saúde e direito são termos conectados por outro: o social. Ora, é certo que os significados de social são tão ou mais vastos que os de saúde, principalmente se observados ao longo do tempo e das distintas conjunturas históricas em questão. No caso de nossa pesquisa, nos fiamos ao social na medida em que este se acerca da saúde através da conexão entre saúde e direito, esforçando-se por agregar sentido a ela e por introduzir forças no campo de jogo da saúde.

Ao refletir sobre a conjugação entre direito e saúde, Madel Luz (2013) e Sergio Arouca (2003) vislumbram a interferência de interesses privados a fazer com que a conquista de direitos civis opere a favor da manutenção do *status quo*. Madel Luz (2013) acredita ser o tema do direito de cidadania a maneira institucional de reconhecer a pobreza da noção de saúde quando submetida a ser ausência de doença. Ao identificar a insuficiência da definição de saúde como o inverso da doença procurou-se meios para reparar os prejuízos causados por uma assistência deficiente, limitada frente à diversidade de fatores relacionados à saúde. A responsabilidade do Estado em atender esse direito conduz, para Arouca (2003), a uma ambiguidade na qual a saúde é integrante de um discurso que visa à igualdade entre as pessoas e, no entanto, presta-se também a preservar a desigualdade, uma vez que participa de um modelo capitalista de sociedade. Madel Luz (2013) sinaliza que a discussão sobre direito tem se baseado na vertente jurídica do universal, preocupada com o direito do indivíduo correspondendo ao arcabouço ideológico do capitalismo. Dessa forma, o campo aberto pela intersecção entre saúde e direito coloca em cheque a posição do Estado, acusado de servir-se da saúde com finalidade de manter a desigualdade social, ao mesmo tempo em que organiza e oferta serviços destinados a responder pelas necessidades da população - muitas vezes relacionadas à própria desigualdade na qual esta vive.

Portanto, ao mesmo tempo em que o direito é convocado para aludir a uma preocupação com o bem-estar da população e à estruturação de programas e serviços visando atender às demandas de saúde, o termo desdobra-se em outro sentido, correspondendo ao mínimo necessário a ser realizado para que se mantenha a estrutura econômica eminentemente desigual. Considerar o social na saúde mediante a luta por direitos de cidadania configura, portanto, reparar um

conceito deficitário de saúde e garantir um pacote enxuto de benefícios, ora negado em função da condição de vida da população. Ao ser compreendido simultaneamente como uma importante bandeira de luta para o movimento sanitário e como uma operação da qual se lança mão a fim de seguir com o projeto capitalista, o direito aliado à saúde conduz a uma análise que inquieta tanto o papel do Estado perante a sociedade quanto a própria sociedade no tocante ao modo como está organizada.

Democracia é saúde, como vemos diante do *corpus* da pesquisa, não corresponde unicamente ao célebre discurso proferido por Sergio Arouca na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Oito documentos analisados propuseram a profunda e definitiva conexão entre saúde e democracia, associando a definição de saúde aos direitos de um Estado democrático.

O Editorial do número 3 da revista *Saúde em debate* no qual o Cebes (1977c) fazia um balanço de sua trajetória, priorizou a democracia como condição necessária a ser alcançada pela instituição de forma a posicionar-se mais adequadamente na busca por democratização do setor saúde. Por democratizar a saúde, os editores entendem unificar os serviços assistenciais que devem ser de natureza pública sem fins lucrativos e abertos à participação popular. Portanto, afirmam que a democracia concerne às instituições, à organização da assistência e às políticas públicas, perfazendo um quadro onde, para a efetivação dos direitos democráticos, as diversas instâncias devem estar conectadas e comprometidas com a proposta democrática. Por fim, o editorial traz o diagnóstico de que uma vez em deficiência os direitos democráticos na sociedade, incluindo nesse conjunto os relativos à saúde, tem-se a deterioração do padrão de vida da população com efeitos diretos em seu estado de saúde.

Uma das causas da debilidade do ideário democrático na saúde - segundo o debate organizado na ocasião de lançamento da revista *Saúde em debate* em Salvador (CEBES, 1977e) - encontra-se na aliança entre o trabalho médico e o capitalismo. Tal aliança consiste, segundo o texto, em que se o olhar do médico para o paciente está travestido pelos valores capitalistas, a assistência que prestará encontra sérios obstáculos para ser democrática e o mesmo se passa com o ensino da medicina. Para os debatedores, há um limite do modelo capitalista para suportar uma efetiva democratização na qual a população tem garantida sua participação nos processos decisórios. Assim sendo, o investimento em experiências democráticas em todo o âmbito social deve ser acompanhado por transformações na conjuntura político-econômica sempre que quiser efetivar-

se. É nesse contexto em que as falas da mesa-redonda convocam os profissionais da saúde a agir, chamam à batalha, pois a política concretiza-se não só nos níveis formais de governo do Estado, mas também se instala nas relações do cotidiano, entre elas a relação entre profissional de saúde e população. O pleito da mesa-redonda é no sentido de que a democracia seja exercitada em todos os âmbitos da vida, de forma a tornar-se uma realidade correspondente a um projeto de sociedade, ou seja, para além de uma estratégia de governo.

Em função do debate promovido pelo Cebes na Pontifícia Universidade Católica (PUC) de São Paulo em junho de 1977, diversas associações e coletivos enviaram cartas (CEBES, 1977g) manifestando apoio ao tema levantado: saúde e democracia. A associação de médicos residentes e a de médicos sanitaristas do estado de São Paulo, assim como os centros acadêmicos de estudantes da PUC e da Faculdade de medicina da USP registraram seu endosso ao movimento realizado pelo Cebes. As cartas demonstraram apoio à reivindicação por democracia, afirmando a necessidade de expandir os direitos de liberdade e justiça para toda a sociedade brasileira.

O coletivo de estudantes da USP afirmou sua presença na luta por direitos democráticos problematizando a ausência de democracia nos serviços de saúde e na formação dos profissionais, pois se acham em conflito dentro da própria universidade em relação a atos autoritários de professores e diretores. Engrossando o coro, os médicos sanitaristas não só reivindicaram uma efetiva democracia no Estado com urgência, mas também na própria prática da medicina, pois entendem que o sanitarista tem um compromisso indelével com a população por conta da natureza mesma de seu trabalho.

Processos de eleição de sindicatos médicos trouxeram, por sua vez, o mesmo eixo de saúde e democracia para a cena. Entre os comunicados da revista (CEBES, 1977f), dois tratavam sobre as eleições que aconteciam em São Paulo e no Rio de Janeiro em 1977. Tanto a chapa carioca *Renovação médica*, quanto a chapa paulista *Movimento renovação*, fizeram circular suas bandeiras de campanha anunciando “democracia e saúde”. No entanto, em São Paulo a chapa *Movimento renovação* teve sua candidatura impugnada – acontecimento, até então, inédito na história eleitoral da Associação Paulista de Medicina. Vista como a única chapa realmente oposicionista, ela teve a imposição de diversos obstáculos para homologar-se como candidata sendo, no último instante, efetivamente excluída do processo. Os editores da revista compreenderam tal desdobramento como a proibição por parte do corpo diretivo da Associação da

existência de interesses concorrentes na instituição. Vê-se, portanto, que a luta por democracia e saúde não se desenvolve somente perante as instâncias de governo do Estado, e sim entre o tecido social, povoado de interesses diversos e, nesse caso, discordantes.

A conjugação entre saúde e democracia orquestrada pelos artigos avizinha da saúde a democracia como condição para a construção de melhores situações de saúde para a população, traçando forte laço entre o projeto político e a construção da vida em sociedade, e entre o âmbito do ensino e o da assistência em saúde. Conseqüentemente, a responsabilidade pela efetivação da democracia é descrita como sendo também dos profissionais da saúde e da população, não recaindo apenas sobre os homens de governo. Ou seja, através desse debate, a democracia é, sobretudo, um posicionamento diante da vida a ser praticado em todos os espaços, sem o qual melhores condições de saúde não seriam possíveis.

SAÚDE POSITIVA

A busca por um sentido positivo de saúde, a partir do qual saúde passe a ser definida pelo o que afirmativamente produz, deixando de ser a ausência de doença foi mencionada por Sergio Arouca (2003) e Madel Luz (2013). A pesquisadora aponta que estudos ocupando-se de problematizar o conceito de saúde designado somente como ausência de doença passaram a ser publicados com maior frequência a partir de 1973. Conforme Madel Luz (2013), essas produções chamavam a atenção para o vínculo fundamental entre saúde e economia, pois a redução de saúde quando significa o contrário de doença acarreta no investimento em atividades basicamente curativas, prestando-se a desviar o problema da desigualdade social para questões orgânicas. Isso se dá, pois já que saúde torna-se ausência relativa de doença, as instituições assistenciais devotam-se mais às patologias do que à produção de saúde. O mesmo, segundo a autora, acontece com as ciências da saúde, acabando por conferir um *status* de hegemonia a esse entendimento de saúde.

Por outro lado, Sergio Arouca (2003) identifica a presença de mudanças na estrutura da sociedade fazendo com que saúde configure um valor social, deixando de refletir apenas o estado de ausência da doença. A medicina preventiva é, segundo o autor, fruto da transformação do sentido de saúde, devendo sua origem à amplitude que o conceito ganha ao não mais se restringir a ser o contrário de doença. Arouca (2003) faz ver a interrelação entre a mudança

no discurso sobre saúde e uma reformulação da atuação profissional na área, concretizada pelo surgimento da medicina preventiva. Ele afirma que, ao se definir saúde positivamente, coube à medicina e às ciências da saúde repensar seu objeto e a relação com ele mantida de forma a avaliar os instrumentos e o arcabouço com os quais intervinham no processo de adoecimento das pessoas. Por conseguinte, uma definição positiva de saúde requer instrumental e ideário próprios no sentido de tornar possível a atuação do profissional de saúde diante de um cenário onde a doença não mais desempenha o único papel.

Assumir uma concepção positiva de saúde sugere a difusão de mudanças também no paradigma científico, pois para Madel Luz (2013) a ciência como está arranjada apresenta sérios limites para acolher a positivação de saúde uma vez que isso implicaria em sustentar dimensões por demais subjetivas. Diante disso, a fim de discutir saúde cientificamente a autora entende que se faz imperativa uma definição de saúde restrita. Segundo a pesquisadora, não é possível discutir saúde em sua positividade perante os parâmetros científicos ao que se deve elaborar uma definição propositadamente limitada a fim de com ela operar no campo científico. De modo a responder a esse problema, Madel Luz propõe o conceito de estado sanitário voltado a abordar as características das doenças, mas também capaz de alcançar o contexto mais amplo das condições sociais expresso na conjuntura sanitária.

O problema aventado por Madel Luz (2013) embora não ressoe de maneira intensa entre as vozes integrantes do debate por nós analisado, é vital para a confluência de movimentos que terá como um de seus frutos o nascimento da Saúde Coletiva. Constituindo-se como campo de práticas e núcleo de saberes, a Saúde Coletiva quer produzir novos conhecimentos no atravessamento das distintas disciplinas que a compõe. Sendo assim, a crítica aos paradigmas balizadores da área da saúde não deixa incólume as bases sobre as quais se sustenta o fazer científico, ligação que nos parece fundamental para compreender a condição em que o surgimento desse novo campo se deu.

SAÚDE E MEDICINA

O conceito de saúde em conexão com a medicina foi tema abordado por Cecília Donnangelo (1979), Madel Luz (2013), Joaquim Cardoso de Melo (1976) e Sergio Arouca (2003). A investigação das relações entre saúde e medicina pelos

autores conduziu a problematizações da prática e do ensino médicos, colocando os valores que os alimentam em questão.

O vínculo entre saúde e medicina aparece a partir da conceituação ecológica de saúde e doença, onde por meio de uma concepção funcionalista, define-se saúde como adaptação e equilíbrio; ao passo que doença corresponde à interação do homem com os agentes causadores de doença existentes no meio em que vive. Tal definição apontada por Luz (2013) e Arouca (2003) foi vista como tentativa de superar a dicotomia entre indivíduo e sociedade, pois passa a considerar o entorno das pessoas na formulação da intervenção técnica. Arouca (2003) entende que o conceito ecológico figura como subsídio da medicina preventiva, organizando e definindo seu escopo profissional, já que incorporado ao conteúdo educacional.

Cecília Donnangelo (1979) entrevistê que o conceito de saúde ao ser delineado pela medicina contribui para o avanço da medicalização da sociedade, pois na medida em que a medicina está comprometida com a regulação sobre os corpos e sobre a vida, a definição de saúde alia-se a formas de controle possíveis de serem operacionalizadas pelo profissional médico. A difusão pela medicina de uma noção de saúde, assim como dos meios para obtê-la, leva, para Donnangelo, à produção de efeitos sobre os corpos, correspondendo à expansão do território de intervenção da medicina alinhada com a estrutura política e econômica em vigor.

O papel pedagógico desempenhado pela medicina ganha especial importância no trabalho de Donnangelo (1979), Arouca (2003), Madel Luz (2013) e Cardoso de Melo (1976) por possibilitar a propagação de um ideário de saúde responsável por expandir as fronteiras de acesso dos profissionais e das instituições sanitárias sobre a vida da população. O projeto de medicalização da sociedade dependeria, portanto, de forte investimento na definição tanto do conceito de saúde, como do modo através do qual as pessoas devem se relacionar com ela, articulado ao âmbito de ensino, de atuação profissional e de organização dos serviços. Ou seja, a partir do deslocamento do conceito de saúde operado pela medicina, seu *lôcus* de exercício não se restringe ao hospital ou ao consultório e, tampouco sua população alvo resume-se a enfermos já que seu discurso preocupa-se com a condição de vida de toda a população. Contando com a expansão ideológica e também com a estrutural, a medicalização almeja produzir efeitos não só nos corpos na medida em que se acham acometidos de enfermidades, mas também no papel social por eles

desempenhado. Donnangelo (1979) exemplifica essa intervenção através do cuidado médico direcionado aos trabalhadores, a fim de que a mão de obra representada por eles seja assegurada para a cadeia de produção.

SEGUNDO EIXO – AS FRANJAS

O mapa que toma lugar no segundo eixo da análise corresponde às margens do debate sobre a definição de saúde. A acompanhar o conceito de saúde, os textos dispõem em seus territórios temáticas que intencionam aproximar-se da saúde. São problemas responsáveis por traçar linhas de parentesco mais ou menos diretas com a saúde, agregando sentidos e marcando posicionamentos no campo de forças. Se o discurso que vai margeando a conceituação de saúde não pode ser associado diretamente à definição do termo, ele pode sim dizer sobre as condições em que tal definição acontece. Estamos nos referindo à conjuntura que se faz necessária para a saúde em sua definição ser problematizada. Ou seja, para abordar saúde é preciso abordar o quê?

