

Saúde em Debate 270
direção de
Gastão Wagner de Sousa Campos
José Ruben de Alcântara Bonfim
Maria Cecília de Souza Minayo
Marco Akerman
Yara Maria de Carvalho
ex-diretores
David Capistrano Filho
Emerson Elias Merhy
Marcos Drumond Júnior

É por certo a saúde coisa mui preciosa, a única merecedora de todas as nossas atenções e cuidados e de que a ela se sacrifiquem não somente todos os bens mas a própria vida, porquanto na sua ausência a existência se nos torna pesada e porque sem ela o prazer, a sabedoria, a ciência, e até a virtude se turvam e se esvaem.

— MICHEL EYQUEM DE MONTAIGNE
(1533-1592).

Ensaíos. “Da semelhança dos pais com os filhos”.
Trad. Sérgio Milliet

SAÚDE EM DEBATE

TÍTULOS PUBLICADOS A PARTIR DE 2013

- Saúde, Desenvolvimento, Ciência, Tecnologia e Inovação*, Ana Luiza d'Ávila Viana, Aylene Bousquat & Nelson Ibañez
Tecendo Redes: os Planos de Educação, Cuidado e Gestão na Construção do SUS. A Experiência de Volta Redonda (RJ), Suely Pinto, Túlio Batista Franco, Marta Gama de Magalhães, Paulo Eduardo Xavier Mendonça, Angela Guidoreni, Kathleen Tereza da Cruz & Emerson Elias Merhy (orgs.)
- Coquetel. A Incrível História dos Antirretrovirais e do Tratamento da Aids no Brasil*, Mário Scheffer
Psicanálise e Saúde Coletiva: Interfaces, Rosana Onocko Campos
A Medicina da Alma: Artes do Viver e Discursos Terapêuticos, Paulo Henrique Fernandes Silveira
Clínica Comum: Itinerários de uma Formação em Saúde (orgs.), Angela Aparecida Capozzolo, Sidnei José Casetto & Alexandre de Oliveira Henz
Práxis e Formação Paideia: apoio e co-gestão em saúde, Gastão Wagner de Sousa Campos, Gustavo Tenório Cunha & Mariana Dorsa Figueiredo (orgs.)
Intercâmbio Solidário de Saberes e Práticas de Saúde: Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas e Complementares, Marilene Cabral do Nascimento & Maria Inês Nogueira (orgs.)
Depois da Reforma: Contribuição para a Crítica da Saúde Coletiva, Giovanni Gurgel Aciole
Diálogos sobre a Boca, Carlos Botazzo
Violência e Saúde na diversidade dos escritos acadêmicos, Luiza Jane Eyre de Souza Vieira, Raimunda Magalhães da Silva & Samira Valentim Gama Lira
Trabalho, Produção do Cuidado e Subjetividade em Saúde: Textos Reunidos, Túlio Batista Franco & Emerson Elias Merhy
Adoecimentos e Sofrimentos de Longa Duração, Ana Maria Canesqui (org.)
Os Hospitais no Brasil, Ivan Coelho
As Bases do Raciocínio Médico, Fernando Queiroz Monte
A Saúde entre os Negócios e a Questão Social: Privatização, Modernização e Segregação na Ditadura Civil-Militar (1964-1985), Felipe Monte Cardoso
Descentralização e Política de Saúde: Origens, Contexto e Alcance da Descentralização, Ana Luiza d'Ávila Viana
Análise Institucional e Saúde Coletiva no Brasil, Solange L'Abbate, Lucia Cardoso Mourão & Luciane Maria Pezzato (orgs.)
Por uma Crítica da Promoção da Saúde: Contradições e Potencialidades no Contexto do SUS, Kathleen Elane Leal Vasconcelos & Maria Dalva Horácio da Costa (orgs.)
Fisioterapia e Saúde Coletiva: Reflexões, Fundamentos e Desafios, José Patrício Bispo Júnior (org.)
Educação Popular na Universidade: Reflexões e Vivências da Articulação Nacional de Extensão Popular (Anepop), Pedro José Santos Carneiro Cruz, Marcos Oliveira Dias Vasconcelos, Fernanda Isabela Gondim Sarmento, Murilo Leandro Marcos & Eymard Mourão Vasconcelos (orgs.)
Regiões de Saúde: Diversidade e Processo de Regionalização em Mato Grosso, João Henrique Scatena, Ruth Terezinha Kehrig & Maria Angélica dos Santos Spinelli (orgs.)
Avaliação de Projetos na Lógica da Promoção da Saúde na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Juan Carlos Aneiros Fernandez & Marco Antonio de Moraes (orgs.)
As Ciências Sociais na Educação Médica, Nelson Filice de Barros
Os Mapas do Cuidado: o Agir Leigo na Saúde, Luiz Carlos de Oliveira Cecilio, Graça Carapinheiros & Rosemarie Andreazza (orgs.)
Saúde que Funciona: a Estratégia Saúde da Família no Extremo Sul do Município de São Paulo, Davi Rumel & Adélia Aparecida Marçal dos Santos (eds.)
A reformulação da clínica e a gestão na saúde: subjetividade, política e invenção de práticas, Bernadete Peréz Coelho
Saberes e práticas na Atenção Primária à Saúde: Cuidado à População em Situação de Rua e Usuários de Alcool, Crack e Outras Drogas, Mirna Teixeira & Zilma Fonseca (orgs.)
Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil: de Geisel a Dilma, Carlos Augusto Monteiro & Renata Bertazzi Levy (orgs.)
Saúde e Utopia: o Cebes e a Reforma Sanitária Brasileira (1976-1986), Daniela Carvalho Sophia
Lutas Sociais e Construção do SUS: o Movimento de Saúde da Zona Leste e a Conquista da Participação Popular, João Palma Uma ou Várias? IdentidadeS para o Sanitarista, Allan Gomes de Lorena & Marco Akerman
Depressão na infância: uma abordagem antropológica, Eunice Nakamura
Mostra de Práticas em Saúde Mental. Reconhecer o Patrimônio da Reforma Psiquiátrica: o que queremos reformar hoje?, Gastão Wagner de Sousa Campos & Juliana Azevedo Fernandes (orgs.)
O CAPSI e o Desafio da Gestão em Rede, Edith Lauridsen-Ribeiro & Cristiana Beatrice Lykouropoulos (orgs.)
Rede de pesquisa em Mangunbos: Sociedade, Gestores e Pesquisadores em Conexão com o SUS, Isabela Soares Santos & Roberta Argento Goldstein (orgs.)
Saúde e Atenção Psicossocial nas Prisões: um olhar sobre o sistema prisional brasileiro com base em um estudo em Santa Catarina, Walter Ferreira de Oliveira & Fernando Balvedi Damas
Envelhecimento: um Olhar Interdisciplinar, Lina Faria, Luciana Karen Calábria, Wanessa Alexandra Alves
Saúde, Sociedade e Cultura: Ciências Sociais e Humanas para Graduação em Saúde, Marilene Cabral do Nascimento & Carla Ribeiro Guedes (orgs.)
Caminhos da Vigilância Sanitária Brasileira: Proteger, Viagiar, Regular, Ana Figueiredo
Políticas, Tecnologias e Práticas em Promoção da Saúde, Glória Lúcia Alves Figueiredo e Carlos Henrique Gomes Martins (orgs.)
Formação e Educação Permanente em Saúde: Processos e Produtos no Âmbito do Mestrado Profissional, Mônica Villela Gouveia, Andrea Carso de Souza, Gisella de Carvalho Queluci, Cláudia Mara de Melo Tavares (orgs.)
História da Saúde no Brasil, Luiz Antonio Teixeira, Tânia Salgado Pimento & Gilberto Hochman (orgs.)
Saúde, Sociedade e História, Ricaro Bruno Mendes-Gonçalves, José Ricardo Ayres & Líliana Santos (orgs.)

OS DEMAIS TÍTULOS DA COLEÇÃO SAÚDE EM DEBATE ACHAM-SE NO FIM DO LIVRO.

Saúde, Sociedade e História



redeunida

Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Júlio César Schweickardt

Coordenação Editorial

Alcindo Antônio Ferla

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil)
Alcindo Antonio Ferla (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil)
Angel Martinez-Hernaez (Universitat Rovira i Virgili, Espanha)
Angelo Steffani (Universidade de Bolonha, Itália)
Ardigo Martino (Universidade de Bolonha, Itália)
Berta Paz Lorigo (Universitat de les Illes Balears, Espanha)
Celia Beatriz Iriart (Universidade do Novo México, Estados Unidos da América)
Denise Bueno (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil)
Dora Lucia Leidens Correa de Oliveira (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil)
Emerson Elias Merhy (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil)
Francisca Valda Silva de Oliveira (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil)
Izabella Barison Matos (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil)
Joao Henrique Lara do Amaral (Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil)
Julio Cesar Schweickardt (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil)
Laura Camargo Macruz Feuerwerker (Universidade de São Paulo, Brasil)
Laura Serrant-Green (University of Wolverhampton, Inglaterra)
Leonardo Federico (Universidade de Lanus, Argentina)
Lisiane Boer Possa (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil)
Liliana Santos (Universidade Federal da Bahia, Brasil)
Luciano Gomes (Universidade Federal da Paraíba, Brasil)
Mara Lisiane dos Santos (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil)
Marcia Regina Cardoso Torres (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil)
Marco Akerman (Universidade de São Paulo, Brasil)
Maria Luiza Jaeger (Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil)
Maria Rocineide Ferreira da Silva (Universidade Estadual do Ceará, Brasil)
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira (Universidade Federal da Paraíba, Brasil)
Ricardo Burg Ceccim (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil)
Rossana Staevic Baduy (Universidade Estadual de Londrina, Brasil)
Simone Edi Chaves (Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Brasil)
Sueli Goi Barrios (Ministério da Saúde, Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria/RS, Brasil)
Tulio Batista Franco (Universidade Federal Fluminense, Brasil)
Vanderleia Laodete Pulga (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil)
Vera Lucia Kodjaoglanian (Fundação Oswaldo Cruz/Pantanal, Brasil)
Vera Rocha (Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil)

Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves

Saúde, Sociedade e História

José Ricardo Ayres
Liliana Santos
ORGANIZADORES

HUCITEC EDITORA
REDE UNIDA
São Paulo-Porto Alegre, 2017

© Direitos autorais, 2017, da organização, de
José Ricardo Ayres & Líliliana Santos
© Direitos de publicação reservados por
Hucitec Editora Ltda.,
Rua Águas Virtuosas, 323, 02532-000 São Paulo, SP.
Telefone 11 2737-6411
www.huciteceditora.com.br
lerereleler@huciteceditora.com.br

Coordenação editorial
Mariana Nada

Assessoria editorial
Mariangela Giannella

Circulação
comercial@huciteceditora.com.br / jmrlivros@gmail.com
Tel.: (11)3892-7772 – Fax: (11)3892-7776

editora Associação Brasileira Rede UNIDA
 Editora Rede UNIDA
Rua São Manoel, 498
90620-110, Porto Alegre, RS.
Telefone: 51 3391-1252
redeunida www.redeunida.org.br

Comissão Executiva Editorial
Janaina Matheus Collar & João Beccon de Almeida Neto

Colaboradores
Naomar de Almeida Filho, José Ricardo Ayres, Everardo Duarte Nunes, Dina Czeresnia,
Lília Blima Schraiber, Semiramis Melani Rocha, Regina Garcia, Jairnilson Paim,
Carmen Teixeira, Líliliana Santos, Isabela C. M. Pinto

Imagem de capa
Angelus Novus. Paul Klee, 1920. Acervo José Ricardo.

Depósito Legal efetuado.

CIP-Brasil. Catalogação na Publicação
Sindicato Nacional dos Editores de Livros, RJ

M491s

Mendes-Gonçalves, Ricardo Bruno, 1946-1996
Saúde, sociedade e história / Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves ; organização
José Ricardo de C. M. Ayres, Líliliana Santos. – 1. ed. – São Paulo : Hucitec ; Porto
Alegre : Rede Unida, 2017.
439 p. ; 21 cm. (Saúde em debate ; 270)

Inclui índice
ISBN: 978-85-8404-104-6

1. Medicina social. 2. Saúde pública - Aspectos sociais. 3. Medicina preventiva.
4. Saúde pública - História. I. Ayres, José Ricardo de C. M. II. Santos, Líliliana. III.
Título IV. Série.

17-40631

CDD: 362.1042
CDU: 616-058

SUMÁRIO

- 9 Organizadores e Colaboradores
- 11 **Apresentação**
José Ricardo Ayres
Liliana Santos
- Prefácio**
- 15 **Por uma epistemologia bruniana: dilemas de um prefácio**
Naomar de Almeida Filho
- 39 **Ricardo Bruno: história, processos sociais e práticas de saúde**
José Ricardo Ayres
- 55 **Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico**
Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves
- 115 **Texto e contexto: a prática médica como trabalho**
A narrativa de RB Mendes-Gonçalves
Everardo Duarte Nunes
- 127 **Reflexão sobre a articulação entre a investigação epidemiológica e a prática médica a propósito das doenças crônicas degenerativas**
Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves

- 183 **Reflexão a propósito do texto de Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves: trinta anos depois**
Dina Czeresnia
- 192 **Práticas de saúde e tecnologia: contribuição para a reflexão teórica**
Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves
- 251 **A tecnologia no pensamento de Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves**
Lilia Blima Schraiber
- 257 **Trabalho em saúde e pesquisa: reflexão a propósito das possibilidades e limites da prática de enfermagem**
Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves
- 282 **Contribuições de Ricardo Bruno para compreender a prática e a pesquisa em enfermagem**
Semiramis Melani de Melo Rocha
Regina Aparecida Garcia de Lima
- 298 **Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades**
Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves
- 375 **Da teoria do processo de trabalho em saúde aos modelos de atenção**
Jairnilson Silva Paim
- 393 **Seres humanos e práticas de saúde: comentários sobre “razão e planejamento”**
Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves
- 416 **Crise, crítica e esperança na construção da coerência entre pensamento e vida: a atualidade da reflexão de Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves sobre “razão e planejamento” de Edmundo Gallo**
Carmen Teixeira

427 **Práticas de saúde e formação de profissionais: os desafios contemporâneos e as contribuições da obra de Ricardo Bruno**

Liliana Santos

Isabela Cardoso de Matos Pinto



ORGANIZADORES

José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres

Médico, doutor em Medicina Preventiva, professor titular do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP).

Liliana Santos

Psicóloga, doutora em Saúde Pública, professora adjunta do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (Ufba).

COLABORADORES

Carmen Fontes de Souza Teixeira

Médica, doutora em Saúde Pública, professora titular do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências da Universidade Federal da Bahia (Ufba).

Dina Czeresnia

Médica, doutora em Saúde Pública, pesquisadora titular da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

Everardo Duarte Nunes

Sociólogo, doutor em Ciências, professor colaborador do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).

Isabela Cardoso de Matos Pinto

Assistente social, doutora em Administração, professora adjunta do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (Ufba).

Jairnilson Silva Paim

Médico, doutor em Saúde Pública, professor titular do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (Ufba).

Lilia Blima Schraiber

Médica, doutora em Medicina Preventiva, professora associada do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP).

Naomar de Almeida Filho

Médico, doutor em Epidemiologia - Antropologia Médica, professor titular do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (Ufba) e reitor *pró-tempore* da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB).

Regina Aparecida Garcia de Lima

Enfermeira, doutora em Enfermagem, professora titular do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP).

Semiramis Melani de Melo Rocha

Enfermeira, doutora em Enfermagem, professora titular (aposentada) do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP).

APRESENTAÇÃO

JOSÉ RICARDO AYRES
LILIANA SANTOS

É com a alegria que trazemos a público uma mostra parcial, mas muito significativa, da rica produção intelectual de Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves (1946-1996), um dos “constructores da Saúde Coletiva”.

Mestre querido e saudoso, que nos deixou precocemente mas marcou fortemente o pensamento e as práticas de toda uma geração que teve o privilégio de com ele conviver, Ricardo pode ser considerado um dos grandes intelectuais do campo da saúde no Brasil e na América Latina. Sua inteligência aguda, sua extensa e profunda erudição e a dedicação de corpo e alma a um trabalho teórico de forte sentido ético e compromisso político nos deixaram um rigoroso e fecundo quadro conceitual, legado que ainda tem muito a nos dizer e estimular, especialmente nesse presente de incertezas e perplexidades que enfrentamos.

No ano em que celebramos o septuagésimo aniversário de seu nascimento, “fazer falar de novo” sua produção, mais que uma (justa) homenagem, é uma resposta à necessidade de adensar o debate e a reflexão para a ação em um momento em que a Reforma Sanitária brasileira passa por amplo balanço crítico em um cenário de grandes desafios políticos.

Muitos foram os temas trabalhados por Ricardo, seguindo a trilha aberta por uma geração que inclui nomes como Guilherme

Rodrigues da Silva, Sérgio Arouca, Cecília Donnangelo, que, em contexto ainda mais grave do que o vivido hoje, acharam caminhos para construir uma saúde mais justa e solidária em nosso País. Talvez possamos resumir sua contribuição central a essa tradição acadêmica como uma contribuição à desconstrução da naturalização das práticas de saúde, convidando-nos ao estranhamento de seus dogmas conservadores e opressores, e ao reconhecimento da socialidade e historicidade consubstanciadas nas tecnologias que manejamos em nossos ofícios cotidianos, incitando-nos a explorar seus potenciais emancipatórios, em quaisquer escalas em que se apresentem. É esse sentido geral que esperamos ter representado no material que compõe esta coletânea.

A escolha e disposição dos textos selecionados procurou retratar a trajetória de construção de seus conceitos, do primeiro trabalho de fôlego — seu mestrado, nos anos 1970 — até suas últimas reflexões, nos anos 1990, buscando privilegiar os materiais de mais difícil acesso. Nesse percurso, vamos vê-lo partir de uma análise de inspiração marxista sobre o caráter social do trabalho médico até chegar a uma discussão mais ampla acerca das práticas de saúde de modo geral e seus compromissos com a emancipação humana, em debate especialmente com proposições habermasianas aplicadas ao campo do planejamento. No caminho, além de aportes específicos em epistemologia, história e sociologia da saúde, vai tomando forma a sua Teoria do Processo de Trabalho em Saúde, que segue alimentando investigações teóricas e práticas de numerosos pesquisadores dentro e fora do Brasil. Com base nesse quadro, têm sido estudados, por exemplo, as bases históricas e características epistemológicas da Epidemiologia, da Clínica, da Enfermagem e dos saberes sanitários de modo geral; a profissão médica e demais profissões de saúde, assim como os alcances e limites do trabalho em equipes; a formação de profissionais em saúde; a questão da constituição de sujeitos, subjetividades e intersubjetividades nas práticas de saúde; a organização da atenção à saúde, em particular

a atenção primária, em seus alcances e articulações técnicas e políticas; as necessidades de saúde; a gestão e a avaliação de programas e tecnologias; a experimentação de modelos de cuidado em serviços de saúde.

Claro que há pontos polêmicos e passíveis de crítica em sua produção. Claro também que os vinte anos que se seguiram à sua morte trouxeram rápidas transformações nos cenários de prática, ponto de partida insistentemente destacado por Ricardo como a fonte mais legítima de qualquer investimento teórico. Mas não se pode fazer maior homenagem a um pensamento qualquer do que submetê-lo à crítica fundamentada e ao cotejamento com sua coerência interna e externa. Por isso temos aqui o privilégio de contar com importantes nomes da Saúde Coletiva, que vêm dialogar com a obra de Ricardo, desde suas diferentes perspectivas teóricas e diversos nichos de atuação prática.

Com exceção dos organizadores, que se encarregam aqui muito mais de testemunhar sua gênese e sua história de efeitos, os demais participantes foram convidados à tarefa nada simples de tomar o trabalho conceitual de Ricardo Bruno para exame crítico, em suas diferentes facetas. Seja explicitando e esclarecendo seus conteúdos mais densos e herméticos, seja apreciando o alcance e pertinência atuais de suas construções, seja ainda problematizando com e para além das suas proposições, esses estimados e respeitados mestres da Saúde Coletiva, que tão generosamente aderiram a este projeto editorial, vão levar você, leitor e leitora deste livro, a participar de um vivo e fascinante diálogo. Todos eles foram interlocutores muito próximos de Ricardo, e pelos quais ele nutria grande admiração e afeto. É, assim, além de tudo, emocionante vê-los dialogar novamente!

Mas não devemos reter por mais tempo nossos leitores e leitoras. Aqueles que só agora entrarão em contato com o pensamento de Ricardo Bruno já devem estar com a curiosidade aguçada. Os que já o conhecem, certamente estarão também impacientes para

revisitar esse autor e também participar do diálogo renovado com sua obra, facilitado pelos comentadores convidados. Resta-nos, então, apenas desejar uma leitura produtiva e festejar esses encontros e reencontros de um modo muito ao gosto do nosso autor, com poesia:

DIANTE DO TEU ROSTO TARDIO,
Único —
caminhando entre
noites que também me transformam,
algo veio para ficar
que já estive uma vez conosco, in-
tocado por pensamentos.

— PAUL CELAN. *Atemkristall*

PREFÁCIO

POR UMA EPISTEMOLOGIA BRUNIANA:
DILEMAS DE UM PREFÁCIO

NAOMAR DE ALMEIDA FILHO

Sou um confesso e reconhecido discípulo de Ricardo Bruno. Durante quase uma década, com certa dose de ousadia somente compreensível pela minha pouca idade na época e pelo contexto político de então, pretendi seguir os passos daquele jovem *scholar* sutil, rigoroso e relutante; relutante porque, com fortes doses de ironia e sempre carinhoso, resistia a ser tomado como mestre e mentor de aspirantes a formuladores de teorias críticas. Em sua modéstia insistente e quase inflexível, Ricardo inutilmente tentava esconder seu grande carisma e sua impressionante capacidade de explicar e argumentar com clareza, tornando fáceis e simples questões difíceis e complexas. Quando ministrava aulas, fazia conferências ou simplesmente orientava algum estudante ou colega, Ricardo mostrava-se tão competente e brilhante na construção de cumplicidades, sinergias e sintonias que todos saíamos com a certeza da elucidação dos problemas, apesar de muitas dessas certezas se dissiparem logo depois de escaparmos da esfera de influência ou do encantamento do bruxo Bruno.

Esse talento ou dom de fazer os outros compreenderem (e se motivarem a estudar) a implacável complexidade dos seres, dos pensamentos e dos mundos sempre me fascinou desde que conheci um outro Bruno, Giordano, antes de Ricardo (talvez por essa

referência renascentista, ao referir-me à sua obra, sempre me senti mais à vontade em usar os dois prenomes — Ricardo Bruno — em vez do solene sobrenome composto: Mendes-Gonçalves, R. B.). Giordano Bruno tornara-se um dos meus heróis intelectuais e políticos depois que assisti à obra-prima do diretor Giuliano Montaldo (1972), expoente do cinema engajado italiano do pós-Maio de 1968. O filme havia sido criticado como panfletário, demagógico ou pedagógico em demasia, porém, para mim, a interpretação do excepcional Gian Maria Volonté tornava possível entender como os fenômenos do mundo histórico se encadeavam, como os processos naturais e sociais se articulavam num todo, como a dialética operava no fluxo das ocorrências nos universos possíveis. Acho que isso ajudou a alimentar minha fascinação pelo nosso Bruno, mais ainda ao identificar que Giordano e Ricardo compartilhavam poderes bruxos.

Minha iniciação como bruniano se deu em 1984, quando cometi um texto de juventude sobre aspectos epistemológicos da Epidemiologia, inspirado e influenciado pela leitura, na época para mim radicalmente iluminadora, do ensaio “Reflexão sobre a articulação entre a investigação epidemiológica e a prática médica (a propósito das doenças crônicas degenerativas)”, republicado neste volume. Considero esse ensaio uma obra-mestra, um dos textos fundantes da Saúde Coletiva. Não somente pioneiro na temática da epistemologia da Saúde em nosso país, mas também uma fonte profícua do que, em pouco tempo, constituiria elemento diferenciador do que se pode considerar, com justiça, uma escola de Epidemiologia originalmente brasileira. O meu pré-texto, revisado e respeitosamente criticado pelo relutante mestre, viria a se tornar embrião de dois pequenos livros meus, intitulados *Epidemiologia sem números* (Almeida Filho, 1989) e *A Clínica e a Epidemiologia* (Almeida Filho, 1997). No primeiro, tive a honra de receber um prefácio gentil, cuidadoso e encorajador do próprio Ricardo. No segundo, pretendi, sem muita sofisticação nem sutileza, desdobrar

uma hipótese originalmente formulada por Ricardo Bruno a respeito das contradições e complementaridades entre a prática clínica e a ciência epidemiológica, apresentada em diversos momentos de sua obra:

A Epidemiologia, se filha da Clínica, é também sua herdeira, e não pode estar isenta das mesmas determinações (p. 160).

O saber epidemiológico é uma extensão do saber clínico; a prática epidemiologicamente instrumentalizada é uma extensão da prática clínica (p. 163).

Houve um tempo, até aproximadamente a passagem do século XIX para o século XX, em que essa integração [dos modelos clínico e epidemiológico] se deu por mera justaposição de práticas, sendo nesse período a efetividade das práticas epidemiológicas muito maior do que a das práticas clínicas, em relação àquelas necessidades; no período subsequente, a “medicina social” vai estruturar-se sobretudo a partir das práticas clínicas, como se viu, ficando as práticas epidemiológicas em uma posição claramente suplementar (p. 364).

Ao publicar *A Clínica e a Epidemiologia* em segunda edição, dediquei-o à memória de Ricardo, incluindo o seguinte trecho no prefácio:

O primeiro a ler por inteiro *A Clínica e a Epidemiologia* foi Ricardo Bruno Gonçalves, a quem dedico este volume. Lembro-me bem. Depois de tremenda correria para aprontá-lo em tempo para o congresso, incluindo o trabalho editorial e a impressão no Rio, só fui receber os primeiros exemplares em Belo Horizonte, entregues em mãos pelo infalível Peco. Apressei-me em dar um exemplar para Ricardo, no primeiro dia do

pré-congresso. No dia seguinte, durante o café da manhã, fiquei sinceramente orgulhoso quando ele me disse que pretendia apenas folhear e que terminara por lê-lo inteiro. Tinha anotações, havia gostado da mistura de rigor metodológico e estilo despojado, facilitando a discussão de questões complexas, mas achava que seria mal interpretado pelos maniqueístas de plantão. Por isso, gostaria de ter tido a chance de escrever um prefácio como o fizera para o meu primeiro ensaio, o *Epidemiologia sem números*. Combinamos que o faria, caso houvesse uma segunda edição. Mas Ricardo se foi, deixando muita saudade e um vazio imenso na Saúde Coletiva brasileira e latino-americana, obrigando-me, com tristeza, a escrever este prefácio em seu lugar (Almeida Filho, 1997, pp. 7-8).

Essas considerações iniciais me colocam numa situação difícil diante da honrosa convocatória que José Ricardo e Liliana me fizeram. Encontro-me num grande dilema: escrever um prefácio “normal” ou tentar uma contribuição original de reflexão crítica.

O que seria um prefácio normal? Após algumas considerações biográficas, uma pitada de análise do contexto da obra e uma súmula sobre a temática geral do volume, simplesmente acrescentaria comentários antecipatórios aos textos da coletânea, reiterando de modo justo e preciso a análise dos autores presentes. Poderia então fazê-lo de modo parecido aos introitos de tantas coletâneas do tipo desta que nos permite agora reler a obra de Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves. Entretanto, ao constatar que Ricardo não escrevia prefácios normais, assumi o desafio de escolher o caminho mais difícil e buscar elaborar um texto na medida das escalas brunianas.

Inicialmente, pensei em explorar um ponto que, conforme verifiquei ao ler os textos de meus companheiros, unifica os comentários sobre os textos que compõem esta coletânea-homenagem. De fato, quase como padrão geral, usamos o termo ‘rigor’ para descrever Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves e sua obra. Mas o

que caracteriza um dado autor como rigoroso? Certamente a consistência, a persistência na delimitação das categorias e dos conceitos, cujos sentidos se mantêm estáveis ou avançam em argumentos e análises realizadas. Também rigor quer dizer exaustividade, busca insistente do esgotamento de todas as alternativas analíticas possíveis. Rigor significa ainda detalhismo, no sentido de tratamento cuidadoso, minudente e até obsessivo das muitas e diversas *nuances* exigidas pela abordagem lógico-filosófica de questões conceituais. Rigor implica também sistematicidade, significando competência em criar e operar modelos amplos, efetivos e interarticulados para lograr entendimento de problemas complexos. Finalmente, o termo 'rigor' indica integridade intelectual de um autor, plena fidelidade ante princípios éticos e observância de valores filosóficos, políticos e acadêmicos.

Nenhuma dúvida de que nosso homenageado preenche todas as condições de demarcação da rigorosidade, em qualquer das suas modalidades, porém creio que tal constatação pouco acrescentaria a este esforço, oportuno e delimitado, demonstrativo da importância da obra de Ricardo Bruno para a construção da Saúde Coletiva brasileira.

Então, no processo de conceber um prefácio possível, ao alcance dos meus limites, encontrei o foco do presente texto, agora especificado de modo mais claro. A partir da análise da produção selecionada nesta coletânea, proponho fazer uma breve exposição de um conjunto de elementos conceituais explícitos, implícitos e em potência, capazes de vislumbrar, visibilizar e justificar um pensamento filosófico original sobre ciências, conhecimentos e saberes. Como hipótese, postulo que tais elementos, formulados a partir de uma abordagem crítica e (mais uma vez!) rigorosa de conceitos de saúde e correlatos desenvolvidos na obra de Ricardo Bruno, permitem articular uma teoria geral do conhecimento, demarcada pelo materialismo-histórico, pela epistemologia histórica de Canguilhem e pela arqueologia foucaultiana.