Vale lembrar que o sentido de necessidade evocado aqui por nós é aparentado daquele constituído por Nietzsche (2003) ao refletir sobre os usos da história na vida. Necessidade é o contrário do enfeite, do entretenimento, configurando-se como a criação das condições para existir. No caso do *corpus* da pesquisa, necessidade é armar o cenário que possibilita dispor o problema a ser trabalhado, consistindo em convocar o que se faz urgente e indispensável para construir o pensamento e elaborar o argumento. Dessa forma, o debate que vai margeando o conceito de saúde é também o que confere possibilidade da existência desse problema, condição *sine qua non* para a disposição da definição de saúde. E é justamente nessa medida que nos interessa percorrer a jornada pelas margens da saúde.

A noção de saúde é problematizada em companhia de diversos temas, a partir dos quais estabelecemos as seguintes convergências: organização da assistência à saúde; formação profissional em saúde; crítica da medicina; social e saúde; o papel do Estado. Assim sendo, nesta seção trataremos de abordar cada um dos pontos em função de sua participação na discussão produzida pelos textos analisados na pesquisa.

ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

A versar sobre a estrutura assistencial sanitária, encontram-se os seguintes textos: Anamaria Tambellini Arouca e Sergio Arouca (1976); Joaquim Cardoso de Melo (1976); Madel Luz (2013); Cecília Donnangelo (1979); Cebes (1977b); Cebes

1977c; Cebes 1977e; Cebes 1977i. O tema da organização da assistência consta entre as principais pautas da reforma sanitária, responsável por colocar em questão as políticas públicas de saúde, o modo como os serviços estavam dispostos e propor novos modelos assistenciais.

A crítica de que a organização assistencial baseia-se em um conceito limitado de vida é desenvolvida por Anamaria Tambellini Arouca e Sérgio Arouca (1976) que enxergam nessa questão um entrave dificultando uma verdadeira acolhida pelos serviços das necessidades de saúde das pessoas. Para os autores, ao considerar a vida apenas em seu aspecto biológico e científico, a assistência à saúde programa-se para intervir na população de maneira normativa e uniformizada oferecendo respostas empobrecidas aos problemas de saúde colocados.

A predominância de uma lógica tecnicista na saúde, além de não atender adequadamente às necessidades da população, conduz também – segundo Cardoso de Melo (1976), Amâncio e Quadra (1976), e Cebes (1977b) – a uma mercantilização dos serviços e das ações ligadas à saúde. Nessa lógica, a relação de consumo com a saúde é reforçada ao se investir na primazia da técnica, fazendo com que os avanços tecnológicos sejam divulgados para a população como novas mercadorias a serem adquiridas. Nesse sentido, para os autores, a assistência à saúde distancia-se cada vez mais da realidade em que as pessoas vivem e acaba por tratar isoladamente os problemas de saúde, promovendo o distanciamento entre a oferta de serviços e as necessidades da população. Ademais, a primazia da técnica e o consumo de ações em saúde são apontados como agentes fortalecedores do lugar de dependência das pessoas em relação aos serviços que passam a demandar intensamente por mais instrumentos, mais procedimentos, enfim, por mais tecnologia.

Na mesa-redonda *A saúde no Brasil hoje* (CEBES, 1977e), o modelo assistencial situado no INPS foi vinculado à perspectiva tecnicista criticada em outros textos. Nessa ocasião, foi problematizado o sistema de atenção especializado, individualizante e de forte dependência tecnológica adotado pelo Instituto. Os debatedores apontaram que, ao importar o modelo assistencial de países desenvolvidos cujo foco volta-se à alta tecnologia, a tendência especialista de abordar isoladamente as questões de saúde é agravada no INPS, configurando o Instituto como um sistema de grandes custos sem que isso se reverta em ofertas adequadas de promoção à saúde, visto que se torna alienado em relação às condições de vida do povo brasileiro. Também os estudantes de medicina em

encontro realizado na cidade de Florianópolis (CEBES, 1977i), identificaram no INPS um sistema organizado sob forte tendência tecnicista, transformado em via de fortalecimento do mercado de saúde por sua lógica privatizante de serviços, assim como por dissimular os problemas advindos da desigualdade social.

Sobre a importância das políticas públicas para o modelo adotado na organização dos serviços, Madel Luz (2013) vislumbrou a existência de uma relação forte entre a política e a economia. Para a pesquisadora, tal vínculo é construído na medida em que os programas de Saúde Pública tornam-se condição fundamental para a manutenção do sistema de produção capitalista. Por conseguinte, a oferta de serviços estaria voltada a garantir a mão de obra necessária para a geração de riqueza, ocupando-se, sobretudo, de medidas curativas. O sistema de saúde constitui-se, nesses moldes, um setor estatal de altos custos voltado para a doença e dependente de constante incorporação de tecnologia e, portanto, um promotor de medicalização da sociedade. Ou seja, para Madel Luz, de forma a corresponder ao modelo assistencial tecnicista, os programas de saúde são organizados a partir das doenças, focados em instituir relações de consumo e dependência entre a população e a oferta de ações em saúde.

Cecília Donnangelo (1979) aponta, por sua vez, para a relação entre saúde e economia capitalista ao afirmar que, por tratar problemas advindos de condições sociais como questões meramente orgânicas, o modelo assistencial ameniza os efeitos da pobreza dentro da sociedade. A dissipação da desigualdade social não é a única operação de manutenção do capitalismo realizada através do sistema de atenção à saúde vista pela autora, pois em seu funcionamento os serviços concretizam em certa medida um controle da população. Para desenvolver esse argumento Donnangelo convida, especialmente, Michel Foucault e George Rosen, apostando no estudo da medicina como prática social atravessada por interesses diversos. São os diferentes arranjos entre as possibilidades estruturais da atenção e a produção do consumo que, para Donnangelo, dão corpo aos modelos assistenciais nas sociedades em cada conjuntura histórica. Nesse momento o trabalho da pesquisadora converge com a mesa-redonda *A saúde no Brasil hoje* (CEBES, 1977e), pois ambos postulam que a organização da atenção à saúde se dará conforme o projeto político, econômico e social predominante em cada lugar a cada tempo.

No decorrer das problematizações sobre a estrutura da assistência à saúde no Brasil, algumas análises (AROUCA; AROUCA, 1976; DONNANGELO 1979; CEBES, 1977c) trouxeram proposições interessadas em conduzir a organização da atenção de outras formas, sobretudo com a inclusão da participação popular. Donnangelo (1979) percebe no movimento pela reforma médica a busca por novos modelos de organização cujo foco seja a população e não mais o ato individual no qual o médico é o protagonista. Seu argumento ressoa nos demais textos conforme condicionam a mudança do sistema assistencial na abertura à participação social de forma a que o usuário aproprie-se do serviço (AROUCA; AROUCA, 1976). A fortalecer essa luta, os editores do Cebes (1977c) comprometem a instituição com a unificação dos serviços de saúde que devem ser públicos, sem fins lucrativos e compartilhados com a população convocada a participar da construção dos serviços.

FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Debruçar-se sobre a situação do ensino em saúde constituiu um importante problema para diversos textos analisados (AROUCA, AROUCA, 1976; MELO, 1976; DONNANGELO, 1979; AMÂNCIO, QUADRA, 1977; AROUCA, 2003; MADEL, 2013; CEBES, 1976b; CEBES, 1977b; CEBES, 1977e; CEBES, 1977i). O envolvimento do ensino com a situação sanitária do país trouxe críticas agudas e substanciais conferindo à questão um lugar de destaque na pauta do debate sobre saúde.

Cecília Donnangelo (1979) ao problematizar a busca pelos padrões e resultados da produção industrial empreendida pela medicina tecnológica, aponta que aí reside a especificidade tanto da prática médica, quanto de seu objeto, expressa por: aumento do tempo de formação profissional, maior quantidade necessária de instrumentos e de pessoal especializado para atender à demanda em saúde. Nesse sentido, a atribuição de um *status* de mercadoria à saúde passa a figurar em todos os âmbitos ligados ao setor, apresentando-se, inclusive, no conteúdo pedagógico das escolas de formação técnica na área.

Para Donnangelo (1979) e Arouca (2003), estratégias de reforma médica preocuparam-se em elaborar propostas que incluíam a formação dos profissionais partindo do entendimento de que para a mudança efetivar-se na prática é necessário, primeiramente, operá-la no profissional – sobretudo, no aspirante a profissional. Dessa forma, a escola torna-se fundamental para o

desenvolvimento de projetos de mudança - como os propostos pelo movimento da reforma médica - interessados em reverter o lugar privilegiado tradicionalmente ocupado pelo médico para a coletividade, chamando a atenção para as necessidades sociais. No entanto, os autores distinguem, ainda nesse movimento, a integração do ensino e da prática médica com os projetos políticos e econômicos voltados à manutenção da desigualdade social própria do sistema capitalista.

O artigo de Amâncio e Quadra (1977) junto ao de Donnangelo (1979) reverberam a afirmação de que tanto o corpo docente, quanto o corpo discente das escolas ligadas à saúde estão, em sua maioria, comprometidos com a continuidade da estratificação social. Para os autores isso se dá, pois tais instituições encontram-se alijadas da realidade de seu entorno, já que são compostas majoritariamente por pessoas pertencentes à elite financeira do país, desconhecendo as necessidades de saúde da população. A incidência desses elementos corrobora para que as necessidades de saúde sejam atendidas apenas na justa medida em que possibilitam a continuação de geração e concentração de riqueza. Por conta disso, para os autores, as propostas de reforma curricular muitas vezes são infrutíferas, pois se revelam apenas como roupagem nova conferida a discursos velhos cujo foco acaba por perder-se ou diluir-se nas práticas já instituídas. Dessa forma, para uma mudança efetiva tomar lugar na formação profissional é preciso que ela venha da sociedade, por via coletiva, tomando a escola como elemento pertencente a seu projeto de transformação (AMÂNCIO; QUADRA, 1977).

A articulação do ensino com os interesses do mercado foi problematizada na mesa-redonda de Salvador (CEBES, 1977e) a partir da figura do Estado, a partir do entendimento de que, desde que o Estado ocupa-se em encampar os interesses das empresas, as políticas públicas para a educação também são definidas de acordo com a tendência mercadológica, negligenciando as demandas da comunidade. Para os debatedores, a centralização do ensino na medicina de alta tecnologia mais a carência de disciplinas das ciências humanas e sociais abre terreno para a constituição de laços entre a formação profissional e o fortalecimento do mercado. A educação em Saúde Pública também é vista como participante desse movimento na medida em que, subordinada ao modelo assistencial pautado na lógica de consumo, limita-se a operar como difusora de conselhos padronizados sobre higiene que não se ajustam à vida das pessoas.

Ademais dos atravessamentos da lógica financeira, o ensino médico também foi criticado por promover a primazia da doença sobre a experiência das pessoas e sobre a consideração de sua condição social (MELO, 1976). Segundo o autor tal procedimento produz efeitos diretos na assistência, pois as escolas médicas são responsáveis por definir as diretrizes para a prática profissional, o que acaba por influenciar a todas as ações em saúde. Também, para ele, as pesquisas produzidas na Saúde Pública mostram-se pobres ao serem capazes de apreender a realidade da população unicamente sob a perspectiva das especialidades. Portanto, o alcance do conjunto de valores trabalhado na formação dos profissionais não restringe sua circulação ao território escolar, mostrando sua presença e força nos demais setores da sociedade. A pesquisa de Madel Luz (2013) reforça essa conclusão ao afirmar que a política educacional de cunho especializante e tecnicista adotada pelo Estado repercute no ensino da medicina tanto quanto na prática assistencial. Para a pesquisadora, outros elementos atuam nesse processo, tais como a presença da indústria farmacêutica e do mercado de instrumentos médicos e laboratoriais, de forma a influenciar na construção do olhar profissional desde a sua formação, priorizando uma visão fragmentária do corpo dividido em função das especialidades médicas.

Diante do quadro exposto, alguns textos trouxeram encaminhamentos com vistas a reformular a formação profissional em saúde. Para Anamaria Tambellini Arouca e Sérgio Arouca (1976), a educação deve estruturar-se a partir de um conjunto diversificado de racionalidades, ampliando o escopo das ciências em saúde de forma que essas tornem-se capazes de assumir a coexistência do saber científico com a experiência concreta das pessoas no processo de saúde-doença.

O relatório da *Semana de estudos sobre saúde comunitária* (CEBES, 1977d) reforça a proposição anterior por demandar que a universidade coloque o saber científico a serviço da sociedade de modo a aproximar as necessidades de saúde da população à atuação profissional em um esforço de reverter a elitização da medicina. A distância entre a instituição de ensino e o cotidiano profissional surgiu como pauta no *IX Encontro de estudantes de medicina* (CEBES, 1977i), onde foi apontada a orientação especializante do ensino que, descompromissada com os problemas reais da comunidade, forma profissionais despreparados para assistir às questões que afligem a maior parcela das pessoas no Brasil.

Ainda de um encontro de estudantes surgiram recomendações de mudança para o ensino da medicina. Em 1976, no encontro de médicos e

preceptores de residência médica realizado em Campinas (CEBES, 1976b), foi redigida uma carta contando com as análises produzidas no debate entre os participantes. Com o propósito de adequar a formação dos profissionais à realidade nacional, foram propostos: levantamento da demanda por especialistas nas diferentes regiões brasileiras de forma a subsidiar o planejamento de novos cursos; descentralização dos polos de formação, acelerando o surgimento de programas em locais fora dos grandes centros urbanos; investimento na formação em Saúde Pública.

Ao introduzir questões sobre as diferentes demandas da população na reflexão sobre o ensino, a carta aproxima o processo de formação profissional à plural realidade brasileira, exigindo que o ensino tenha como objetivo um profissional preparado para lidar com as condições sociais em que vivem aqueles para os quais prestará atendimento. Longe de ser uma ação pontual, a proposta traz à baila a inserção da universidade nas demais dimensões da sociedade, problematizando o universo muitas vezes particular no qual a academia exerce suas práticas. Trata-se de uma proposta dirigida não só para o futuro profissional - por ora habitante da universidade -, mas engloba também o compromisso de professores, diretores e instituição como um todo, com o mundo onde vivemos.

CRÍTICA À MEDICINA

Ao contar a história da reforma sanitária iniciada nos anos 1970 no Brasil, nos deparamos com um cenário efervescente de reflexões e críticas na área da saúde, muitas vezes associado à sensação de esgotamento teórico da Saúde Pública. Diante da problematização sobre a situação de saúde da população e a condução da assistência sanitária, muitos paradigmas foram colocados em cheque e, entre eles, aqueles ligados à própria medicina. O tema foi desenvolvido por nove textos que integram o *corpus* da pesquisa (AROUCA, AROUCA, 1976; MELO, 1976; AROUCA, 2003; LUZ, 2013; DONNANGELO, 1979; AMÂNCIO, QUADRA 1976; AMÂNCIO, QUADRA, 1977; CEBES, 1977b; CEBES, 1977d; CEBES, 1977e; CEBES, 1977i). Desde sua história e seu arcabouço teórico à atuação do profissional e ao vínculo entre medicina, política e economia, discutiu-se o papel da medicina na sociedade, convocando os atores integrantes da área a enfrentar os problemas manifestos e buscar soluções.