Começemos por uma anotação metodológica prévia. Como método para identificar na obra bruniana uma aproximação capaz de apreciar a ciência em sua complexidade, pensei em utilizar amplamente o recurso à analogia. Nos textos compilados neste volume, Ricardo Bruno se dispôs a estudar conhecimentos operadores do campo da Saúde — Medicina, Epidemiologia, Clínica, Tecnologias de Cuidados, Planejamento em Saúde — como rede de conceitos, como normas de conduta, como prática social e como processo de trabalho. Por analogia, autorizada e ilustrada pelo que identificamos latente em seus escritos, este passo metodológico se aplica igualmente às ciências, o que nos permitirá considerar fatos e feitos retomados como deveres, saberes e fazeres.

Como linha de base, este ensaio segue o mestre Ricardo e rejeita com ironia aquela “tradição volumosa” de interpretação histórica que reduz o passado à crônica dos lances de “genialidade” onde a Medicina “posa sempre de heroína bem-comportada”, em incansável luta contra uma natureza ameaçadora da sobrevivência humana. Para cumprir esse papel e caber nesse molde mítico, “a medicina é retirada de sua condição de trabalho e transformada em ciência, e como ciência é desvinculada de suas relações com o trabalho para ser situada numa terra-de-ninguém de paisagem quase divina” (p. 60).

Então, primeiramente, vamos aos fatos.

De fatos, coisas, objetos e dados

Nos seus primeiros textos, ao comparar modos diferenciados de produzir conhecimento sobre saúde, Ricardo Bruno afirma que a Epidemiologia e a Fisiopatologia partem do mesmo “dado de realidade”, designado como “fato-doença” (p. 152). Dessa forma, aparentemente postula a ocorrência de “fatos” reais e concretos e, conseqüentemente, considera a possibilidade de existência de um

objeto natural, substrato do “objeto de trabalho e de sua necessidade (que se expressa enquanto projeto e, modificada, como produto)” que poderá se constituir em objeto de conhecimento (p. 65).

Comenta ainda Ricardo Bruno que o fenômeno biológico morfofuncional e individual manifestado no conceito de ‘doença’ assumiu, numa perspectiva ontológica, intensa naturalização para, com isso, justificar a expressão “verdade cientificamente provada”, basilar de uma ideologia vulgar e abusiva, utilizada para legitimar socialmente proposições testadas em abordagens científicas da saúde. Com base nesse argumento de crítica à naturalização, Ricardo rejeita pensar a história do conhecimento — sobre saúde-enfermidade-cuidado, neste caso — como um “desenvolvimento linear” ou um “progressivo desvelamento de um objeto natural anistórico” (p. 133).

Tardiamente em sua obra, Ricardo Bruno nos apresenta uma teoria do objeto, focalizando o processo de trabalho em geral (que, usando o método da analogia, aplicamos ao trabalho de pesquisa), no qual estabelece com mais precisão que se trata, ao mesmo tempo, de um “objeto” da natureza e de um objeto “não natural”, portanto, um “objeto humanizado”. Este objeto vive, habita, encontra-se e atua na natureza concreta e não se diferencia, nem sequer pode ser concebido, fora de suas relações com a rica complexidade do mundo. Por isso, rigorosamente falando, não é “natural” pois tem de ser delimitado e separado do todo para entrar no processo de trabalho; “vem a ser um objeto somente quando um sujeito o delimita e desprende” da realidade donde se origina e do contexto onde se insere (p. 307).

Dessa forma, não é possível conceber uma teoria do objeto desvinculada de uma teoria do sujeito que, com seu projeto, sua teoria, seu olhar e sua ação transformadora desnaturaliza o objeto natural. A noção de fazer ciência como ação de coletar dados e daí produzir conhecimentos pode ser útil para indicar aqueles momentos em que as teorias são contrastadas com a realidade, através de um trabalho planejado e executado de produção de dados

destinados a se tornarem evidências e indícios. “Obter o dado — na verdade, mais rigorosamente, produzi-lo — eis o conteúdo mais essencial do termo ‘pesquisa’, quando utilizado neste contexto” (p. 271). Assim, o procedimento complementar de analisar sistematicamente o dado para, a partir de sua transformação e ressignificação, torná-lo em *baseline* imprescindível para obter informação e daí produzir conhecimento científico faz parte do mesmo conjunto significativo.

Nessa perspectiva, a objetividade potencial da natureza não se define pela existência concreta da “coisa-em-si”, mas decorre da presença ativa de um sujeito, para o qual ela se realiza como objeto. Para Ricardo, essa inter-ação inapelavelmente vincula subjetividade e objetividade, dado que, “se esse sujeito transformar a si próprio enquanto se reproduz à custa de sua metabolização da natureza, ambos tornar-se-ão históricos” (p. 308). Porém, a transformação do ser humano encontra limites também nas possibilidades de produzir para si novos “objetos naturais”, apesar de a historicidade dos sujeitos e das coisas ser necessariamente aberta, porque a natureza permite produzir infinitos fatos, suporta infinitos sujeitos e acolhe infinitos projetos.

Ao analisar o trabalho médico em outros momentos importantes de sua obra, Ricardo indica que o objeto corpo (e, por analogia, qualquer dado fenomênico que se constitua como foco do trabalho de pesquisa) não pode resultar do apagamento das conexões naturais de um objeto de conhecimento, síntese de múltiplas determinações. Na medida em que nada é mais “natural” que um corpo em sua existência social, tomar como fonte de conhecimento absoluto uma Ciência una e unívoca aplicada sobre um corpo biológico e por definição material, tomando como fundamentação ideias tão metafísicas como “coisa em si”, verdades factuais e, podemos acrescentar, evidências científicas, “coloca sob suspeição não a ciência da Patologia, mas a ideologia que a usa, distorcendo-a, como justificação” (p. 230).

Para Ricardo Bruno, seguindo Canguilhem, o conceito constitui uma apropriação intelectual unilateral e parcial do real. Na medida em que conceitos resultam de condensações e segmentações, o real “reduzido à sua conceituação também se torna fragmentário, coleção de «coisas em si» justapostas umas às outras” (p. 227). Apesar de sua reflexão ter como referência a historicidade dos processos de trabalho, que criam objetos para necessidades humanas, ele admite que a ciência resulta do “esquadrinhamento da natureza” e que no geral compõe “a base ontológica mais profunda para diferenciação histórica da razão humana” (p. 308). Em paralelo, o processo de delimitação e determinação de um objeto compreende supostos definidos, conteúdos objetivados, conhecimento acumulado, conceitos demarcados e modelos construídos, num processo que ele denomina de objetualização.

A partir de uma concepção dialética da relação entre objetividade e subjetividade, posiciona-se contra os “fantasmas do dualismo epistemológico”, única vertente onde faria sentido a crença fundamental na “coisa em si”, enquanto ente dotado de legalidade própria em “esferas autônomas de realidade”, incluindo a esfera do labor científico (p. 208). Porém, o dilema dualista concernente à distinção entre objetividade e subjetividade é, desse ponto de vista, um falso dilema. As soluções propostas para superá-lo têm partido da aceitação de ciência como conhecimento das “coisas em si”, divergindo apenas em duas vertentes: considerar objetos como coisas, isto é, radicalmente como existentes e não produzidos; ou aceitá-las relativamente, como produto de um processo de elaboração racional. Comenta Ricardo que,

ao conceber a Ciência (o conhecimento científico) como referida a objetos rigidamente segmentados uns dos outros e do sujeito que os conhece procede-se como para fazê-lo esquivar à descoberta da Verdade natural e definitiva das coisas. Assim sendo, atribui-se ao trabalho de produzir conhecimentos,

a partir das características supostas como relativamente autônomas que o governam — afinal a própria Ciência seria uma “coisa em si” — o papel principal na gênese daquilo que aparece com o desvelamento das potências produtivas da natureza (p. 197).

Nesse peculiar percurso teórico, Ricardo Bruno desenvolve uma abordagem crítica das tecnologias na formação social capitalista, refutando perspectivas essencialistas que consideram os objetos ditos tecnológicos como “coisas em si”, aos quais se pode atribuir “uma realidade dotada em si mesma de sentido essencial” (p. 196). Tecnologia, nessa perspectiva, implica potências produtivas descobertas e liberadas pela ciência (que, nesse caso, reconhecida como instituição da cultura ocidental, devesse ser escrita com C maiúsculo), alienada de sua relação com a historicidade, nomeadamente o trabalho, a produção, a sociedade e a própria história humana (pp. 197).

Apesar de demonstrar forte rejeição ao essencialismo em diferentes momentos da sua obra, Ricardo Bruno não consegue evitar um deslizamento contraditório no que se refere a essa questão de princípio epistemológico. De fato, na primeira etapa de sua construção conceitual, considera de modo axiomático a história como “essência da humanidade” (p. 219); mais tarde, reconhece “o trabalho como categoria fundamental da essência humana” (p. 407). Enfim, de muitas maneiras, Ricardo destaca o trabalho (ou a produção) e a história (da luta de classes) como elementos centrais, presentes no essencialismo político-filosófico próprio do materialismo-histórico. Desdobrando e justificando um repertório de categorias essenciais, já num momento de autoavaliação do seu legado, declara que foi assim “que me aproximei, desigualmente, das outras categorias igualmente fundamentais, a saber, a socialidade, a historicidade, a consciência, a universalidade e a liberdade, em meus próprios trabalhos teóricos e em minha prática de educar” (p. 407).

A partir dessa linha de base decorrente da desconstrução do dualismo fundante das epistemologias herdadas, a obra de Ricardo explora as possibilidades de incorporação teórica de uma dimensão normativa da ciência e de uma dimensão praxiológica do conhecimento.

Dos deveres: normatividade

Objetos peculiares (fenômenos, eventos, fatos, sistemas, processos, etc.), construídos mediante um processo histórico de objetualização, passam a ser considerados como conhecimento científico somente quando, validados por conjuntos diversificados de normas, regulações e deveres, recebem algum grau de reconhecimento formal da rede institucional (composta por lugares, órgãos, agentes, marcos simbólicos, ritos, registros, etc.) das ciências. Para indicar este segundo plano de constituição de uma possível epistemologia bruniana, o plano da normatividade, escolhi o termo ‘deveres’ como referência sintética de uma dimensão axiomática da ciência como sistema de explicações que “deve” obedecer a lógicas compartilhadas, “deve” explicitar postulados e “deve” cumprir regras de validação. Nesse sentido, a institucionalidade da Ciência (com C maiúsculo e no singular, reitero, indicando-a como instituição social-histórica) depende da instrumentalização de suas práticas, mediante movimentos e protocolos comumente designados como método ou metodologia, orientadas pela normatividade na constituição de seus objetos e definidas pela historicidade de seus sujeitos.

O exame das condições de possibilidade dessas dimensões — normatividade do conhecimento e historicidade da ciência — constitui o segundo eixo conceitual da epistemologia de Ricardo Bruno. Para primeiro compreender a dimensão da normatividade, Ricardo inicialmente recorre a Georges Canguilhem, particularmente sua análise do conceito na constituição da ciência médica como ideologia científica em *O normal e o patológico* (Canguilhem, 1978).

O recurso a Canguilhem ajuda Ricardo Bruno a delinear uma concepção normativa da ciência, fundada nas categorias de ‘conceito’ e de ‘teoria’. Vejamos cada uma dessas categorias na sequência.

Canguilhem afirma que “teoria e conceito são coisas diferentes” e define o conceito como “um nome dotado de um sentido [que] define a racionalidade do discurso científico” (Canguilhem, 1978, pp. 22-4). O conceito evidencia relações permanentemente revistas e revalidadas entre os produtores da ciência e os objetos de sua prática (Idem, pp. 28-9). A mera aplicação do conceito a problemas concretos impõe o reconhecimento de uma legalidade (no sentido associado ao termo ‘lei’ em filosofia da ciência — e nisso Ricardo aproxima-se da analogia jurídica de ciência de Juan Samaja (1993)) intersubjetivamente definida no real e, portanto, articuladora de um objeto de conhecimento original (p. 239). Como ilustração, considerar a patologia na condição de tratamento positivo de fenômenos reais permite identificar seu objeto (de conhecimento) como um conjunto de ritmos e regularidades permanentes (p. 69).

Em vários dos seus textos, Ricardo reforça uma concepção normativa de teoria, originária de Canguilhem, traduzida ao referencial materialista-histórico atualizado por Agnes Heller (1998), segundo o qual o sujeito da mudança histórica (incluindo a produção do conhecimento socialmente relevante) compreende uma “práxis coletiva que assume como dever a superação das condições objetivas que bloqueiam a satisfação das necessidades radicais” (p. 369). O conceito de “dever coletivo” do sujeito histórico na realização dos processos de produção de conhecimento permite superar a fragmentação das demandas sociais em inúmeras necessidades particulares, reunidas pela pesquisa em um conjunto orientado para a formação social, o que define a própria teoria como necessidade radical. Conforme comenta Ricardo:

[. . .] como no capitalismo se estabelecem mediações entre a produção da teoria e sua utilização na práxis, entretanto, a

teoria vê-se obrigada a “seguir a pista” das necessidades humanas concretas, e a só saber *ex-post* sua qualidade de teoria verdadeiramente objetiva. Como as necessidades radicais não são fantasmagóricas, mas necessidades conscientes, individuais, sócio-historicamente geradas e referidas a objetivações, todas as esferas da práxis relacionam-se de algum modo com as antinomias nelas inscritas de modo positivo, isto é: as necessidades radicais são necessidades de objetos reais, estão referidas às “necessidades existenciais”, à cultura, ao descanso, ao relacionamento interpessoal afetivo e sexual, à educação, à saúde, etc. (p. 389).

A utilidade da teoria, ainda segundo a releitura de Canguilhem por Ricardo, compreende construção de saberes, “mesmo que apenas em consenso provisório, [sobre] o que somos, como somos, o que podemos ser, como podemos ser, o que devemos ser, como devemos vir a ser, e então nos disponibilizamos às relações discursivas e práticas”. Entretanto, a teoria não pode servir para fixar essas relações pois, “assim fazendo, estaria negando a pluralidade e a si mesma, pois sem pluralidade a razão comunicativa é um absurdo lógico” (p. 396). No plano formal, a ciência enfrenta, portanto, uma impossibilidade original: a ela não cabe ditar normas à vida, na medida em que a vida se apresenta como uma ação polarizada de conflito do ser humano com o ambiente, fazendo-o sentir-se ou não normal conforme se sinta ou não em posição normativa. Ricardo insiste, porém, que a ciência serve para realizar deveres que decorrem desse dilema: normalizar ou naturalizar.

A partir dessa linha de base, a epistemologia bruniana, em sua vertente ontológica, toma o conceito de ‘ciência’ como sinônimo de ‘investigação científica’, e de ‘pesquisa’ como processo produtivo de dados e teorias. Trata-se aqui de um momento geral da produção do conhecimento que implica articulação de dois momentos, nas palavras de Ricardo:

[. . .] um primeiro, mais abstrato, em que armada de toda a experiência e de toda a evidência acumulada e apostando em sua capacidade de melhorar a satisfatoriedade das explicações disponíveis sobre qualquer aspecto, menos ou mais amplo, da realidade, a Razão se lança sobre o futuro e o desconhecido e constrói a Teoria; um segundo momento, menos abstrato, em que a partir de uma certa Teoria, a Razão busca recolher argumentos, sob a forma de evidências, para falsear ou para confirmar aquela mesma Teoria. Chamou-se esses dois aspectos de “momentos” para indicar que só têm existência concreta juntos, como se fossem duas faces de uma mesma moeda: não é possível teorizar senão a partir da experiência relativamente bruta, da vida e de seus obstáculos, inicialmente reconhecidos intuitivamente e ideologicamente sob a forma aparente de “fatos”; inversamente, só é possível produzir “fatos” científicos (dados) olhando para a realidade com um ou outro viés fornecido por uma ou outra Teoria (p. 270).

O recurso a Canguilhem sem dúvida ainda permite justificar a postulação axiomática, quase tautológica, de que a investigação científica tem por objetivo produzir conhecimento científico. Mesmo quando se trata de ciência “aplicada”, nos casos em que o conhecimento se refere a um conjunto de fatos ou a um fato singular, o trabalho de pesquisa deve ser pensado como utilização da ciência. Esses movimentos deslocam o problema para uma questão ontológica: de que é mesmo que se trata quando se fala de ‘ciência’? Ao tomar ciência como um complexo significativo de eventos e efeitos simultâneos no plano da realidade social e da construção ideológica em determinado campo, a noção de “pesquisa” equivale ao trabalho de investigação científica, assumido como “componente ideológico fundamental das representações que se fazem os agentes da ciência sobre si mesmos, bem como das representações sociais mais gerais de que são objeto” (p. 260). Sobre esse ponto, comenta ainda Ricardo:

Expressões extremamente duvidosas e precisamente do ponto de vista científico ilustram bem esse universo ideologicamente estruturado em que ‘ciência’ e ‘pesquisa’ entram como componente de uma visão ao mesmo tempo justificativa e normatizadora: “[. . .] foi provado cientificamente que[. . .]”, “[. . .] tal coisa não tem base científica, e portanto [. . .], etc.” (Idem).

No foco do interesse de análise de Ricardo, trata-se aqui particularmente de um corpo de conhecimentos científicos referentes ao corpo humano normal (anatomia, fisiologia e disciplinas correlatas) e patológico (patologia, microbiologia e ramificações) como resposta às necessidades e aos problemas formulados por uma prática médica que procurava responder a demandas reais e a matrizes ideológicas de um dado contexto histórico. Conforme Ricardo,

Subordinada dessa maneira à prática, para cada momento histórico de existência desta, que corresponde a uma forma de organização social (ou a uma etapa de realização histórica de uma forma de organização social) à ciência correspondeu um momento histórico em sua própria estruturação. Em outros termos, a estrutura do conhecimento, os objetos para ele apontados a conhecer, os métodos e técnicas de investigação se conjugam de formas históricas mais ou menos individualizáveis, e que correspondem a outras tantas formas históricas assumidas pela prática (pp. 92-93).

O sujeito da ciência é, portanto, um sujeito coletivo operador de um conjunto explícito e consciente de normas e deveres perante múltiplas instâncias de constituição de valores históricos objetivos. Trata-se de compromissos ante o arcabouço lógico-teórico ao qual se vincula como sujeito a/de uma ideologia científica. Do mesmo modo, compreende regras referentes à normatividade das necessidades

e demandas a que responde, identificáveis em princípio por referência à estrutura capitalista de reprodução da sociedade. Tais deveres, normas e contingenciamentos correspondentes pautam processos de trabalho que operam por mediações entre critérios gerais de cientificidade e formas particulares e individuais de objetivação, “sempre se considerando que só esse último nível corresponde ao concreto, em relação ao qual o ‘geral’, se fixado em oposição a ele, não será mais do que uma abstração não razoável”.

Enquanto abstração razoável, contudo, tais generalidades servem, como se afirmou ao início deste texto, de começos de caminhos. Ou seja, presume-se que o movimento seja continuado em direção ao concreto, na descoberta das formas particulares (os sujeitos, os instrumentos, os objetos, suas representações simbólicas e interacionais, sua configuração sob a forma de normatividade e de legalidades jurídicas, etc.) assumidas por cada individualidade concreta, em si mesma e em suas relações de conjunto (p. 332).

Para estruturar com rigor e precisão uma epistemologia subsidiária da epistemologia histórica de base canguilhemiana, Ricardo formula uma hipótese central: o desenvolvimento histórico de um corpo de conhecimentos abstratos de natureza científica ocorre como resposta à necessidade colocada por uma prática social que procura responder a situações e problemas concretos. Em sua trajetória histórica, a prática científica sistematiza as questões colocadas pelas teorias explicativas, sempre limitadas pelas racionalidades vigentes, o que possibilita a instrumentalização de novas técnicas de atuação, mas não permite desconhecer a “natureza toda peculiar da prática, dada por sua condição de trabalho humano imbricado em uma estrutura social e pela natureza particularizada de seu objeto” (p. 92).

Dos fazeres: ciência como prática social

Ricardo Bruno afirma como “suposto heurístico” de sua obra que “a ciência constitui, a um só tempo e no mesmo movimento, uma prática técnica e uma prática social (portanto histórica)” (p. 217). Desse modo e com esse foco, vai além de Canguilhem e recorre a Michel Foucault, especialmente em *O nascimento da clínica* (Foucault, 1980), por ele considerado “o trabalho mais esclarecedor e estimulante da área da Medicina Social” (p. 105). Como estratégia metodológica, propõe-se a revelar os aspectos fundamentais das ciências (no plural) como práxis histórica e, ao fazê-lo, busca delimitar a dimensão da historicidade na constituição dos saberes científicos como processo sistemático e organizado de fazeres.

Para incorporar a dimensão central da historicidade das ciências, em movimento analógico consciente, Ricardo Bruno propõe uma equivalência entre medicina e ciência como modalidades simétricas de uma “prática político-ideológica” característica da modernidade. Nessa formulação específica, o trabalho de pesquisa ou ‘investigação científica’ tendencialmente não se diferencia de outras atividades que compõem a produção social em geral nas sociedades complexas do mundo contemporâneo, identificadas como ilustração da sociedade do conhecimento.

Inicialmente, no ensaio intitulado “Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades” (1992), Ricardo Bruno avança na concepção da ciência como trabalho, articulado a processos produtivos peculiares dentro de um modo de produção de conhecimentos e saberes. Numa perspectiva pragmatista, assumindo ‘pesquisa’ como equivalente de “prática de investigação científica”, os termos ‘pesquisador’ e ‘cientista’ seriam intercambiáveis, ao menos no discurso social comum, por referência ao “pesquisador-trabalhador”, agente do processo de produção científica. Nesse registro semântico preciso, a elaboração de teorias sociais da saúde, da doença e da

ciência não se restringem a instrumentalizar as respectivas práticas para intervir sobre o plano social mas, de fato, trazem para dentro da rede institucional científica as complexas determinações sociais e culturais dos processos de produção social de saberes (p. 270).

Afirma Ricardo que “o trabalho social humano é inconcebível separado da investigação científica, quer sob sua forma já dividida e desenvolvida, quer sob sua forma primitiva, ainda interna ao processo de trabalho” (p. 278). Dessa forma, a divisão de trabalho tende a gerar graus de autonomia relativa entre as funções de investigação e as funções propriamente produtivas nos processos de atendimento de necessidades. Numa perspectiva mais ampla da prática científica, no processo de trabalho dos cientistas, trabalhadores coletivos que produzem teorias, conceitos, métodos, conhecimentos, ideologias e tecnologias, tanto na ciência quanto na saúde, associam-se de variadas formas práticas profissionais à prática da pesquisa, simultaneamente produzindo serviços e conhecimento.

Desde o final do século XVIII, etapa decisiva de desenvolvimento histórico da ciência moderna, ocorreu superposição das funções de trabalho e de investigação no mesmo sujeito social, dos engenheiros militares e boticários-alquimistas aos primeiros médicos. Exercendo essa dupla competência, dividido em seu tempo de trabalho, o “trabalhador-cientista foi construindo seu objeto de conhecimento e ao mesmo tempo conhecendo seu objeto de trabalho” (p. 275). No caso dos engenheiros, desenvolveram-se conhecimentos físico-químicos e aplicações militares da mineralogia, da metalurgia e da balística. No caso dos clínicos naturalistas, criaram-se as ciências que embasam os procedimentos singulares das artes médicas da semioprática e da terapêutica.

Durante muitas épocas históricas o conhecer não esteve separado do ato imediato do trabalho, pois é impossível trabalhar sem conhecer; o que especifica o trabalho humano em contraste com o trabalho animal, diferenciando-os de modo ra-

dical, é exatamente o fato de que o homem é capaz de separar o conhecer do fazer, estando no conhecer a antevisão de que ele quer fazer, cuja execução pode ser protraída no tempo ou mesmo atribuída a outros. É inicialmente o próprio executor do trabalho que conhece as características dos objetos sobre os quais atua e com os quais atua, mas justamente a possibilidade de separar o pensar e o fazer no trabalho é a base para o surgimento gradativo de uma divisão de trabalho mais radical em que pensar e fazer se dividem entre trabalhadores diferentes (p. 274).

Para Ricardo, a prática de pesquisa não constitui um “caso particular” da teoria, dado que não se constrói o objeto do conhecimento a partir de uma fórmula geral na qual “casos particulares” seriam enquadrados (pp. 195). A prática de pesquisa integrada na prática profissional indica “um momento parcial do processo mais geral de conhecer, descrever e explicar a realidade em seus fragmentos ou no seu todo” (p. 271), mediante um processo de trabalho peculiar sob uma forma particular dada. Trata-se de um modo de conhecer diverso da investigação científica convencional, orientada exclusiva ou predominantemente por uma teoria geral (ou unificada) de cada campo científico, sob a forma de uma grande narrativa. Nesse caso, além de “pequenas teorias” que permitem organizar evidências significativas, importa mais a pesquisa aplicada como ferramenta para atuação imediata. Dessa maneira, o conhecimento resultante mostra-se imediatamente instrumental, tornando-se realmente um instrumento de trabalho, ou melhor, um peculiar meio de produção.

Pauta para uma epistemologia bruniana

O projeto teórico identificado neste conjunto de reflexões se anuncia, desde o início, como promessa consistente e rigorosa que se desdobra

em um vigoroso programa de trabalho intelectual, implicando uma pauta política capaz de, bem resolvida, superar ou evitar dilemas de uma eventual epistemologia bruniana. Tal pauta se concretiza nas seguintes metas/ações:

- a) Combater qualquer visão imobilista da ciência,
- b) Desmistificar a noção ideológica de que a ciência existe para trazer respostas necessárias para o futuro da humanidade,
- c) Retomar a própria ciência não como fato, dado pronto, mas como problemas em aberto,
- d) Reabrir e reconstituir o espaço da ação política através da ciência (p. 269).

Trata-se de projeto tão amplo e ambicioso que, na prática, implica formular uma teoria geral do conhecimento, articulada a uma teoria restrita da tecnologia como vetor axial do modo de produção em geral. Do ponto de vista metodológico, Ricardo pretende explicitar uma relação dialética entre marcos teóricos vinculados a perspectivas distintas, em que o método representa a expressão de um dos projetos políticos possíveis, vinculando objeto e sujeito do conhecimento numa mesma totalização dotada de sentido. O próprio Ricardo adverte que esta vinculação se dá “não formalmente, mas no movimento histórico, na produção do conhecimento enquanto integrante do movimento histórico” (p. 175).

Os textos de Ricardo Bruno e os valiosos comentários de seus discípulos (dentre os quais me incluo) compilados nesta coletânea sem dúvida nos permitirão refletir mais amplamente e de modo mais profundo sobre as ciências e suas formações, e sobre as transformações no mundo e na sociedade que elas propiciam. Passeando pelos textos desta coletânea, busquei identificar uma matriz epistemológica própria nesse esboço inacabado de um ambicioso modelo teórico sobre saúde-doença-cuidado e, reflexivamente, sobre as ciências da saúde. Assim, ao reunir indícios e fragmentos dispersos, vi elementos da epistemologia histórica de Canguilhem e da arqueologia foucaultiana, orientados, articulados e de certa

forma organizados pelo materialismo-histórico, tomado como marco referencial prioritário. Não obstante, desde o início de seu esforço de construção teórica, com clareza, rigor e consciência analítica, Ricardo problematiza o próprio marxismo, considerado por ele “frequentemente impotente para tematizar e trabalhar aspectos do real que se impõem como relevantes” (p. 174).

Nesse percurso, Ricardo Bruno rejeita soluções fáceis e explicações simplificadoras de abordagens que denunciam evidentes injustiças inerentes às sociedades capitalistas, “substituindo uma abordagem científica ideologicamente comprometida por uma ideologia cientificamente revestida” (p. 179). Não propõe, contudo, adotar qualquer relativismo histórico radical, dado que a ciência “não pode fixar-se em nenhuma forma clássica de utopia, como o comunismo, por exemplo, mas deve permanecer rigorosamente aberta à pluralidade” (p. 396). Isso não significa abdicar de um projeto político explícito, porque a produção de conhecimento significativo precisa “fixar-se sobre um pilar extremamente improvável: a necessidade de emancipação de todos os seres humanos” (p. 396).

Nas palavras de Ricardo:

[. . .] embora fosse quase intuitivo reconhecer nas categorias utilizadas e no seu modo de emprego que este estudo se inspira no materialismo histórico, não é propósito do autor manter nenhuma fidelidade doutrinária de caráter dogmático a qualquer versão cristalizada de interpretação da realidade, de tal modo que essa classificação carece de maior importância. O que realmente deve ser esclarecido diz respeito às relações entre um trabalho teórico como este e a explicação de realidades concretas e a gênese de propostas transformadoras, no contexto dessas realidades (pp. 194-5).

Em suma, sempre tomando a problemática saúde-enfermidade-cuidado como marco de referência, a epistemologia bruniana

tem como ponto de partida uma teoria do objeto como produto resultante de um processo de objetualização próprio ao campo científico. Daí, articula uma abordagem crítica das tecnologias orientadas pela ciência, tomando como base os conceitos de historicidade e de trabalho. Nesse patamar, mesmo se autodeclarando parte de uma perspectiva filosófica antiessencialista, numa refutação liminar de qualquer versão do empirismo clássico, mesmo aquelas inspiradas no materialismo histórico, a epistemologia de Ricardo Bruno parece ainda aderir a uma concepção substancialista da realidade, referindo-se a elementos materiais e imateriais como parte de uma matriz natural, de uma essência humana e de uma teleologia histórica.

Ao analisar modelos explicativos na saúde, Ricardo Bruno aproveita para discutir a natureza do processo de produção da ciência: trata-se de um processo de trabalho que tem como produto teorias científicas, na forma de uma expressão articulada de discursos sistematizados sobre conceitos, modelos de produção de dados, modos de interpretação, além de pautas tecnológicas correlatas e seus protocolos de aplicação. Por sua vez, os discursos científicos e seus respectivos campos conceituais se desenvolvem como uma contínua e incessante extensão metafórica (ou metonímica) na construção dos conceitos, mediante processos e ciclos de objetualização e teorização. Nessa perspectiva, uma epistemologia bruniana se caracterizaria por uma ontologia realista e um relativismo epistêmico, o que permitiria o recurso a um pluralismo metodológico ampliado.

Na perspectiva dessa epistemologia, mesmo que formulada apenas parcialmente, a ciência compreende um complexo processo social-histórico, protagonizado por trabalhadores, criadores e agentes atuantes em uma rede institucional própria, mediante condições materiais, determinações sociais e instâncias político-ideológicas particulares. Rigorosamente, trata-se de um modo de produção de conhecimento sobre os processos de produção dos fenômenos, eventos e processos na natureza e na sociedade, a partir da exploração dinâmica dos recursos cognitivos e tecnológicos disponíveis aos

cientistas de uma dada época. Nesta visão, os meios de produção do conhecimento constituem recursos que a ciência pode empregar enquanto opera seu trabalho de conhecimento para a transformação do mundo e da sociedade.

Espero que estas anotações possam contribuir para destacar, ainda que de modo preliminar e superficial, os principais eixos de um programa filosófico-teórico-metodológico-político em construção, urdido em torno de feitos e fatos, normas e devires, fazeres e saberes. Registro ainda — para posterior desenvolvimento em momento futuro — que os elementos epistemológicos do pensamento de Ricardo Bruno se mostram, em muitos pontos, convergentes e antecipatórios dos estudos socioantropológicos dos lugares e olhares da ciência (Latour, 2001) que, mais recentemente, vieram a compor uma abordagem inovadora e radicalmente crítica das ciências e tecnologias. Doutra parte, esse esboço de epistemologia, mesmo sem declaração explícita do seu autor, permite a visão de um mundo dinâmico, composto por sistemas abertos, totalizantes, relativamente interdependentes, dotados de complexidade, não antropocêntricos, ecologicamente sensíveis. Enfim, o principal legado de Ricardo Bruno para uma epistemologia do materialismo histórico consiste no reconhecimento da ciência como peculiar modo de produção de conhecimento e tecnologia, herança do movimento histórico de expansão pós-industrial do modo de produção capitalista, principal plataforma político-ideológica das formações sociais da modernidade e matriz cultural hegemônica da sociedade globalizada, nesta contemporaneidade tão rica e complexa quanto fluida e incerta.

Referências

- ALMEIDA-FILHO, N. *Epidemiologia sem números*. Rio de Janeiro: Campus, 1989.
- ALMEIDA-FILHO, N. *A clínica e a epidemiologia*. 2.^a ed. Salvador-Rio de Janeiro: APCE-Abrasco, 1997.

- CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1978.
- FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1980.
- HELLER, A. *Teoría de las necesidades en Marx*. Barcelona: Península, 1998.
- LATOURE, B. *A esperança de Pandora: ensaios sobre a realidade dos estudos científicos*. Bauru: Edusc, 2001.
- MENDES-GONÇALVES, R. B. *Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades*. São Paulo: Cefor, 1992 (Cadernos Cefor, Texto 1).
- MONTALDO, G. *Giordano Bruno*. Filme drama/ficção histórica (França/Itália) 1973.
- SAMAJA, J. *Epistemología y metodología: elementos para una teoría de la investigación científica*. Buenos Aires: Eudeba, 1993.

1
RICARDO BRUNO:
HISTÓRIA, PROCESSOS SOCIAIS
E PRÁTICAS DE SAÚDE*

JOSÉ RICARDO AYRES

Angelus Novus

Quando Paul Klee (1879-1940) criou o seu *Angelus Novus*, em 1920, certamente não poderia imaginar que essa imagem se tornaria mundialmente conhecida como símbolo da história. Essa identidade, que imortalizaria o desenho como o “Anjo da História”, decorreu do fascínio que a obra produziu em Walter Benjamin (1892-1940) e da interpretação que o filósofo e escritor alemão daria a ela nas suas “Teses sobre o conceito de história”, redigidas vinte anos depois (Benjamin, 1987, pp. 222-32). Esse profundo pensador leu nos olhos escancarados, na boca dilatada e nas asas abertas e imobilizadas do Anjo o horror de um progredir incessante e implacável, que, como um vento forte que sopra desde o passado, empurra-o, de costas para o futuro, fazendo-o testemunhar a barbárie que se acumula e impedindo-o de resgatar aqueles que vão sucumbindo sob seus destroços.

* Texto originalmente publicado como Ayres, J. R. C. M.. Ricardo Bruno: história, processos sociais e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 20, n.º 3, pp. 905-12, 2015. Baseado na pesquisa *História da Saúde Coletiva no Estado de São Paulo: emergência e desenvolvimento de um campo de saber e práticas*, apoio Fapesp, Processo 2013/12137-0. Aprovada em ética da pesquisa CAPPesq. n.º 271/13, em 28-8-2013.

Ricardo Bruno: história, processos sociais e práticas de saúde | 39

Não posso deixar de me remeter a essa forte imagem de Klee e sua inspiradora interpretação por Benjamin no momento em que revisito a obra de Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves, ou simplesmente Ricardo Bruno, como era conhecido na Saúde Coletiva brasileira. Esta associação decorre menos de lastros conceituais da tradição intelectual de Benjamin na produção de Ricardo Bruno que de uma vinculação estética e ética.

Na contemplação da imagem do Anjo, ao contrário do que se poderia supor em um primeiro momento, experimenta-se um sentimento que não é o do horror imobilista ante a visão da barbárie, muito menos o da indiferença. Não é mero detalhe o fato de ser um anjo aquele que nos revela a história. O Anjo encarna a história, ele a torna visível para nós. Embora suas asas estejam paralisadas pela força do vento, elas estão assim mesmo porque opõem resistência ao vento; o anjo não se deixa levar dando as costas para o passado. O Anjo caminha para o futuro à medida mesma que vai experimentando a força do passado em suas asas. Como anjo, ele é mensageiro, ele encarna a mensagem. E não há como não ver nas feições quase pueris do Anjo de Klee/Benjamin um frescor de renovação, uma esperança de superar a barbárie, sem dar as costas à história, ou exatamente por não dar as costas à história.

Há, assim, um compromisso com o Bem no Anjo da História. Mas um Bem que não é uma ideia abstrata, nem uma vivência individual, e sim uma construção contrafática, resistente ao mal que se materializa no sofrimento do outro, no padecimento das pessoas de carne e osso atingidas pelas violências e negligências de ações concretas acumuladas na e pela história. O que nos une, com a mediação do Anjo, na preocupação em resgatar essas pessoas dos destroços da barbárie, não é outra coisa que a comunidade de origem e destino que nos vincula a elas como humanos, que nos identifica como gênero humano, de onde vem a esperança de superação do mal.

Eis aqui as afinidades com a contribuição de Ricardo Bruno à construção do campo da Saúde Coletiva no Brasil. De um lado,

por seu esforço de trazer a história, em sua materialidade radical, para dentro do pensamento social em saúde. De outro lado, sua determinação de fazê-lo sem nunca perder de vista o sentido ético desse resgate histórico e da práxis científica de modo geral. Historicidade, materialismo, saúde como valor concreto para o gênero humano, a esperança como virtude a ser perseguida na práxis científica da Saúde Coletiva: essas são as ideias que me parecem caracterizar mais fortemente o legado de Ricardo Bruno à “escola” (Mendes-Gonçalves, 1995a) que ele ajudou a construir na Saúde Coletiva.

Embora, pela natureza deste ensaio, seja mandatório trazer ao leitor alguns dados biográficos e notícias sobre o conjunto de sua obra, não tenho a pretensão de percorrer aqui a totalidade da produção e esgotar a pluralidade das contribuições de Ricardo Bruno. O leitor perceberá que a ênfase recairá sobre alguns trabalhos considerados mais expressivos e sobre determinados constructos teóricos aí difundidos. Espero que essas escolhas não enviesem demasiadamente a leitura de sua obra, empobrecendo a compreensão do seu sentido geral, mas, ao contrário, que sejam um estímulo a que novas leituras e releituras venham imprimir renovadas potências ao diálogo a que não nos cessa de convidar a poderosa construção intelectual desse saudoso mestre.

Breves notas biográficas e bibliográficas

Ricardo Bruno nasceu em 2 de agosto de 1946, na cidade de São Paulo. Aluno destacado em todas as fases de sua formação, ingressou na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) entre os primeiros lugares, posição que manteve durante toda a sua graduação. Formou-se em Medicina em 1971 e, durante os anos de 1972 a 1974, cursou a Residência Médica em Medicina Preventiva e Social no Departamento de Medicina Preventiva

da FMUSP (DMP). Integrou a esta formação o Curso de Especialização em Saúde Pública, ministrado, em 1977, pela Faculdade de Saúde Pública da USP.

Já no ano de 1975, ingressou na carreira docente no DMP, vindo a trabalhar com importantes docentes desse Departamento e figuras de grande importância na construção acadêmica da Saúde Coletiva brasileira, como o professor Guilherme Rodrigues da Silva (1928-2006) e a professora Maria Cecília Ferro Donnangelo (1940-1983) (Ayres & Mota, 2012).

Foi Donnangelo (Donnangelo & Pereira, 1976), sem dúvida, a principal interlocutora em sua trajetória acadêmica, não apenas pelos laços institucionais estabelecidos por sua condição de mais próximo colaborador intelectual, mas, especialmente, por ter estabelecido com sua obra principal um diálogo teórico que jamais abandonaria: a investigação da consubstancialidade tecnossocial das práticas de saúde e a busca da apreensão e manejo desta nos saberes aplicados às ações técnicas e políticas voltadas à saúde coletiva.

Ricardo Bruno defendeu o mestrado em 1979, publicado em livro alguns anos depois, e em 1986 o doutorado, também publicado posteriormente (Mendes-Gonçalves, 1994; 1986; 1984; 1979).

Ao longo de sua carreira docente, teve ativa atuação em diversos fóruns de construção acadêmica e política do campo da Saúde Coletiva, na Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco). Conduziu regularmente grupos de estudo com a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e desenvolveu também intercâmbios importantes com a Universidade Federal da Bahia e a Escola Nacional de Saúde Pública. Contribuiu significativamente para a formação de quadros, internamente à Universidade e em atividades de extensão. Especialmente relevante, nesse aspecto, foram suas atuações no Curso de Aperfeiçoamento e Desenvolvimento de Recursos Humanos (Cadrhu), elaborado em 1987 a partir de parceria entre a Organização Pan-Americana da Saúde, o Ministério da Saúde e diversas instituições acadêmicas, e no Centro de For-

mação de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (Cefor), durante o governo de Luiza Erundina à frente da Prefeitura do Município de São Paulo (1989-1993).

Ricardo faleceu por aids em 1996, mesmo ano em que chegava ao Brasil a terapia antirretroviral combinada, o chamado coquetel, infelizmente não a tempo de beneficiá-lo. Por ironia do destino, o elaborador da Teoria do Processo de Trabalho em Saúde deixou-nos justamente no dia 1.º de maio, em que se comemora no Brasil o Dia do Trabalho.

A obra escrita que Ricardo Bruno deixou não é muito volumosa e alguns materiais são de difícil acesso — uma compilação dessa produção encontra-se no Quadro 1. Sua influência foi, não obstante, muito expressiva e se faz sentir até hoje, com seus trabalhos sendo ainda citados mais de vinte anos após sua morte. Partindo da consubstancialidade tecnossocial das práticas de saúde, Ricardo desenvolveu sua Teoria do Processo de Trabalho em Saúde, quadro conceitual que, a partir de premissas do materialismo histórico e do estruturalismo genético, forneceu bases consistentes e profícuas para uma ampla gama de estudos no campo da saúde.

Quadro 1. Bibliografia de Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves (1979-1996).

1979. Enfoques alternativos para ações integradas de saúde em medicina de primeira linha — simplificação e participação (mimeo), 40 págs.
1979. Mendes-Gonçalves, R. B. *Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico*. São Paulo [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da USP], 209 págs.
1984. Mendes-Gonçalves, R. B. *Medicina e história: raízes sociales del trabajo médico*. México D.F.: Siglo Veintiuno, 1984 (publicação em espanhol da dissertação de mestrado de 1979), 204 págs.
1985. Mendes-Gonçalves, R. B. Reflexão sobre a articulação entre a investigação epidemiológica e a prática médica a propósito das doenças crônicas degenerativas. In: Carvalheiro, J. R. (org.). *Textos de apoio — Epidemiologia I*. Rio de Janeiro: Abraso, PEC/Ensp, pp. 31-88.
1986. Mendes-Gonçalves, R. B. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho da rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo*. São Paulo [Tese de Doutorado - Faculdade de Medicina da USP], 416 págs.
1986. Pellegrini F.º. A. et al. Pesquisa em Saúde Coletiva. *Estudos de Saúde Coletiva* 4, pp. 41-52.
1986. Silva, J. A.; Mendes-Gonçalves, R. B. & Goldbaum, M. *Atenção primária em saúde: avaliação da experiência do Vale do Ribeira*. Brasília: Ministério da Saúde, 173 págs.
1987. Mendes-Gonçalves, R. B. O campo de atuação do médico sanitário. In: *Formação, aperfeiçoamento e campo de atuação do médico sanitário* (VI Encontro de Médicos Sanitaristas). São Paulo: Associação dos Médicos Sanitaristas do Estado de São Paulo. Associação dos Médicos Sanitaristas, pp. 5-9.
1987. Mendes-Gonçalves, R. B., Elias, P. E. M. & Marsiglia, R. G. Contribuição para o debate sobre residência em Medicina Preventiva e Social. *Estudos de Saúde Coletiva* 5, pp. 41-52.
1988. Mendes-Gonçalves, R. B. *Práticas de saúde e tecnologia: contribuição para a reflexão teórica*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde (Série Desenvolvimento de Sistemas de Saúde n.º 6), 68 págs.

segue

1988. Mendes-Gonçalves, R. B. *Processo de trabalho em saúde*. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva (Texto de apoio ao Cadhu). [mimeo] 22 págs.
1988. Mendes-Gonçalves, R. B. Trabalho em saúde e pesquisa: reflexão a propósito das possibilidades e limites da prática de enfermagem. In: *Anais do V Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem*. Belo Horizonte: Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem, pp. 27-39.
1989. Mendes-Gonçalves, R. B. Prefácio. In: Almeida F.º. N. A. *Epidemiologia sem números: uma introdução crítica à ciência epidemiológica*. Rio de Janeiro: Campus.
1989. Mendes-Gonçalves, R. B.; Schraiber, L. B. & Nemes, M. I. B. Seis teses sobre a ação programática em saúde. *Espaço para a Saúde*, vol. 1, n.º 1, pp. 34-43.
1990. Mendes-Gonçalves, R. B. Reflexão sobre a articulação entre a investigação epidemiológica e a prática médica a propósito das doenças crônicas degenerativas. In: Costa, D. C. (org.). *Epidemiologia: teoria e objeto*. São Paulo: Hucitec, pp. 39-86 (reedição do texto publicado em *Textos de apoio — Epidemiologia I*, em 1985).
1990. Mendes-Gonçalves, R. B.; Schraiber, L. B. & Nemes, M. I. B. Seis teses sobre a ação programática em saúde. In: Schraiber, L. (org.). *Programação em saúde hoje*. São Paulo: Hucitec, pp. 37-63 (também editado em *Espaço para a Saúde* 1, n.º 1, em 1989).
1991. Mendes-Gonçalves, R. B. A saúde no Brasil: algumas características do processo histórico nos anos 80. *São Paulo em Perspectiva*, vol. 5, n.º 1, pp. 99-106.
1991. Mendes-Gonçalves, R. B. O processo tecnológico do trabalho em saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*, vol. 4, pp. 97-102.
1991. Marsiglia, R. G.; Mendes-Gonçalves, R. B. & Carvalho, E. A. A produção do conhecimento e das práticas. *Terapia Ocupacional*, vol. 2, n.º 2/3, pp. 114-26.
1992. Mendes-Gonçalves, R. B. Cecília Donnangelo hoje. *Saúde e sociedade*, vol. 1, n.º 1, pp. 3-5.
1992. Mendes-Gonçalves, R. B. *Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades*. São Paulo: Cefor (Cadermos Cefor — Textos 1), 53 págs. (versão ampliada do texto de apoio produzido para o Cadhu em 1988).
1994. Mendes-Gonçalves, R. B. “O médico e seu trabalho: limites da liberdade” (Resenha). *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, vol. 1, n.º 1, pp. 176-7.
1994. Schraiber, L. B.; Médici, L. B. & Mendes-Gonçalves, R. B. El reto de la educación médica frente a los nuevos paradigmas económicos y tecnológicos. *Educación Médica y Salud*, vol. 28, n.º 1, pp. 20-52.
1994. Mendes-Gonçalves, R. B. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho em saúde na rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 278 págs.
1995. Mendes-Gonçalves, R. B. Prefácio. In: Ayres, J. R. C. M. *Epidemiologia e emancipação*. São Paulo: Hucitec, 1995, pp. 13-20.
1995. Mendes-Gonçalves, R. B. “Epidemiologia e emancipação” (Resenha). *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, vol. 2, n.º 2, pp. 138-41 (reprodução parcial do Prefácio a *Epidemiologia e emancipação*).
1995. Mendes-Gonçalves, R. B. Seres humanos e práticas de saúde: comentários sobre “Razão e planejamento”. In: Gallo, E. (org.). *Razão e planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade*. São Paulo: Hucitec, pp. 13-31.
1996. Schraiber, L. B.; Nemes, M. I. B. & Mendes-Gonçalves, R. B. (orgs.). *Saúde do Adulto: ações e programas na unidade básica*. São Paulo: Hucitec, 1996.
1996. Schraiber, L. B.; Nemes, M. I. B.; Mendes-Gonçalves, R. B. Apresentação. In: Schraiber, L. B.; Nemes, M. I. B.; Mendes-Gonçalves, R. B. (orgs.). *Saúde do Adulto: ações e programas na unidade básica*. São Paulo: HUCITEC, p. 23-28.
1996. Schraiber, L. B.; Mendes-Gonçalves, R. B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: Schraiber, L. B.; Nemes, M. I. B. & Mendes-Gonçalves, R. B. (orgs.) *Saúde do Adulto: ações e programas na unidade básica*. São Paulo: Hucitec, pp. 29-47.

Teoria do Processo de Trabalho em Saúde

Para melhor compreender a produção intelectual de Ricardo Bruno, cabe lembrar, especialmente aos leitores das novas gerações, o contexto em que foi produzida. Como o próprio movimento da

Reforma Sanitária Brasileira (RSB), Ricardo iniciou seu desenvolvimento acadêmico no período da ditadura militar, juntando-se a um conjunto de intelectuais e profissionais da saúde que criticavam a situação de exceção, de cerceamento das liberdades democráticas e perseguição política, e as repercussões dessa situação no quadro sanitário do País, marcado por profundas desigualdades e dificuldades. Neste contexto, não é de se estranhar que a tradição discursiva da Medicina Social, originada na Europa revolucionária do início do século XIX, tenha se tornado uma forte influência na saúde pública brasileira (Nunes, 1983). Deste movimento de ideias, atualizado em terras brasileiras pelos desenvolvimentos teóricos vindos do marxismo e do estruturalismo da primeira metade do século XX, pela experiência local de pobreza e desigualdade social e pela resistência política ao regime militar, reteve-se a firme percepção das relações entre as condições de saúde da população e a organização da vida social (política, econômica, cultural) e a convicção de que não se poderia alterar a primeira sem transformar a segunda.

Nesse sentido, a Medicina e suas tecnociências precisavam ser despidas de sua aura de neutralidade e o fazer dos médicos (e de outros profissionais de saúde) de seu caráter quase “sacerdotal”, para serem entendidos como práticas sociais que eram. Eles precisavam ser compreendidos como elementos estruturados historicamente no âmbito de interesses de sujeitos concretos, temporal e geograficamente localizados, que os construíram segundo possibilidades material e ideologicamente delimitadas. Somente esta apropriação crítica poderia trazer à luz seus vieses políticos e limites práticos, criando condições para sua reconstrução de forma substanciada à reconstrução da vida social de modo mais geral. Os trabalhos de Sérgio Arouca (1975) e Cecília Donnangelo (Donnangelo & Pereira, 1976) foram paradigmáticos desse movimento no Brasil, e são considerados canônicos de um conjunto de estudos teóricos e aplicados que foram desenvolvendo-se no contexto da RSB. Na trilha desses estudos, Ricardo Bruno produziu seu

mestrado sobre “Medicina e história” (Mendes-Gonçalves, 1979), a que nos referiremos, a partir de agora, pela sigla MH. Apesar de, na maior parte das vezes, o doutorado marcar a contribuição particular de um autor para seu campo de atuação e, no caso de Ricardo Bruno, ter sido, talvez, seu trabalho mais difundido e impactante, julgo que MH tem papel central no conjunto de sua obra. Embora relativamente pouco lido e citado, sem MH não haveria a Teoria do Processo de Trabalho em Saúde e toda a derivada gama de investigações dela desdobrada.

Essa afirmação pode ser conflitante com a impressão causada por uma primeira leitura (ou releitura) desse estudo hoje. Ao percorrermos as páginas de MH ele parece um estudo datado. A filosofia marxiana que a sustenta está bastante presa à leitura estruturalista dos anos 1970, sem sinais, ainda, das reconstruções metacríticas que iriam lhe dar novas feições nos anos 80 e 90 — também na produção do próprio autor. As relações entre infraestrutura e superestrutura são interpretadas de forma ainda algo mecânica, determinista, pouco sensível a outras fontes de normatividade social; pouco atenta aos processos comunicativos dinâmicos e tensionadores das instituições, especialmente facilitados pelos rápidos e capilares meios de comunicação da era digital. Há, por fim, grande preocupação com a definição do caráter produtivo (ou improdutivo) do trabalho em saúde (foco de um debate com Arouca) que hoje parece completamente ociosa diante das transformações pelas quais passa a vida social no capitalismo tardio — no qual a progressiva e ilimitada incorporação de tecnologia material aos processos de trabalho, a extensiva mediação institucional das relações de produção e a mercadorização da noção de bem-estar social, entre outros aspectos, tornam cada vez mais imbricados e interdependentes os diversos momentos da reprodução material das sociedades contemporâneas.

No entanto, não deixa de impressionar até hoje o rigor teórico e a competência com que Ricardo desconstrói a imagem do

médico (e, com ele, do trabalhador da saúde de modo geral) como alguém posto à margem da história, produzindo e usando saberes racionais, objetivos e verdadeiros em prol de um bem universal e abstrato chamado saúde. Rigor e competência que, por outro lado, mantêm sua argumentação a salvo de qualquer deslize panfletário ou maniqueísta, que precise reduzir o médico a mero “intelectual orgânico da burguesia” ou a Medicina a uma construção ideológica estritamente voltada ao controle da força de trabalho e legitimação de sua dominação (sem, contudo, deixarem de sê-lo também).

Talvez essa característica tenha custado a MH a pouca popularidade que alcançou à época de sua publicação, em um tempo tão polarizado politicamente. Mas o fato é que, com a paciência histórica do trabalho teórico, a perspectiva conceitual alcançada por Ricardo Bruno contribuiu para a construção de aproximações ao estudo das práticas de saúde no Brasil nas quais o materialismo e a história passaram a ser não apenas formas de expressar uma tomada de posição política, de denúncia crítica, mas configurou positivamente possibilidades de pesquisa teórica e aplicada de caráter reconstrutivo. A influência de autores como Antonio Gramsci (1891-1937), inicialmente, e György Lukács (1895-1971) e Lucien Goldmann (1913-1970), mais adiante, talvez explique sua sensibilidade ao devir histórico e ao papel dos sujeitos e suas interações nesse devir, permitindo não apenas escapar de dogmatismos marxistas como apostar nas possibilidades reconstrutivas pelo interior mesmo das práticas de saúde.

De forma brilhante, Ricardo Bruno desenvolve em MH a caracterização da dupla posição dos médicos nas sociedades capitalistas. De um lado, pertencem à elite intelectual que formula os projetos sociais hegemônicos, baseados na legitimidade e poder prático das ciências médicas. De outro lado, são trabalhadores que produzem serviços e, enquanto tais, são dominados não apenas pelas relações de produção que progressivamente definem seus modos de trabalho e de vida (por regimes de formação e emprego, remuneração,

status social, etc.), mas também pelo progressivo poder da tecnologia em determinar o valor das ciências (das quais os médicos seriam os supostos senhores) e o lugar dos profissionais nos processos de trabalho em saúde concretamente operados. Ora, é exatamente nesta situação contraditória que Ricardo Bruno enxerga as potencialidades emancipadoras de uma prática teórica que se dedique a explorar o modo como as tecnologias se relacionam com as ciências da saúde e seus sujeitos. Apostar em uma compreensão cientificamente sólida e politicamente consciente dessas tecnologias pode tensionar e transformar posições de sujeitos, relações de poder e, portanto, projetos coletivos de saúde e de sociedade.

Com isso, MH termina deixando aberta mais que uma linha, um verdadeiro programa de investigações, capaz de estimular e subsidiar diversas escolas dentro da Saúde Coletiva brasileira e latino-americana. Em breve e não exaustivo inventário dessas investigações em sua própria escola, vale destacar, além de seu próprio doutorado (Mendes-Gonçalves, 1986), estudos de colegas, colaboradores e alunos sobre trabalho médico (Schraiber, 1993), tecnologias médicas (Dalmaso, 1991), avaliação de tecnologias de atenção básica (Nemes, 1996), planejamento em saúde (Gallo, 1991), aspectos epistemológicos e filosóficos das práticas de saúde (Teixeira, 1993; Ayres, 1995; Barison, 1995; Czeresnia, 1996) e os diversos estudos aplicados ao serviço experimental de atenção primária que Ricardo ajudou a implantar e desenvolver, o Centro de Saúde Escola Samuel Barnsley Pessoa, ou Centro de Saúde Escola do Butantã (Schraiber, 1990; Schraiber; Nemes & Mendes-Gonçalves, 1996), onde a experimentação de modelos tecnológicos alternativos segue em seu propósito de colaborar para a construção de práticas de saúde inclusivas e emancipadoras (Centro de Saúde-Escola Samuel Barnsley Pessoa, 2010).

No seu doutorado, sobre a “Organização Tecnológica do Trabalho” nas unidades básicas do estado de São Paulo, que abreviaremos por OT, o quadro conceitual construído no mestrado foi ama-

durecido a ponto de configurar uma Teoria do Processo de Trabalho em Saúde (Mendes-Gonçakves, 1994). Além do desenvolvimento conceitual, um estudo empírico qualitativo, que combinou a observação de serviços com entrevistas a profissionais, buscou apreender a materialidade e a historicidade das práticas de saúde no contexto concreto da saúde pública paulista. O quadro teórico foi, então, posto à prova, e de modo bem-sucedido. Ricardo Bruno identificou nesse estudo a polarização dos saberes operados concretamente nas unidades de saúde em torno de duas modalidades-tipo de racionalidade aplicada: a clínica e a epidemiologia. Demonstrou como esses polos abstratos estão relacionados a processos de trabalho que implicam objetos, instrumentos e finalidades estruturalmente interdependentes, mas diversos o suficiente para sancionar ou obstar diferentes perspectivas subjetivas e projetos tecnopolíticos em confronto na organização da atenção à saúde em construção no País.

Nesse sentido, OT constitui-se como potente crítica tanto ao empobrecimento da incorporação da racionalidade epidemiológica à atenção básica, onde ela teria papel fundamental a cumprir, quanto à proposição de ações voltadas à saúde coletiva insensíveis à importância da racionalidade clínica na construção de práticas efetivamente capazes de dialogar com as populações e suas necessidades de saúde. Em outras palavras, desconstruiu o tecnicismo conservador que autonomiza e polariza essas duas esferas de saber e apontou para a integração clínico-epidemiológica como um horizonte de superação de compreensões individualistas, naturalizadoras e tecnocráticas da organização tecnológica da atenção primária.

Desnecessário enfatizar as aberturas trazidas por OT ao campo da Saúde Coletiva, que se estende, como apontado nos trabalhos acima citados, das possibilidades de revisita histórico-epistemológica aos saberes da saúde à proposição de novos arranjos entre saberes e tecnologias (e seus sujeitos) nos serviços de saúde. Mas dessas aberturas surgiram também as evidências de fragilidades, lacunas e

insuficiências da Teoria do Processo de Trabalho em Saúde. Infelizmente Ricardo não viveu o suficiente para trabalhar nelas, mas chegou a nos deixar alguns indícios do modo como as interpretava e os caminhos pelos quais poderiam ser elaboradas.

De necessidades e esperança

À medida que se foi aplicando, criticando e desenvolvendo a Teoria do Processo de Trabalho em Saúde, e à medida que, simultaneamente, foi-se modificando o contexto social, político e acadêmico no seu entorno, Ricardo Bruno foi se interessando cada vez mais pelo que se poderia chamar do momento do “consumo” nas relações de produção. Ou seja, mais e mais a dimensão das necessidades de saúde e suas implicações sobre a demanda por atenção e respostas dos serviços de saúde, mais que os aspectos estruturais dos processos de produção em si mesmos, foram dominando o seu interesse. Este movimento fica claro quando comparamos seu primeiro texto sistemático de difusão da Teoria do Processo de Trabalho em Saúde com sua versão ampliada, reeditada alguns anos depois (Mendes-Gonçalves, 1988; 1992).