Cecília Donnangelo (1979) desenvolve seu estudo sobre a Medicina Comunitária a partir do entendimento de que a medicina é uma prática social

como outras, passível de ser analisada mediante sua inserção na conjuntura histórica da qual faz parte, pois constituída na sociedade, a medicina também se relaciona com ela por meio das intervenções sociais que promove através de sua prática. Para a pesquisadora, o desenvolvimento da prática e do conhecimento médicos é indissociável do processo de produção no sistema capitalista, ou seja, a medicina tal como é deve-se ao modelo político-econômico em vigor. Portanto, a medicina tecnológica representa, segundo Donnangelo, o manejo de um grande arsenal de equipamentos diagnósticos e terapêuticos na relação entre o profissional médico e seu paciente. Há de se observar que tal processo não se distingue, em sua natureza, do ritmo da produção econômica em geral. Madel Luz (2013) partilha da análise de Donnangelo (1979) ao vincular medicina, política e economia afirmando que um importante efeito das práticas médicas consiste em amparar e reproduzir as relações sociais próprias da estrutura capitalista, pouco servindo à melhoria efetiva das condições de vida da população.

Quando se volta ao estudo da Medicina Preventiva, Sergio Arouca (2003) vislumbra um dilema situado na associação entre medicina e política na medida em que o próprio surgimento da disciplina seria uma maneira de conjugar Estado e medicina. Comprometida com a reformulação das responsabilidades do médico, a medicina preventivista enfrenta, segundo Arouca, as dificuldades impostas por seu próprio projeto dividido entre ampliar a atuação social do profissional com objetivo de promover saúde para a população, e manter a organização da assistência calcada em tendências tecnicistas de custo elevado ligadas ao funcionamento do mercado. O aparente paradoxo é visto pelo autor como a matéria constituinte da medicina – no caso, a Preventiva – e atravessa o âmbito da prática profissional, assim como do ensino.

Na forma adquirida pela medicina na dimensão assistencial do país, o INPS é visto como fruto do comprometimento da medicina com interesses alheios às necessidades sociais de saúde (CEBES, 1977e). Isso, pois se percebe que a medicina - como desenvolvida pelo Instituto - não trabalha a favor de boas condições de saúde para a população, mas sim a serviço da lógica de consumo. A linha seguida pelo INPS, sendo assim, não está desconectada dos paradigmas balizadores da medicina, pelo contrário, já que as medidas adotadas pelo Instituto são compreendidas como expressão da prática médica. A adoção de tais condutas pela medicina advém da tendência de importação de modelos de países mais desenvolvidos cujo foco repousa sobre procedimentos hospitalares

levando à criação de barreiras de acesso para a população brasileira em relação aos serviços de saúde e, conseqüentemente, à elitização da prática médica (AMÂNCIO, QUADRA 1976; LUZ, 2013; CEBES, 1977b; CEBES, 1977d; CEBES, 1977e; CEBES, 1977h). Nesse sentido, para os integrantes da mesa-redonda do Cebes (1977e), a tendência mercadológica seguida pela medicina deve ser compreendida como parte integrante do sistema político e econômico vigente, fazendo com que, a fim de buscar alternativas, seja preciso repensar a medicina e o modo de vida ao qual ela está conectada.

Dessa forma, os argumentos reunidos no *corpus* esforçam-se por delinear as implicações políticas e sociais da medicina, desnaturalizando sua existência e submetendo-a ao contexto histórico no qual se insere e estabelece suas práticas. A ideologia da medicina ganha ares de campo de disputas, sempre em conflito, desenhado conforme os interesses em jogo e as alianças tornadas possíveis. Nesse sentido, também os autores colocam-se em luta por outros projetos de medicina ao inquietarem o campo com suas análises e nele assumirem posicionamentos de discordância referentes à relação da medicina com a população em geral, problematizando não só a disciplina, como também o modo de vida predominante na sociedade.

O binômio ciência-medicina também se apresentou como ponto importante de discussão nos textos estudados. O discurso da medicina em sua intenção de identificar-se como uma verdade universal ganha força através da qualificação científica, colaborando para maior alcance de seu conteúdo e ampliação de seu público-alvo. Madel Luz (2013) vê na aproximação com a ciência uma maneira de promover a prática da medicina através da atribuição de características neutras, padronizadas e genéricas ao discurso médico que passa, por meio dessa operação, a referir-se a todas as pessoas, ao mesmo tempo em que tem como efeito a exclusão de discursos pertencentes a outras racionalidades. Para a pesquisadora, trata-se de um ato político exercido pela medicina a fim de estender seu campo de atuação e influência sobre a sociedade, nomeando a si própria como a única entidade legítima e capacitada para definir saúde e doença.

A aliança entre medicina e ciência de forma a produzir verdades universais sobre o processo de saúde-doença foi problematizada a partir do efeito alienante que provoca tanto no profissional, quanto na população (AROUCA, AROUCA, 1976; AMÂNCIO, QUADRA, 1977; LUZ, 2013). Segundo Arouca e Arouca (1976) e Amâncio e Quadra (1977) é preciso reposicionar a ciência no

campo da medicina com o objetivo de deslocar o foco pousado na construção de práticas e de conceitos rígidos para aproximar-se da experiência concreta das pessoas; ou seja, deixar de partir dos padrões universais para entrar em contato com a dimensão do sofrimento na vida cotidiana. Analisar a distribuição de poder dentro das instituições e, principalmente, na relação médico-paciente torna-se fundamental para compreender o papel desempenhado pelo médico na sociedade e intervir sobre ele (AMÂNCIO, QUADRA, 1977).

A questão apontada sobre o lugar da experiência do processo saúde-doença no campo da medicina acompanha, além de sua análise, um encaminhamento contando com medidas a serem tomadas para que a prática médica se transforme. Anamaria Tambellini Arouca e Sérgio Arouca (1976) propõem que a medicina assuma um posicionamento de agitador da fixidez dos conceitos científicos ao levar à ciência os problemas colocados pelas pessoas em suas experiências de sofrimento e enfermidade. A fim de seguir com esse plano, os autores vislumbram a interposição de três pontos a serem trabalhados conjuntamente: submeter a medicina a relações sociais; convocar os usuários a participarem ativamente da formulação da assistência; investir em transformações na formação profissional dos médicos.

Por fim, outra linha que despontou na pesquisa foi a referente ao processo de medicalização em funcionamento na sociedade. Quando a presença do médico na vida das pessoas deixa de ser pontual e torna-se uma necessidade contínua devido à colonização de todos os âmbitos da vida pela medicina, constitui-se a ampliação da área de intervenção médica chamada por medicalização. Arouca (2003) aponta a importância dada ao cuidado médico como ponto fundamental para o deslocamento da medicina de uma prática pontual para uma área capaz de formular sobre a vida das pessoas. A tarefa empreendida pela medicina é a de regular a vida, criando e difundindo normas sobre o comportamento social (MELO, 1976; DONNANGELO, 1979). Para abordar essa temática, Donnangelo (1979) convida Ivan Illich e sua teoria sobre a iatrogenia médica, identificando nela o processo de extensão da medicina tornado possível através da ampliação de serviços e do contingente populacional a ser vinculado às práticas médicas.

A ocupação da vida pela medicina é reforçada pela imposição à sociedade do olhar essencialmente técnico e biológico mantido pela disciplina em relação a problemas oriundos da condição social de vida (DONNANGELO, 1979; LUZ, 2003). De atuação, sobretudo curativa, a medicina traveste, dessa forma, questões

relacionadas à organização da vida em sociedade de patologias meramente orgânicas (LUZ, 2003). Nessa perspectiva, encontram-se comprometidos também os indicadores de saúde, uma vez que são formulados sob os mesmos paradigmas que a medicina, deslocando a sensibilidade dos índices para a mensuração dos níveis de medicalização da população (LUZ, 2003).

Um viés de análise oferecido pelos textos propõe a problematização da atuação dos profissionais de saúde no que se refere à medicalização. Perante o diagnóstico da alta concentração de responsabilidade nos profissionais quanto ao processo de saúde-doença, a população também é vista como submetida a um papel passivo no cuidado de sua saúde (CEBES, 1977b). Na exacerbação técnica de seu trabalho, perde o profissional, portanto, o contato com a realidade das pessoas às quais assiste, deixando de agir conforme os interesses da comunidade ao não mais se inteirar dos problemas enfrentados ali. Uma possibilidade de reverter esse quadro repousa na reinserção dos profissionais de saúde no território comum a seu público, ao passo que participem das atividades da comunidade no cotidiano tendo em vista desenvolver uma atuação mais adequada às necessidades de saúde em questão.

O PAPEL DO ESTADO

As reflexões sobre o comportamento do Estado diante da saúde constituem-se uma preocupação não restrita à dimensão pública dos serviços de atenção à saúde, abarcando desde as responsabilidades governamentais com a prestação de assistência e o modelo a ser seguido até a complexa relação entre o setor público e o privado. As críticas à condução e mesmo ao fundamento das políticas sanitárias desenvolvem-se ora de um modo mais breve, ora de maneira profunda, todavia, o teor faz-se marcadamente agudo em todos os momentos.

O material que compõe o *corpus* da pesquisa foi redigido ao longo da segunda década de regime autoritário no Brasil, logo a seguir dos anos de chumbo - período assim intitulado por representar o momento de maior repressão no curso da ditadura. Ainda que a menção direta à ditadura se dê apenas em um artigo ou noutro, a problematização do papel desempenhado pelo Estado impõe-se como passagem necessária no raciocínio formulado pelos autores, conduzindo a um diagnóstico não só da situação sanitária do país, mas também da condição geral de vida da população brasileira.

Ao analisar a redefinição do médico na sociedade, Arouca (2003) aponta a aproximação desenhada entre a medicina e o Estado. Na nova configuração da medicina, identificada pelo autor através de documentos da década de 1950, cabe ao profissional desenvolver um olhar ampliado sobre a vida social de seu paciente, buscando inseri-lo na roda desenvolvimentista do progresso econômico. Entre os efeitos dessa prática, o autor aponta a constituição da pobreza como uma doença, ato responsável por ausentar da produção quantidade significativa de mão de obra e, conseqüentemente, por ancorar o país na condição de sub-desenvolvido. Dessa forma, Arouca entende que a aliança entre medicina e Estado oferece um controle maior sobre a população ativa, com o objetivo de direcionar a todos em função do projeto político-econômico desejado para o país.

Cecília Donnangelo (1979) problematiza o vínculo entre Estado e medicina ao refletir sobre a característica fragmentária e especializada da atenção médica presente nas décadas próximas à feitura de sua tese. Ao procurar delinear as diferentes relações do Estado com a assistência à saúde, a pesquisadora considera diferentes modalidades: desde uma maior centralização estatal do setor, até um cenário onde o Estado interfere mais pontualmente. Para Donnangelo, em sociedades capitalistas o Estado marca sua presença, sobretudo, no que concerne ao consumo de serviços assistenciais com a intenção de assegurar o melhor andamento possível da economia de mercado.

O estudo de Madel Luz (2013) reverbera as afirmações de Donnangelo (1979) e de Arouca (2003) ao apontar que os programas de Saúde Pública têm por objetivo a manutenção da estrutura social do capitalismo, exercendo controle sobre a população. Logo, para o Estado, a saúde constitui-se meramente em mais um setor entre tantos a serem desenvolvidos, voltado a ações curativas e comprometido mais com a doença do que com o bem-estar da população - o que o posiciona como fortalecedor do processo de medicalização da sociedade.

Também visualizando a existência da saúde enquanto um simples setor para o Estado, os debatedores da mesa-redonda do Cebes (1977e) em Salvador acenam-se das colocações de Madel Luz para indicar duas maneiras de abordar o desenvolvimento do setor da saúde no âmbito estatal. A primeira corresponde ao sentimento de paternalismo, segundo o qual o Estado tomaria a saúde como uma preocupação social por seu *status* de bem coletivo. Já a segunda forma posiciona a saúde no jogo de interesses de governo, a partir do qual ela é operada conforme beneficie mais ou menos os projetos predominantes no

contexto do Estado. A funcionar como via de realização de negócios privados na saúde, o INPS é acusado de trabalhar como braço do Estado na privatização do setor atuando, para tanto, em conjunto com a medicina tecnológica e com a influência da indústria farmacêutica e das empresas hospitalares na geração de lucro através da prestação de serviços de saúde (CEBES, 1977e; CEBES, 1977h; LUZ, 2013). Ainda no debate do Cebes (1977e), o modelo médico estatal na figura do INPS com grande demanda por especialistas e alta tecnologia, focado no atendimento individual curativo oferecido pelo Estado é visto como sendo formalmente público quando sua lógica de funcionamento pertence ao setor privado. Diante disso, encontramos um Estado financiador da rede assistencial privada, envolvido com a comercialização das atividades ligadas à saúde e promovendo a medicalização da sociedade através do investimento em consultas médicas ambulatoriais intensamente especializadas e na distribuição e consumo de medicamentos (LUZ, 2013).

A aliança entre o Estado e a medicina analisada pelo material integrante da pesquisa demonstra o profundo jogo de interesses que atravessa o setor da saúde à época da redação dos artigos. Embora sendo a medicina o principal elemento conectado ao Estado, diversos autores colocam em cheque a atuação dos profissionais da saúde em geral e, mesmo, da formação em saúde, uma vez que o ensino é também responsabilizado pela crise no setor. Nesse contexto, houve a demanda de maior investimento estatal na educação em saúde através da introdução de maior volume de recursos para o setor e do incentivo à formação em Saúde Pública com objetivo de preparar profissionais para enfrentar os problemas de saúde que acometem a maior parcela dos brasileiros (CEBES, 1976b; CEBES, 1977i; AMÂNCIO, QUADRA, 1976).

O esforço em promover a saúde da população por parte do Estado deve estar vinculado à apropriação pelos governos de sua responsabilidade sobre a saúde, trabalhando na adoção de medidas sanitárias e sociais adequadas às necessidades das pessoas, tais como habitação, renda e saneamento (CEBES, 1977b; CEBES, 1977h). Quando não se restringem ao âmbito sanitário, as propostas levam em consideração a influência das condições de vida na saúde, pois tratam também da responsabilidade estatal no que concerne à estrutura econômico-social na qual vivem as pessoas. Desde que a saúde seja compreendida como um direito universal do homem, cabe ao Estado ocupar-se de garanti-la e, para isso, faz-se necessário o investimento em experiências democráticas ao longo de todo o tecido social a partir das quais a população e

suas demandas se acercarão da formulação de políticas e de serviços (CEBES, 1977e). Eis o registro, portanto, de que o papel do Estado na saúde é visto extrapolando o setor da saúde e apenas pode ser realizado adequadamente mediante uma completa transformação na estrutura política, econômica e social através da democratização do país.