A influência teórica mais importante nesse movimento foi, sem dúvida, o trabalho da filósofa neomarxista, discípula de Lukács, Agnes Heller (1986). Na revisita que a autora faz às obras filosóficas de Marx, em busca dos sentidos aí encontrados para a noção de necessidades humanas, Ricardo Bruno enxerga uma produtiva atualização da ontologia marxiana, de certa forma depurando-a da rigidez das leituras estruturalistas. A recuperação por Heller de um sentido forte de história como devir e a abertura que dava à presença positiva dos valores e sua construção intersubjetiva, sustentada na dialética entre “necessidades necessárias” e “necessidades radicais”, parece ter respondido à autocrítica que Ricardo fazia, então, ao que chamou de “concepção negativa de historicidade”,

“funcionalismo a contragosto” e “insuficiências do conceito de estrutura” nos estudos da Teoria do Processo de Trabalho em Saúde (Mendes-Gonçalves, 1995a). Aprender a organização tecnológica das ações de saúde pela via das necessidades, tais como enxergadas pelos profissionais e pelos seus potenciais beneficiários, mostrava-se um caminho fecundo para dar positividade à presença inexorável do sentido ético, do valor normativo — enquanto tal, sempre em disputa na concretude das relações sociais — de qualquer construção científica sobre as bases materiais e históricas das práticas de saúde (Schraiber; Nemes & Mendes-Gonçalves, 1996).

Ricardo Bruno também chegou a entrar em contato, por intermédio da produção de seus alunos, com outras propostas reconstitutivas do materialismo histórico, especialmente a produção da “Escola de Frankfurt” e da “Teoria da Ação Comunicativa”, de Habermas, e chegou a se posicionar positivamente em relação a elas (Mendes-Gonçalves, 1995a; 1995b). Viu nessas proposições uma efetiva tomada de posição em relação a valores e, ao mesmo tempo, a fortes potencialidades para resistir a atitudes totalitárias e messiânicas na defesa de posições normativas, por conta de seu forte embasamento na relação dialógica de abertura ao outro. Não deixou de demonstrar certo ceticismo, contudo, em relação ao caráter algo abstrato da ideia reguladora de uma “comunidade ideal de comunicação” implícita no conceito de razão comunicativa. Mas formulou esta crítica não como desqualificação, senão como um desafio, quase um convite a que se buscasse encontrar as bases concretas para a construção de processos comunicativos efetivos (Mendes-Gonçalves, 1995b).

Nos dois textos acima citados, que são comentários sobre trabalhos de alunos seus e, ao mesmo tempo, uma espécie de balanço de sua própria obra, o que fica como principal legado, porém, não é nenhum tipo de cobrança ou prescrição, mas uma espécie de confiança. É como se, de toda a sua trajetória, Ricardo quisesse compartilhar uma descoberta em especial, que ele entendeu que

devia acompanhar toda a prática teórica e técnica da Saúde Coletiva: a esperança. Esperança que ele vê como virtude, que julga provir não de um preceito moral abstrato, como um tipo de fé, mas como valor histórico objetivo para os seres humanos. É a mesma esperança, diria eu, que lemos no Anjo de Klee/Benjamin e que surge transparente das palavras de Ricardo (Mendes-Gonçalves, 1995b, p. 14):

A esperança não é um estado de espírito dogmático do qual partimos para a vida, mas um ponto de chegada em permanente fuga [. . .] é a condição ideal na qual os seres humanos podem ter motivações reais ao se dirigirem comunicativamente aos outros seres humanos.

Referências

- AROUCA, A. S. S. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e a crítica da Medicina Preventiva*. Doutorado em Medicina. Campinas: Faculdade de Medicina, Universidade Estadual de Campinas, 1975.
- AYRES, J. R. C. M. *Ação comunicativa e conhecimento científico em epidemiologia: origens e significados do conceito de risco*. Doutorado em Medicina. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 1995.
- AYRES, J. R. C. M. & MOTA, A. Medicina Preventiva. In: MOTA, A. & MARINHO, M. G. S. M. C. (orgs.). *Departamentos da Universidade de São Paulo: memórias e histórias*. São Paulo: CD.G Casa de Soluções e Editora, 2012, pp. 124-37.
- BARISON, E. M. *Processo saúde-doença e causalidade. Uma arqueologia das relações entre a clínica e a saúde-pública*. Doutorado em Medicina. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 1995.
- BENJAMIN, W. Teses sobre o conceito de história. In: Idem. *Obras escolhidas I. Magia e técnica, arte e política*. São Paulo: Brasiliense, 1987, pp. 222-32.
- CENTRO DE SAÚDE-ESCOLA SAMUEL BARNESLEY PESSOA. *Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves*. São Paulo, 2010. Disponível em <<http://www2.fm.usp.br/cseb/>>. Acesso em 5-1-2015.

- CZERESNIA, D. *Do contágio à transmissão. Ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico*. Doutorado em Saúde Pública. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1996.
- DALMASO, A. S. W. *Estruturação e transformação da prática médica. Estudos de algumas das características do modelo de trabalho na segunda metade do século XIX e início do século XX*. Mestrado em Medicina. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 1991.
- DONNANGELO, M. C. F. & PEREIRA, L. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976. [Reeditado em 2011 pela Hucitec.]
- GALLO, E. *Razão e planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade*. Mestrado em Saúde Pública. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1991.
- HELLER, A. *Teoría de las necesidades en Marx*. Barcelona: Península, 1986.
- MENDES-GONÇALVES, R. B. *Medicina e historia. Raíces sociales del trabajo médico*. México: Siglo Veintiuno, 1984.
- MENDES-GONÇALVES, R. B. *Medicina e história. Raízes sociais do trabalho médico*. Mestrado em Medicina. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 1979.
- MENDES-GONÇALVES, R. B. *Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades*. São Paulo: Cefor, 1992. (Cadernos Cefor, Textos 1).
- MENDES-GONÇALVES, R. B. Prefácio. In: AYRES, J. R. C. M. (org.). *Epidemiologia e emancipação*. São Paulo: Hucitec, 1995a, pp.13-20.
- MENDES-GONÇALVES, R. B. *Processo de trabalho em saúde*. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1988 (mimeo).
- MENDES-GONÇALVES, R. B. Seres humanos e práticas de saúde: comentários sobre “Razão e Planejamento”. In: GALLO, E. (org.). *Razão e planejamento. Reflexões sobre política, estratégia e liberdade*. São Paulo: Hucitec, 1995b, pp.13-31.
- MENDES-GONÇALVES, R. B. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde. Características tecnológicas do processo de trabalho em saúde na rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- MENDES-GONÇALVES, R. B. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde. Características tecnológicas do processo de trabalho da rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo*. Doutorado em Medicina. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 1986.
- NEMES, M. I. B. *Avaliação do trabalho programático na atenção primária à saúde*. Doutorado em Medicina. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 1996.
- NUNES, E. D. (org.). *Medicina Social. Aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global, 1983.

- SCHRAIBER, L. B. *Medicina liberal e incorporação de tecnologia. As transformações históricas na autonomia profissional dos médicos em São Paulo*. 1993. Doutorado em Medicina. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1993.
- SCHRAIBER, L. B. (org.). *Programação em saúde hoje*. São Paulo: Hucitec, 1990.
- SCHRAIBER, L. B. & MENDES-GONÇALVES, R. B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B. & MENDES-GONÇALVES, R. B. (orgs.). *Saúde do adulto. Programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec, 1996, pp. 29-47.
- SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B. & MENDES-GONÇALVES, R. B. (orgs.). *Saúde do adulto. Programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec, 1996.
- TEIXEIRA, R. R. *Epidemia e cultura: aids e mundo securitário*. Mestrado em Medicina. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 1993.

2

MEDICINA E HISTÓRIA: RAÍZES SOCIAIS DO TRABALHO MÉDICO¹

RICARDO BRUNO MENDES-GONÇALVES

A) A prática médica como trabalho

“**A**rticulação da medicina com as demais práticas sociais constitui o ponto estratégico do qual melhor se pode aprender o seu caráter histórico” (Donnangelo & Pereira, 1976, p. 15). Essa proposição sintética permite uma aproximação adequada ao objetivo acima indicado por duas vias só analiticamente distinguíveis que serão então exploradas — estudar a medicina como prática social e estudá-la como processo de trabalho.

Em primeiro lugar, independentemente de toda conceituação mais precisa do seu conteúdo, a medicina aparece como prática reiteradamente efetivada nas sociedades humanas, como ação humana, como atividade de uma parte dos membros de uma sociedade através da qual se definem como pertencentes a ela, na medida

¹ Excertos do texto originalmente publicado como Mendes-Gonçalves, R. B. *Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico*. Mestrado. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP, 1979, pp. 11-86, e reeditado como Mendes-Gonçalves, R. B. *Medicina e historia: raices sociales del trabajo médico*. México D.F.: Siglo XXI, 1984.

em que através dessa atividade logram reproduzir sua existência valendo-se dos meios nela produzidos em conjunto para esse fim. A medicina aparece então, em primeiro lugar, como trabalho.

Desta categoria (do trabalho) participa toda e qualquer atividade institucionalizada (no sentido de achar-se validada, fixada e normativamente regulada, ou seja, integrada a um sistema social) que opera como fonte direta de obtenção, por quem a desempenha, dos meios naturais de existência produzidos ou dos equivalentes destes (dinheiro, por exemplo), indispensáveis à satisfação das necessidades ‘materiais’ e ‘não materiais’ de quem a executa e de seus dependentes diretos ou não, a fim de que seu desempenhante produza e reproduza a existência histórica sua e de seus dependentes sociais, existência essa significando a satisfação de necessidades ‘materiais’ e ‘não materiais’ historicamente moldadas e produzidas [. . .] (Pereira, 1965, pp. 31-2).

Para operar como fonte de obtenção dos meios de existência para quem o desempenha o trabalho precisa, entretanto, estar relacionado com o conjunto dos outros trabalhos através de seus produtos.

Na sociedade, porém, a relação do produtor com o produto, quando este está pronto, é exterior, e seu retorno ao sujeito depende das relações do sujeito com os outros indivíduos. Ele não se apodera imediatamente do produto. Portanto, a apropriação imediata do produto não é o fim que o sujeito procura quando produz em sociedade. Entre o produtor e os produtos intervém a distribuição, que fixa, por leis sociais, a parte que lhe cabe no universo dos produtos, e se coloca, portanto entre a produção e o consumo (Marx, 1965, p. 247).

Isto significa dizer, em outras palavras, que a relação técnica que se estabelece no interior de cada processo de trabalho entre o produtor e as condições em que trabalha está subordinada à relação social que se estabelece entre os produtores através do conjunto de seus produtos.

Essa subordinação não deve, entretanto, ser compreendida como contingencial, como o estabelecimento de uma relação de justaposição entre duas ordens de exigências, em ambas se processando adaptações uma à outra. O produto não é apenas um resultado ao qual se chega “depois”, mas enquanto necessidade já está presente “antes”, e por isso, enquanto resultado é valor-de-uso.

Em vez de consistir, porém num mero sistema circular de obtenção e dispêndio de forças, o ciclo técnico aparece condicionado pela anteposição do produto, pela antepresença muito humana da coisa, o que lhe empresta desde logo uma finalidade própria. Mas a ideia neste nível é tão somente carecimento, impulso de obter algo que o organismo necessita. [. . .] Como condição do processo de trabalho (o carecimento) importa apenas enquanto lhe confere movimento teleológico. [. . .] E essa dependência se inscreve nesse organismo como ausência, uma não objetividade que há de ser preenchida. Nessa relação se imprime a teleologia propriamente humana, determinando de um lado a ausência como anteposição desta ou daquela coisa, e, de outro, o trabalho como atividade orientada para a obtenção da coisa anteposta. Do mesmo modo como o trabalhador antevê a casa, seu trabalho se determina como trabalho de arquiteto. Nessa instância, a ideia dá um conteúdo mutável e particular à carência e ao próprio objeto. E graças a essa particularização ele é valor-de-uso. Não se identifica inteiramente com a coisa natural resultante de um processo qualquer da natureza, [. . .], mas se dá com o objeto que afirma e encontra sua objetividade

precisamente na medida em que satisfaz e determina um carecimento (Giannotti, 1973, pp. 27-8).

Uma vez que o carecimento satisfeito e determinado não é essencialmente o do próprio produtor, o produto pronto se lhe escapa: por ser social o produto anteposto, é social o produto posto.

Observe-se que o trabalho assim definido, enquanto categoria social das ações humanas, não tem o mesmo significado de ação humana em geral. Friedmann (1970) considera necessário distinguir essas duas categorias na medida em que a primeira “implica em um constrangimento (*contrainte*)” e

[. . .] se diferencia da ação, que é liberdade. O trabalho pode ser ação desde que se nutra de uma disciplina livremente consentida, como é o talvez o do artista que realiza uma obra ao longo prazo, sem ser pressionado pela necessidade (Friedmann, 1970, p. 14).

Essa noção de constrangimento, compulsão, o autor a tipifica como de origem interna (uma vocação a serviço de um ideal, uma necessidade de criação artística ou de invenção científica) e externa (compulsão ao trabalho pela força física, pela persuasão moral ou pela sociedade econômica), em todos os casos prevalecendo o caráter psicológico da motivação, como se percebe por exemplo na oposição entre satisfação e constrangimento:

Mas a satisfação no trabalho, experimentada apesar dos inevitáveis constrangimentos que este implica, não pode — a longo prazo — se manter sem uma certa adaptação do indivíduo e suas tarefas e um grau mínimo de “engagement” da personalidade (Friedmann, 1970, p. 24).

O recurso a Friedmann (1970) tem duas finalidades, no caso em que aqui se trata. Em primeiro lugar, o de buscar sanção para a

proposição de que o trabalho não se confunde com a atividade humana em geral, e que precisamente esse elemento de *contrainte*, essa vinculação que acarreta entre os trabalhadores no âmbito da sociedade permite distingui-lo das demais formas de atividades e afirmá-lo como critério objetivo básico de estruturação das práticas sociais.

Em segundo lugar, contrapondo a interpretação desse autor sobre o caráter predominantemente psicossocial dessa *contrainte* às ideias expressadas no texto anteriormente citado, procurar exorcizar do conceito de trabalho toda dimensão psicológica enquanto dimensão substantiva. É ainda em Giannotti (1973, p. 28) que se encontra a explicitação dessa ideia:

Mas a ideia (o projeto que preside o trabalho) [. . .] é tão somente carecimento, impulso de obter algo de que o organismo necessita. É de notar que o carecimento não deve ser dotado de todas as conotações psicológicas correntes. Como condição do processo de trabalho importa apenas enquanto lhe confere movimento teleológico. A satisfação, o reforço, são qualidades que, embora presentes, deixam de possuir o conteúdo invariável, desde que se insiram na reiteração do processo ancorado no metabolismo animal.

A medicina se determina então enquanto trabalho, e por isso cabe nas formulações apresentadas como qualquer outro trabalho (não como qualquer outra atividade), mesmo porque tais formulações abstratas só são válidas porque, construídas a partir dos trabalhos particulares e de sua organização em um conjunto articulado, permitem critério de inteligibilidade capazes de presidir a sua apreensão mais concreta.

Em um sentido geral, a tentativa (bem-sucedida, já que transformada em concepção predominante; malsucedida, já que não explica nada, ainda que leve a muita satisfação autocomplacente)

de isentar a medicina da “contrainte” do trabalho pode ser identificada na base da tradição mais volumosa entre seus intérpretes, aquela corrente de interpretação histórica que reduz o passado à crônica dos lances de “genialidade” que permitiram os avanços da ciência (nessa óptica não falta lugar também para os “retrocessos”) em sua luta heroica contra a natureza e apesar da oposição (ou do favorecimento) do ambiente social, até chegar ao glorioso presente em que os problemas ou estão resolvidos em uma generalidade ou esperam o próximo capítulo dessa romanesca história em que a medicina posa sempre de heroína bem comportada. Para caber nesse molde a medicina é retirada de sua condição de trabalho e transformada em ciência, e como ciência é desvinculada de suas relações com o trabalho para ser situada em uma terra-de-ninguém de paisagem quase divina.

Ao definir a medicina como trabalho é necessário pois — mesmo deixando provisoriamente de lado a questão que envolve sua dimensão científica, questão a que se voltará mais adiante —, enfatizar que sua articulação com o conjunto do trabalho social não é acidental ou “externa”, uma vez que seu produto é um caracimento exterior que necessariamente precisa interiorizar, na medida em que seu objetivo se define duplamente no produto em si e na obtenção dos produtos dos outros trabalhos que o produto em si exteriorizado lhe proporciona, com o que se pode reter inicialmente a ideia de subordinação do seu conteúdo técnico às exigências que aquela articulação lhe impõe.

Daí se segue que é preciso não a confundir com uma atividade criadora livre, à semelhança das concepções românticas vulgarizadas sobre a criação artística e a investigação científica. Donnangelo (Donnangelo & Pereira, 1976, p. 17) chama a atenção para o fato de que, por via dessas concepções, os meios de trabalho empregados na medicina tendem a ser compreendidos como um conjunto de recursos tecnológicos menos ou mais complexos cuja historicidade se perde tanto no caráter científico em si, suposto como fruto de

um desenvolvimento linear, como no obscurecimento que esse caráter científico, conceitualmente simplificado, promove da sua função de “instauração de uma relação particular entre o médico e o objeto de sua prática”.

Procurando explicar melhor o que foi dito acima se pode aqui lançar mão de um texto de Canguilhem (1971, pp. 64-5) que permite apreender como a dimensão técnico-científica do trabalho médico se subordina lógica e historicamente às necessidades que o justificam:

Médicos e cirurgiões possuem uma informação clínica e utilizam às vezes técnicas de laboratório que lhes permitem saber que pessoas, que não se sentem tais, estão doentes. Este é um fato. Porém um fato que deve ser interpretado. Pois bem, unicamente porque são os herdeiros de uma cultura médica transmitida pelos práticos de ontem, podem os práticos de hoje adiantar-se e superar em perspicácia clínica a seus clientes habituais ou ocasionais. Houve sempre um momento no qual, afinal de contas, a atenção dos práticos foi atraída para determinados sintomas, inclusive puramente objetivos, por homens que se queixavam de que não estavam normais, isto é, idênticos ao que tinham sido no passado, ou que sofriam. Se na atualidade o conhecimento da doença por parte do médico pode prevenir sua experiência por parte do enfermo, isto se explica porque no passado a segunda chamou, suscitou o primeiro. Portanto, certamente, sempre de direito — se não de fato, atualmente — existe uma medicina porque há homens que se sentem doentes, e não porque há médicos vêm os homens a se inteirar por eles de suas enfermidades.

Pode-se aí claramente perceber como este específico trabalho, a medicina, recebe pronto, ainda que sob a forma bruta de uma necessidade que só se reconhece no plano da sensibilidade

(que não precisa ser confundido com o plano da biologia) o carecimento que deve transformar em projeto de produto. Pode-se também perceber aí, de forma igualmente inequívoca, como a reiteração do trabalho médico — que é apenas uma das formas de sua “constrante” — promove a reposição de seus pressupostos em um nível sempre progressivo, vale dizer que a medicina não apenas satisfaz necessidades, mas igualmente cria necessidades novas.

Partiu-se, portanto de uma das dimensões da articulação da medicina com as demais práticas sociais, o seu caráter de trabalho com o propósito de demonstrar o seu caráter histórico. As formulações que se seguiram permitiram ver esquematicamente como se dava aquela articulação nessa dimensão. A demonstração fica ainda por se completar, dependendo da exploração das demais dimensões em que a articulação pode ser analisada. Proceda-se então à continuidade dessa análise.

B) O processo de trabalho médico. O objeto de trabalho

Se a medicina pode ser concebida como trabalho, há que necessariamente distinguir nesse trabalho, como em qualquer outro, os seus três momentos essenciais: “a atividade adequada a um fim, isto é, o próprio trabalho; a matéria a que se aplica o trabalho, o objeto de trabalho; os meios de trabalho, o instrumento de trabalho” (Marx, 1968, p. 202). Diz-se “momentos” porque são aspectos de um mesmo processo que se iluminam reciprocamente, que derivam seu significado de sua posição relativa. A atividade, uma vez dada sua subordinação ao fim útil que a motiva,² discrimina

² É conveniente ressaltar que não se trata de uma motivação de caráter psicológico, conforme foi discutido acima, mas importa ainda acrescentar que a vontade, quaisquer que sejam os seus móveis, é subordinada no próprio processo, o que permite pensar a atividade operante como um “momento”: “No término do processo de trabalho surge um resultado que já estava presente idealmente desde o início na representação do trabalhador. Não é que ele apenas efetue uma alteração de forma

no objeto as características que permitem a efetivação daquele fim, dentre o conjunto das características que o definem na natureza: enquanto objeto do trabalho a matéria à qual se aplica a atividade existe, portanto já de forma “humanizada”, isto é, iluminada pela atividade que dela se apropria (Giannotti, 1973, pp. 20-1). Essas características do objeto, por seu lado, impõem à atividade que o transforma uma maneira de se aproximar dele; induzem também o desenvolvimento de meios, instrumentos de proceder a essa aproximação de forma que a potencialize (Giannotti, 1973, pp. 20-1). O instrumento, por sua vez, representa “o ponto de encontro da finalidade do trabalho e do determinismo da natureza, o lugar de sua determinação recíproca” (Giannotti, 1973, p. 22): a discriminação das características do objeto que permitem a consecução da finalidade é apercebida através de sua mediação, potenciadora — no sentido em que amplia o rendimento da atividade e diminui a resistência do objeto —, restritiva — na medida em que reduz a múltipla funcionalidade da atividade a um só desempenho.

Entretanto, é necessário reter que o processo todo é determinado “de fora” pela finalidade, pela idealização do produto que o antecede e que lhe serve de fio condutor, e, por sua via, pelas relações sociais que situam cada trabalho na divisão social do trabalho. Isso posto, apresenta-se para a compreensão do processo de trabalho médico uma particularidade que se transforma muitas vezes em causa de contradições, não só no sentido de incoerências teóricas, mas, e sobretudo, no sentido de polarização da prática, — daí se originando as eventuais ambiguidades em sua apreensão pelo pensamento, ao menos parcialmente. Trata-se de seu objeto, e da característica especial que o marca enquanto portador

no natural, mas efetiva no natural, concomitantemente, seu fim, que é conhecido por ele e que determina o modo e a maneira de seu fazer como lei, e ao qual deve subordinar sua vontade” (texto citado de Marx, em *O capital*, extraído do capítulo 5 do livro 1, conforme a tradução encontrada em Gianotti, (1973, pp. 19-20), e é aqui utilizada porque contraposta à tradução de Reginaldo Sant’Anna, editada pela Civilização Brasileira, melhor serve para apoiar o texto em que se insere aqui).

indissociável da própria necessidade que, tornada finalidade, motiva o trabalho.

O objeto de trabalho, em qualquer caso, não é um objeto natural, fato a que se aludiu mais acima. Nem mesmo o mais simples objeto do trabalho mais simples:

O peixe a ser preso não é apenas um organismo natural que recorta na paisagem sua própria identidade, ou forma que o observador discrimina e reconhece. Enquanto objeto de trabalho e primeira condição dele, incorpora as propriedades necessárias para a efetivação desse mesmo trabalho. Existe um elemento determinado, em águas rasas ou profundas, com hábitos próprios, alimentação peculiar. Cada uma dessas determinações obriga o pescador a agir adequadamente [. . .] A coisa pronta, separada por um processo natural em que o homem não intervém, não ganha logo novas dimensões ao penetrar no ciclo do trabalho humano? (Giannotti, 1973, pp. 20-1).

Enquanto objeto de trabalho a coisa natural se redefine como virtualidade do produto, constituindo-se essa aproximação intelectual do objeto em um comportamento tão essencial à operação quanto sua posterior manipulação.

Ora, o objeto de trabalho de que aqui se trata também passa por essa apreensão intelectual, essa adaptação do natural ao projeto, e, uma vez que se trata sempre de um processo reiterado, aos instrumentos que se constituíram para efetivá-lo. Desprender seu objeto de suas conexões naturais se apresenta pois como o primeiro momento deste trabalho, momento duplamente determinado pela finalidade que o trabalho escolheu e pelos instrumentos que utilizará; o objeto assim desprendido, na medida em que perde sua naturalidade e se conforma ao processo em que entra, se determina então como objeto de trabalho.

Ao ser assim tomado para o processo de trabalho, o objeto sofre, pois, uma modificação. Se se conceituar aqui muito provisoriamente o “corpo humano doente” como objeto de trabalho médico, sem prejuízo de voltar posteriormente a uma caracterização mais precisa e adequada, tem-se que há uma modificação necessária na passagem do “corpo humano doente do doente” para o “corpo humano doente do médico”, com a condição de que os elementos de toda natureza que caracteriza a necessidade inscrita no primeiro reapareça no segundo, já trabalhados: nessa medida aparecem então como objeto de trabalho do trabalho médico.

Ao proceder a essa adaptação, o trabalho médico modifica, portanto, um objeto natural, mas aqui se impõe sobre ele a natureza desse objeto: mesmo modificado, segue indissociável do portador da necessidade que o designou como um objeto possível, e ao prosseguir em seu trabalho o médico continua se defrontando com essa necessidade na figura material desse portador. O que entra no processo de trabalho é o portador da necessidade só parcialmente transformado em objeto, e não um objeto unilateralmente apropriado pelo trabalho. Ao terminar o processo, o que dele sai não é apenas um produto que deve poder corresponder a necessidades, mas igualmente o portador das necessidades então atendidas durante o processo.

A coexistência no mesmo espaço do corpo de um objeto de trabalho e de sua necessidade (que se expressa enquanto projeto e, modificada, como produto) implica pelo menos duas consequências: em primeiro lugar, a medicina tende a confundir variavelmente seu objeto e sua finalidade — quando se concebe como “arte de curar” enfatiza essa última, quando se proclama conhecimento da doença e dos modos de terminá-la salienta o primeiro, e, mais frequentemente, ao se dizer “arte e ciência de curar” mistura os dois; a questão seria ociosa se, como já se viu, a confusão do trabalho médico com a ciência que lhe é correlata não tivesse quase sempre por efeito obscurecer suas características de prática social. Em segundo

lugar, as origens e características das necessidades que justificam o trabalho médico penetram-no igualmente, e ainda que variavelmente conceituadas (ou até conceitualmente omitidas) não podem deixar de ser consideradas na prática. Não é correto, portanto, dizer-se como acima que o objeto do trabalho médico resulta do desprendimento de um objeto de trabalho de suas conexões naturais, pois, na medida em que objeto e necessidade se confundem em um mesmo corpo, não é “natural” o objeto que a medicina toma para o trabalho, mas carregado já de todas as determinações que marcam o corpo em sua existência social. Desse modo, o social está presente no trabalho médico de forma imediata, ainda que as formas históricas dessa “invasão” variem,³ em relativo contraste com os trabalhos que produzem bens que se destacam, no espaço e no tempo, da necessidade que os motivou: o trabalho do agricultor ou do artesão se orientam igualmente para necessidades “externas”, e o conhecimento do mercado delimitando a qualidade e a extensão do trabalho a empreender explicitam essa orientação, mas apenas dessa forma mediatizada as necessidades se expressarão ao nível interno do próprio processo de trabalho — o agricultor nunca se conceberia como um trabalhador “da alimentação”, a não ser talvez, em uma forma de organização do trabalho social anterior a sua divisão.

Ao conceituar o objeto de trabalho médico é necessário pois dar conta dessa peculiaridade: mesmo distinguindo-se em um primeiro momento o objeto da necessidade (ou de sua expressão ao nível do processo de trabalho — a finalidade) é preciso em um segundo momento dar conta conceitualmente do fato de que na

3 Por exemplo, analisando uma das características dos projetos de Medicina Comunitária, a manipulação do comportamento social dos grupos humanos, Donnangelo aponta uma das formas pelas quais a medicina procurou dar conta dessa “invasão”: “Esse social de que a prática médica se dá conta e com o qual opera, mesmo quando não o conceptualiza, será objeto de formas específicas de conceptualização e tratamento que permitirão, em outra parte, que o domínio do saber biológico que compõe a medicina e as práticas tecnológicas que ela sucessivamente incorporou, sigam liberados de uma permanente intrusão histórica do social, diversamente conceptualizado no campo da prática médica” (Donnangelo & Pereira, 1976, p. 72).

realidade se identificam, e de como se dá essa identificação. Em outros termos, ao passar do plano da socialidade, em que se procurou situar a medicina como um trabalho, para o plano da técnica, em que se pode analisar internamente (e parcialmente, por certo) esse trabalho é necessário reter aquelas determinações mais gerais, que aqui aparecerão reespecificadas, traduzidas, mas nunca totalmente abstraídas. Não se deve, contudo, compreender esta assertiva como se se quisesse afirmar que o “consumo” (que aqui seria representado pela necessidade) determina unilateralmente a “produção” (representada pelo processo de trabalho, em seu sentido técnico), mas, pelo contrário, o processo de trabalho no sentido social determina a necessidade que o mantém, mas só o faz porque a repõe como necessidade satisfeita nos seus termos próprios, isto é, segundo a lógica dele próprio.

A necessidade que engendra a medicina como trabalho humano não deve ser compreendida como uma necessidade natural, característica ontológica do ser humano enquanto tal. A medicina sempre tendeu para essa concepção, e essa tendência é decorrente em boa parte daquela característica peculiar de seu objeto referida mais acima: ao aproximar-se dele precisa sempre conceituá-lo, elaborando uma teoria do objeto, e dado que o objeto carrega consigo a necessidade, a teoria do objeto se transforma em teoria da necessidade, a patologia assume a função de definir onde e quando a necessidade se justifica. O conceito de “doença” ganha assim uma objetividade que permite entendê-lo para além dos limites da prática até fundar a necessidade médica como componente essencial do homem, ficando para a história a explicação da diferenciação dessa necessidade, preferencialmente na forma de efeitos da ignorância que a cada época histórica pode ser imputada por referência às que a sucedem: as necessidades sempre teriam estado presentes na sua forma “pura”, ainda que encobertas, tanto pelas estruturas culturais que não permitem sua manifestação, como pelo desconhecimento que cegava os olhos que poderiam tê-las reconhecido.

É nessa direção que aponta Canguilhem (1971, p. 174) quando discute a objetividade da patologia:

Não se ditam cientificamente normas à vida. A vida é a atividade polarizada de conflito com o meio ambiente que se sente ou não normal conforme se sinta ou não em posição normativa. O médico tomou partido pela vida. A ciência lhe serve para realização dos deveres que decorrem dessa opção. O eco deste chamado patético é que faz qualificar de ‘patológica’ toda ciência que a técnica médica utiliza para auxiliar a vida. Assim é que existe uma anatomia patológica, uma fisiologia patológica, uma histologia patológica, uma embriologia patológica. Porém sua qualidade de patologia é algo que provém da técnica e, por isso, é de origem subjetiva. Não existe uma patologia objetiva (p. 174).

Isso ainda que “uma patologia possa estar metódica, crítica e experimentalmente armada” (Canguilhem, 1971, p. 177) e:

[. . .] por referência ao médico que a pratica seja possível qualifica-la de “objetiva”. Porém a intenção do patologista não determina que seu objeto seja uma matéria vazia de subjetividade (Canguilhem, 1971, p. 177).⁴

Mas poder-se-ia argumentar que a distinção a que se procedeu entre necessidade e objeto é artificiosa, uma vez que a necessidade

4 Há certamente o que criticar em Canguilhem, e, em relação ao ponto de vista aqui adotado, o “vitalismo” radical desse autor aparece como a divergência mais notável, conforme se pode, por exemplo, ver no próprio texto citado (“[. . .] a vida [. . .] se sente). Para uma formulação inicial dessa crítica veja-se o prefácio de Lecourt (1971) na mesma edição; aqui não serão explicitados tais reparos metodológicos não só por impertinência em relação ao objetivo deste estudo como porque diante das dimensões da obra de Canguilhem tais reparos, se não amplamente fundamentados e desenvolvidos, soariam como mero pedantismo — procedimento largamente utilizado atualmente, mas a que falta todo sentido de honestidade intelectual.

é o próprio objeto da prática: a medicina não se propõe na prática a lidar com outra coisa senão com as próprias necessidades que levam o doente até ela. Daí a presumível legitimidade da extensão da teoria do objeto (a patologia) à condição da teoria das necessidades e a concepção dessas como naturais, uma vez que a patologia enquanto tratamento positivo de fenômenos reais não pode identificar seu objeto (de conhecimento) senão com um conjunto de regularidades permanente do ser humano.

Essa objeção é ao mesmo tempo falsa e verdadeira. Sua verdade decorre do fato, já apontado, de que a coexistência no “corpo” de uma necessidade médica e de um objeto de trabalho acarreta a particularidade para a prática de que todas as demais determinações que definem esse “corpo” no mundo real em que existe concretamente sejam trazidas para seu interior, onde não podem ser ignoradas, mas têm de ser trabalhadas de uma forma ou de outra (Donnangelo & Pereira, 1976),⁵ daí que efetivamente a prática se dirija ao mesmo tempo sobre aquele objeto e sobre aquela necessidade. Isso qualifica o procedimento aqui adotado de artifício, certamente, mas no sentido de recurso metodológico, e o recurso metodológico se distingue do mero verbalismo enquanto é capaz de interpor uma mediação necessária para a apreensão progressivamente mais concreta do objeto de conhecimento. Sua falsidade deriva do esquecimento do fato de que ao nível da própria prática a necessidade é compreendida como acidental por referência ao caráter essencial que é atribuído ao objeto com base na patologia: a medicina apreende a doença, lê no doente o discurso que a doença pronuncia, e se as particularidades daquele são levadas em conta na terapêutica, em princípio são quaisquer, portanto fortuitas, variáveis, não tendo a ver com a substância do objeto. A manifestação grosseira e extrema desse fato, pelo menos no jargão técnico utilizado no Brasil,

5 “[. . .] a prática médica manipula o caráter histórico de seu objeto sem necessariamente conceptualizá-lo. O momento da anamnese clínica permite percebê-lo com suficiente clareza” (Donnangelo & Pereira, 1976, p. 25).

é o emprego indiferente dos termos *doença* e *patologia*, este último não tendo por função a designação da ciência da patologia, mas a da própria enfermidade; esse procedimento é duplamente revelador: de um lado demonstra a afirmação que se faz acima acerca do papel incidental que desempenham na prática as características originais do doente, que de objeto concreto da prática tende a ser reduzido ao conceito abstrato que a instrumentaliza; de outro lado, ainda que paradoxalmente (ao pretender afirmá-la como disciplina científica, acima de toda consideração particularizante que se possa fazer depois), trai o caráter muito particular dessa ciência, a patologia, cujo objeto é um fato que se apresenta originalmente como um juízo de valor.

Daí que se possa pretender dizer que “a doença, que nunca existiu na consciência do homem, começa a existir na ciência do médico”; mas, se é verdadeiro que “há uma medicina porque há homens que se sentem doentes”, “não pode haver nada na ciência que não tenha aparecido antes na consciência” (Canguilhem, 1971, pp. 64-5). E na consciência do homem a doença é um juízo de valor, a apreciação negativa de “uma redução na margem de tolerância com respeito às infidelidades do meio ambiente”, uma qualificação do “modo de andar a vida” que o põe em confronto com uma norma e verifica a sua transgressão (Canguilhem, 1971, p. 151). Não se quer negar a partir dessas formulações tomadas de Canguilhem (e mesmo esse autor não se propõe a isso, até pelo contrário) a possibilidade de uma patologia que ultrapasse essas limitações, mas essa remodelação é tarefa para o futuro, onde a sua possibilidade se inscreve na existência de relações também reformuladas entre os portadores da ciência e os objetos de sua prática. O que se nega, e é preciso fazê-lo enfaticamente, é a pretensão de estender as teorias, que a medicina constituiu sobre seu objeto, de forma que recubra e explique também as necessidades que a mantêm como trabalho. Ao mesmo tempo, é preciso sempre reter que, ao nível da prática, a medicina sempre se deu conta da diferença.

Toda apreciação do objeto do trabalho médico que se detenha no corpo anatomofisiológico equivoca-se, portanto, ao despir o conteúdo técnico desse trabalho de sua natureza imediatamente social, pois esta imediatez se manifesta precisamente no fato de que esse objeto se superpõe a uma necessidade que o antecede. É sem dúvida artificioso reduzir essa necessidade a uma teoria daquele objeto, enquanto pelo contrário, a teoria se funda na necessidade:

Não conviria dizer, afinal de contas, que o fato patológico só é captável como tal, isto é, como alteração do estado normal, ao nível da totalidade orgânica, e tratando-se do homem, ao nível da totalidade individual consciente aonde a enfermidade desse converge em uma espécie de mal? Estar doente significa para o homem viver uma vida diferente, inclusive no sentido biológico da palavra. [. . .] Pareceria que de um modo muito artificial a enfermidade é dividida em sintomas ou abstraída de suas complicações. Que é um sintoma sem um contexto ou um pano de fundo? Que é uma complicação separada daquilo que ela complica? Quando se qualifica de patológico um sintoma ou um mecanismo funcional isolado, se esquece que aquilo que os torna patológicos é sua relação de inserção na totalidade indivisível de um comportamento individual. De tal maneira que, se a análise fisiológica de funções isoladas sabe que está em presença de fatos patológicos é porque o deve a uma informação clínica prévia, é porque a prática põe o médico em relação com indivíduos completos e concretos, e não com órgãos ou com suas funções. A patologia [. . .] só pode saber que é patológica, estudo dos mecanismos das enfermidades, porque recebe da prática essa noção de enfermidade, cuja origem tem de ser buscada na experiência que os homens têm de suas relações de conjunto com o meio ambiente (Canguilhem, 1971, pp. 60-1).

“Uma espécie de mal”, “viver uma vida diferente”, “redução na margem de tolerância em relação às infidelidades do meio ambiente” são expressões de que Canguilhem lança mão para procurar definir essa necessidade que ao nível do processo de trabalho aparece como objeto, e que define por comparação à finalidade útil desse trabalho. Citando Leriche (1936 apud Canguilhem, 1971, p. 63) “a enfermidade é aquilo que molesta os homens no exercício normal de sua vida e de suas ocupações, e sobretudo aquilo que os faz sofrer”, Canguilhem (1971, p. 63) faz notar que essa espécie de definição é a do doente, não a do médico, de onde decorre que sua inteira validade ao nível da consciência não se traduz de forma imediata em validade científica. O processo de desumanização dessa “doença do doente” a que se recorreu na medicina forneceu-lhe uma ciência que, independentemente de quaisquer vantagens ou desvantagens, reservou para o homem doente um papel aleatório: “já não são a dor, a incapacidade funcional ou a insegurança social que constituem a doença, mas sim a alteração anatômica ou a perturbação fisiológica” (Canguilhem, 1971, p. 64). Entretanto, questionando o estatuto científico das noções de “alteração anatômica” e “perturbação fisiológica”, Canguilhem (1971) demonstra que a patologia segue tratando de um objeto cuja emergência e designação no real é sempre um procedimento normativo do homem que o porta, o que restringe a margem da jurisdição do saber na medida em que este se coloque em oposição a essa normatividade:

Ao fim e ao cabo são os doentes que na maioria das vezes julgam — e a partir de pontos de vista muito diversos — se já não são normais ou se voltaram a sê-lo. Voltar a ser normal para um homem cujo futuro é imaginado sempre a partir da experiência passada, significa retomar uma atividade interrompida ou ao menos uma atividade que seja julgada equivalente (à interrompida), de acordo com os gostos individuais e os valores sociais do meio ambiente. [. . .] o homem retomará o ofício

que havia escolhido ou que as circunstâncias lhe haviam proposto — quando não imposto —, no qual, em todo caso, punha ele uma razão, inclusive medíocre, para viver. Inclusive se este homem obtém de agora em diante resultados técnicos equivalentes mediante procedimentos diferentes de gesticulação complexa, seguirá sendo apreciado socialmente de acordo com as normas de antes [. . .]⁶ (Canguilhem, 1971, pp. 86-7).

A norma científica tem sempre de se curvar diante da norma “vital”. Uma limitação motora de caráter indiscutivelmente patológico pode desaparecer na normatividade do “modo de andar a vida”:

[. . .] o doente perde de vista o fato de que, por causa de seu ferimento, lhe faltará de agora em diante uma ampla margem de adaptação e de improvisação neuromusculares, isto é, a capacidade que talvez não tivesse utilizado nunca — porém só por falta de oportunidade — para melhorar seu rendimento e superar-se (Canguilhem, 1971, p. 87).

Desde que para sua normalidade essa limitação seja superável. Inversamente, uma mobilidade articular quase fisiológica pode resultar francamente insatisfatória e uma dolorosa mobilidade de articulações que em estado de anquilose não se produziria vem reduzir o comportamento do organismo a uma incessante ingestão de analgésicos e a uma interminável série de exercícios de reabilitação.⁷

6 Observar a ressalva que é feita no texto “[. . .] na maioria das vezes julgam [. . .]”, resultante da hesitação do autor em incluir as doenças neuropsiquiátricas em seu estudo, o que deriva por outro lado do papel privilegiado que a categoria de “consciência” deveria assumir em seu trabalho, o que pode ser atribuído por extensão ao conteúdo vitalista que essa categoria sempre encerra. Não há, entretanto, porque fazer essa ressalva se se admite que a consciência individual em larga medida pode ser pensada como a manifestação concreta da consciência social, e é sempre no plano desta que a doença, inclusive neuropsiquiátrica, é primeiro designada. Ver a propósito dessa hesitação a nota à página 174 da mesma obra.

7 Uma discussão das relações entre o trabalho médico e a dor pode ser encontrada em Conti (1972).

A transgressão da normatividade “vital”, que não precisa ser reduzida a uma normatividade biológica, como por vezes procura fazer Canguilhem, — ainda que em inúmeros contextos de sua obra o caráter imediatamente social de toda norma biológica humana seja igualmente explicitado —, já por só ser cabível no plano da totalidade individual consciente apresenta-se como atributo da situação histórica particular em que essa totalidade pode instituir suas normas.

A necessidade com que se defronta a medicina só pode ser pensada, portanto, como particularidade historicamente determinada de seu objeto mais restrito, o corpo humano portador dessa necessidade, já então distinto do corpo anatomofisiológico. E ao defrontar-se com essa necessidade assim determinada a medicina dá sempre conta de suas determinações, na prática, apesar das possíveis restrições de sua teoria do objeto — a patologia. Toda vez que se instaura um hiato entre tais determinações e a capacidade da medicina de manipulá-las, esta se reorganiza e, sintomaticamente, é a prática e não a patologia que é reformulada.

Se o objeto do trabalho médico não pode, portanto, ser reduzido ao corpo anatomofisiológico, porque esse corpo é o de um homem historicamente determinado, tampouco pode sê-lo à consciência psicológica que esse homem tem de seu corpo, pois esta também só é concebível como historicamente determinada.

Na medida em que a multiplicidade das determinações que marcam o corpo diz respeito à forma pela qual o homem se relaciona com o meio físico e com os outros homens, e ainda às formas assumidas historicamente por essas relações, o corpo anatomofisiológico aparece como um corpo investido socialmente (Donnangelo & Pereira, 1976, p. 25).

Analisando a normatividade social, Donnangelo procura chamar a atenção para o fato de que esta não deve ser reduzida à sua

expressão genérica, às concepções presentes em toda sociedade sobre a normalidade do funcionamento do corpo em seus usos legitimados e às medidas correlatas para mantê-lo normal, socialmente legitimadas também, de que se lança mão. Sigerist (1974) descreve uma trajetória da posição social do doente na história em que se aprende uma das dimensões dessa normatividade social: maldição e possessão demoníaca são as maneiras de conceber o estado do doente nas sociedades tribais primitivas; nas culturas semíticas a enfermidade já irá aparecer como castigo pelo pecado cometido, e o Antigo Testamento contém numerosas referências ilustrativas e esse respeito; entre os gregos, a doença aparece como imperfeição entre os cidadãos da pólis, que devem cultivar a sua própria saúde enquanto buscam a perfeição integral, e como consequência natural da imperfeição inevitável para os trabalhadores artesãos e escravos, — “o autor do tratado hipocrático *‘Peri diaites’* prescreve normas dietéticas especiais para aquelas pessoas que, devido às suas ocupações, não podem dedicar o devido tempo à sua saúde” (Sigerist, 1974, p. 65); nas sociedades cristãs medievais, a enfermidade assume o caráter de ascese mística; nas sociedades modernas se transforma em perigo social (sua capacidade de transmitir-se, a insegurança que gera para o “normal” funcionamento da sociedade na medida em que pode comprometer o horizonte de cálculo econômico) e em direito social a atenção a ela.

Canguilhem (1971, p. 121) expressa essa normatividade social genérica através de suas análises da duração média da vida:

[. . .] quando se fala em vida média, para aludir ao seu progresso crescente, relaciona-se esse valor com a ação que o homem, considerado coletivamente, exerce sobre si mesmo. Nesse sentido, Halbwachs trata da morte como fenômeno social, estimando que a idade em que se produz é em grande parte o resultado de condições de trabalho e de higiene, de atenção à fadiga e às enfermidades, logo, tanto das condições sociais

como das fisiológicas. Tudo se passa como se cada sociedade tivesse a mortalidade que lhe convém, posto que a quantidade de mortes e sua distribuição nas diversas idades representam a importância que uma sociedade dá ou deixa de dar à prolongação da vida; [. . .] nesse número abstrato que é a duração média da vida humana está expressado um juízo de valor. A duração média da vida não é duração da vida biologicamente normal, mas, em certo sentido, é a duração da vida socialmente normal. Também neste caso a norma não se deduz da média, senão nela se traduz [. . .].

Ficar nesse plano de generalidade, contudo, leva à identificação de corpos próprios de cada sociedade como um todo ou a variações sociais desses corpos conforme grupos ou estratos sociais:

[. . .] ao tratar dessa normatividade social e ao tomá-la como ponto de referência para o objeto da prática médica, é necessário precisar o sentido dessa normatividade para uma dada forma de organização social e identificar os níveis da estrutura social a partir dos quais o corpo é fundamentalmente determinado (Donnangelo & Pereira, 1976, p. 25).

Se o sentido da normatividade social dever ser buscado na forma de organização da sociedade, não deve sê-lo, contudo, de forma restrita, como que buscando adjetivações que um corpo anatomofisiológico natural ganhasse por sua existência acidental neste ou naquele tipo de sociedade, — observação que remete a um tema já tratado de outra forma neste trabalho. Para dar coerência à noção de “normatividade social”, ou se rompe radicalmente com as concepções biológicas a respeito do objeto e das finalidades da medicina ou apenas se acrescentam detalhes àquelas concepções. A condição de normalidade é o resultado da combinação, no mesmo movimento, de todas as determinações que especificam o

ser humano, e não se reduz nunca a nenhuma dessas; só é reconhecida como tal nas condições originais em que os padrões de referência instituídos que permitem assim julgá-la permanecem válidos, e enquanto permanecem. O corpo não é biologicamente normal “primeiro” para submeter-se “depois” a um teste social em que pode perder essa condição; mesmo em situações que significam a terminação mais rápida da própria vida segue sendo normal se esse fim mais precoce é estimado como o “modo de andar a vida” socialmente adequado. Inversamente, em condições nas quais não se pode evidenciar qualquer espécie de transgressão de uma pretensamente autônoma normatividade biológica é possível distinguir “modos de andar a vida” socialmente desvalorizados.

Pode-se tomar desse fato alguns exemplos, entre muitos outros possíveis: os padrões de alimentação e exercício de uma parte da população urbana nas sociedades industrializadas atuais implicariam uma clara transgressão da “normatividade biológica”, a julgar por suas consequências mórbidas, e tomando a patologia como juiz; não obstante, a medicina jamais conseguirá prescrever a correção dessa normatividade antes que modificações que a transcendem de muito levem esses padrões a se desvalorizarem, o que não significa por certo uma correção de padrões inadequados, mas substituição de padrões socialmente adequados por outros, que o serão igualmente. A maior parte das consequências biologicamente nocivas das atividades do trabalho ainda permanece na obscuridade, podendo apenas ser estimada por analogia, e a medicina não se ocupará delas até que os próprios agentes expressem essa problemática sob a forma de doenças, isto é, de “modos de andar a vida” socialmente desvalorizados; a história da maneira pela qual a medicina teve de dar conta da pouca patologia profissional conhecida atesta o papel da atividade social, relevando nela o desempenho dos próprios trabalhadores que, em condições históricas bem determinadas, obtiveram o direito de serem reconhecidas as condições de trabalho como “patológicas”. No polo oposto, todas as condições

estéticas socialmente desvalorizadas adquirem o estatuto do patológico: a cirurgia plástica propõe como objetivo terapêutico o cânone estético onde o social se manifesta em sua forma mais superficial; a cirurgia restauradora evolui

da concepção de ‘normalidade da forma’ para a de ‘normalidade da função’, [como se] constata na evolução das próteses: houve um tempo em que eram construídas de acordo com um determinado padrão estético. . . hoje se convertem em funcionais, inclusive com suplementos de partes para substituição que por sua forma se diferenciam muito mais da forma do membro humano (Conti, 1972, p. 290).

O ponto de partida do qual se pode encaminhar a análise do sentido da normatividade social é dado pela forma como toda sociedade dispõe do corpo, e

[. . .] na sociedade, o corpo é disposto antes de tudo como agente de trabalho, o que remete à ideia de que ele adquire seu significado na estrutura histórica da produção: significado que se expressa na quantidade de corpos ‘socialmente necessários’, no modo pelo qual serão utilizados, nos padrões da ação física e cultural a que deverão ajustar-se (Donnangelo & Pereira, 1976, pp. 25-6).

Em um primeiro nível, o objeto da medicina se determina então enquanto força de trabalho, a capacidade de trabalhar, “o conjunto de faculdades físicas e materiais, existentes no corpo e na personalidade viva de um ser humano, as quais ele põe em ação toda a vez que produz valores-de-uso de qualquer espécie” (Marx, 1968, p. 187). Essa força de trabalho só existe, entretanto, em condições historicamente determinadas, bem definidas, em que é posta em funcionamento; conforme o significado que adquire por

sua situação em cada uma dessas estruturas de produção historicamente verificadas, o corpo (força de trabalho) se reveste de significado diferente também para a medicina.

Se ao olhar para seu objeto, o trabalho já o vê de conformidade com a finalidade útil a que se propôs, o vê desse ângulo especial que lhe é fornecido pelo projeto de produto que tem idealizado, e se o trabalho médico é especial, entre outros, recebe concomitantemente no objeto a finalidade, na forma de uma solicitação, segue-se que, ao se dirigir ao corpo tomado como força de trabalho, a medicina tem de incorporar as determinações específicas dessa força de trabalho como características de seu projeto e de seu objeto, o que na prática, como já se viu, deve coincidir.

Pode-se distinguir dois níveis em que essas considerações se devem dar. O trabalho médico deve discriminar na força de trabalho a que se dirigem as suas características especiais de produtividade, isto é, as características particulares de utilização do corpo no concreto trabalho útil em que se emprega, e tomá-las como referência para a execução da terapêutica. Essa consideração não é senão o reflexo no projeto terapêutico da manifestação diferencial da situação designada como doença conforme as diversas estruturas de normatividade peculiares a cada forma de atividade.

Assim sendo, uma artropatia não existe em si, mas no pianista, no velho aposentado, na dona de casa, no torneiro mecânico, etc. Manifesta-se como patológica de forma diferente nesses casos diversos, aparece apontada como necessidade com distintas ênfases, repercute nas “personalidades vivas” totais com ressonâncias sempre originais. Não há paralelo entre o quadro “objetivo”, as características de severidade e extensão do acometimento tais como podem ser detectadas e classificadas com base nos critérios clínicos e laboratoriais do médico e o quadro objetivo de sua existência enquanto norma patológica, — as percepções e reações concretas dos indivíduos trabalhadores afetados. O médico individual nem sempre — poder-se-á até suspeitar que raramente, — se dá conta desta

objetividade de forma sistemática; está propenso, pelo contrário, a rejeitar em nome de “sua objetividade” as manifestações de irregularidades das doenças nos doentes como impertinências toleráveis, ossos do ofício. Não obstante, só chega a conhecer o patológico, nos casos citados como exemplo, porque a específica utilização de cada um daqueles corpos induz, em tempos só secundariamente relacionados com as alterações anatomofisiológicas, a necessidade do seu trabalho. Não obstante, de forma também só secundariamente relacionada ao grau de acometimento que diagnostica, verifica adesões aos programas terapêuticos que sugere e recuperações da “normalidade anatomofisiológica” que não expressam mais do que a gravidade da transgressão das normas conforme o julgamento que se dá no próprio ser humano que as instituíra. É claro, ainda uma vez se saliente, que tal julgamento não é efetuado à base de critérios psicológicos puramente; esses são os reflexos na consciência e nas emoções de um julgamento que o próprio “modo de andar a vida” já realizara; uma decorrência desse fato é que o custo do cuidado médico, aí incluídas as medidas materiais (exames, drogas, aparelhos, dietas, etc.) e não materiais (reorganização da distribuição das atividades no tempo), implica possibilidades diferenciadas de realização das diferentes forças de trabalho, o que traduz, não só através de seus recursos econômicos mas também pelo que se vem chamando normatividade social, a situação diferencial que, dado o seu caráter útil específico, ocupam na estrutura social.

Por outro lado, o trabalho médico deve então discriminar também, na força de trabalho, a marca que lhe é dada por sua situação econômica na estrutura produtiva: os corpos do escravo, do servo, do proletário, do camponês, do artesão, do senhor feudal e do capitalista se revestem de significados econômicos distintos; a medicina deve dar conta dessa diversidade através de um cuidado necessariamente diverso, qualitativamente. Aqui se trata do reflexo, no projeto terapêutico — e especialmente nas formas de organizar a produção e a distribuição do trabalho médico — das estruturas

de normatividade peculiares a cada situação econômica da força de trabalho.

Tomando a situação do trabalho na estrutura produtiva como o critério fundamental na determinação, em cada forma de organização social, do lugar social dos indivíduos, o objeto da medicina se determina então já não apenas como força do trabalho, mas como força de trabalho posta em funcionamento sob determinadas relações de produção, — como classe social. Há que se explicitar melhor este passo, entretanto.

Por situação do trabalho na estrutura produtiva se deve entender a posição relacional que conjuntos de agentes sociais — distintos enquanto grupos precisamente por isso — mantêm reciprocamente nas sociedades, no que diz respeito à produção, na medida em que mantêm com os objetos de trabalho e com os meios de trabalho postos a funcionar relações diferenciadas de propriedade econômica e de posse.⁸ Meios e objetos de trabalho não são manipulados no processo de trabalho independentemente de tais relações que os homens (trabalhadores e não trabalhadores) mantêm entre si, através de suas relações com esses meios e objetos: o processo de trabalho, tal como pode ser analisado fora dessas relações constituindo-se, portanto em abstração, necessária ao conhecimento, mas que não dá conta do real. À unidade do processo de trabalho com essas relações (relação de produção) aplica-se o conceito de processo de produção.

8 “As relações de produção são constituídas, numa sociedade dividida em classes, por uma dupla relação que engloba as relações dos homens com a natureza na produção material. As duas relações são relações dos agentes da produção com o objeto e com os meios de trabalho (as forças produtivas) e, assim, por tal distorção, as relações dos homens entre si, as relações de classe. Estas duas relações referem-se então: *a*) à relação do não trabalhador (proprietário) com o objeto e com os meios de trabalho; *b*) à relação do produtor imediato (ou do trabalhador direto) com o objeto e com os meios de trabalho. Estas duas relações comportam dois aspectos: *a*) a propriedade econômica: significa o controle econômico real dos meios de produção, isto é, o poder de afetar os meios de produção para determinadas utilizações a dispor assim dos produtos obtidos; *b*) a posse: significa a capacidade e dinamizar os meios de produção, isto é, o domínio do processo de trabalho” (Poulantzas, 1975, p. 19).

Na medida em que a produção é uma manifestação humana, tais relações de produção, “no seio desta unidade (com o processo de trabalho, constituindo o processo de produção) [. . .] dominam sempre o processo de trabalho. . . [imprimindo-lhe] seu traçado e seu modo de proceder” (Poulantzas, 1975, p. 22). Ainda na medida em que tais relações de produção não são relações “naturais” nem derivam de nenhuma necessidade imperiosa inscrita no econômico, o processo de produção aparece também como processo de reprodução das relações de produção, em que são forças de natureza política e ideológica que as constituem (Poulantzas, 1975, p. 22).⁹ Ao introduzir a ideia de situação do trabalho na estrutura produtiva introduz-se também, portanto, a ideia de relações de produção, e, por via dessas últimas, o político-ideológico, articulando-se (não “sobrepõdo-se”) ao econômico no próprio processo produtivo. Ora, o conceito que dá conta desses lugares na estrutura produtiva, desde que as relações político-ideológicas façam parte integrante de sua determinação (com o que se especificam então os lugares na estrutura social) é o conceito de classe social (Poulantzas, 1975, pp. 13-38). Por isso, se pode dizer que, ao dirigir-se à força de trabalho posta em funcionamento no processo de produção, isto é, sob determinadas relações de produção, a medicina toma como objeto as classes sociais.

Duas observações se fazem aqui necessárias. Em primeiro lugar, não se trata neste trabalho de sociedades primitivas, em que o desenvolvimento da produção ainda não ensejara a acumulação e a apropriação de um excedente econômico suficiente para dar início à divisão social do trabalho. Em tais sociedades não há uma

⁹ “É deste papel dominante das relações de produção sobre as forças produtivas e o processo de trabalho que decorre o papel constitutivo das relações políticas e das relações ideológicas na determinação estrutural das classes sociais. As relações de produção e aquelas que as compõem (propriedade econômica/posse) traduzem-se sob a forma de poderes daí decorrentes, em suma, pelos poderes de classe: como tais, esses poderes estão constitutivamente ligados às relações políticas e ideológicas que os consagram e os legitimam. Essas relações não se sobrepõem simplesmente às relações de produção ‘já existentes’, mas estão presentes, sob forma específica em cada modo de produção, na constituição das relações de produção” (Poulantzas, 1975, p. 22).

medicina no sentido aqui tratado, não há uma separação entre o corpo que transgredir normas e o trabalho de restauração dessas normas, a consciência individual difusa no social que verifica a transgressão e a que determina o modo de correção, não há trabalho médico como trabalho separado. É certo que em sociedades ainda bastante primitivas, povos nômades de caçadores e pescadores e culturas agrícolas de subsistência, se pode ver já a medicina caracterizada na figura do “xamã”, mas, nesse caso, o objeto deriva sua heterogeneidade ainda apenas dos substratos físicos originais da divisão social do trabalho — sexo e idade e sua relação com a utilização dos corpos em tarefas diferenciadas. Trata-se de sociedades comunitárias em que os agentes sociais não se diferenciam enquanto classes sociais. Tal diferenciação só se dá com o advento dos modos de produção tributários¹⁰ e só a partir de então, correlatamente, à medicina o objeto aparecerá assim caracterizado. Em segundo lugar, note-se que as observações precedentes sobre as características do objeto da medicina ainda se situam em um nível de abstração que faz valer suas conclusões para todo o período histórico de existência das sociedades divididas em classes, não apenas para uma qualquer das estruturas de historicidade verificadas nesse período.