SOCIAL E SAÚDE

Ir além da esfera técnica quando se discute saúde consiste em problematizar muitos dos paradigmas que povoam a área, levando a inquietações e turbulências por forçar as fronteiras disciplinares a se redesenharem e a acolherem novos elementos em seu terreno. O movimento pela reforma sanitária no Brasil é reconhecido pela energia empenhada em realocar os limites das áreas de conhecimento e produzir análises profundas acerca da função das diferentes disciplinas ligadas à saúde perante a sociedade. A seriedade da luta pela consideração das condições sociais de vida na assistência à saúde demonstra a aridez da arena em que se disputava por tal questão, configurando um cenário no qual o jogo de interesses sobre o social desempenha por meio da saúde papel relevante na conjuntura da sociedade.

Entre os textos que abordam a temática do social (CEBES, 1976b; CEBES, 1977b; CEBES, 1977c; CEBES, 1977d; CEBES, 1977e; CEBES, 1977g; CEBES, 1977h; CEBES, 1977i; AROUCA, AROUCA, 1976; MELO, 1976; AMÂNCIO, QUADRA, 1976; AMÂNCIO, QUADRA, 1977; AROUCA, 2003; DONNANGELO, 1979; LUZ, 2013), encontramos dois principais encaminhamentos para a reflexão por eles proposta. Um trata sobre a necessidade de ampliar o conceito de saúde de forma a abarcar as condições sociais em que vive a população para que a assistência à saúde deixe de ater-se à doença e trabalhe a fim de promover saúde. Por outro lado, nos deparamos com proposições analíticas baseadas na compreensão das práticas em saúde como práticas sociais por encontrarem-se inseridas na sociedade e intervindo nela. Doravante, o percurso que nos levou a essa conclusão será apresentado e o debate sobre a relação entre o social e a saúde deixará a ver o que se passa quando a peleja é para extrapolar a técnica.

A primeira dimensão do social a ser vinculada à saúde corresponde à definição desta como sendo intrinsecamente vinculada ao nível socioeconômico das pessoas, dependendo também da situação política no contexto onde estão inseridas (CEBES, 1976b; CEBES, 1977d; CEBES, 1977e; LUZ, 2013). Quando

desconsidera as condições sociais de vida da população, o conceito de saúde enrijece e torna-se ferramenta para a conservação da desigualdade entranhada na estrutura da sociedade brasileira (CEBES, 1977b; CEBES, 1977d). Sendo assim, os problemas de saúde não se restringem à área da saúde, de modo que não se encontram soluções suficientes para eles buscando apenas nos recursos oferecidos pela assistência sanitária, fazendo com que seja necessário trabalhar com a sociedade para nela encontrar encaminhamentos mais apropriados às questões locais (CEBES, 1977e). Incluir a dimensão social na definição de saúde traz consequências tanto para as práticas profissionais e os serviços assistenciais quanto para a formulação de políticas públicas e convoca a agir governos, profissionais e instituições educacionais ou de atenção à saúde.

Uma vez que a marginalização política e econômica da maior parcela da população brasileira repercute em seu padrão de saúde, as práticas assistenciais podem desenvolver-se de modo a aumentar a exclusão social: ao rotular os fenômenos de saúde e doença como elementos naturais, as práticas atenuam e dissimulam a influência da estrutura social no processo de adoecimento das pessoas (LUZ, 2013; MELO, 1976; AROUCA, 2003). Se baseada em uma concepção mecanicista da saúde, do ambiente e do homem, a medicina define o social de modo reduzido e despolitizado, como mera característica das pessoas ou dos programas (AROUCA, 2003). Tal operação não é de todo despropositada em razão de levar ao obscurecimento dos conflitos sociais advindos da desigualdade econômica como um grande agente causador das doenças no Brasil (AROUCA, 2003; LUZ, 2013). Para esse fim, a doença é vinculada à pobreza e as práticas de saúde tornam-se meios de instaurar um controle social através da normatização de condutas e da regulação da vida das pessoas – processo chamado por medicalização (DONNANGELO, 1979; LUZ, 2013).

Nesse sentido, a redefinição da função do profissional médico na sociedade não conduzirá, por si só, a melhores níveis de saúde enquanto a estrutura social permanecer submetida às leis do mercado capitalista, tornando-se, então, o próprio profissional um instrumento de manutenção da ordem social (AROUCA, 2003). Já que estão organizadas de acordo com a divisão social por classes, as escolas de formação profissional seguem difundindo uma visão parcial e interessada da realidade sobre a qual produzem suas intervenções, sem considerar o papel por elas desempenhado de fomentador da marginalização social (AMÂNCIO; QUADRA, 1977). O tom do debate nesse momento é de crítica, especialmente, à medicina, enquanto a articulação entre social e saúde questiona

o exercício profissional do médico, a formação técnica e, sobretudo, o lugar ocupado por ele na sociedade. E é justamente por ser visto como componente da comunidade que a ele são dirigidas cobranças urgentes de intervenção no sentido dos interesses populares e não de representar a elite política e financeira do país.

O efeito da ideologia da medicina como uma das intervenções de sua prática na sociedade foi também tema de discussão no *corpus* da pesquisa. O discurso médico, por sua articulação com a ciência, posiciona-se como legítimo detentor de verdades sobre a saúde, a doença e a vida, e, ao difundir seus preceitos a toda a população, acaba por influenciar os sentidos conferidos ao sistema político-econômico (LUZ, 2013; AROUCA, AROUCA, 1976; AMÂNCIO, QUADRA, 1977). A crítica à ideologia médica faz-se pela propagação de seu discurso na população com vistas a normatizar a conduta social não só no que concerne à relação com a própria saúde, mas também devido à influência causada no enfrentamento das iniquidades resultantes do modelo econômico no qual se vive.

Também o ensino foi problematizado a partir das ligações traçadas com a sociedade. De forma a caminhar rumo a horizontes diferentes, a sociedade deve assumir sua responsabilidade pelas propostas de mudança, a começar pelas práticas médicas desde a formação profissional (AMÂNCIO; QUADRA, 1977). Os autores acreditam que somente por um movimento social haverá verdadeira reformulação nos cursos de medicina, pois isso significa que a sociedade estará promovendo mudanças em sua própria estrutura. Como parte integrante do movimento por reformas, a política de saúde contaria com a população para seu planejamento e sua condução através da ampliação da participação social em todos os âmbitos do governo (AMÂNCIO; QUADRA, 1977). A participação popular é saída, portanto, não só para a alienação das escolas formadoras de pessoal para a saúde, mas também para os serviços já constituídos na intenção de que o investimento no diálogo promova o encontro da medicina com a população na comunidade onde esta vive, contribuindo para que as pessoas apropriem-se do cuidado com a saúde e da organização da assistência a ela prestada (AROUCA; AROUCA, 1976).

A tese de Cecília Donnangelo (1979) leva sociedade em seu título como que já anunciando ser um tema caro à pesquisa apresentada. Ao analisar a Medicina Comunitária, a autora investiga a relação entre a disciplina, a área da saúde e a sociedade, apostando que a medicina é ela mesma uma prática social. Na linha desenhada por Donnangelo, não só a medicina seria uma prática social,

mas também podem ser vistas como tal todas as disciplinas e campos teóricos relacionados à saúde. Impulsionada pelos estudos de Foucault sobre a constituição da medicina social, a pesquisadora procura analisar a Medicina Comunitária a partir da conjuntura na qual surge e também a qualidade das relações que ela traça com a sociedade. O estudo de Donnangelo afirma, portanto, que o espaço e a importância concedida à área da saúde dependerão diretamente da estrutura política, econômica e social a cada tempo.

Por sua vez, a equipe editorial da revista *Saúde em debate* (CEBES, 1977c), ao fazer um balanço de sua recente trajetória, expõe duas distintas concepções sobre os objetivos da entidade que polarizavam os associados mesmo não sendo excludentes entre si. A primeira concepção vê a associação como espaço de convergência de novas tendências na saúde com foco no setor profissional; ao passo que para a segunda, o compromisso do Cebes é desenvolver ações direcionadas à comunidade, habitando o território das cidades. A duplicidade vivida no interior da entidade traz os conflitos existentes na própria área da saúde, relacionados às distintas visões acerca da crise no setor. Ao finalizar o texto requerendo a garantia de direitos e liberdades democráticas no país, os editores marcam sua posição no debate afirmando a mudança na estrutura social brasileira como ponto essencial para melhoria na condição sanitária da população. A atitude do Cebes de colocar-se em análise ainda no primeiro ano de atividade conecta-se aos movimentos do campo de forças atuante na área da saúde, uma vez que traz o relato de disputas pelos objetivos institucionais e também de disputas por sentido – no caso, o sentido da existência de um centro de estudos em saúde.

Além do editorial, outros atores trouxeram o tema da democracia na discussão sobre a relação entre saúde e social. No evento do *Dia nacional de saúde e democracia* (CEBES, 1977h), reuniram-se profissionais e entidades ligadas a diversos setores da sociedade a fim de fortalecer e divulgar um amplo movimento pela Saúde Pública. A partir do entendimento de que a saúde está profundamente relacionada às demais dimensões da vida, a luta por democracia abrange a conquista da saúde como direito inalienável do homem com a necessária conquista também de demais direitos sociais, tais como: moradia, educação e assistência à saúde com participação social direta (CEBES, 1977h).

A reivindicação por ampliação e garantia de experiências democráticas quando empenhada por estudantes inclui também a democratização do ambiente acadêmico, onde nem a ciência e, tampouco, a medicina tenham seu

conhecimento elitizado, assim como as relações entre estudantes, professores e direção devem transcorrer de modo mais horizontal (CEBES, 1977b; CEBES, 1977d; CEBES, 1977g; CEBES, 1977i). Para a associação de medicina sanitária, em função da natureza de seu próprio trabalho, o médico sanitarista tem um sério compromisso social no qual o estabelecimento da democracia faz-se urgente para o exercício profissional (CEBES, 1977g). O argumento constrói-se de modo a deixar clara a necessidade de incorporar a dimensão social na prática profissional de assistência à saúde, mas para isso ela deve estar presente já na formação educacional, assim como nos demais setores da sociedade.

Os caminhos percorridos pelo debate voltado ao social nos dão a notícia de que em diferentes manobras políticas e atuações profissionais, o social não é totalmente perdido de vista - ainda que se apresente dessa forma - pois mesmo quando o olhar do médico para a pessoa à sua frente é essencialmente biologicista e tecnicista, ele insere sua prática na sociedade que, por sua vez, dá as condições para que o seu exercício tome lugar.

Da mesma forma como no eixo anterior, o termo social aparece-nos remetendo a uma colorida miríade de sentidos cuja envergadura extrapola os limites de nossa pesquisa. Ademais, parece-nos suficiente para os objetivos de nossa empreitada ater-nos às ressonâncias produzidas no encontro entre social e saúde, na medida em que esses termos - na complexidade que lhes é conferida - estendem-se de forma a entrelaçar fios conectando seus sentidos.

Com a articulação de social e saúde encerramos os delineamentos construídos a partir do estudo sobre os textos selecionados. Tal qual uma caravana a atravessar uma multiplicidade de regiões, seguimos repletos de histórias e levando conosco toda a sorte de artefatos, memórias e vivências que colhemos ao longo da viagem. Na próxima seção, iremos deparar com nosso espólio e no encontro com ele há de se traçar considerações finais, ainda que necessariamente provisórias, acerca da trajetória aqui percorrida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Houve um tempo em que considerar significava *com as estrelas*. Mirar ao alto, assuntando o céu acerca das inquietações que consumiam o espírito consistia em tarefa elementar do cotidiano. Supunha-se que era possível fazer algo junto com os astros. A leitura do céu como importante saber para a vida dos homens desenvolveu-se junto a outras disciplinas como a geometria, por exemplo. Considerar, ou seja, junto com as estrelas, foram criados conhecimentos que ainda nos são caros, embora tenham sido distanciados do desenho astral a partir da distinção construída entre astrologia e astronomia.

Nesse momento no qual vislumbramos o movimento de finalização da pesquisa, nos inspiramos no considerar para fazer isso junto também às estrelas. Sendo o porvir incerto, principalmente quando afastados estamos do saber astrológico, não temos por intenção predizer em precisão os próximos passos a serem dados após o fim dessas páginas, justamente por esta pesquisa se querer fazer no próprio caminhar.

Construir e percorrer um caminho que tenha coração implica em uma jornada comprometida com o próprio caminhar. É sobre isso que Dom Juan fala a Castañeda, ao alertá-lo a respeito da infinidade de caminhos possíveis de serem tomados. O ensinamento de Dom Juan reside na atenção dedicada ao próprio processo de caminhar, às passadas que damos, mais do que ao objetivo final de chegada. Na verdade, atingir o ponto final de um caminho é promessa impossível de ser cumprida, já que a igualdade entre os tantos caminhos consiste em que todos eles conduzem a lugar nenhum. Sendo assim, não nos cabe outra coisa nesse momento que não seja seguir caminhando. De fato, o título dessa seção está sujeito à condição nossa de caminhante. Trata-se de considerações necessariamente provisórias, pois a jornada refuta ser vista como concluída impondo que tracemos relatos ainda em viagem.

A aproximação do problema foi arquitetando-se na pesquisa, conforme nos dispusemos ao encontro das questões por ele colocadas. Nesse sentido, a experiência de pesquisar trouxe também a experiência de encontrar textos, autores, debates, enfim, múltiplos atores do campo da Saúde Coletiva. O enviesamento do olhar para a história da Saúde Coletiva conduziu à necessidade de percorrer a constituição do campo e de sua diferença em relação à Saúde Pública, assim como aos dois eixos balizadores da análise sobre o conceito de

saúde. O olho torto de Alexandre ofertou em nossa caminhada a presença diversificada de vozes a compor o debate, de uma rica sorte de forças a lançar seus vetores sobre o campo da Saúde Coletiva convocando, por sua vez, uma proposta de fazer histórico sensível o bastante para acolher fatos célebres e movimentos um tanto mais sutis.

A aliança com a genealogia tornou-se fundamental para a viabilidade da pesquisa por potencializar o alcance do olho torto provocado pelo encontro com Alexandre, o matuto contador de caso. A inspiração genealógica acarretou em uma coleção de histórias e acontecimentos repleta de narrativas de uma conjuntura responsável pela formação do campo no qual nos situamos. Por meio da parceria com tais aliados, nos foi possível armar o diagrama em que se disputava pelo conceito de saúde, entendendo que mais do que procurar pelo discurso conquistador do título de verdade, nosso desenho favorece o encontro com as forças em jogo.

Os eixos de análise do conceito de saúde produziram-se a partir do encontro com o *corpus*, orientado em associação com o olho torto e a genealogia. Dispor o mapa segundo um eixo, no qual o foco residia na definição de saúde, e outro, onde o contexto dessa discussão era observado, tornou-se a maneira pela qual construímos um percurso capaz de dar conta dos significados atribuídos à saúde e do debate que acompanhava o conceito. Ou seja, ao mergulhar na coleção reunida para a pesquisa fez-se necessário, de forma a compreender o que ela provocava, mapear as linhas conceituais de saúde e o contexto que requisitava sua presença, a fim de analisar quais são as condições em que o debate sobre a definição de saúde acontece.