Recuperando a noção acima citada, de que as relações de produção dominam o processo de trabalho no seio do processo de produção, se pode afirmar que as estruturas de normatividade referentes à situação da força de trabalho na estrutura produtiva, à sua determinação estrutural de classe,¹¹ sobredeterminam as estruturas de

10 A expressão é tomada de Amin (1976, capítulo I).

11 “Pode-se assim dizer que uma classe social define-se pelo seu lugar no conjunto das práticas sociais, isto é, pelo seu lugar no conjunto da divisão social do trabalho, que compreende as relações políticas e ideológicas. A classe social é, neste sentido, um conceito que designa o efeito da estrutura na divisão social do trabalho (as relações sociais e as práticas sociais). Este lugar abrange assim o que chamo de determinação estrutural de classe, isto é, a própria existência da determinação da estrutura — relações de produção, lugares de dominação-subordinação política e ideológica — nas práticas de classe: as classes só existem na luta de classes” (Poulantzas, 1975, p. 14).

normatividade que se referem ao caráter útil específico da força de trabalho (Poulantzas, 1975, p. 14). Dessa forma, um mecânico de automóvel é sempre um trabalhador qualificado de uma certa maneira, capaz de uma atividade útil determinada, quer a exerça em uma pequena oficina própria de reparos, quer a exerça como assalariado de uma grande indústria; mas a virose que ameaça suspender essa atividade assume significados distintos nas duas situações. A diferença, contudo, só chega a manifestar-se em toda a sua plenitude quando se tomam os conjuntos de mecânicos de automóveis proprietários de pequenas oficinas de reparos e, dos assalariados de grandes indústrias, pois o significado das estruturas de normatividade referentes às classes sociais só pode ser apreendido no mesmo espaço dessas, e este é o espaço da sociedade, não o do indivíduo.¹²

A medicina, ao apreender essas estruturas de normatividade, também não o faz predominantemente ao nível individual, e as adaptações que se devem verificar entre a historicidade da medicina e as modificações históricas de seu objeto enquanto classe social, melhor são apreendidas, correlatamente, ao nível do relacionamento de conjunto da prática médica com as estruturas de classes. Por essa razão se salientou acima o papel estratégico do estudo das formas de organização da produção dos serviços médicos para a compreensão do reflexo das estruturas de normatividade referentes às classes sociais no projeto terapêutico. Um exemplo entre muitos se pode derivar da mesma ilustração empregada acima: as viroses. Mesmo tendo em conta que o melhor a fazer diante de uma virose, dada a “objetividade” do conhecimento de sua fisiopatologia, é oferecer ao corpo as melhores condições possíveis de defesa para que

12 “O aspecto principal de uma análise das classes sociais é bem aquele de seus lugares na luta de classes: não é dos agentes que as compõem. As classes sociais não são grupos empíricos de indivíduos — grupos sociais — ‘compostos’ pela adição desses indivíduos. [...] a questão pertinente que deve ser colocada na relação das classes sociais e de seus agentes não é aquela da classe a que pertence este ou aquele indivíduo determinado (o que importa são os conjuntos sociais), [...]” (Poulantzas, 1975, pp. 17-8).

seu curso se abrevie e não sofra intercorrências, condições que se obtêm com repouso e boa alimentação, a medicina apreende na prática o significado que essas doenças simples assumem por referência à estrutura de normatividade relativa às classes sociais, no modo de produção capitalista, por exemplo, e opta, nesta mesma prática, por modificar o objeto central da terapêutica, que passa a ser identificado como o “apagamento” mais perfeito possível dos sintomas, de forma tal que, ainda que para o médico a infecção continue existindo, para o seu portador ela não existe mais, pois não se manifesta, e a atividade produtiva não precisa ser interrompida. As recomendações que sua própria ciência afirma como básicas, o médico vai encontrar oportunidades diferentes de lembrar-se delas e de poder despendar parte de seu tempo (empregar-se nisto, portanto; trabalhar nisto, ser médico fazendo isto) com elas, conforme o lugar, na organização da produção dos serviços em que esteja trabalhando, lugar que equivale de forma muito fiel às características do objeto que estará manipulando. As instituições destinadas às diferentes classes sociais têm entre suas características a previsão do tempo que deve durar o cuidado, não por nenhuma maquiavélica “intenção institucional” de diferenciar os cuidados oferecidos, mas por uma adaptação que se vai produzindo na prática às estruturas de normatividade da classe social que atendem. Como corolário, se, contrariando tais determinações estruturais, o médico procura ser fiel à sua “objetividade científica” e empreender um discurso normativo sobre a importância do repouso e da dieta para a superação da virose, verificará que o proletário que atende não pode ouvir tal discurso pela razão objetiva de que não pode atendê-lo. Chaplin mostrou didaticamente o sentido desta impossibilidade em *Tempos modernos*. Após a clássica sequência inicial, em que a revolta de seu personagem diante das condições de trabalho resume, com a capacidade sintética de que só a expressão estética é capaz, o sentido da loucura, este é internado em um hospital com o “diagnóstico” de esgotamento nervoso. Repousado, o personagem tem alta em

plena recessão econômica, desempregado, sem habitação e fichado pela polícia como arruaceiro; o médico que o despede do hospital dá-lhe um encorajador tapinha nas costas e recomenda: “Take it easy and avoid excitements”. Não se trata apenas, para o personagem, de *não poder* seguir as recomendações devido à precariedade de suas condições de vida, mas, trata-se também — e sobretudo — de *não querer* segui-las, buscando impor à vida a sua própria normatividade, decorrente sem dúvida daquelas mesmas condições de vida, mas sadia como qualquer outra. No filme, ele o faz, mas aqui acaba o paralelismo entre a vida e a arte: esta imita aquela, mas não pode reproduzi-la, e na vida a imposição da normatividade não passa apenas pela consciência do indivíduo, mas, antes de aí se apresentar está já constituída na consciência do grupo social que as porta, e ao qual ele pertence.

Não se quer evidentemente afirmar uma generalidade ilegítima e gratuita tal como a sugestão de que essa classe em especial (ou qualquer outra) apresenta características tais ou quais de inteligência ou de cretinismo, barreiras culturais ou aberturas intelectuais que a tornam mais simpática ao discurso normativo do médico. De resto, qualquer discurso normativo só é compreensível, no sentido de absorvível, quando corresponde a valores “pré-normais” já instaurados, e, neste caso, tem sido bem escassa a plateia adequada da medicina ao longo da história; por outra parte, a consciência que uma classe pode ter da “objetividade” da patologia só pode ser constituída em conjunto, através das mesmas práticas político-ideológicas que facultam outra consciência qualquer.

A medicina toma para si como objeto, portanto, as estruturas de normatividade das classes sociais. Tais estruturas, convém notá-lo, não são “puras”, no sentido de que refletiriam, como um espelho, as condições objetivas da existência de cada classe que as porta, mas são o resultado da filtragem desse reflexo através de uma estrutura de normatividade dominante. A normatividade, enquanto disposição de instaurar valores como normas e ajuizar as variações dos critérios

que serviriam para aquela instauração em função das normas instauradas,¹³ se constitui, portanto, em um conjunto de práticas materiais referentes a, e indissociáveis de um conjunto coerente e organizado de concepções. Trata-se, pois de uma prática político-ideológica.

São, portanto, também práticas político-ideológicas que a medicina toma como objeto. E aqui aparece, através de seu objeto, a dimensão talvez mais relevante da articulação da prática médica no conjunto organizado das demais práticas sociais. Porque esse conjunto não é naturalmente organizado; sua organização é o resultado contraditório que se produz pela própria articulação das práticas, e enquanto persiste, com o grau de reiteração e de estabilidade que permite apreciar as sociedades como estruturadas, impõe um sentido obrigatório às práticas que a produziram. Em outros termos, submete à ideologia da classe cuja hegemonia se constituiu naquela organização da sociedade segundo seus interesses, as práticas e representações das outras classes em presença. A prática médica deve, pois, alinhar-se — e a história é testemunha de bem poucas situações em que esse alinhamento não se tenha dado suave e funcionalmente, o que tem a ver com as características próprias de seus agentes, a que se voltará posteriormente — com esse conjunto organizado de práticas sociais, e fazê-lo subordinando-se ao sentido que preside à própria organização. Em outras palavras, a prática médica necessariamente se polariza em relação à contradição fundamental de classes que caracteriza cada forma de organização social, e o faz necessariamente orientando-os de forma positiva para aquela classe fundamental que se constitui em dominante em cada uma dessas formas: a este fato se chama articulação no conjunto das práticas sociais, e nada diferencia a prática médica de outra qualquer sob este aspecto, exceto a muito particular

13 “Por normativo se entende em filosofia todo juízo que aprecia ou qualifica um fato com relação a uma norma, mas esta modalidade de juízo se encontra subordinada no fundo àquele que institui normas. No pleno sentido da palavra, normativo é aquele que institui normas” (Canguilhem, 1971, p. 92). (Tradução livre da citação em espanhol no original de Mendes-Gonçalves).

especificidade de seu objeto. Uma orientação diferente descaracterizaria a prática médica como articulada, e, na medida em que não é possível conceber-se uma prática desarticulada, o que seria o mesmo que autonomizá-la, só se verificam historicamente ambiguidades nessa polarização da medicina quando uma forma de organização social atinge a exaustão, e a crise da hegemonia fundamental abre a possibilidade de sua substituição por uma nova forma de organização. A reorientação da prática médica na França, no fim do século XVIII, tal como analisada por Michel Foucault (1977),¹⁴ dá bem a medida das condições em que é possível e do alcance de que é capaz a reorientação da prática médica em uma situação revolucionária. Sob uma perspectiva de análise diversa, mas igualmente ilustrativa, Navarro (1976, pp. 33-66) mostra a trajetória da medicina chilena no governo Allende.

Dessa forma, ao lidar com estruturas de normatividade, e, portanto, com práticas político-ideológicas, a medicina contribui para a reprodução de relações de classe, e o faz desenvolvendo e ampliando de forma coerente com os princípios gerais de organização da supraestrutura os materiais que lhe são trazidos pelas diversas classes que atende.

C) O processo de trabalho médico. Os instrumentos de trabalho

Por um exame das características gerais de historicidade do objeto da prática médica foi possível referir já algumas das características gerais de historicidade dessa prática mesma, através da dupla determinação que esse objeto lhe impõe: enquanto material cujas modificações obrigam o trabalho a novos modos de aproximação e de manipulação, enquanto finalidade distinta que subordina a vontade, no trabalho, a diferentes fios condutores.

14 especialmente capítulos II e V.

Já que o trabalho não se confunde, entretanto, com a observação especulativa, mas define toda aproximação interpretativa como momento de seu lidar transformador, há que desenvolver meios de encaminhar essa aproximação e meios de efetivar essa transformação. As características do objeto de um lado, a finalidade do trabalho de outro, determinam as características desses meios de aproximação e de transformação, — meios de trabalho. Toda historicidade verificada no objeto e na finalidade deve ser reencontrada, portanto, nos meios de trabalho. Enquanto resultado histórico, contudo, isto é, como solução técnica encontrada para a recíproca determinação da finalidade do trabalho e do determinismo da natureza, os instrumentos de trabalho exprimem um modo de existência histórico do trabalho, por eles dinamizado em uma certa direção, por isso mesmo restringindo em outras direções. Sendo os modos históricos de existência do trabalho, por outro lado, definidos pelas relações sociais que os trabalhadores estabelecem entre si, pode-se concluir que os instrumentos de trabalho exprimem não só soluções técnicas encontradas pelo homem para suas relações com a natureza, mas sobretudo soluções técnicas adequadas a determinadas relações sociais, organizadas segundo as quais os homens então se relacionam com a natureza. Dessa forma, como expressão adequada dessas relações sociais, os instrumentos de trabalho são resultados históricos, e como tais determinam, no quadro de uma dada forma de organização social, o modo de preceder do trabalho. Vale dizer, indicam as direções nas quais estes podem orientar suas finalidades e os aspectos segundo os quais os objetos serão desprendidos no natural para serem nele integrados.

Aos instrumentos de trabalho da medicina se concede, de modo contrastante com o que ocorre para os objetos e as finalidades, a historicidade, sob a forma de diversificação progressiva, desenvolvimento progressivo das trevas do passado para a luminosidade da era científico-tecnológica. Ao mesmo tempo, se tende a negar, com igual empenho, a historicidade enquanto significado consubstancial

com os objetos e as finalidades entre as quais estabelecem o modo do trabalho. Isto significaria marcar os meios de trabalho pelas estruturas históricas em que se inserem, procedimento que, para a época em que se vive, é duas vezes indesculpável: em primeiro lugar, em um sentido genérico, tende à demonstração de que a técnica se determina como modo de adequar o trabalho à racionalidade socialmente determinada da produção, com o que se pode estar melindrando a moderna mitologia do desenvolvimento técnico-científico; em segundo lugar, no caso específico da medicina, prática cujas articulações supraestruturais estão amplamente fundamentadas na sua legitimação como técnica potencialmente dotada da capacidade de resolver todos os problemas referentes ao estado de saúde do homem,¹⁵ significa nada menos do que desampará-la de sua talvez mais sólida base de sustentação. Significa questioná-la pelo lado em que se representa como inatacável, até quando se procura reformá-la. Entretanto, tomados do ângulo do processo de trabalho, os instrumentos da medicina não se distinguem em substância de quaisquer outros, e só podem ser compreendidos com base nos mesmos critérios que procuram examiná-los a partir de sua necessária inserção histórica na prática social.

Convém aqui, todavia, abrir um parêntese para explicitar os limites da posição que se adota por referência à técnica, no que diz respeito a sua relação com a ciência. Não sem a consciência de que se está resvalando por terreno extremamente complexo e movediço. Não se trata aqui, evidentemente, de dissertar sobre esse assunto, mas na medida em que parte dele diz respeito ao tema abordado, é inevitável ao menos delimitar as fronteiras. Esclareça-se para esse fim que não se adota aqui a tese de que os conhecimentos científicos são, enquanto parte das supraestruturas, redutíveis in-

15 “À medida em que a medicina aprimora os meios para ‘conhecer e tratar as doenças’, no século XIX, desponta a dimensão em que se fundamenta toda sua contribuição político-ideológica à reprodução das relações sociais capitalistas: a crença na eficácia da técnica e em seu ilimitado poder de produzir ou de devolver o bem-estar ao homem” (Nogueira, 1977, p. 68).

tegralmente — e funcionalmente — à concepção do mundo das classes dominantes; tampouco se aceita a ideia de identificação entre ciência e “verdade objetiva”. Ambas as proposições remetem a questões não formuladas mas implícitas acerca do caráter e do papel bom ou mau da ciência que desistem de tentar compreendê-la de uma perspectiva científica. Se é verdade que, de uma parte, como força produtiva potencial, sua potencial subordinação aos interesses dominantes pode torná-la instrumento de reprodução de relações sociais, isto está longe de significar — e a história é testemunha — que o conteúdo do conhecimento científico e os métodos de investigação elaborados encontrem seus limites restritivamente no quadro de uma determinada forma de organização social. Por outro lado, essa persistência histórica não pode ser tomada de tal forma que eleve a ciência à condição de “bruxaria superior”,¹⁶ entidade supra-histórica e mitológica da qual se deve esperar por uma espécie de nova Revelação, a solução para os problemas da humanidade.

Enquanto corpo de leis e abstrações produzido a partir da prática concreta dos homens na história, a ciência certamente guardará relações com essa prática: é muito fácil demonstrar tais relações, e a própria medicina oferece eloquentes exemplos; enquanto interpretação do mundo real, a ciência será sempre uma região da ideologia, bastando lembrar para sustentar essa ideia que o obscurcimento da investigação científica esteve sempre relacionado com a preponderância de outras regiões ideológicas, especialmente a religião, ou que, inversamente, o paroxismo do cientificismo no mundo contemporâneo capitalista tem muito a ver com o papel que a ciência

16 “A superstição científica leva consigo ilusões tão ridículas e concepções tão infantis que a própria superstição religiosa acaba enobrecida. O progresso científico fez nascer a crença e a espera de um novo Messias. . . ; as forças da natureza, sem intervenção alguma do esforço humano, mas por obra de mecanismos cada vez mais aperfeiçoados, darão abundantemente à sociedade todo o necessário para satisfazer suas necessidades e viver comodamente. [. . .] Na verdade, como se espera demasiadamente das ciências, se a concebe como uma espécie de bruxaria superior, e por isso não se consegue valorizar com realismo o que a ciência oferece concretamente” (Gramsci, 1974, p. 362). (Tradução livre da citação em espanhol no original de Mendes-Gonçalves.)

representa na elaboração de suas supraestruturas. Todavia, apesar de ancorada na prática, a ciência guarda em relação às determinações que daí lhe advêm uma relativa autonomia de desenvolvimento; apesar de se caracterizar como região da ideologia, não pode ser reduzida a essa forma histórica de existência, com o que não se poderia compreender que uma classe social utiliza a ciência “de” outra, despindo-a do envoltório ideológico que a reveste.¹⁷

Para os fins deste trabalho, importa reter entretanto duas ideias mais importantes: em primeiro lugar, o desenvolvimento de um corpo de conhecimentos abstratos de natureza científica referentes ao corpo humano normal (anatomia, fisiologia e suas ramificações) e patológico (patologia e suas ramificações) se deu sempre como resposta à necessidade colocada pela existência de uma prática que procurava dar conta das situações, historicamente variáveis, como se viu, designadas como “modos de andar a vida” socialmente desvalorizados. Essa resposta científica sistematizava as questões colocadas pela prática e possibilitava a instrumentalização de novas técnicas de atuação, mas não desqualificava a natureza toda peculiar da prática, dada por sua condição de trabalho humano imbricado em uma estrutura social e pela natureza particularizada de seu objeto. Subordinada dessa maneira à prática, para cada momento histórico de existência desta, que corresponde a uma forma de organização social (ou a uma etapa de realização histórica de uma forma de organização social), à ciência correspondeu um momento histórico em sua própria estruturação. Em outros termos, a estrutura do conhecimento, os objetos para ele apontados a conhecer, os

17 “[. . .] a ciência mesma, em que pesem todos os esforços dos cientistas, não se apresenta nunca como uma pura noção objetiva; aparece sempre revestida por uma ideologia, e a ciência é concretamente a união do fato objetivo com uma hipótese ou um sistema de hipóteses que superam o mero fato objetivo. É verdade, porém, que neste campo torna-se relativamente fácil distinguir entre a noção objetiva e o sistema de hipóteses, mediante um processo de abstração que se encontra na metodologia científica mesma, de modo que é possível acolher uma e rechaçar a outra” (Gramsci, 1974, p. 361). (Tradução livre da citação em espanhol no original de Mendes-Gonçalves.)

métodos e técnicas de investigação se conjugam de formas históricas mais ou menos individualizáveis, e que correspondem a outras tantas formas históricas assumidas pela prática. Seria ocioso investigar as sequências cronológicas dos eventos que marcaram as etapas nos desenvolvimentos paralelos da ciência e da técnica médicas, pois a questão aqui colocada diz respeito ao tempo histórico desse desenvolvimento. Neste caso, e a título de ilustração, a análise das relações entre a Revolução Francesa, a prática médica e a ciência médica empreendida por Foucault (1977) segue sendo o exemplo mais luminoso. Sigerist (1974) apresenta também um estudo das relações entre o desenvolvimento da ciência médica e as condições históricas da existência da prática que mostra essa dependência, ainda que para esse autor as condições históricas sejam apresentadas como “obstáculos” ou “favorecimentos” ao desenvolvimento de uma ciência que, vista do futuro parece ter estado sempre orientada para lá.

Cada um desses momentos históricos de estruturação do saber distingue-se de outro enquanto constitui um todo organizado, um contexto, uma estrutura do conhecimento em que cada conceito ganha um significado original. É necessário, portanto, não transpor de uma dessas estruturações a outras um conceito qualquer sem proceder às devidas mediações. Ilustrando com um exemplo tomado de Arouca (1975, pp. 2-3) a ideia, de “conduta preventiva” carrega especificidades totalmente diversas quando apreendida em cada uma dessas estruturas epistemológicas da ciência médica e o procedimento de rastrear uma história da medicina preventiva que vê na concepção que os gregos faziam de “prevenção” uma precursora da que seria desenvolvida no século XX é carregado de uma arbitrariedade que não permite compreender nem a racionalidade da ideia clássica, nem a da ideia contemporânea, dissolvendo os conceitos em seu aspecto formal e esvaziando-os de toda significação concreta.

Em segundo lugar, ao tratar-se dos meios de trabalho médico, a ciência médica torna-se secundária em relação à técnica que se constitui em sua fonte de emulação e em sua aplicação instrumental.

Ingênuo seria supor-se que essa instrumentalização se pudesse dar de forma controlada a partir do conhecimento científico; mais uma vez, e agora por via da ciência, se cederia à tentação de autonomizar a técnica em relação à prática concreta que a utilize. Particularizando uma afirmação geral que se fez acima, os instrumentos de trabalho da medicina exprimem antes de mais nada a instauração de uma relação adequada entre os agentes e os objetos desse trabalho, relação adequada às finalidades que a este trabalho são determinadas pelo sentido que sua prática deriva de sua articulação com o conjunto organizado das práticas sociais. No âmbito de uma modalidade de articulação historicamente dada, tais instrumentos favorecem a maior eficácia do trabalho (em relação aos objetivos socialmente definidos; mas não necessariamente, em uma perspectiva técnica que avalie essa eficácia por parâmetros internos à própria prática), ao mesmo tempo que restringem a multiplicidade de formas possíveis de execução (possíveis em um sentido abstrato).

Ao tratar das características gerais do processo de trabalho, Marx (1968, p. 203) define o instrumento de trabalho como “uma coisa ou um complexo de coisas, que o trabalhador insere entre si mesmo e o objeto de trabalho e lhe serve para dirigir sua atividade sobre esse objeto”, utilizando as propriedades mecânicas, físicas, químicas das coisas para deixar que atuem como meio de potência (*Machtmittel*) sobre outras coisas, conforme seu fim (Marx, 1968 apud Giannotti, 1973, p. 21). Essa coisa apropriada como instrumento revela-se, assim como o objeto, uma coisa humanizada:

Ao transformar um pedregulho bruto de sílex num instrumento de percussão, este (o trabalhador) o toma no sentido longitudinal de forma a aproveitar ao máximo sua resistência; qualquer outra direção o lascaria ou diminuiria seu efeito. Ao converter um galho de árvore numa alavanca, transforma-o em braço indeformável em torno do qual faz girar um sistema de forças. Nesse sentido, pedregulho e alavanca são objetos isola-

dos da natureza para que uma determinação natural possa ser aproveitada em virtude desse isolamento. Mas ocorre então na coisa um verdadeiro processo de abstração. Para percutir, não importa o pedregulho como um todo, mas apenas sua resistência e as condições de sua manipulação; para levantar, a barra não se dá como galho de árvore de uma espécie determinada, mas unicamente como braço indeformável que pode imiscuir-se nos interstícios das coisas e, desde que encontre um apoio adequado, faça mover um complexo de forças no sentido previsto. O instrumento é assim apropriado pelo trabalhador, que transforma a coisa encontrada na natureza no prolongamento de seu próprio corpo (Giannotti, 1973, pp. 21-2).

O trabalho médico apropria-se também de coisas e complexos de coisas que utiliza como forças eficazes de conformidade com seus fins. Há que distinguir dois grupos de instrumentos que dessa forma potenciam esse trabalho: aqueles que lhe servem para se apropriar do objeto e aqueles que lhe servem para efetuar nele a transformação desejada. Por ter que destacar o objeto de suas conexões sociais, o trabalho médico desenvolve, como se viu, uma teoria do objeto: a instrumentalização dessa teoria se encontra nos instrumentos do primeiro grupo, que permitem elaborar o conhecimento do objeto de trabalho por particularização de leis gerais. Destacado (conhecido) o objeto, o trabalho se aplica a sua transformação, de onde se origina uma teoria das transformações, mais ou menos imbricada na teoria do objeto conforme as épocas históricas, e cuja instrumentalização resulta no segundo grupo de instrumentos.

Aqui se revela sob nova forma a importância da compreensão adequada das características do objeto de trabalho médico, pois, a um primeiro olhar, apenas o segundo grupo de instrumentos parece compor-se naturalmente com o trabalho: são as coisas cujas propriedades permitem a este efetuar o movimento do objeto designado (apontado como “modo de andar a vida” socialmente desvalorizado)

para o produto desejado (“modo de andar a vida” normal socialmente). O primeiro grupo de instrumentos apenas permite um passo intermediário, que não interfere com a natureza do objeto a não ser na consciência que o trabalho toma dele. Contudo, é claro que não se pode admitir aqui dois processos de trabalho justapostos, um que se aplicasse sobre um objeto de trabalho natural, outro que se aplicasse sobre uma matéria-prima já trabalhada, pois não há como admitir que um objeto apreendido no primeiro momento pelo trabalho se constitua em um produto acabado: permanece então inalterado em relação à necessidade que o caracteriza como objeto.

Esse primeiro momento de trabalho se determina, pois, com o procedimento que permite adequar um objeto “natural” às características do modo de proceder do trabalho, como a contrapartida no interior do processo das características do seu objeto, que são em cada caso particularizadas a partir de leis gerais:

Sucedem com a medicina o mesmo que com todas as técnicas. É uma atividade que se enraíza no esforço espontâneo do ser vivo para dominar o meio ambiente e organizá-lo conforme seus valores de ser vivo. Eis aqui porque, sem ser uma ciência, a medicina utiliza o resultado de todas as ciências para servir às normas da vida (Canguilhem, 1971, p. 176).

Nesse sentido, os instrumentos do primeiro grupo correspondem de forma mais imediata à dimensão intelectual do trabalho médico, e essa particularidade terá, como se verá adiante, importância acentuada, no papel que lhe cabe nas formas históricas da existência do trabalho médico, em especial na sua articulação no modo capitalista de produção.

O segundo grupo de instrumentos, que permite a efetivação da transformação no objeto, corresponde de forma mais imediata, portanto, às finalidades do trabalho que às características de seu objeto, e só a utilização conjunta, no mesmo trabalho, desses e dos

primeiros pode dar conta ao mesmo tempo das finalidades e do determinismo do objeto, o que obriga a compreender o emprego dos dois grupos de instrumentos de forma tal que constituam um só instrumento, sempre que se trata do trabalho médico, não do trabalho de investigação científica. No processo de trabalho médico, este segundo grupo de instrumentos corresponde de forma mais aproximada à dimensão manual do trabalho, fato que deve também ser levado em conta na interpretação das formas históricas de existência desse trabalho.

Um terceiro grupo de instrumentos de trabalho deve ser considerado ainda, aquele composto por “todas as condições materiais seja como for necessárias à realização do processo de trabalho”, que “não participam diretamente do processo”, mas se caracterizam por “este ficar sem eles total ou parcialmente impossibilitado de concretizar-se” (Marx, 1968, p. 205). Entre esses, o local de trabalho aparece como o mais importante, e, entre os locais onde se desenvolveu o trabalho médico na história, um deles assume por referência ao próprio processo de trabalho uma posição tão fundamental que sua importância dificilmente pode ser exagerada: o hospital (Foucault, 1977; Nogueira, 1977).¹⁸ Analisando as relações entre a medicina e a cultura em dois períodos históricos da realização da sociedade grega clássica, Vegetti (1972) oferece uma interessante oportunidade de verificação das formas de adequação que os instrumentos de trabalho efetivam, tanto nas relações entre o agente de trabalho e o objeto como em relação ao processo de trabalho tomado como um todo, em sua subordinação e finalidades que lhe são derivadas de seu significado no conjunto do trabalho social. Em primeiro lugar, esse autor caracteriza as escolas médicas de

18 A este respeito, as análises de Foucault em *O nascimento da clínica* (1977, capítulo V) mostram como os hospitais possibilitaram uma nova forma de organização do saber; Nogueira (1977, capítulo 4) demonstra a rearticulação das práticas da medicina interna (física) e da cirurgia no espaço “democratizante” do hospital, em que o saber já não encontrava meios de sustentação senão na demonstração de sua possível aplicação eficaz.

Cnidos e sicilianas, inscritas na preferência do mundo grego e submetidas à dupla pressão da metrópole e das sociedades adjacentes, persa e itálica. Nesse ambiente, as “nascentes burguesias estavam confinadas a atividades meramente artesanais e comerciais”, sem “qualquer responsabilidade por seu destino histórico”, e se esse desenvolvimento das atividades urbanas despertava um crescente interesse no conhecimento da natureza e das técnicas, “a experiência de impossibilidade por parte do homem de controlar um mundo histórico-político dirigido desde fora” influía de modo decisivo nas dimensões teórica e metodológica daquele conhecimento e daquelas técnicas, caracterizadas como “um comportamento defensivo ante a natureza, que se expressava na submissão à observação empírica e na renúncia por parte da técnica a um papel ativo de compreensão e de transformação da natureza” [. . .] (Vegetti, 1972, pp. 23-4).

Dessa forma, a escola médica de Cnidos utilizava apenas os instrumentos de trabalho do próprio corpo do agente de trabalho na observação passiva e desarmada de quaisquer instrumentos conceituais, para produzir um cuidado cuja finalidade era apenas ritual:

Tudo isso comportava obviamente uma excessiva simplificação dos fatores etiológicos e dos meios terapêuticos; e comportava sobretudo, [. . .], a absoluta impossibilidade do prognóstico, que só pode apoiar-se em uma elaboração metódica dos dados observados no presente que permite projetar suas tendências no futuro (Vegetti, 1972, p. 22).

É claro que a elaboração de qualquer prognóstico, pelas próprias razões apontadas pelo autor, não entrava nas cogitações desse trabalho, pois não correspondia às necessidades socialmente moldadas.