Por seguir as afinidades estabelecidas pela saúde em função do trabalho dos diversos autores, a análise priorizou o movimento produzido entre os diversos projetos direcionados à saúde. As diferentes companhias oferecidas à saúde, as especificidades discursivas, as maneiras como se coloca e se enfrenta o problema, assim como os esforços por caracterizar a área da saúde e suas disciplinas com outros matizes e, daí, operar distintos agenciamentos de saber ganharam destaque com o arranjo criado. Também aqui a passagem pela constituição das diferentes reformas sanitárias - ligadas, primeiramente, à Saúde Pública e, a seguir, à Saúde Coletiva - tem importante papel a desempenhar, já que o material sobre o qual nos debruçamos compõe o momento em que se desenvolveu uma crítica sistemática à primeira e enveredou-se para a construção da segunda.

Os desdobramentos da definição do conceito de saúde formam uma constelação onde o termo liga-se a vida, mercadoria, direito, medicina e doença, noções tão complexas quanto a própria ideia de saúde. Ao traçar as conexões, os textos lançam mão de um forte viés crítico cuja atenção recai sobre o sistema de saúde, a formação e a atuação profissional e até mesmo sobre o modo de vida da sociedade. Ainda que flutue entre apontamentos mais agudos e severos ou afirmações amplas e gerais, o teor dos documentos não abandona um posicionamento reflexivo, problematizador e, muitas vezes, combativo. Com as particularidades a que cada trabalho se propõe, a discussão levanta suas bandeiras de luta e convoca para uma análise do cenário onde a própria atuação também se disponha a ser repensada.

O exercício da crítica observado no *corpus* não figura solitário na conjuntura de nascimento da Saúde Coletiva. Ao tratarmos sobre a história da reforma sanitária iniciada na década de 1970, vimos emergir uma série de movimentos sociais constituídos pela confluência de diversos coletivos questionando desde o acesso aos serviços de saúde e as condições de trabalho, até a ocupação das terras de cultivo e o modelo político adotado no país. No entanto, vale destacar o tom direto da argumentação desenvolvida nas notas da revista *Saúde em debate*, cuja crítica, por diversos momentos, incidia sobre instituições, exigindo respostas às demandas colocadas.

O fôlego problematizador dos documentos integrantes da pesquisa colocou em questão tanto a dimensão técnica da saúde – os profissionais, o modelo assistencial, a medicina, a ciência – quanto a dimensão social na qual a técnica insere-se – regime político, sistema econômico, valores sociais. Entre os pontos levantados, o acoplamento de saúde e mercadoria surgiu como elemento capaz de chamar a atenção para a inserção da saúde no meio do consumo, alcançada através da cooperação entre mercado, governo, meios de comunicação e medicina.

A definição atribuída à saúde no âmbito do sistema capitalista faz ver a mercantilização da assistência com vistas a gerar mais lucro do que a assistir aos problemas de saúde da população. Nesse debate, o esforço é para problematizar a colonização da ideia e, também, das práticas de saúde pelas leis do mercado capitalista. Não só a economia, mas também a política estão envolvidas nesse processo, uma vez que este é incentivado através de programas e financiamentos públicos. Impor aos serviços de saúde a necessidade de gerar divisas implica acionar diversos outros setores de forma a sustentar esse projeto. Ao falar sobre a

atuação da imprensa na divulgação das novidades tecnológicas como novidades de consumo, entendemos que os autores apontam para a própria participação do meio midiático nesse processo. Dessa forma, a imprensa não estaria apenas divulgando novas ofertas de consumo em saúde, mas também e, sobretudo, criando e fortalecendo a relação de consumo com a saúde.

Os meios de comunicação não são os únicos responsáveis pela existência de uma concepção capitalista de saúde, sendo esta possível somente por uma imbricada conjugação de forças capaz de alimentar o consumo dos serviços de saúde no sentido de torná-lo, em si mesmo, uma necessidade. A medicina tecnológica desempenha importante papel no desenvolvimento desse processo por sua exacerbação dos instrumentos e dos procedimentos, acabando por alimentar uma relação de dependência destes por parte do profissional e de quem ele assiste. Em suas especialidades – preventiva, comunitária, entre outras – a medicina foi alvo de intensa reflexão, sendo acusada de alienada, elitista, ineficiente e agente a serviço do governo para o controle da população.

Falar na articulação entre medicina e governo é falar também em medicalização. Esse processo abordado por diversos autores no *corpus* toma lugar quando, ao ser definida pela medicina, a saúde torna-se objeto de intervenção médica por excelência. O sentido conferido a saúde assegura o acesso dos profissionais e do discurso médico a toda a população, para além da enfermidade, visando ao comportamento das pessoas, ao papel social desempenhado pelo corpo. Ao mesmo tempo em que dissemina sua ideologia ao longo de todo o tecido social, a medicina também expande seu território de intervenção por se auto-intitular como a legítima autoridade a tratar da saúde.

Em nossa leitura, a medicalização apresentou-se junto à crítica da medicina, expondo a relação que esta mantém com a economia e com o Estado por comprometer-se a sustentar o mercado de consumo de saúde através da assistência ofertada quer no sistema privado, quer no âmbito público. O exemplo, muitas vezes apontado, do INPS faz ver a íntima e necessária conexão entre esses três setores para o desenvolvimento de um sistema de consumo e de produção de lucro. Também através de nossa passagem pela história da reforma sanitária vislumbramos a fundamental atuação do Instituto no financiamento de hospitais privados, conferindo sentidos capciosos para o que é público e o que é privado. Em um momento onde se multiplicavam os cursos de medicina no país e no qual se deu a vinculação de diversos profissionais da saúde com a

repressão do regime militar, compreendemos que o discurso médico teve a expansão de sua jurisdição fortalecida.

O salto para o sucesso da empreitada da medicalização não está, acreditamos, em restringir a perspectiva biológica e tecnicista somente à doença, pelo contrário, pois é ao submeter todas as dimensões da vida das pessoas ao crivo médico que o discurso da medicina multiplica sua população alvo até alcançar a todos – sadios ou doentes -, em qualquer lugar – hospital, trabalho, casa -, a qualquer tempo – criança, adulto, idoso. A presença do discurso médico, ao deixar de ser pontual e restrita ao ambulatório, passa a ser uma necessidade contínua por conta da colonização que pratica sobre os diversos âmbitos da vida.

A imposição de um olhar biológico sobre os processos da vida borra o componente político dos problemas que tomam as pessoas e não se circunscreve apenas à prática do profissional médico, pois quando pensamos em medicalização é preciso não se limitar ao médico em si. O discurso biológico e sua fome sobre os tantos outros aspectos da vida é praticado também pelas diversas profissões da saúde, uma vez que, tendo atingido o *status* de verdade universal, imprime uma força de sobreposição em relação a diferentes racionalidades. Dessa forma, mais do que o discurso de uma única classe de profissionais, ele comporta-se como uma grade de intelegibilidade com o intuito de conferir seus sentidos a tudo aquilo que se lhe apresenta.

Em 1974, na então Universidade do Estado da Guanabara, no Rio de Janeiro, Michel Foucault apresentou uma reflexão intitulada *Crise da medicina ou crise da anti-medicina* na qual discute a amplitude incorporada ao discurso médico nas últimas décadas. Em sua fala, Foucault aborda a conexão entre a medicina, o mercado e o Estado no novo funcionamento econômico e político da medicina, afirmando que a medicina há muito tempo tornou-se uma prática social. Com isso, o pensador afirma que o exercício privado da profissão não corresponde necessariamente a uma medicina individual, sendo na verdade essa ideia construída de forma a justificar a atuação profissional tal como se dá. No entanto, o que Foucault mostra é que ainda exercendo de modo privado a medicina, o médico não deixa de portar a condição social de sua atividade.

Somente por meio da exploração de outras temáticas para além do doente e da doença foi que a medicina conseguiu o progresso de suas técnicas e também deixar de ser clínica para tornar-se social. O processo de colonização da vida pela medicina, segundo Foucault, dependeu diretamente tanto da capitação

de demandas que não as do próprio doente – sem necessidade de que este as requisesse –, como da incorporação de outros objetos de intervenção para além da doença – tais como a sexualidade e a saúde. A consequência da expansão é, portanto, uma “predominância perpétua e constante” (FOUCAULT, 2010) da medicalização na sociedade, uma vez que já não há fora da medicina, pois qualquer dimensão da vida está sujeita a sua ação.

Sobre a proximidade com a economia, Foucault afirma que ela está presente desde o nascimento da medicina, no século XVIII, porém, na atualidade ela ganha novos contornos na medida em que a medicina não só mais garante a força de trabalho necessária, como também passa a produzir riqueza diretamente ao transformar saúde em um bem de consumo. Sendo assim, o reposicionamento político das práticas médicas tende, simultaneamente, ao controle da população e à produção e consumo de bens no mercado. Essa operação gera uma dupla entrada do corpo no mercado, pois em uma ele é inserido através da sua capacidade de trabalho e em outra por meio do consumo de serviços de saúde.

Com pouco mais de 40 anos de idade, a palestra oferecida por Foucault permanece atual, provocando inquietações e reflexões sobre o que se passa na área da saúde. A medicalização como detentora de um discurso padronizado e universal da verdade excede os profissionais médicos e vaza pelo território da sociedade, multiplicando seus porta-vozes ainda que o ato técnico imponha-se na realização de muitos procedimentos. É preciso entender a franca expansão da medicalização como algo mais do que a predominância de um certo tipo de poder por um classe específica, uma vez que a transformação de saúde em mercadoria conecta-se também ao desejo de consumo dos serviços de saúde. É justamente no que positivamente o discurso médico faz circular e produz como efeitos que ele torna-se amplo e perigoso. A lição de Foucault convida a que se atente para além dos efeitos colaterais da prática médica, analisando o que ela diretamente produz, a fim de que se compreenda a extensão de sua presença regulamentadora no cotidiano.

Organizada dessa forma a, assim chamada por Foucault, *economia política* da medicina não se ocupa tanto em distinguir público ou privado, pois ela opera por uma lógica menor, investindo no nível do desejo nos processos de subjetivação. Através da medicalização, a experiência das pessoas é traduzida em termos biológicos, onde o autorizado a responder é o discurso médico e ele o faz por meio da sobreposição de padrões universais. Ressignificar a experiência das pessoas em função de sua racionalidade, faz com que as práticas médicas

amorteçam os problemas sociais e enfraqueçam os movimentos políticos. Quando se opera uma transcrição biologicista dos diferentes processos que tomam lugar em uma vida, também, no mesmo movimento, se apagam as ligações políticas, sociais e econômicas que incidem sobre a existência de tais processos. A história, o singular, o incoerente não cabem no arcabouço de uma medida universal e se essa medida presta-se a dar sentido a todas as dimensões da vida, é a vida mesma quem se acha subjulgada.

Junto a nossos aliados teóricos e ao *corpus* da pesquisa, temos condição de compreender que ao dizer que a ciência e a medicina são neutras, ou seja, não são interessadas, tampouco atravessadas por política, justamente aí há uma política sendo produzida. Enfrentar tal situação torna-se urgente quando além de sermos integrantes da área da saúde, mais especificamente da Saúde Coletiva, somos parte de uma sociedade onde não há fora da medicina, como diz Foucault. Tomar um posicionamento, portanto, diante desse quadro diz respeito a nossas escolhas profissionais tanto quanto a nossa aposta na vida. A política colocada em prática pela medicalização assume que todas as dimensões da vida devem obediência às práticas médicas, assumindo também, portanto, uma ideia de homem incapaz de promover a própria saúde, subordinado à eterna presença de autoridades legitimadas a coordenar-lhe a existência.

Nesse sentido, acompanhar o debate sobre o conceito de saúde no nascimento da Saúde Coletiva é acompanhar também o desenvolvimento de um processo que expandiu sua ação nesse campo e para além dele. A própria dificuldade apontada por alguns autores em conceituar saúde positivamente, ademais de dizer sobre os limites da racionalidade científica predominante diz, também, sobre o uso de saúde menos para servir a um conceito descritivo e mais para referir a uma série específica de problemas que deve ser acionada. A escassez de definições de saúde conforme os parâmetros científicos, ou mesmo o número limitado de publicações atuais implicadas com um objetivo como esse, não faz desse conceito uma ideia desimportante para as práticas sanitárias. Vista como um índice de problemas a serem trabalhados, a saúde comporta flexibilidade suficiente para permitir conexões com o mercado, a economia, o Estado e fundamentar regulamentações acerca de diversas dimensões da vida.

O que fazemos com o conceito de saúde, sendo assim? Por ora, nosso compromisso é compreender a saúde como uma noção que não se restringe a descrever um estado ou uma condição mantida por alguém, mas que o fundamental em sua existência, na atualidade, reside no acionamento de um

campo problemático cuja responsabilidade está remetida ao saber técnico da área da saúde. O campo polissêmico e complexo do conceito de saúde coincide hoje com o objeto das ciências da saúde, porém, essa justaposição não pode ser naturalizada sob pena de submeter a experiência da vida à avaliação biológica. Se saúde remete a uma condição interligada por todas as dimensões da vida de uma pessoa, é preciso encontrar aí o objeto das práticas sanitárias, pois se saúde significa a vida em sua complexidade, esse sentido não pode coincidir com o território de jurisdição da área da saúde sobre a sociedade.

O avanço do processo de medicalização vem mostrando que há algum tempo a doença já não é o único objeto das intervenções sanitárias. A sexualidade, a estética, o aprendizado, a alimentação, o lazer, entre outros, são exemplos de atividades atravessadas pela regulação da área da saúde. Ficar retido ao que saúde deve ou não significar pode fazer com que se perca de vista a articulação tramada com esse conceito justamente em sua polissemia e pluralidade, como a promovida pela medicalização. Como vimos, ao construir-se na aliança com o discurso científico, a medicalização universaliza seus códigos, ao mesmo tempo em que desacredita as práticas que respondem a outras racionalidades. Padronizar os processos da vida é investir em uma vida incapaz de criar as próprias condições de existência, de criar valor. E, se há alguma ideia de saúde na qual apostamos, esse não pode ser o compromisso dela.

Enfim, o percurso pelos eixos da pesquisa trouxe à vista a variedade de companhias ávidas por encontrarem seu espaço junto ao território da saúde. Companhias que vão deixando rastros de sua história, anúncios de suas intenções e interesses, conferindo à saúde o *status* de um plano vasto, acidentado e marcado por relações de poder. Esperar que do termo saúde saia apenas um conceito descritivo para então vê-la como importante para o campo das ciências da saúde parece ser de pouca utilidade já que em nome da saúde tantas práticas têm se desenvolvido e tantos efeitos têm sido por elas produzidos. A contribuição da análise pode advir do enfrentamento de saúde como um plano complexo que diz respeito, primeiramente, à vida das pessoas – vida em todas as suas dimensões, não somente em sua definição de objeto da biologia. Junto ao processo de definir saúde, faz-se necessário também apontar qual o lugar das práticas em saúde frente ao conceito. Ou seja, é preciso discutir o que, naquilo que significa saúde, pode caber à intervenção da área da saúde.

MOLÉSTIAS PROFUNDAS DA SENSIBILIDADE

Tarde da noite, em alta madrugada, ele senta-se em um café e desenha à caneta letras e palavras no papel. Cansado do intenso trabalho no teatro, com a cabeça borbulhante de pensamentos, escreve sobre o amor e a saudade que sente dela, Génica. É ela, sua amiga e companheira que mesmo distante se faz próxima, a quem Antonin Artaud conta de seus dias³³. Foi na companhia de teatro de Charles Dullin, em Paris no ano de 1921, que Artaud e Génica encontraram-se pela primeira vez e enlaçaram-se em um forte relacionamento. Doravante, sempre que a distância entre os dois se impusesse, trocariam cartas compartilhando a vida cotidiana desde as diferentes cidades onde moraram.

O encontro com Génica inspirava em Artaud sentimentos que ele nunca experimentara antes e a passagem dessas intensidades por seu corpo ganhava a forma de verbo na correspondência que trocavam. Para ele, colocar-se em estado de escrever demandava enorme esforço, pois “a alma do homem não está nas palavras”³⁴ (ARTAUD, 1973, p.40), ao menos não de modo prévio ou preexistente. A alma está nas intensidades, nos encontros, no estar em relação: “há na sua alma e na minha alma coisas que necessitam se encontrar”³⁵ (ARTAUD, 1973, p.40). A alma como o plano de experimentação, como a potência de experimentar surge nas cartas à Génica como requisito fundamental para o exercício de uma saúde.

Em dias severos, áridos e carrancudos, Artaud fala de um corte em sua alma, uma separação que distancia sua própria alma dele, levando também a noção de si e da vida. Algo como um embotamento profundo e doloroso, privando os sentidos e enfraquecendo o corpo de maneira que todo movimento torna-se pesado e custoso por demais. A debilidade era acompanhada não raro por dores insistentes capazes de arrancarem-lhe a tranquilidade e o sono. A esse sofrimento agudo que o afetava desde muito, Artaud chamou certa vez de as “moléstias profundas da sensibilidade”³⁶ (ARTAUD, 1973, p. 89).

No decorrer desses dias de enfermidade, ele experimentava um distanciamento inclusive da sua percepção temporal. O porvir tornava-se

³³ A correspondência trocada entre Antonin Artaud e Génica Athanasiou está compilada em “Cartas a Génica Athanasiou – com poemas dedicados a ella”.

³⁴ Tradução livre de: “El alma del hombre no está en las palabras”.

³⁵ Tradução livre de: “Hay en tu alma y en mi alma cosas que necesitan encontrarse”.

³⁶ Tradução livre de: “molestias profundas de la sensibilidad”.

nebuloso, desvanecia diante de si enquanto o momento presente se agigantava ao ponto de esmagá-lo em uma “eternidade de inferno, sem saída, sem esperança” ³⁷ (ARTAUD, 1973, p. 114). Quanto à perda de energia, Artaud sentia o impacto em sua produção, em sua criação, em sua relação com a vida, como se alijado da expressão sensível de sua consciência não se sentia capaz de escrever, ler ou até mesmo pensar. Para ter seu espírito devolvido e tranquilizado era preciso alimentá-lo, incitar-lhe paixão, provocar-lhe o desejo pela vida. Era preciso fazer passar as intensidades.

No encontro com as forças que atravessam o corpo, este vibra e nele aquelas surtem efeitos dos mais distintos matizes. E pode ser que uma célula, um aparelho ou um órgão passe a apresentar algum “problema”, passe a não funcionar tão “bem”. Como que se torna um inimigo. Eis que algo trava nossa potência e nos encontramos enfermos. No verão de 1922, Artaud conta a Génica: “tive o espírito muito enfermo durante cinco dias, um regresso à neuropatia (...) [no qual] por dentro eu era mais profundo, mas incapaz de expressar-me, paralisado” ³⁸ (ARTAUD, 1973, p. 41). A enfermidade como paralisação dos fluxos, como processo de estagnação do movimento faz-se como o delinear de “uma forma de expressão através da dor, onde, desde que seus afetos agenciados encontraram certas passagens negadas fabricaram ‘dores’” (MUYLAERT, 2011, p. 83), de forma a transformar o modo de relação com o mundo, fazendo vazar sintomas de um combate.

Entendendo a doença como uma experiência modificadora do funcionamento do corpo, como uma expressão da estagnação do fluxo das intensidades, vislumbramos enquanto contra-movimento o exercício de facilitar essa passagem e encontrar ainda nessa mesma dor o impulso para fortalecer a vida. Dessa forma, o sofrimento e a dor não excluem de todo a saúde na medida em que são também afirmados como parte da vida e parte da saúde colocando-se, portanto, para aquele que afirma a vida em sua transitoriedade e em seu transbordante embate de forças. Diante de uma saúde que sofre embates, Artaud é tomado por uma sensação de encurtamento de sua alma, e pede a Génica: “pense na intensidade do sofrimento que pôde deixar meu espírito nesse estado de ânimo ao invés de pensar em meu estado de ânimo” ³⁹ (ARTAUD, 1973, p.

³⁷ Tradução livre de: “eternidad de infierno, sin salida, sin esperanza”.

³⁸ Tradução livre de: “Tuve el espíritu muy enfermo durante cinco días, um regreso a la neuropatía, [...] por dentro yo era más profundo pero incapaz de expresarme, paralizado”.

³⁹ Tradução livre de: “Piensa en la intensidad del sufrimiento que ha podido dejar mi espíritu en este estado de ánimo em lugar de pensar em mi estado de ánimo”.

117). A doença nesse contexto advém das lutas enfrentadas pelo corpo e seus efeitos manifestam-se à medida que

[...] as modificações nos corpos exteriores, as modificações no mundo, afetam fortemente e determinam os “estados de corpo”, mas estes sempre nos informam muito mais do próprio corpo e, por isso, as modificações que se dão no corpo são ainda mais fortemente capazes de alterar nossas percepções e sensações (bem como nossas possibilidades de ação), ou seja, o modo como somos afetados pelo mundo (e o afetamos) (TEIXEIRA, 2004, p. 70).

A aposta em uma saúde fluida e repleta de lutas lança em evidência a experimentação como medida de saúde exigindo uma atenção cuidadosa para com o sistema de valores no qual investimos. No prefácio de *O Teatro e seu duplo* Artaud problematiza a cultura contemporânea ao dizer que esta nunca esteve interessada pela vida, mas sim voltada a controlá-la e regulamentá-la. Diante disso, Artaud propõe que deixemos de nos preocupar com uma cultura assim definida, com uma cultura que “nunca salvou qualquer ser humano de ter fome” e nos esforcemos em “extrair, daquilo que se chama cultura, ideias cuja força viva é idêntica à da fome” (ARTAUD, 2006, p.1).

Extrair daquilo que se presta ao empobrecimento e enfraquecimento da vida impulsos para afirmar a existência compõe com a proposta nietzschiana de uma *grande saúde*. Para pensar a construção de uma saúde, Nietzsche colocou em questão a cultura moderna e o ideal de vida e de homem que esta apresentava. Para ele, os valores predominantes conduziam a uma aposta no além-da-vida, uma espécie de paradigma transcendental que tinha como consequência a negligência da existência neste mundo através de um empenho em apenas conservar-se de forma a alcançar o mundo além e lá, sim, existir plenamente. O alerta de Nietzsche diz respeito a um conjunto de valores estruturantes do modo de vida e responsáveis pela manutenção de uma condição doentia. Tal estado impregnado de doença está relacionado a um movimento contra a vida na medida em que quer a preservação de seu estado e nega o caráter fluido próprio da vida.

A grande saúde diz respeito a um homem experimentador, a um homem distinto do predominante na modernidade, segundo Nietzsche. Distinto, pois é responsável por introduzir uma outra cultura, uma nova cultura que não seja mais a do rebaixamento da vida, e sim de uma posição afirmativa e de superação do homem. Nietzsche convoca o homem que diz sim. Diz sim à vida e é capaz

de criar-se a si mesmo. Tais características importantes a esse novo ideal proposto, como a afirmação da vida e a vontade de autopoiesis – autocriação – estariam presentes em todos os atos do homem. Eis, portanto, o advento de um homem capaz de saúde, já que capaz de criar seus próprios valores ou, como diz Nietzsche, capaz da transvaloração de todos os valores (NIETZSCHE, 2011). Transvalorar não seria uma mudança do tipo permuta de valores enquanto troca de um pelo outro, “mas uma mudança no elemento do qual deriva o valor dos valores. A apreciação em lugar da depreciação, a afirmação como vontade de poder, a vontade como vontade afirmativa” (DELEUZE, 1976, p.143).

A dimensão da experimentação concebe a multiplicidade de caminhos a se aventurar. É a partir da “vivência mais sua” de alguém, daquilo que pode um corpo de onde se parte para a criação de valores e de novas possibilidades de vida (NIETZSCHE, 2001, p.286). O mapa das caminhadas não se presta a ser manual ou roteiro, já que só é possível ver seu desenho ao olhar para trás e só faz sentido àquele que o percorrerá. Assim, o exercício da grande saúde enquanto vontade de afirmação da vida é também o da sensibilidade de escolher caminhos que tenham coração. O homem que diz sim à vida alimenta a vontade de criar e sua postura afirmativa também afirma, necessariamente, a dor e a morte, pois não busca a conservação, e sim o movimento e a expansão.

Nesse sentido, a saúde não se opõe à doença, estando, inclusive, aberta a ela uma vez que aberta aos riscos e perigos de traçar sempre novos caminhos e experimentar criar outros valores. Vale, assim, distinguir na doença, naquilo que adoece e que cai enfermo, o quê de resistência, a inquietação diante dos processos de luta e dominação. Apreender o que se expressa na enfermidade enquanto parte dos embates os quais nosso corpo trava é condição para o exercício de uma grande saúde. Saúde para libertar a vida aonde quer que esteja estagnada.

Na primavera de 1923 é sobre algumas alegrias passageiras que Artaud escreve a Génica. Com ela é compartilhado esse “feito simples que nada motiva nem traduz”⁴⁰ (ARTAUD, 1973, p. 71) de acender o desejo pela vida, ainda que se sinta pobre de ideias e um tanto sem energia. Artaud fala da força trazida por uma felicidade passageira, do sentimento de fortalecimento da vida surgido com o retorno de sua alma e que se faz intenso o bastante para possibilitar a arquitetura de planos para um encontro com Génica e para um trabalho em uma

⁴⁰ Tradução livre de: “hecho simple que nada motiva ni traduce”.

peça na próxima temporada. O aumento de sua potência de existir incita mais potência por meio do encaminhamento de encontros que o fortalecem. Ao se tornar portador dessa passageira-alegria e dessa passageira-força, o corpo de Artaud se fortalece, ganha saúde e multiplica o desejo pela vida.

Cultivar uma saúde suficientemente porosa a fim de dar passagem às intensidades torna possível a experimentação de outros modos de estar no mundo e outros modos de inventar mundo. Trata-se da transvaloração dos valores em busca da medida de valor que faz sentido para um corpo, aquilo que alimentará a energia da vida fazendo expandir a potência. Dessa forma, compreende-se que saúde não é o mesmo que afastar-se o mais completamente dos riscos e dos perigos da vida, também não é conservar certo estado. Vamos aproximando-nos de uma ideia de saúde que se quer transitória e necessariamente mutante, uma saúde tal “que não apenas se tem, mas constantemente se adquire e é preciso adquirir, pois sempre de novo se abandona e é preciso abandonar...” (NIETZSCHE, 2001, p. 286).

É com a vontade de expandir a potência de vida que a grande saúde está comprometida. Em seu exercício, o homem aproveita os acasos ruins para com eles se fortalecer e extrai de tudo o que vivencia alimento para seu espírito. Sobre um período de doença, Nietzsche conta que só ali, naquelas condições enfermigas nas quais se encontrava, é onde fora possível ter clareza o bastante para desenvolver o pensamento que resultaria em seu livro *Aurora*. A fim de encontrar a medida de saúde há que se “ser no fundo sadio”, enquanto sadio se vincular a uma prática de selecionar naquilo que se vive, tudo quanto aumente a potência de existir, já que para um homem tipicamente sadio: “o estar enfermo pode ser até um enérgico estimulante ao viver, ao mais-viver” (NIETZSCHE, 2004b, p. 25).

Sorver da cultura o que é tão forte quanto a fome, assim como extrair das experiências alimento para a potência da vida é o desafio colocado por Nietzsche em sua *grande saúde*. Não só o problema do conceito de saúde é afetado por tamanho desafio, mas também a própria experiência de pesquisa em tecimento. A disposição na qual se empreendeu o caminhar da pesquisa tornou-se parte da construção de saúdes possíveis na medida em que experimentamos também a construção dos valores a compor esse caminhar. Acreditamos, então, que a grande saúde fortalece o caminho percorrido ao trazer à conversa a questão de qual medida de valor baliza nossa vontade de potência. Sendo a vida um

processo infinito de abundância de forças, rico de embates e deslocamentos, a grande saúde nos inspira na luta pela potencialização da existência.

Enfrentar as forças de conservação, as relações de poder que atravessam a área da saúde e o papel nela desempenhado pela Saúde Coletiva é problematizar os termos em que a conexão entre ideia de homem e de vida se dá. Considerando o insaciável apetite dos atuais manuais de patologia, torna-se urgente diferenciar sofrimento de doença, assim como distinguir o que é saúde e o que nela pode se prestar a objeto das práticas sanitárias. Sofrimento e doença precisam ser distinguidos, na medida em que o sofrer integra os processos da vida em sua condição fluida e inconstante, sem implicar diretamente o desenvolvimento de uma enfermidade. A saúde proposta por Nietzsche e Artaud comporta o sofrer e também o adoecer, deslocando o olhar do que é bom ou mau, risco ou segurança, para chamar a atenção àquilo que torna a vida mais forte, que alimenta nossa potência e nosso desejo de existir.

Convocamos, pois, a grande saúde a provocar ruído e interferência no campo da Saúde Coletiva. Um trabalho tal de interpelar, desacomodar e inquietar as definições de saúde com o murmurar insistente da proposta nietzschiana tem força para nos instrumentalizar no campo a fim de compreender as relações aí existentes entre determinada ideia de saúde e determinada ideia de vida e de homem. É também uma oferta de movimento capaz de nos compelir a pensar e tamanha força faz-se bem-vinda para arrastar os termos em que se dispõe uma proposta de saúde articulada com a extensão das práticas sanitárias.