Em oposição, a sociedade ateniense do século V, caracterizada pelo definitivo afastamento da ameaça persa e pela ampliação

quase ilimitada do comércio marítimo que possibilitaram o apogeu dos tempos de Péricles, engendraria uma nova fórmula de articulação da medicina. Tal modificação é apreendida por Vegetti (1972, p. 27) ao nível da reelaboração da filosofia da ciência efetuada a partir de Anaxágoras, que reservava um local absolutamente original para a técnica:

[. . .] para Anaxágoras o saber tinha sua continuação nas técnicas, entendidas como práxis racional de compreensão e de transformação de natureza. É fácil intuir, agora, como havia de completar-se o ciclo: como devia ser precisamente a atividade técnica que proporcionaria aquele material de experiências sobre o qual se fundariam memória e saber, a experiência perdia assim os vagos contornos e se aproximava cada vez mais daquela experiência que o cientista encontra diante de si através do filtro da técnica.

Entre os cidadãos livres da pólis e os das sociedades jônica e siciliana não haveria modificação de estatuto enquanto classe dominante em uma formação social fundada na escravidão e no comércio, mas tão somente uma possibilidade diversa de desenvolvimento das potencialidades dessa formação social: a posição assumida em face da natureza passa de passiva a agressiva e empreendedora, e à medicina (é sempre da medicina para esta classe social de que se está tratando) se impõem, no conjunto geral do conhecimento e da técnica, novas finalidades. Os instrumentos de trabalho da medicina hipocrática vêm adequar-se a essas finalidades e à posição social do médico, subordinado, mas identificado com o filósofo, incumbido de produzir e reproduzir as relações de dominação/subordinação político-ideológicas próprias daquela sociedade. Nesse sentido, a medicina hipocrática desenvolve uma anamnese capaz de dar conta do enfermo como uma totalidade individual na qual a irregularidade patológica é concebida tão só com uma perturbação funcional

da natureza do homem,¹⁹ e enquanto perturbação dinâmica é também “esforço da natureza no homem para obter um novo equilíbrio [. . .] reação generalizada com intenção de cura” (Canguilhem, 1971, p. 18). A técnica médica, portanto, deverá copiar e impulsionar essa ação médica natural (*vis medicatrix naturæ*), desenvolvendo uma posição solidária com o doente em face de uma concepção do patológico que deve ser compartilhada, tendencialmente entre iguais:

Para Hipócrates, o médico deve ser sempre consciente de que o paciente é antes de tudo um homem, que há de respeitar e compreender; um homem ao qual o médico deve exortar para que seja ele o protagonista da luta contra o mal, ajudando-o, com a anamnese e o prognóstico a compreender a enfermidade, educando-o com vistas à cura (Vegetti, 1972, p. 36).

É compreensível, outrossim, que os instrumentos de caráter manual e intelectual não devessem estar separados nesse modo de existência histórico da medicina; em que o médico se colocava como um “igual diferenciado”, cuja eficiência imediata era o penhor de seu reconhecimento público:

A medicina aparece [. . .] como suprema técnica do corpo e está autorizada a controlar e dosar todas as atividades do desenvolvimento somático, ginástica, atletismo, banhos, massagens, equitação, etc. Na divisão urbana do trabalho o médico nada mais é que um servidor dessa ideologia. Depende da eficácia de sua *‘tekhné’* para a subsistência como produtor independente: deve saber não só curar uma febre, que enfraquece o corpo, como

19 “A medicina grega [. . .] apresenta [. . .] uma concepção [. . .] dinâmica da enfermidade, já não localizacionista, mas totalizante. A natureza (*physis*), tanto no homem como fora dele, é harmonia e equilíbrio. A enfermidade é a perturbação desse equilíbrio, dessa harmonia. Nesse caso, a enfermidade não está em parte alguma do homem. Está em todo o homem e lhe pertence por completo” (Canguilhem, 1971, p. 18). (Tradução livre da citação em espanhol no original de Mendes-Gonçalves).

também reduzir uma luxação acidental, provocada pela prática esportiva nos ginásios. A ‘cura pelos medicamentos’ estava assim associada à ‘cura pela mão’ (Nogueira, 1977, pp. 65-6).

Em contraste com esse modo histórico de existência da medicina, o estudo de Nogueira sobre a medicina medieval permite apreender uma outra conjunção dos médicos com seus instrumentos de trabalho, determinada por uma outra finalidade atribuída ao trabalho médico em sua articulação na estrutura social. Segundo Sigerist (1974, pp. 40-8), enquanto a doença assume, na Europa medieval, o caráter da expiação de pecados, e o seu cuidado se reveste em uma aura caritativa, a eficácia técnica imediata perde sua função de critério avalizador da prática. Diante de um objeto que se apresenta assim desvalido e que deve ser mantido nesse desvalimento como expressão particular de sua posição social caracterizada por relações de dependência pessoal, a medicina “reforçada pelas representações de caráter religioso que lhe serviam de base, [. . .] cumpria o papel político-ideológico de perpetuar a subordinação dos camponeses ao senhorio [. . .]” (Nogueira, 1977, p. 7). Essa finalidade predominantemente ideológica da prática médica levou a uma teoria do objeto em que causas misteriosas e mecanismos ocultos, só acessíveis ao alto saber (não importa absolutamente ao caso que a maior parte desse saber apareça hoje como imaginária) quase teológico do médico, apareciam como responsabilizados na causação das enfermidades. A um tal objeto não havia que opor instrumentos de trabalho diversos dos discursivos, daí que o período seja tão pobre em desenvolvimento técnico. É importante notar, para evitar valorização negativa dessa medicina, por contraste, quer com a hipocrática, quer com a moderna, que essa pobreza técnica associada ao ocultismo da ciência era perfeitamente adequada ao papel social da prática, conforme faz ver Nogueira (1977, p. 54):

Quando se negava a realizar atos manuais nas disseções públicas, no exame de pacientes, etc., o físico não apenas mimetizava

o comportamento da aristocracia. Com efeito, o desdém pelo trabalho manual — fictício ou não — servia de suporte a sua condição de intelectual, que se apresentava revestida de um mito de espiritualidade. Este era a garantia de seu domínio pessoal e corporativo. [. . .] Portanto, tal atitude, antes de ser um mero e casual esnobismo, tinha raízes profundas da materialidade da organização social da medicina.

Paralelamente, o trabalho dos cirurgiões representava a dimensão manual do trabalho médico, separada e hierarquicamente subordinada ao trabalho intelectual caracterizado no físico. Aqui, por força da restrição do objeto (feridas superficiais, abscessos, fraturas, lacerações, ferimentos de guerra), concebido como alteração da superfície sem relação com a recôndita internalidade do espaço onde se davam as doenças do físico, não havia teoria do objeto a desenvolver, e a prática se reduz à repetição de uma técnica destituída de base conceitual elaborada. Para esse trabalho subalterno a eficácia técnica imediata mantinha seu estatuto de critério de validade, e, embora lentamente, emperrado pelas condições institucionais — as corporações e guildas cirúrgicas — a que esteve amarrado, o desenvolvimento de instrumentos de trabalho dava-se na direção do aperfeiçoamento de materiais de manipulação direta, desvinculado dos instrumentos capazes de apreender antes o objeto, próprios do trabalho intelectual. A ausência de uma verdadeira teoria do objeto ao nível do trabalho dos cirurgiões é consequência, portanto, de um lado, da sua posição subordinada na hierarquia de divisão do trabalho (a posse do conhecimento abstrato socialmente legitimado, como era ensinado nas faculdades era garantia de posição privilegiada na divisão social do trabalho), de outro, da natureza conceitualmente simplificada de seu objeto; como consequência o desenvolvimento dos meios de trabalho referia-se quase exclusivamente ao trabalho manual e é bastante retardado.

Essas posições sociais diferentes do físico e do cirurgião viriam a perder seu sentido gradualmente com o desenvolvimento do ca-

pitalismo mercantilista. Tanto a medicina interna reorienta-se em uma direção mais explicitamente técnica como a cirurgia se norteia para um embasamento científico, até que Quesnay, “um dos líderes do movimento «intelectualizante» da cirurgia” pudesse concluir que “os conhecimentos que cercam e fundamentam o ato cirúrgico são mais importantes que a operação em si mesma”, e que “os dois profissionais (encontrem) no hospital um campo comum de experiência e (sejam) chamados a colaborar um com o outro, o que promove a interação de suas técnicas“, com o que “findam as contradições sociais entre o cirurgião e o médico”, “cirurgia e medicina interna (passando) a ser apenas duas variedades técnicas de uma mesma prática social” (Nogueira, 1977, pp. 37, 67-8).

Esses exemplos não devem sugerir, entretanto, que através dos percalços que lhe foram impostos pela necessidade histórica, a medicina foi acumulando linearmente um certo arsenal de recursos cada vez mais capaz de dar conta de seu objeto. Isto faria supor a existência de um só objeto, em primeiro lugar, e já se discutiu o equívoco de uma tal premissa; em segundo lugar, levaria também ao erro de se compreender um meio de trabalho qualquer de forma desvinculada da prática em que se insere e da ciência historicamente determinada que instrumentaliza. Dizer, por exemplo, que o olho foi “o primeiro” instrumento de trabalho que a prática médica utilizou parece inadequado, não por ter sido eventualmente a mão “o primeiro” recurso, mas porque o olho de Hipócrates, o olho de Pinel, o olho de Bichat e o do médico moderno guardam entre si, enquanto meios de trabalho, tão somente analogias fisiológicas, e já se disse que é mister não impor ao processo de trabalho uma óptica biofisiológica, pelo risco de chegar-se somente a um modelo ideal que não resulta de abstração de processos reais, mas da concretização arbitrária de categorias abstratas. Como instrumentalização de conhecimento que não surgiu dos instrumentos, mas da própria prática como um todo, os meios de trabalho não podem ser corretamente compreendidos nem fora dessas práticas nem muito

menos das estruturas epistemológicas desse conhecimento. O olho é, dessa forma, indissociável do olhar. Mas não se depreenda daqui que a técnica material é gerada pelo discurso: ela encontra sua matriz no saber, que, se não se quiser conceber como entidade fantasmagórica, consiste precisamente em generalizações conscientes e estruturas obtidas a partir da prática, e que expressam tanto nos instrumentos como nos discursos a sua materialidade, sob forma diversa. Por isso o saber é histórico, por ser uma dimensão da prática: o fato de que seja possível separá-lo da prática e apropriar-se dele decorre da própria característica do trabalho humano, em que a vontade do trabalho pode ser desvinculada do trabalho em si mesmo,²⁰ no que o homem se distingue das outras espécies e pode socializar sua atividade de metabolização da natureza; mas essa separação e as consequências que dela derivam não subtraem o saber — a não ser no plano das representações —, da prática da qual representa a característica humana, isto é, a ultrapassagem do estatuto do instinto para ganhar o de atividade proposital.

Nada permite compreender melhor essas relações entre a estrutura do conhecimento e sua instrumentalização do que as magníficas análises de Foucault em *O nascimento da clínica*. Mesmo que esse não tenha sido o objetivo central desse autor, e mesmo que

20 “O trabalho que ultrapassa a mera atividade instintiva é assim a força que criou a espécie humana e a força pela qual a humanidade criou o mundo como o conhecemos. A possibilidade de todas as diversas formas sociais, que surgiram e que podem ainda surgir, depende, em última análise, desta característica distintiva do trabalho humano. Onde a divisão da função no seio de outras espécies animais foi atribuída pela natureza e impressa no genótipo sob a forma de instinto, a humanidade é capaz de infinita variedade de funções e divisão de funções com base nas atribuições da família, do grupo e sociais. Em todas as demais espécies, a força diretriz e a atividade resultante, instinto e execução, são indivisíveis. A aranha tece sua rede de acordo com a incitação biológica e não pode delegar esta função a outra aranha; ela desempenha essa atividade porque é de sua própria natureza. Mas quanto a homens e mulheres, quaisquer padrões instintivos de trabalhos que possam ter possuído nos inícios de sua evolução, há muito foram atrofiados ou afogados pelas formas sociais. Assim, nos seres humanos, diferentemente dos animais, não é inviolável a unidade entre a força motivadora do trabalho e o trabalho em si mesmo. A unidade de concepção e execução pode ser dissolvida” (Braverman, 1977, p. 53).

as relações entre conhecimento e práticas ocupem em seu trabalho posição secundária, e a hierarquia, para o conhecimento, dessas ordens de questões não seja explicitada sem certa ambiguidade, *O nascimento da clínica* seguirá sendo ainda por algum tempo o trabalho mais esclarecedor e estimulante da área da Medicina Social. Que este elogio não seja tomado por submissão a um modismo, pelo qual, ao contrário, se nutre a mais absoluta aversão, mas possa exprimir honestamente, a vocação para um alinhamento intelectual — não importam para nada aqui as divergências metodológicas — que, se pudesse ser minimamente alcançado, seria certamente muito proveitoso.

Contrapondo, por exemplo, no significado diferente que as noções sobre a ordenação do desenvolvimento das doenças adquirem para os pré-clínicos²¹ as distintas possibilidades de percepção do patológico e de utilização do olho como instrumento de trabalho, Foucault demonstra a modificação do estatuto epistemológico dos fenômenos da doença²² viabilizada pela anatomia patológica:²³

21 “O que é novo não é o fato da ordenação, mas seu modo e seu fundamento. De Sydenham a Pinel, a doença se originava e se configurava em uma estrutura geral de racionalidade em que se tratava da natureza e da ordem das coisas. A partir de Bichat o fenômeno patológico é percebido tendo a vida como pano de fundo, ligando-se, assim, às formas concretas e obrigatórias que ela toma em uma individualidade orgânica” (Foucault, 1977, p. 175).

22 “O ‘nominalismo clínico’ deixava, paradoxalmente, flutuar no limite do olhar médico, nas cinzentas fronteiras do visível e do invisível algo que era tanto a totalidade dos fenômenos e sua lei, seu ponto de concentração, quanto a rigorosa regra de sua coerência; a doença só tinha verdade nos sintomas dados em sua verdade. A descoberta dos processos vitais como conteúdo da doença permite lhe dar um fundamento que, entretanto, nem é longínquo nem abstrato: fundamento o mais próximo possível do manifesto; a doença será apenas a forma patológica da vida. As grandes essências nosológicas, que planavam acima da ordem e da vida e a ameaçavam, são agora contornadas por ela: a vida é o imediato, o presente e o perceptível além da doença; e esta por sua vez reencontra seus fenômenos na forma mórbida da vida” (Ibidem).

23 “Entendamo-nos bem: conhecia-se, bem antes da anatomia patológica, o caminho que vai da saúde à doença e desta à morte. Mas esta relação que nunca tinha sido cientificamente pensada, nem estruturada em uma percepção médica, assume, no início do século XIX, uma figura que se pode analisar em dois níveis. O que já conhecemos: a morte como ponto de vista absoluto sobre a vida e a abertura (em todos os sentidos da palavra, até no mais técnico) para sua verdade. Mas a morte é também aquilo contra que, em seu exercício cotidiano, a vida vem se chocar; e a

Durante séculos, a medicina procurou o modo de articulação que poderia definir as relações da doença com a vida. Só a intervenção de um terceiro termo pôde dar a seu encontro, sua coexistência e suas interferências uma forma que fosse fundada, ao mesmo tempo, em *possibilidade conceitual e na plenitude percebida*: esse terceiro tempo é a morte. A partir dela, a doença toma corpo em um espaço que coincide com o organismo; ela segue suas linhas e o recorta; se organiza segundo sua geometria geral; se inclina também para suas singularidades. A partir do momento em que a morte foi tomada em um *'organon' técnico e conceitual*, a doença pode ser, ao mesmo tempo, especializada e individualizada (Foucault, 1977, p. 181, grifo nosso).

A essa modificação na estrutura do conhecimento se deve seguir uma nova forma de instrumentalização, necessariamente. Foucault mostra como se dá o passo através da análise do significado diferencial do “signo” para os primeiros clínicos e para o método anatomoclínico. Sinteticamente, tais modificações de significado podem ser apreendidas no fato de que

[. . .] o signo não fala mais a linguagem natural da doença; só toma forma o valor no interior das interrogações feitas pela investigação médica. Nada impede, portanto, *que seja solicitado e quase fabricado por ela*. Não é mais no que se enuncia espontaneamente da doença; mas o ponto do encontro entre os gestos da pesquisa e o organismo doente. Assim se explica que Corvisart tenha podido reativar, sem problema teórico importante, a descoberta, relativamente antiga e esquecida,

doença perde seu velho estatuto de acidente para entrar na dimensão interior, constante e móvel da relação da vida com a morte. Não é porque caiu doente que o homem morre; é fundamentalmente porque pode morrer que o homem adoecer” (Ibidem, p. 177).

de Auenbrugger — a percussão (Foucault, 1977, p. 185, grifo nosso).

O tema do ‘precursor’ aparece assim reduzido à sua apropriada dimensão, que tampouco pode ser simplificada a uma apreciação genérica sobre a maturidade das condições econômicas que permite ou exclui a possibilidade de utilização dos aperfeiçoamentos tecnológicos. O passo intermediário através do qual tais condições econômicas (inegáveis, por outro lado) chegam a se realizar implica a consideração de seu reflexo sobre as formas de consciência, informais ou formalizadas no saber, que reelaboram a prática através de uma nova instrumentalização. Prosseguindo com Foucault:

Era normal que a medicina clínica, no final do século XVIII, deixasse na sombra essa técnica (a percussão) que artificialmente fazia aparecer um signo onde não havia sintoma e solicitava uma resposta quando a doença não falava de si mesma: clínica expectante tanto na leitura quanto na terapêutica. Mas a partir do momento em que a anatomia patológica prescreve à clínica interrogar o corpo em sua espessura orgânica e fazer aflorar à superfície o que só se dava em camadas profundas, a ideia de um artifício técnico capaz de surpreender a lesão volta a ser uma ideia cientificamente profunda. O retorno a Auenbrugger se explica pela mesma reorganização de estruturas que se encontra no retorno a Morgagni. Se a doença é constituída apenas por uma trama de sintomas, a percussão não se justifica; ela se torna, porém, necessária se o doente é quase somente um cadáver injetado, barril cheio pela metade. Estabelecer esses signos, artificiais ou naturais, é lançar sobre o corpo vivo uma rede de demarcações anatomopatológicas: esboçar, em pontilhado, a futura autópsia. O problema é, portanto, fazer aflorar na superfície o que se dispõe em camadas na profundidade; a semiologia não será mais uma *leitura*, mas

o conjunto de técnicas que permite constituir uma *anatomia patológica projetiva* (Foucault, 1977, pp. 185-6, grifo nosso).

Um relato de Sigerist permite compreender como a medicina hipocrática daria conta do mesmo problema da patologia pulmonar dispensando a percussão, embora a conhecesse, e optando por uma técnica coerente com a concepção de doença que fazia. Partindo da noção “dinâmica” que fazia da pneumonia, como desarmonia de um dos quatro humores naturais, a fleugma, que eventualmente se converte em pus, o qual, acumulado na cavidade pleural, ou se exterioriza pelas próprias reações de autocuração do organismo ou, mais frequentemente, leva à morte, o problema que se coloca para o médico hipocrático é o de favorecer esse impulso natural curativo, propiciando uma via artificial para a saída do pus. Para fazê-lo é necessário localizar a coleção purulenta, contudo; se esta era concebida como uma inflamação, nada mais apropriado do que procurar, na superfície do corpo, o calor. Para nada serviria aqui a percussão, se esta não se fundamenta em uma ciência para a qual a localização é uma característica essencial da enfermidade, mas pelo contrário, sua acidental forma de existência. Desenvolveu-se então uma técnica apropriada: “misturavam areia fina com água e aplicavam a suspensão rapidamente às costas; o ponto em que secava primeiro devia ser o mais quente e era o então o local eleito para a incisão” (Sigerist, 1974, p. 129).

Se as estruturas epistemológicas se manifestam assim de forma quase imediata na instrumentalização do trabalho intelectual de apreensão do objeto da prática médica, nem por isso deixam também de definir de forma inteiramente diversa os meios do trabalho manual de transformação do objeto em produto. Se o olho é indissociável do olhar, a mão é indissociável do gesto, o medicamento de sua conceituação no quadro mais amplo em que a doença recebe de uma forma determinada o seu nome e a sua forma. Destarte, é conveniente compreender o aparente exotismo dos

medicamentos utilizados nos séculos XVII e XVIII para o tratamento das “doenças nervosas”, por exemplo, menos como reflexo de atraso e ignorância do que como contrapartida de uma concepção simbólica do mal. Veja-se então este outro texto de Foucault (1978, p. 304):

Contra os males dos nervos, a imaginação desregrada e os furores do amor, os valores simbólicos multiplicam seus esforços. Somente o ardor pode extinguir o ardor, e são necessários corpos vivos, violentos e densos, mil vezes levados ao ponto de incandescência nos fogos mais vivos, para apaziguar os apetites desmesurados da loucura. No ‘Apêndice de fórmulas’ que acompanha o seu *Traité de la nymphomanie*, Bienville propõe dezessete medicamentos contra os ardores do amor, a maioria tirados das receitas vegetais tradicionais; mas o décimo quinto apresenta uma estranha alquimia do contra-amor; é preciso pegar ‘mercúrio revificado com zinabre’, fragmentá-lo com dois dracmas de ouro, isto cinco vezes sucessivas, depois aquecê-lo com espírito de vitríolo, destilar o resultado cinco vezes antes de esquentá-lo até o rubro por cinco horas sobre carvão em brasa. Pulveriza-se e dá-se três grãos à jovem cuja imaginação estiver inflamada por quimeras. Como é que todos esses corpos precisos e violentos, secretamente animados por imemoriais ardores, tantas vezes aquecidos e levados ao fogo de sua verdade, poderiam deixar de triunfar sobre os calores passageiros de um corpo humano, sobre toda essa ebulição obscura dos humores e dos desejos — e isto em virtude da antiga mágica do ‘*similis similibus*’?

Relação coerente da prática consigo mesma através do saber, o meio de trabalho não esgota suas determinações nesse esforço de compatibilização. Só é possível limitar-se a esta perspectiva se a própria prática for concebida em sua dimensão puramente técnica,

e já se disse que, enquanto solução técnica, a prática está antes determinada pelas relações sociais que através dela se estabelecem e reproduzem. Neste sentido, o instrumento de trabalho serve à prática médica antes de mais nada como meio de adequá-la às suas funções infraestruturais e supraestruturais, tais como foram genericamente apreendidas acima, ao se tratar do objeto de trabalho enquanto classe social. São as características especiais das classes sociais atendidas pela medicina, enquanto se refletem necessariamente na prática, que geram essas funções, e conseqüentemente o saber e os instrumentos. Não se deve esquecer o fato de que essa situação de objeto do trabalho médico, entretanto, se colocou só excepcionalmente para as classes sociais das formações sociais históricas: a medicina grega dirigia-se fundamentalmente aos cidadãos livres; a medicina medieval aos nobres, ao clero e aos estamentos urbanos, e só em muito pequena escala à população camponesa dispersa; só com o desenvolvimento do modo de produção capitalista a medicina se generaliza, ao menos tendencialmente. Daí ser possível ter como regra geral que ao longo de sua história no mundo ocidental a medicina se tenha progressivamente visto acumulada de funções sociais cada vez mais complexas, e também, dada a dinâmica geral das sociedades de classe, envolvida em contradições cada vez mais insolúveis.

Entretanto, não é possível restringir o conhecimento de quaisquer práticas ao de suas funções “externas” referentes à reprodução das estruturas sociais. É necessário acrescentar a esse conhecimento a investigação das formas pelas quais, ao desempenhar e para desempenhar essas funções, cada prática se determina também como parte dessa estrutura social reproduzida. Aí se deve buscar o núcleo da articulação de uma prática qualquer com aquele conjunto estruturado: na articulação entre suas funções “externas” e sua organização “interna”, dado que então é possível compreender como os agentes dessa prática se determinam igualmente como classe social.

Conforme as proposições apresentadas acima,²⁴ os agentes diretos da produção estabelecem relações de propriedade econômica e de posse com os instrumentos e objetos de trabalho, relações essas que podem variar,²⁵ estando essa variação na base das estruturas históricas de organização social, na medida em que exprimem relações sociais variantes entre esses agentes e os não trabalhadores (tendencialmente), relações de produção. Tais proposições não podem ser aplicadas à medicina sem que se proceda a certas especificações, na medida em que o produto deste trabalho não é passível de existência autônoma no mundo real na forma de mercadoria, representando a cristalização do trabalho, mas pode-se reter de qualquer forma a ideia de que formas diferentes de relações entre os agentes do trabalho médico e seu objeto e seus meios de trabalho fundamentam formas diversas de estruturação interna da prática médica, ressaltando-se que se voltará posteriormente a discutir com mais detalhe a dificuldade acima apontada.²⁶

Dessa condição de substrato da prática o instrumento de trabalho médico deriva, portanto o seu significado “interno”. Significado onde se deve encontrar, por outro lado, a forma de articulação com o “externo”. Os agentes da medicina na Europa medieval, conforme o trabalho citado de Nogueira, se subdividem em diversos estamentos hierarquicamente relacionados. A uma dessas frações, a compreendida pelos “físicos”, correspondia com maior ênfase a função supraestrutural de “propagação” e “dinamização ideológica para toda a sociedade”, função que no modo de produção feudal se ligava à reprodução e à defesa da ideologia religiosa e dos laços de dependência pessoal entre os estamentos (Nogueira, 1977, p. 67).

24 Vide supra, nota 9.

25 Não se tome em sentido literal essa forma de expressão, utilizada aqui devido à extração dessa formulação de Poulantzas: quando se diz “podem variar” se descreve um fato ocorrido, mas não se sugere que existam combinações ou variações em si, das quais os modos de produção seriam “casos particulares”.

26 Nota dos organizadores: Essa discussão é retomada na segunda parte do texto original da dissertação, não reproduzida neste volume.

A esse significado “externo” corresponde o desenvolvimento de uma “patologia” em que a enfermidade tem necessariamente uma concepção ontológica,²⁷ mal que redime dos pecados e cujo desígnio são compreensíveis apenas ao nível do espiritual, daí que a técnica privilegiada para seu manuseio seja uma não técnica: a observação distanciada e o pronunciamento de um prognóstico que mais tem o caráter de um vaticínio que o de uma projeção lógica.

Internamente à organização social da prática a correspondência se instala na apropriação dessa não técnica por essa fração hierarquicamente superior de agentes, que ao mesmo tempo repudiam a posse dos meios de trabalho em que efetivamente se pode verificar uma técnica. Essa apropriação é garantida institucionalmente pela restrição à posse do conhecimento através das universidades e pelos regulamentos corporativos que proíbem a execução de uma série de trabalhos por agentes não qualificados. Ademais, como a execução de qualquer trabalho médico fica subordinada à posse desse saber, os demais agentes, deles destituídos, ficam igualmente subordinados aos que o possuem. Tal é a relação que se estabelece entre físicos de um lado, e, do outro, cirurgiões, medida por suas relações com o conjunto dos instrumentos de trabalho. Nos termos de Nogueira (1977, p. 67), “as relações político-jurídicas, implantadas pelas corporações, refletiam e simultaneamente reforçavam a predominância do físico e facilitavam-lhe o desempenho das tarefas ideológicas”. Em um só movimento, portanto, a existência de determinados instrumentos de trabalho e a forma de sua posse indicam o nível de articulação “externa” da prática médica na estrutura social, o nível da organização “interna” da prática e a articulação entre os dois.

27 É interessante observar a esse respeito que o dogma da homogeneidade qualitativa do normal e do patológico analisado por Canguilhem pode ser compreendido também, em uma perspectiva histórico-cultural de mais longo prazo, como parte do amplo movimento de rejeição da explicação religiosa dos fenômenos naturais iniciado com o Iluminismo, e que na medicina se traduziria mais tarde pelo rechaço de toda teoria ontológica da enfermidade, primeiro em Broussais, logo, às últimas consequências, com Claude-Bernard. Ver a propósito: Canguilhem (1971, pp. 43, 74).

A análise que se efetuou sobre a historicidade da prática, através da indicação genérica nos nexos de sua articulação com o conjunto organizado das práticas sociais, tais como podem ser apreendidos através de sua caracterização como processo de trabalho e da caracterização dos momentos desse processo teve dupla finalidade. Em primeiro lugar, demonstrar a esterilidade do seu estudo desvinculado de toda historicidade, tal como se acha amplamente difundido nas “histórias” da medicina, e necessidade de encontrar a adequada perspectiva da qual captar essa historicidade, aqui fornecida por sua articulação em estruturas de historicidade. O próximo capítulo²⁸ tratará de proceder a este estudo, mas advirta-se desde já de suas limitações: por referência à exposição até aqui efetuada, o que se seguirá não deve ser compreendido como um estudo de prática médica em sociedades concretas, mas antes, ao nível ainda abstrato de uma estrutura de historicidade determinada, o modo de produção capitalista. E ainda, repetindo uma ressalva antes já feita, todas as dimensões constitutivas da prática médica são nesse trabalho estudadas de forma subordinada à finalidade mais restrita de analisar as determinações de seus agentes no interior daquele modo de produção.

Referências

- AMIN, S. *O desenvolvimento desigual*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1976.
- AROUCA, A. S. S. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e a crítica da Medicina Preventiva*. Doutorado em Medicina. Campinas: Faculdade de Medicina, Universidade Estadual de Campinas, 1975.
- BRAVERMAN, H. *Trabalho e capital monopolista*. Rio de Janeiro: Zahar, 1977.
- CANGUILHEM, G. *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Argentina Editores, 1971.
- CONTI, L. Estructura social y medicina. In: ALOISI, M. et al. *Medicina y sociedad*. Barcelona: Libros de Confrontación, 1972, pp. 290-1.