A aproximação entre o pensamento nietzschiano e a Saúde Coletiva pode fortalecer tanto a experiência de nossa própria saúde, assim como conduzir a avaliações de nossa prática profissional na assistência sanitária. A formação e a atuação do profissional da saúde e também a construção de serviços e de modelos assistenciais ganha, dessa forma, um provocador e insistente interlocutor, desacomodando-nos dos lugares rígidos constituídos ao longo do tempo. Ao afirmar a não existência de uma saúde essencial, Nietzsche conclui que

Depende do seu objetivo, do seu horizonte, de suas forças, de seus impulsos, de seus erros e, sobretudo, dos ideais e fantasias de sua alma, determinar o *que* deve significar saúde também para seu corpo. Assim, há inúmeras saúdes do corpo; e quanto mais deixarmos que o indivíduo particular e incomparável erga a sua cabeça, quanto mais esquecermos o dogma da “igualdade dos homens”, tanto mais nossos médicos terão de abandonar o conceito de uma saúde normal, juntamente com dieta normal e curso normal da doença. E apenas

então chegaria o tempo de refletir sobre saúde e doença da *alma*, e de situar a característica virtude de cada um na saúde desta: que numa pessoa, é verdade, poderia parecer o contrário da saúde de uma outra. Enfim, permaneceria aberta a grande questão de saber se podemos *prescindir* da doença, até para o desenvolvimento de nossa virtude, e se a nossa avidez de conhecimento e autoconhecimento não necessitaria tanto da alma doente quanto da sadia; em suma, se a exclusiva vontade de saúde não seria um preconceito, uma covardia e talvez um quê de refinado barbarismo e retrocesso (NIETZSCHE, p. 144-5, 2001).

Uma operação tal de estabelecer ligações torna-se possível somente na medida em que entendemos que um conceito não está sozinho, pois para constituir-se cabe a ele conformar, necessariamente, uma vizinhança com a qual passa a se relacionar e uma série a qual deve excluir. Se a genealogia nos convidou a considerar as memórias locais, as histórias dos combates, fazendo rachar aquilo que ora se apresenta como dado ou afixado, a grande saúde nos permitiu puxar os fios que estabelecem conexões. Perseguir essas ligações e essas rupturas é importante já que nos instrumentaliza para os embates que hoje enfrentamos. Dessa forma, podemos a certa altura sacar daquilo que nos aparece no caminho uma força tal como a da fome a fim de potencializar nossos movimentos.

Diante disso, acreditamos que a Saúde Coletiva não guarda apenas uma aposta em oferecer explicações diferentes, mais ricas, mais complexas para os problemas de saúde do Brasil. Pelo contrário, interessa-nos lançar mão desse campo em sua potência de gerador de problemas. Não se trata de buscar diferentes soluções para os mesmos problemas, mas de reposicionar os problemas, relançá-los e expô-los ao combate com diferentes forças para que possamos extrair daí aquilo que fortalece e potencializa a vida. Como diz Ricardo Teixeira (2004) em seu artigo intitulado *A grande saúde: uma introdução à medicina do corpo sem órgãos*, a tarefa do profissional diante da pessoa a qual presta seu serviço não é tanto a de fornecer uma resposta tal qual um manual, uma prescrição ensimesmada, mas sim a de questionar, de tornar-se um intercessor, perguntando-a sem descanso sobre o que traz potência a sua vida.

Acreditamos que a Saúde Coletiva pode ser explorada como um campo gerador de problemas, inventivo, capaz de criar novas questões para a área da saúde, problemas que atravessem as fronteiras disciplinares, que possibilitem outras construções de saber, outras experiências, outros modos de vida. Se criar é fabular, como diz Deleuze, então fabulemos junto da grande saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRASCO. Documento preliminar de princípios básicos. In: *Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1982.
- ABREU, Regina. O Legado de Sérgio Arouca. In: *Memória e Patrimônio da Saúde Pública no Brasil: a trajetória de Sérgio Arouca*. Programa de Pós-Graduação em Memória Social - UNIRIO, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <<http://www.memoriasocial.pro.br/linhas/arouca/desdobramentos/olegado.htm>>. Acesso em: 15 mar. 2014.
- ALMEIDA, Marta de. Tempo de laboratórios, mosquitos e seres invisíveis: as experiências sobre a febre amarela em São Paulo. In: CHALHOUB, Sidney et al. (orgs.). *Artes e ofícios de curar no Brasil: capítulos de história social*. Campinas: Editora Unicamp, 2003.
- ALMEIDA FILHO, Naomar. O conceito de saúde: ponto cego da epidemiologia? *Rev. Bras. Epidemiologia*, São Paulo, v.3, n.1, mar. 2000. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2000000100002&script=sci_arttext>. acessos em 15 ago. de 2013.
- ALVES, Giovanni. Do “novo sindicalismo” à “concertação social”. *Rev. Sociol. Polít.* Curitiba, n. 15, nov. 2000.
- _____. *O que é saúde?* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011
- AMÂNCIO, Aloysio; QUADRA, Antônio Augusto F. Saúde, saber médio e recursos humanos. *Saúde em Debate*. São Paulo, CEBES, nº 1, 1976.
- _____. Educação médica, relação médico paciente (Política de saúde: o polo dominado). *Saúde em Debate*. São Paulo, CEBES, nº 5, 1977.
- AMARAL, Sérgio A. V. *Fazer Falar e Fazer Ver na Saúde Coletiva: enunciado e visibilidade em tempos de biopoder*. 2010. 202 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2010.
- AMARANTE, Paulo. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.
- AROUCA, Anamaria Tambellini; AROUCA, Sergio. Medicina de comunidade – implicações de uma teoria. *Saúde em Debate*. São Paulo, CEBES, nº 1, 1976.
- AROUCA, Sérgio. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva*. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.
- _____. Introdução à crítica do setor saúde. *Revista Nêmesis*, n. 1, p. 17-24, 1975.
- ARTAUD, Antonin. *Cartas a Génica Athanasiou – con poemas dedicados a ella*. Trad. María Irene Bordaberry. Buenos Aires: Siglo Veinte, 1973.

_____. *O teatro e seu duplo*. Trad. Teixeira Coelho. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

AURÉLIO. *Minidicionário da língua portuguesa*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1989.

AYRES, José R. C. M. Uma concepção hermenêutica de saúde. *Rev. Physis*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, 2007.

BAENINGER, Rosana. São Paulo e suas migrações no final do século 20. *São Paulo Perspec.* São Paulo, v. 19, n. 3, set. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392005000300008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 jan. 2015.

BENCHIMOL, Jaime Larry; SILVA, André Felipe Cândido da. Ferrovias, doenças e medicina tropical no Brasil da Primeira República. *Hist. cienc. Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, set. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702008000300009>. Acesso em 22 ago. 2014.

BIAS, Mauro. Antes da Reforma Pereira Passos (1902 a 1906), Rio de Janeiro era conhecido como “Porto sujo” e “cidade da morte”. *Revista de História da Biblioteca Nacional*. Rio de Janeiro: 2013. Disponível em: <<http://revistadehistoria.com.br/secao/reportagem/passado-que-condena>>. Acesso em 15 mar. 2014.

BILAC, Olavo. As picaretas regeneradoras. *Kósmos*. Rio de Janeiro, n. 3, mar. 1904.

BIREME. *Sobre a Bireme*. Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Disponível em: <http://www.paho.org/bireme/index.php?option=com_content&view=article&id=37&Itemid=55&lang=pt e <http://decs.bvs.br/P/decsweb2014.htm>>. Acesso em: 02 mar. 2014.

BRASIL. Discurso pronunciado na 514ª sessão ordinária realizada em 06/08/1981. *Diário Oficial do Estado de São Paulo (DOSP)*. Poder Executivo, São Paulo, 15 ago. 1981. Seção I, p. 51.

CALDAS AULETE. *Dicionário online da língua portuguesa*. Disponível em: <<http://aulete.uol.com.br/>>. Acesso em: 18 nov. 2012.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, vol.5, n. 2, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232000000200002&script=sci_arttext>. Acesso em 21 mai. 2014.

CAMPOS, Pedro Henrique Pedreira. *A ditadura dos empreiteiros: as empresas nacionais de construção pesada, suas formas associativas e o Estado ditatorial brasileiro, 1964-1985*. 539 f. Tese (Doutorado em História Social) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2012.

CAMPOS, Rodrigo Pires de. Políticas internacionais de saúde na Era Vargas: o serviço especial de Saúde Pública. Resenha. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro,

v. 23, n. 5, mai. 2007. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000500026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 31 ago. 2014.

CANELLA, Daniela Silva; SILVA, Ana Carolina Feldenheimer da; JAIME, Patrícia Constante. Produção científica sobre nutrição no âmbito da Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma revisão de literatura. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, vol. 18, n. 2, fev. 2013. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000200002&lang=pt>. Acesso em: 03 mar. 2014.

CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*. Trad. Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. ed. 7. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

CAPONI, Sandra. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. Rev. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.4, n.2, p.287-307, jul.-out. 1997.

CAPRARA, Andrea. Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença. Rev. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, jul.-ago. 2003.

CARIGNATO, Lucirene Aparecida. Vivências femininas no movimento de saúde da cidade de São Paulo. 243 f. Dissertação. (Mestrado em História Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2007.

CASTAÑEDA, Carlos. *A erva-do-diabo*. São Paulo: Círculo do livro, 1985.

CASTRO, Edgardo. *Vocabulário de Foucault*: um percurso pelos seus temas, conceitos e autores. Vocábulo “Subjetivação”. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

CEBES. Acontecimentos. *Saúde em Debate*. São Paulo, CEBES, nº 1, 1976a.

_____. Residência médica analisada em recente congresso. *Saúde em Debate*. São Paulo, CEBES, nº 1, 1976b.

_____. Carta à redação da Associação Brasileira de Medicina de Grupo. *Saúde em Debate*. São Paulo, CEBES, nº 2, 1977a.

_____. Londrina, 4 a 9 de abril vem aí a IV Sesac. *Saúde em Debate*. São Paulo, CEBES, nº 2, 1977b.

_____. Editorial. *Saúde em Debate*. São Paulo: CEBES, nº 3, 1977c.

_____. Na IV Sesac: estudantes e profissionais. *Saúde em Debate*. São Paulo, CEBES, nº 4, 1977d.

_____. A saúde no Brasil hoje. *Saúde em Debate*. São Paulo, CEBES, nº 4, 1977e.

_____. Editorial. *Saúde em Debate*. São Paulo, CEBES, nº 5, 1977f.

_____. Na mesa: saúde e democracia. Manifestações de apoio. *Saúde em Debate*. São Paulo, CEBES, nº 5, 1977g.

_____. Profissionais de saúde unem-se pela democracia. *Saúde em Debate*. São Paulo, CEBES, nº 5, 1977h.

_____. IX Encontro de estudantes de medicina. *Saúde em Debate*. São Paulo, CEBES, nº 5, 1977i.

_____. APM não permitiu concorrentes nas eleições. *Saúde em Debate*. São Paulo, CEBES, nº 5, 1977j.

_____. A questão democrática na área da Saúde. *Saúde em Debate*. São Paulo, vol. 9, 1980.

CERTEAU, Michel. *A escrita da história*. Trad. Maria de Lourdes Menezes. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1982.

CFM. *Demografia Médica no Brasil* - volume 1: dados gerais e descrições de desigualdades. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo / Conselho Federal de Medicina, 2011.

COELHO, Maria T. A. D.; ALMEIDA FILHO, Naomar. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. *Rev. História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.9, n.2, p.315-33, mai./ago. 2002.

COIMBRA, Cecília; PASSOS, Eduardo.; BARROS, Regina. Benevides de. Direitos Humanos no Brasil e o Grupo Tortura Nunca Mais/RJ. In: RAUTER, Cristina; PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina Benevides de (orgs.). *Clínica e Política: subjetividade e violação dos direitos humanos*. Rio de Janeiro, 2002, v. 1, p. 15-23.

COIMBRA, Cecília. *Guardiães da Ordem: uma viagem pelas práticas psi no Brasil do 'Milagre'*. Rio de Janeiro: Oficina do Autor, 1995.

_____. Tortura: nunca mais – entrevista. *Tempo*. Rio de Janeiro, vol. 1, 1996, p. 166-183.

_____. Médicos e tortura. *Público*. Rio de Janeiro. v. 49, set. 2000. Disponível em: <http://www.slab.uff.br/antigo2/images/Aquivos/textos_sti/Cec%C3%ADlia%20Coimbra/texto62.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2014.

CORREIO DA MANHÃ. *Biblioteca Nacional*. Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://hemerotecadigital.bn.br/artigos/correio-da-manh%C3%A3>>. Acesso em 15 ago. 2014.

CZERESNIA, Dina. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. *Rev. Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, out.-dez. 1999.
DECS. *Saúde Pública*. BIREME - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. 2014. Disponível em: <<http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/>>. Acesso em: 05 mar. 2014.

DELEUZE, Gilles; PARNET, Claire. *Diálogos*. Trad. Eloisa Araújo Ribeiro. São Paulo: Escuta, 1998.

- DELEUZE, Gilles. *Nietzsche e a filosofia*. Trad. Ruth Joffily Dias e Edmundo Fernandes Dias. Rio de Janeiro: Ed. Rio, 1976.
- _____. *Conversações*. Trad. Peter Pál Pelbart. São Paulo: Editora 34, 1992.
- _____. *Foucault*. Trad. Claudia Sant'Anna Martins. São Paulo: Brasiliense, 1988.
- DONNANGELO, Maria Cecília Ferro; PEREIRA, Luiz. *Saúde e sociedade*. ed. 2. São Paulo: Duas Cidades, 1979.
- _____. *Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo: Pioneira, 1975.
- ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; EDLER, Flávio Coelho. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, Nísia Trindade et al. (orgs.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.
- FERNANDES, Bernardo Mançano. *A formação do MST no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 2000.
- FIOCRUZ. Verbetes *Pereira Passos*. Projeto Memória. Fundação Oswaldo Cruz - Casa de Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: 2003. Disponível em: <http://www.projetomemoria.art.br/OswaldoCruz/verbetes/pereira_passos.html>. Acesso em 31 mar. 2013.
- FLEURY, Sônia; BAHIA, Ligia; AMARANTE, Paulo (Orgs.). *Saúde em debate: fundamentos da reforma sanitária*. Rio de Janeiro, CEBES, 2008.
- FOUCAULT, Michel. *Doença mental e psicologia*. Trad. Lilian Rose Shalders. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.
- _____. *Microfísica do Poder*. Trad. Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- _____. *O nascimento da clínica*. Trad. Roberto Machado. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1980.
- _____. *A Ordem do Discurso*. Trad. Laura Fraga de Almeida Sampaio. 20ª ed. São Paulo: Loyola, 1996.
- _____. *Arqueologia do Saber*. Trad. Luiz Felipe Baeta Neves. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1997.
- _____. *O nascimento da medicina social*. In: _____. *Microfísica do poder*. Org. e Trad. Roberto Machado. 15. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2000a.
- _____. *O nascimento do hospital*. In: _____. *Microfísica do poder*. Org. e Trad. Roberto Machado. 15. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2000b.
- _____. *A política da saúde no século XVIII*. In: _____. *Microfísica do poder*. Org. e Trad. Roberto Machado. 15. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2000c.

_____. *História da loucura na idade clássica*. Tradução de José Teixeira Coelho Netto. ed. 8. São Paulo: Perspectiva, 2005.

_____. Sobre as maneiras de escrever a história. In: _____. *Ditos e Escritos II - Arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento*. Trad. Elisa Monteiro. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

_____. Crise da medicina ou crise da antimedicina. *Verve*. São Paulo. pp. 167-194. n. 18, 2010.

GARCÍA, Juan Cesar. *La educación médica en la América Latina*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, 1972.

GOMES, Sueli de Castro. Uma inserção dos migrantes nordestinos em São Paulo: o comércio de retalhos. *Imaginário* São Paulo. v. 12, n. 13, dez. 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-666X2006000200007&script=sci_arttext>. Acesso em: 15 jun. 2014.

GONÇALO JUNIOR. São Paulo S.A. *Pesquisa Fapesp*. São Paulo, ed. 165, nov. 2009. Disponível em: <<http://revistapesquisa.fapesp.br/wp-content/uploads/2009/11/Sao-Paulo-SA.pdf?caf4da>>. Acesso em 10 Set. 2014.

GONÇALVES, Assis da Silva. *Eugenia em debate: Medicina e Sociedade no I Congresso Brasileiro de Eugenia*. Anais do XIV Encontro Regional de História da ANPUH - Rio: Memória e Patrimônio. Rio de Janeiro: 2010. Disponível em: <http://www.encontro2010.rj.anpuh.org/resources/anais/8/1276697830_ARQUIVO_MedicinaeSociedadenoICongressoBrasileirodeEugenia.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2014.

HOCHMAN, Gilberto. *A Era do Saneamento: as bases da política de Saúde Pública no Brasil*. São Paulo: HUCITEC, 1998a.

_____. Logo ali, no final da avenida: os sertões redefinidos pelo movimento sanitário da Primeira República. *Hist. cienc. Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro, v. 5, supl. jul. 1998b.

HOUAISS. *Grande dicionário da língua portuguesa*. Versão online. Disponível em <<http://houaiss.uol.com.br/>>. acessos em 10 de ago. de 2013.

ILLICH, Ivan. *A expropriação da saúde*. Nêmesis da Medicina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

“JECA TATUZINHO” INTEGRA-SE AO ACERVO DO MUSEU MAZZAROPI. *Museu Mazzaropi*. Taubaté, out. 2012. Disponível em: <<http://www.museumazzaropi.org.br/jeca-tatuzinho-integra-se-ao-acervo-do-museu-mazzaropi>>. Acesso em 20 ago. 2014.

L'ABBATE, Solange. A análise institucional e a saúde coletiva. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 08, n. 1, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000100019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 mar. 2014.

LACERDA, João. *Baptista de. Memória do Congresso Universal de Raças*. Rio de Janeiro: Papelaria Macedo, 1912.

LATOUR, Bruno; WOOLGAR, Steve. *A vida de laboratório: a produção dos fatos científicos*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997.

- LATOUR, Bruno. *Ciência em ação: como seguir cientistas sociedade afora*. Assis: UNESP, 2000.;

_____. *Cogitamus – seis cartas sobre las humanidades científicas*. Buenos Aires: Paidós. 2013.

LEAL, M.B.; JUNIOR, K.R.C. Saúde Coletiva em debate: reflexões acerca de um campo em construção. *Rev. Interface - Comunic., Saúde, Educ.* Botucatu, v.16, n. 40, p.53-65, jan.-mar. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02 set. 2013.

LEITE, Rosalynn; HUGUENIN, Suzana. A importância dos descritores em Ciências da Saúde – DeCS para os Anais Brasileiros de Dermatologia. Editorial. *An. Bras. Dermatol.* Rio de Janeiro, vol. 80, n. 5, set./out. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v80n5/v80n5a02.pdf>>. Acesso em: 04 mar. 2013.

LIMA, Nísia Trindade; HOCHMAN, Gilberto. Pouca saúde, muita saúva, os males do Brasil são... Discurso médico-sanitário e interpretação do país. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, 2000.

LIMA, Nísia Trindade et al. (orgs.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

LIMA, Nísia Trindade; FONSECA, Cristina, M. O.; HOCHMAN, Gilberto. A saúde na Construção do Estado Nacional do Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, Nísia Trindade et al. (orgs.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

LOBATO, Monteiro. *Urupês: contos*. São Paulo: Revista do Brasil, 1918.

_____. *Mr. Slang e o Brasil: colóquios com o inglês da Tijuca*. São Paulo: Companhia Editorial Nacional, 1927.

LUZ, MADEL Therezinha. *As instituições médicas do Brasil*. ed. 2. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2013.

_____. Notas sobre as políticas de Saúde no Brasil de “transição Democrática” - anos 80. *Physis*, Rio de Janeiro. v. 1, n. 1, 1991. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73311991000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 18 jun. 2014.

MACHADO, José Pedro. *Dicionário Etimológico da Língua Portuguesa*. 8ª ed. Lisboa: Livros Horizonte, 2003.

MACHADO DE ASSIS. *Papéis Avulsos*. São Paulo: Martin Claret, 2006.

MARTINS, André. Novos paradigmas e saúde. *Rev. Physis*, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p. 83-112, 1999.

_____. Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. *Rev. Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, Botucatu, v. 8, n. 14, set. 2003.

MELLO, Carlos Gentile. A irracionalidade da privatização da medicina previdenciária. In: FLEURY, Sônia; BAHIA, Lígia; AMARANTE, Paulo (Orgs.). *Saúde em debate: fundamentos da reforma sanitária*. Rio de Janeiro: CEBES; 2007.

MELO, Joaquim Alberto Cardoso. A prática da saúde e a educação. *Saúde em Debate*. São Paulo, CEBES, nº 1, 1976.

MENDES, Eugênio Vilaça. O sistema único de saúde: um processo social em construção. In: _____. (org.). *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.

MERHY, Emerson. *A saúde pública como política*. Aula. Pós Graduação em Clínica Médica. IPUB. UFRJ. Rio de Janeiro, 22 nov. 2013.

_____. São Paulo de 1920 a 1940. A saúde pública como política: os movimentos sanitários, modelos tecnicoassistenciais e a formação das políticas governamentais. 2. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

MINAYO, Maria C. S.; HARTZ, Zulmira M. A.; BUSS, Paulo M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Rev. Ciência e Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1, 2000.

MUYLAERT, Marília. *Corpoafecto: o psicólogo no hospital geral*. São Paulo: Editora Escuta, 2011.

NEELEMAN, Gary John; NEELEMAN, Rose Maurine. *Trilhos na selva: o dia a dia dos trabalhadores na ferrovia Madeira-Mamoré*. São Paulo: Editora Bei, 2011.

NIETZSCHE, Friedrich W. *A gaia ciência*. Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.

_____. *Segunda consideração intempestiva: da utilidade e desvantagem da história para a vida*. Trad. Marcos Antônio Casanova. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2003.

_____. *Aurora: reflexões sobre os preconceitos morais*. Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2004a.

_____. *Ecce homo: como alguém se torna o que é*. Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2004b.

_____. *Assim falou Zaratustra - um livro para todos e para ninguém*. Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

NUNES, Everardo Duarte. Saúde coletiva – história de uma ideia e de um conceito. *Saúde soc.* São Paulo, vol. 3, n.2, 1994.

_____. Saúde Coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (orgs.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.

OCKE-REIS, Carlos Octávio; ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de; SILVEIRA, Fernando Gaiger. O mercado de planos de saúde no Brasil: uma criação do estado? *Rev. econ. Contemp.* Rio de Janeiro, v.10, n. 1, abr. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-98482006000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 14 mai. 2014.

ORTEGA, Francisco. Biopolíticas da saúde: reflexões a partir de Michel Foucault, Agnes Heller e Hannah Arendt. *Rev. Interface - Comunic., Saude, Educ.*, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 9-20, set. 2003- fev. 2004.

PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev. Saúde Pública*. São Paulo, v. 32, n. 4, ago. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101998000400001>. Acesso em: 25 set. 2013.

_____. *A crise de saúde pública e a utopia da saúde coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

PAIM, Jairnilson. *Reforma sanitária brasileira: Contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA / Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

_____. *Abertura do ano letivo da ENSP*. Escola Nacional de Saúde Pública - Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 26 mar. de 2014. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=J6Mgvi_ga3U>. Acesso em 15 mai. 2014.

PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina Benevides. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Brasília, v. 16, n. 1, 2000.

PAULIN, Luiz Fernando; TURATO, Egberto Ribeiro. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. *Hist. cienc. saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, ago. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702004000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02 abr. 2014.

PELLIZZON, Rosely de Fátima. Pesquisa na área da saúde: 1 - base de dados DeCS (Descritores em Ciências da Saúde). São Paulo, *Acta Cir. Bras.* vol.19, n.2, mar./abr. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-86502004000200013&lang=pt>. Acesso em: 03 mar. 2014.

PINA, José Augusto; CASTRO, Hermano A.; ANDREAZZI, Maria de Fátima A.. Sindicalismo, SUS e planos de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, set. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300031&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 jun. 2014

PIRES-ALVES, Fernando A.; PAIVA, Carlos Henrique Assunção. *Recursos críticos: história da cooperação técnica Opas-Brasil em Recursos Humanos para a Saúde (1975-1988)*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

- PONTE, Carlos Fidélis; FALLEIROS, Ialê (orgs.). *Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história*. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010.
- RÁDIO SOCIEDADE DO RIO DE JANEIRO: programação da segunda quinzena de abril. *Revista Electron*. Rio de Janeiro, ano 1, n. 6, 1926.
- RAMOS, Graciliano. *Histórias de Alexandre*. Rio de Janeiro: Record, 2007.
- REVISTA SAÚDE PÚBLICA. *Cursos de especialização em Saúde Pública para nível local - área medicina*. São Paulo. v. 10, n. 3, set. 1976. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101976000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 set. 2014.
- RIBEIRO, Darcy. *O povo brasileiro: evolução e o sentido do Brasil*. São Paulo: Companhia das letras, 1995.
- RODRIGUES, Heliana de Barros Conde. Foucault, Reforma Psiquiátrica e o IMS - mesa redonda. *As Conferências de Foucault no Instituto de Medicina Social: o IMS, a Saúde Coletiva e o Brasil 40 Anos Depois*. Rio de Janeiro, 04 nov. 2014.
- ROLNIK, R.; FRÚGOLI JR., H. Reestruturação urbana da metrópole paulistana: a Zona Leste como território de rupturas e permanências. *Cadernos metrópole*. São Paulo, n. 6, 2º sem. 2001.
- ROQUETTE-PINTO, Edgar. Rádio educação do Brasil. *Revista Electron*. Rio de Janeiro, ano 1, n. 6, 1926.
- SANTOS, Ricardo Augusto dos. Quem é bom, já nasce feito? Uma Leitura do Eugenismo de Renato Kehl (1917-37). *Revista Intellectus*. Rio de Janeiro, ano 4, vol. 2, 2005. Disponível em: <<http://www.intellectus.uerj.br/Textos/Ano4n2/Texto%20de%20Ricardo%20Augusto%20dos%20Santos.pdf>>. Acesso em: 02 set. 2014.
- SAÚDE É O PRINCIPAL PROBLEMA DO PAÍS PARA 77% DOS BRASILEIROS, APONTA PESQUISA. In: *Empresa Brasil de Comunicação – EBC*. Brasília, 25 de jul. 2013. Disponível em <<http://www.ebc.com.br/educacao/2013/07/saude-educacao-e-seguranca-sao-prioridades-da-populacao-segundo-pesquisa-cni-ibope>>. Acesso em: 10 de nov. de 2013.
- SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. O conceito de saúde. *Rev. Saúde Pública*. São Paulo, v.31, n.5, p. 538-42, out. 1997.
- SOUZA, Vagner Pereira de; PIVA, Teresa de Carvalho. *A peste bubônica no Rio de Janeiro e o Instituto soroterápico federal*. Anais do Congresso Scientiarum Historia IV - Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e das Técnicas e Epistemologia – HCTE. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2011.
- TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. A Grande Saúde: uma introdução à medicina do Corpo sem Órgãos. *Rev. Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, Botucatu, v. 8, n. 14, Feb. 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832004000100004&lng=en&nrm=iso>. acessos em 09 dez. 2013.

THIELEN, Eduardo Vilela; SANTOS, Ricardo Augusto dos. Belisário Penna: notas fotobiográficas. *Hist. cienc. Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, ago. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-597020020002000008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 ago. 2014.

ULPIANO, Cláudio. *Plano de Imanência (Território) ou a Ideia de Imagem do Pensamento*. Aula proferida em 31 de maio de 1995. Disponível em: <http://claudioulpiano.org.br.s87743.gridserver.com/?p=1994>>. acessos em 12 ago. 2013. (Transcrição de comunicação oral).

VALLADARES, Licia. A gênese da favela carioca. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. São Paulo: vol. 15, n. 44, out. 2000.

VIANNA, Helena Besserman. *Não conte a ninguém...* Contribuição à história das Sociedades Psicanalíticas do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Imago, 1994.

VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria; PINELL Patrice. The genesis of collective health in Brazil. *Sociology of Health & Illness*. vol. 36, Issue 3, mar. 2014. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1467-9566.12069/pdf>>. Acesso em: 18 mai. 2014.

VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. O nativo relativo. *Rev. Mana*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, abr. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-93132002000100005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 13 dez. 2013.

IMAGENS

A HIGIENE vai limpar o Morro da Favela, do lado da Estrada de Ferro Central. In: *O Malho*, Rio de Janeiro, n. 251, ano 6, 1907. Disponível em: <<http://laeti.photoshelter.com/image/I0000iShwzdt6P.8>>. Acesso em: 06 abr. 2014.

PEDERNEIRAS, Raul. Conferência Sinistra - diálogo entre os três grandes males que assolavam o Rio de Janeiro. In: *O Tagarela*, ago. 1904. Disponível em: <<http://www.museudavida.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?inford=1659&sid=212>>. Acesso em: 31 mar. 2014.

FILMES

CIDADÃO BOILESEN. Documentário. Direção: Chaim Litewski. Brasil, 2009.

O CINEMATÓGRAFO BRASILEIRO EM DRESDEN. Direção: Eduardo Thielen e Stella Oswaldo Cruz Penido. Brasil: 2011.

O POVO BRASILEIRO. Documentário. Direção: Isa Grinspum Ferraz. Brasil: 2000.

SÃO PAULO, A SINFÔNIA DA METRÓPOLE. Direção: Adalberto Kemeny e Rudolf Rex Lustig. Brasil: 1929.