28 Cf. nota 27.

- DONNANGELO, M. C. F. & PERERA, L. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976. [Reeditado pela Hucitec em 2011.]
- FOUCAULT, M. *História da loucura*. São Paulo: Perspectiva, 1978.
- FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1977.
- FRIEDMANN, G. L'objet de la sociologie du travail. In: FRIEDMANN, G. & NAVILLE, P. *Traité de sociologie du travail*. Paris: Librairie Armand Colin, 1970, pp. 11-34.
- GIANOTTI, J. A. *O ardil do trabalho*. São Paulo: Estudos Cebrap 04, 1973.
- GRAMSCI, A. *Antologia*. Madri: Siglo XXI, 1974.
- LECOURT, D. La historia epistemológica de Georges Canguilhem. In: CANGUILHEM, G. *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Argentina Editores, 1971, pp. VII-XXX.
- MARX, K. Introduction générale à la critique de l'économie politique. In: MARX, K. *Oeuvres - Économie I*. Paris: Galimard, 1965, pp. 235-66.
- MARX, K. *O capital*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1968. T. 1, vol. 1.
- NAVARRO, V. Allende's Chile: a case study in the breaking with underdevelopment. In: IDEM. *Medicine under capitalism*. Nova York: Prodist, 1976, pp. 33-66.
- NOGUEIRA, R. P. *Medicina interna e cirurgia: a formação social da prática médica*. Rio de Janeiro, 1977. Mestrado em Medicina. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1977.
- PEREIRA, L. *Trabalho e desenvolvimento no Brasil*. São Paulo: Difusão Europeia do Livro, 1965, pp. 31-2.
- POULANTZAS, N. *As classes sociais no capitalismo de hoje*. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.
- SIGERIST, H. E. *Historia y sociología de la medicina*. Bogotá: Gustavo Molina, 1974.
- VEGETTI, M. La medicina hipocrática en la cultura y en la sociedad griega. In: BERLINGUER, G. *Medicina y sociedad*. Barcelona: Editorial Fontanella, 1972.

TEXTO E CONTEXTO:
A PRÁTICA MÉDICA COMO TRABALHO
A NARRATIVA DE
RB MENDES-GONÇALVES

EVERARDO DUARTE NUNES

No dia 27 de novembro de 1979, em sessão solene na Faculdade de Medicina da USP, perante a banca sob a presidência de Guilherme Rodrigues da Silva, o médico Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves, com trinta e três anos de idade, defendia a dissertação de mestrado *Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico* (Mendes-Gonçalves, 1979). A dissertação não foi publicada em português e somente em 1984 a Siglo XXI Editores publicaria o texto integral, na sua Coleção Salud y Sociedad, onde figuravam nomes consagrados como Bastide, Foucault, Navarro, Canguilhem e outros (Mendes-Gonçalves, 1984).

Como grande parte das dissertações e teses, a sua leitura, em uma época onde não havia a divulgação digitalizada, tinha como recurso fazer uma xerocópia que passava a circular entre os interessados.

Assim, retomar este trabalho e publicar excertos do original constitui uma importante e louvável iniciativa, procurando apreender a narrativa, seu contexto, a sua orientação teórica e complementar com alguns comentários feitos na atualidade.

O texto

A primeira observação é que se trata de um texto que aborda um tema complexo — a prática social da medicina — traçando um caminho coerente de exposição, com profundidade, mas não se perdendo em excessivas referências. Isso, até certo ponto, facilita a leitura de um trabalho denso que aborda, como está em seu subtítulo, as raízes sociais do trabalho médico, referenciado em Marx e em alguns de seus comentadores. Ou seja, trabalhar com Marx e textos marxistas que foram criados a partir do que alguns denominam “estratégia discursiva que Karl Marx utiliza para discorrer acerca do panorama social e histórico” e que aparece em seus trabalhos, ou da chamada “tradição narrativa marxista” (Melo, 2014; Levine, 1997).

Ricardo Bruno relata que inicialmente a proposta era “esclarecer as determinações estruturais do trabalho médico no modo de produção capitalista”, mas foi ampliada, não se limitando aos seus agentes [médicos], e partindo do trabalho médico para “uma perspectiva de análise que pareceu capaz de proporcionar novas contribuições à compreensão crítica da prática médica como um todo” (Mendes-Gonçalves, 1979, pp. 10-1). Com esse ponto de partida, o autor, na intencionalidade e na intertextualidade, fundamentos da elaboração de um texto, cria a sua narrativa que divide em duas partes: medicina e história e medicina e capitalismo.

Embasado em autores franceses Ricardo Bruno situa o polo epistemológico que irá orientar a sua análise. Como outros trabalhos escritos na década de 70 — por exemplo, as teses de Arouca (1975), Tambellini Arouca (1976) e Donnangelo (1976) —, Canguilhem (1904-1995) aparece como referência fundamental. Desse autor a principal leitura era *O normal e o patológico*, no original (1943) ou em outras edições francesas, ou na tradução espanhola (1971), visto que a edição brasileira data de 1978 (Can-

guilhem, 1978). Incluem-se, ainda, ao lado da leitura do original, a leitura das análises de seus discípulos, no caso do texto de Ricardo Bruno, Dominique Lecourt (1944), que escreveu o prefácio da edição mexicana do clássico de Canguilhem. Outro célebre francês que será referenciado é Jean-Paul Sartre (1905-1980) e seu não menos celebrado *Questions de méthode*, ensaio escrito em 1957. Trata-se de uma única passagem, mas expressiva para o enfoque do trabalho de Ricardo Bruno. Nela o filósofo situa a abrangência do que se deve entender por “orientação metodológica”, ou seja, seu caráter de “totalização concreta e ao mesmo tempo de projeto abstrato” [. . .] “método de investigação e explicação” [. . .] “arma social e política” (Machado, 1982). Apesar de referidas diretamente à filosofia, as ideias sartrianas estendiam-se à compreensão dos mais diversos campos do conhecimento (Mendes-Gonçalves, 1979, p. 6).

Como poderá ser observado em toda a dissertação, e meus comentários vão se dirigir somente à primeira parte, Ricardo Bruno trabalha dois momentos:

1. Dentro da racionalidade científica proposta por Canguilhem, especialmente no que se refere à formação de conceitos, o que chamo de “história teórica da prática”;

2. A “história social da prática” onde se cruzam socialidade e historicidade, filosofia e práxis.

Estas são questões postas pelo próprio Canguilhem, pois além do caráter epistemológico, o trabalho que desenvolve é “um esforço para integrar à especulação filosófica alguns dos métodos e das conquistas da medicina. É preciso dizer que não se trata de dar nenhuma lição, nem de fazer nenhum julgamento normativo sobre a atividade médica” (Canguilhem, 1978, p. 16). Estudiosos de Canguilhem salientam essa relação ciência e filosofia da sua obra, característica amplamente apreendida por Ricardo Bruno ao tratar do trabalho médico (Czeresnia, 2010; Machado, 1982). Nesse sentido, ressalta-se a observação feita por Machado (1982), presente no trabalho de Czeresnia (2010, p. 711), que a reflexão de

Canguilhem não tem a pretensão de elaborar uma filosofia da vida capaz de propor uma “biologia de filósofo”, a fim de defender teses filosóficas sobre a vida, a existência, o homem. “Ela contém uma reflexão sobre a vida, mas se exerce de forma indireta, mediante a análise da racionalidade das ciências que a constituem como objeto e não anulando a operacionalidade que caracteriza estas ciências”.

Além desse ponto, chama a atenção que Ricardo Bruno irá trabalhar em toda a dissertação com uma das principais vertentes do pensamento de Canguilhem — a do conceito. Como assinala Machado (1982, p. 22),

Existe uma normatividade interna do discurso científico e se a história das ciências deve ser uma história conceitual é porque é o conceito que exprime primordialmente essa normatividade; ou, em outros termos é porque é a formação dos conceitos que define a racionalidade.

Para Canguilhem (1978, pp. 22-4) o conceito “é um nome dotado de um sentido”, “define a racionalidade do discurso científico”, “a manifestação mais perfeita da atividade científica”, mas estabelece que “teoria e conceito são coisas diferentes”. Para o filósofo,

trabalhar um conceito é fazer variar sua extensão e compreensão, generalizá-lo mediante a importação de traços de exceção, exportá-lo para fora de sua região de origem, tomá-lo como modelo ou, inversamente, fornecer-lhe um, em resumo, dar-lhe progressivamente a função de uma forma (Canguilhem, 1975, p. 256).

Destaco esse aspecto epistemológico, fundante da dissertação, porém ela avança na construção de uma “história social da prática médica”. Não se trata de (re)escrever a história da medicina, mas a historicidade da sua prática. Nesse sentido, duas vertentes são referidas por Ricardo Bruno. A primeira recupera a conferên-

cia feita por Henry E. Sigerist (1891-1957), em 1933, sobre “A profissão de médico através das idades”, e no desenrolar da dissertação outros textos desse historiador serão citados (*História social da medicina e Ciência e história*). A segunda fonte vem de Vicente Navarro (1937) e seu estudo sobre as relações medicina e capitalismo, de 1977. Mas, quanto a Sigerist, cuja relação com a obra de Canguilhem vem sendo retomada atualmente de forma mais detalhada graças às pesquisas feitas nos arquivos do filósofo francês, conforme Almeida (2015), a crítica refere-se à interpretação da articulação entre medicina e sociedade. Ricardo Bruno aponta em Sigerist uma interpretação “essencialmente culturalista e antropológica” que “o faz oscilar irremediavelmente entre um relativismo total” ou “utilizando um «modelo» geral válido presumivelmente para todas as épocas e sociedades” que o faz proceder “a uma delicada matização desse modelo, referenciando-o às citadas estruturas culturais” (Mendes-Gonçalves, 1979, p. 3). Nesse sentido, Ricardo Bruno (Mendes-Gonçalves, 1979, p. 4) acompanha a crítica de Lecourt ao assinalar que não se pode reduzir a história da medicina à “história da transmissão dos conhecimentos consagrados e dos problemas em suspensão de uma geração a outra”. Da mesma forma, Ricardo Bruno, não invalidando a metodologia de Navarro ao estudar a medicina nas sociedades capitalistas, relativiza a determinação estrutural da prática médica, pois “perde-se com isso a possibilidade de apreender um desenvolvimento histórico que não seja mais que o reflexo da história daqueles jogos de interesse [capitalistas]” (Mendes-Gonçalves, 1979, p. 5). Sem dúvida, a leitura de Foucault *d’O nascimento da clínica* ilumina esta dissertação, lembrando que Ricardo Bruno considera que essa obra “seguirá sendo ainda por algum tempo o trabalho mais esclarecedor e estimulante da área da Medicina Social” (Mendes-Gonçalves, 1979, p.75). Em sua dissertação, dentre outras ideias, “os momentos históricos de estruturação do saber” da arqueologia foucaultiana são retomados, com as observações sobre a perspectiva de Sigerist, mas ressaltando

as “devidas mediações”, especialmente, quando se analisam os instrumentos de trabalho médico (Mendes-Gonçalves, 1979, pp. 59-60).

Para Ricardo Bruno a historicidade da prática médica, nessa dissertação, será a dos agentes dessa prática, especificamente no âmbito da produção capitalista, partindo da narrativa marxista e das análises de Poulantzas, Gramsci, Laura Conti, Luiz Pereira, Castells, Donnangelo.

Três momentos serão destacados com o objetivo de propor um quadro de referência: a prática médica como trabalho — a atividade adequada a um fim; o seu objeto — a matéria a que se aplica o trabalho; as suas ferramentas — os instrumentos ou meios do trabalho. A citação de Donnangelo que abre a primeira parte orienta o leitor para entender a medicina como prática social e ao mesmo tempo como processo de trabalho: “A articulação da medicina com as demais práticas sociais constitui o ponto estratégico do qual melhor se pode apreender o seu caráter histórico” (Mendes-Gonçalves, 1979, p. 11). Ponto fundamental refere-se à forma como Ricardo Bruno concebe esses três momentos. Ao adotar a expressão “momentos”, conforme é traduzida por Gianotti, em lugar de “elementos” na tradução de Reginaldo Sant’Anna d’*O capital* (Giannotti, 1973, p. 202), enfatiza que “são aspectos do mesmo processo que se iluminam reciprocamente” (Mendes-Gonçalves, 1979, p. 19).

Deixo ao leitor o prazer de acompanhar o texto original e resgatar a narrativa erudita de Ricardo Bruno a partir das narrativas marxistas. Na atualidade a leitura dos clássicos da sociologia tem passado por novas abordagens e uma questão presente quando se trata de Marx refere-se à “impressionante bateria de tradições intelectuais” associadas ao seu pensamento (Hegel, Kant, Rousseau, Spinoza, etc.) e às “diferentes coordenadas” de interpretações, o que levou Peter Baehr (2002, pp. 19-20) a dizer que as prioridades interpretativas devem considerar a transição dos trabalhos de Marx (o que ele realmente escreveu, em termos de conceitos e teorias) e o discurso (ou discursos) sobre os seus trabalhos. O mesmo pode-se

dizer de Canguilhem, Sigerist, Foucault e outros referenciados na dissertação de Ricardo Bruno. Esta aparente digressão é para situar um ponto que procurei marcar neste ensaio: a construção de uma narrativa de Ricardo Bruno com origem nos clássicos do pensamento social, situando alguns dos importantes discursos de interpretação desse pensamento, mas estruturando um discurso próprio e original — o conceito é o de trabalho, mas o campo é a prática médica.

O contexto

Ao iniciar a contextualização pelos acontecimentos mais próximos à época de defesa da dissertação, lembro que exatos dois meses antes havia sido fundada a Abrasco (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva), cuja ata é de 27 de setembro de 1979. Numa trajetória de crescente desenvolvimento, a Saúde Coletiva encontrava-se em franco processo de institucionalização, no qual os cursos de pós-graduação e a produção de teses e dissertações traçariam suas bases teóricas. Certamente, essa trajetória já vinha sendo marcada, em especial a partir da metade dos anos 1970. Quando Ricardo Bruno apresenta seu trabalho, no mesmo ano são defendidas no Departamento de Medicina Preventiva/FMUSP três dissertações em diferentes temáticas: integração docente assistencial, medicina comunitária, trabalho médico e um doutorado abordando desnutrição e estrutura social. O curso de pós-graduação havia sido criado em 1973 e as primeiras dissertações datam de 1976. De 1976 a 1979 foram defendidas treze dissertações de mestrado (Nunes, 1977).

Se, institucionalmente, era possível realizar no interior de uma faculdade de medicina uma formação pós-graduada com os referenciais das ciências sociais, embora aberta somente para médicos (atualmente estende-se a todos os profissionais da saúde), outro cenário que se projetava na década de 1970 era o do enfoque sociológico nos estudos de medicina/saúde/doença/práticas médicas. Teses e livros sobre o trabalho médico na cidade de São Paulo e sobre a

medicina comunitária, sobre o discurso da medicina preventiva e social, sobre a história da constituição da medicina social no Brasil, sobre a enfermagem como profissão e outros trabalhos assentam-se em sólidas bases teóricas e de pesquisas histórico-documentais, quer sejam marxistas, foucaultianas ou funcionalistas (Machado et al., 1978; Donnangelo & Pereira, 1976; Donnangelo, 1975; Arouca, 1975; Ferreira-Santos, 1973). Ricardo Bruno junta-se a essa temática que iria adensar-se nos anos seguintes, participe de profunda reflexão sobre o saber médico e suas práticas. Lembro que a crítica aos modelos funcionalistas em saúde estava em pauta desde o início dos anos 1970, recebendo forte influência, entre outros, do médico e sociólogo argentino Juan César García (1932-1984) e dos diversos seminários organizados pela Opas (Organização Pan-Americana da Saúde), especialmente o realizado em Cuenca (Equador) em 1972.

Tem sido analisado e documentado que não foi fácil o percurso da intelectualidade que, vindo da profunda repressão em consequência do golpe militar de 1964, sofreria ainda mais, especialmente a partir de 1968, com o Ato Institucional n.º 5, de dezembro desse ano, que vigoraria até dezembro de 1978. Mesmo convivendo com as arbitrariedades da ditadura militar, parte expressiva da produção científica das ciências sociais em saúde e da saúde coletiva foi elaborada durante esse período. Produção com alto teor teórico e inovador.

Uma oportuna observação de Donnangelo (1982, pp. 4-19), no início dos anos 1980 narra que nos anos 70 o social assume na pesquisa em saúde a sua especificidade e deixa de ser simplesmente uma “variável a ser adicionada” com reduzido valor explicativo nos estudos epidemiológicos e sobre as práticas de saúde.

Também nos anos 70, a sociologia médica pós-parsoniana encontra-se em pleno desenvolvimento nos EUA e Freidson (1970), cujos trabalhos, iniciados na década anterior, marcava sua presença com a obra que se tornaria referência nos estudos da profissão médica — *The profession of medicine*. Mas não é no campo estrito senso da sociologia das profissões que eu situo o trabalho de Ricardo Bru-

no, e sim na interface com a sociologia do trabalho. Estudiosos da antropologia e sociologia da saúde, como Queiroz (1991, pp. 318-9), apontam que entre os clássicos da sociologia somente Durkheim teve interesse nesse tema “uma vez que tanto Marx como Weber não chegaram, por diferentes motivos, a prestar atenção nesse âmbito”. Para Burnham (1998, p. 120), foi “Na década de 1970 [que], neomarxistas voltaram seu interesse para os profissionais e chamaram a atenção para o conflito em torno das profissões”.

Ressalte-se que a dissertação de Ricardo Bruno recorre à literatura sobre a sociologia do trabalho produzida no período em que elaborou sua dissertação, ver, por exemplo, as referências à coletânea organizada por Eduardo L. Menéndez, antropólogo argentino (1934) e outros autores dessa área da sociologia, como o escritor, editor, ativista e teórico marxista norte-americano Harry Braverman (1920-1976) e o sociólogo francês Georges Friedmann (1902-1977).

Muitas são as vozes que ecoam na dissertação, mas, sem dúvida, a voz que ecoa fortemente, não só pela proximidade da colaboração acadêmica, mas pela pesquisa e análise teórica pioneira da prática médica em São Paulo e das relações saúde-sociedade, é a de Maria Cecília Ferro Donnangelo (1940-1983). Interessante que nas conclusões de *Medicina e sociedade*, Cecília (Donnangelo, 1975, p. 171) destaca dois pontos que, na minha leitura, são partes do diálogo que a mestra e o discípulo trocaram ao longo do mestrado e em trabalhos posteriores. Cecília escreve que em seu estudo tinha abordado “a ocorrência de diferentes formas sociais do trabalho médico” e que o trabalho médico representava “apenas um dos componentes do processo de produção dos serviços de saúde”, mas que oferecia um “ângulo estratégico” para analisar as formas de organização desse setor e como se inseria na estrutura da sociedade. No diálogo, Ricardo Bruno não somente apresentaria de forma refinada os conteúdos teóricos do trabalho médico, como, posteriormente, desenvolveria e ampliaria as questões sobre o processo de trabalho, agora, em saúde e não apenas na medicina.

Anos mais tarde, Ricardo Bruno (Mendes-Gonçalves, 1995; 1992), em dois momentos, escreveria sobre Cecília, destacando a importância dos seus aportes a fim de “compreender e explicar, apreender e transformar as práticas de saúde, especialmente a prática médica tomando-as como práticas constitutivas da socialidade” e ao prefaciá-la *Epidemiologia e emancipação*, de José Ricardo Ayres, didaticamente, estende as marcas da “escola” criada por Cecília além da socialidade, a historicidade, a estrutura e a totalidade, fundamentos teórico-conceituais. Na sua arguta observação mostra como essas marcas se desdobraram e recriaram novas possibilidades de pesquisas.

Mas, voltando a *Medicina e história*, ao trabalhar o seu texto dentro de uma perspectiva marxista, assentada também em literatura que se orientava na análise dessa perspectiva, que de um modo geral pode ser denominada de estruturalista, a dissertação traz as marcas dos anos 1970, porém como já foi assinalado por José Ricardo Ayres (2015, p. 909),

a perspectiva conceitual alcançada por Ricardo Bruno contribuiu para a construção de aproximações ao estudo das práticas de saúde no Brasil nas quais o materialismo e a história passaram a ser não apenas formas de expressar uma tomada de posição política, de denúncia crítica, mas configurou positivamente possibilidades de pesquisa teórica e aplicada de caráter reconstrutivo.

Ayres (2015, p. 910), profundo conhecedor da obra de Ricardo Bruno, ao percorrer os seus trabalhos desde a dissertação de 1979 até os seus últimos trabalhos, assinala as transformações pelas quais passou o seu pensamento. Destaca as influências exercidas pela leitura de Agnes Heller na qual Ricardo Bruno “enxerga uma produtiva atualização da ontologia marxiana, de certa forma depurando-a da rigidez das leituras estruturalistas”.

Muitos outros aspectos podem, sem dúvida, ser destacados deste primeiro trabalho de Ricardo Bruno, mas ao ressaltar alguns momentos dessa construção procurei mostrar a importância da fundamentação epistemológica e conceitual tão bem apreendida pelo seu autor.

Referências

- ALMEIDA, T. S. A noção de estilo em história das doenças de Sigerist a Canguilhem. In: (Simpósio Nacional de História, 23, 2015, Florianópolis, SC). *Anais*, 2015. Disponível em <http://www.snh2015.anpuh.org/resources/anais/39/1427819243_ARQUIVO_ALMEIDA-SNH2015.pdf>. Acesso em 1.º-8-2016.
- AROUCA, A. S. S. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e a crítica da medicina preventiva*. Doutorado em Medicina. Campinas: Faculdade de Medicina, Universidade Estadual de Campinas, 1975.
- AYRES, J. R. C. M. Ricardo Bruno: história, processos sociais e práticas de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, vol. 20, n.º 3, 2015. Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000300905&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 1.º-8-2016.
- BAEHR, P. *Founders, classics, canons: modern disputes over the origins and appraisal of sociology's heritage*. New Brunswick: Transaction Publishers, 2002.
- BURNHAM, J. C. How the idea of profession changed the writing of Medical history. *Medical History*, pp. 1-195, 1998. Supplement 18.
- CANGUILHEM, G. Dialectique et philosophie du non chez Gaston Bachelard. In. IDEM. *Études d'histoire et de philosophie des sciences*. Paris: J. Vrin, 1975, pp. 196-72.
- CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Trad. Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1978.
- CZERESNIA, D. Canguilhem e o caráter filosófico das ciências da vida. *Physis*, Rio de Janeiro, vol. 20, n.º 3, 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000300002>. Acesso em 1.º-8-2016.
- DONNANGELO, M. C. F. *Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo: Pioneira, 1975. [2.ª edição, Hucitec, 2011.]
- DONNANGELO, M. C. F. A pesquisa na área da saúde coletiva no Brasil. In: ABRASCO. *Ensino de saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1982.

- DONNANGELO, M. C. F. & PEREIRA, L. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976. [2.^a edição, Hucitec, 2011.]
- FERREIRA-SANTOS, C. A. *A enfermagem como profissão*. São Paulo: Pioneira, 1973.
- FREIDSON, E. *Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge*. Nova York: Dodd, Mead & Company, 1970.
- GIANNOTTI, J. A. *O ardil do trabalho*. São Paulo: Edições Cebrap/Editora Brasileira de Ciências, 1973.
- LEVINE, D. N. *Visões da tradição sociológica*. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.
- MACHADO, R. *Ciência e saber: a trajetória da arqueologia de Foucault*. Rio de Janeiro: Graal, 1982.
- MACHADO, R. et al. *Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- MELO, L. S. *Elementos literários na arquitetura narrativa de Marx*. Mestrado em Sociologia. Brasília: Instituto de Ciências Sociais, Departamento de Sociologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2014.
- MENDES-GONÇALVES, R. B. Cecília Donnangelo hoje. *Saúde soc.*, São Paulo, vol. 1, n.º 1, pp. 2-5, 1992. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12901992000100002>. DOI: 10.1590/S0104-12901992000100002. Acesso em 1.º-8-2016.
- MENDES-GONÇALVES, R. B. *Medicina e historia: raíces sociales del trabajo médico*. México: Siglo XXI Editores, 1984.
- MENDES-GONÇALVES, R. B. *Medicina e história. Raízes sociais do trabalho médico*. Mestrado em Medicina. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 1979.
- MENDES-GONÇALVES, R. B. Prefácio. In: AYRES, J. R. C. M. *Epidemiologia e emancipação*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1995, pp. 13-20.
- NUNES, E. D. *Estudo avaliativo da produção científica em saúde coletiva: dissertações e teses*. [Relatório de Pesquisa]. Brasília: CNPq, 1977.
- QUEIROZ, M. S. Perspectivas teóricas sobre medicina e profissão médica: uma proposta de enfoque antropológico. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, vol. 25, n.º 4, 1991. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101991000400012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. DOI: 10.1590/S0034-89101991000400012. Acesso em 1.º-8-2016.
- TAMBELLINI AROUCA, A. *Contribuição à análise epidemiológica dos acidentes de trânsito*. Doutorado. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 1976.

REFLEXÃO SOBRE A ARTICULAÇÃO
ENTRE A INVESTIGAÇÃO
EPIDEMIOLÓGICA E A PRÁTICA
MÉDICA A PROPÓSITO DAS DOENÇAS
CRÔNICAS DEGENERATIVAS¹

RICARDO BRUNO MENDES-GONÇALVES

Há certamente diversos modos através dos quais a questão referida no título deste texto pode ser apreendida, diversos ângulos a partir dos quais se pode ir procedendo, aproximativamente, à sua cercadura, de forma que a esgote. Não é essa a intenção deste trabalho: a de recuperar, no conjunto dos estudos até hoje desenvolvidos, em uma espécie de “revisão” (no peculiar sentido dado a este termo na literatura médica), o conjunto de sentidos assumido pelas doenças crônicas degenerativas enquanto problema ou campo problemático.

O que se pretende é procurar captar o *sentido de conjunto* da questão das doenças crônicas degenerativas por referência à prática

¹ Texto originalmente publicado como Mendes-Gonçalves, R. B. Reflexão sobre a articulação entre a investigação epidemiológica e a prática médica a propósito das doenças crônicas degenerativas. In: ABRASCO. Textos de Apoio — *Epidemiologia 1*. Rio de Janeiro: PEC/Ensp-Abrasco, 1985, pp. 29-86 e reeditado como Mendes-Gonçalves, R. B. Reflexão sobre a articulação entre a investigação epidemiológica e a prática médica a propósito das doenças crônicas degenerativas. In: COSTA, D. C. (org.). *Epidemiologia: teoria e objeto*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1990, pp. 39-86.

social em que se coloca como questão, a prática médica — escusado o gosto pelo jogo de palavras, o recurso ao qual só tem aqui a função de exacerbar ao máximo a diferença de perspectivas.

Partindo desta maneira de colocar as coisas, não há que aceitar sem prévio exame a noção de que a “questão” seja constituída nuclearmente pelas doenças crônicas degenerativas *em si mesmas*; se refira a elas, ainda que variavelmente conceptualizadas ou redefinidas no espaço social. É perfeitamente viável, e necessita consideração, portanto, a suposição de que há uma *questão prévia*, um problema posto para a prática médica enquanto prática social, cuja denominação sob a forma de “questão das doenças crônicas degenerativas” se constitua já em forma determinada de tratamento dessa questão prévia, que certamente comportaria entendimentos alternativos.

Esse sentido geral desta reflexão, por sua vez, não deve ser atribuído ao gosto pessoal, ou a um esforço de originalidade, quase sempre difícil de distinguir do prazer da extravagância. Talvez seja até possível partir de tais fontes, marcadas de subjetividade, como motivação genérica diante da vida e diante da ciência, mas um pensar que exige de si mesmo coerência e consistência exige, ao mesmo tempo, um quadro referencial de objetividade que lhe possa garantir *pelo menos a possibilidade* de organicidade por referência à situação histórica em que se localiza e diante da qual se orienta. A garantia dessa possibilidade, essa virtualidade de pensar socialmente significativo só pode ser dada pela coerência metodológica.

De metodologia, entretanto, obviamente não se tratará aqui, a não ser aplicadamente, mas deve-se reter como resultado de procedimentos metodologicamente justificáveis a colocação da perspectiva geral que orienta a reflexão: localizar a “questão das doenças crônicas degenerativas” no contexto da prática médica enquanto prática social, e fazê-lo em uma perspectiva particular, qual seja a da articulação de um momento específico dessa prática — o da

elaboração do saber através da pesquisa epidemiológica — no conjunto de outros momentos que a configuram como uma estrutura parcial em curso.

Tais observações encaminham uma última advertência preliminar, antes talvez um esclarecimento: este texto está marcado sobretudo, em seu conjunto, por um esforço de *recolocação de problemas*. Sempre que possível, se reiterará esse compromisso durante a exposição, uma vez que representa o objetivo principal que aqui procurar-se-á alcançar, na medida em que se tem consciência da dificuldade em alcançá-lo, desde quando se utilizarão durante todo o trabalho termos que se buscou extrair de um universo estático de significação, e redefinir, mantendo ao mesmo tempo o sentido “velho” *cujá superação foi tentada*. Esse processo de descontextualização/recontextualização não se faz sem riscos consideráveis para a clareza da exposição, e antes disso, é claro, em relação às possibilidades de elaboração intelectual pretendidas. Que não se tomem estas palavras como um prévio pedido de desculpas pela insuficiência do texto, mas como indicação de uma causa genérica de tais insuficiências que transcende as peculiaridades de um autor qualquer. Nesse exato sentido, como dificuldade metodológica que expressa no interior do trabalho intelectual a rede de conexões sociais a que ele se prende, foi que se optou por apresentar esta advertência previamente, como forma de solicitar uma crítica não posterior ao texto, mas contemporânea a ele.

Isso posto, digam-se algumas palavras a respeito do plano de exposição, que possam também auxiliar a orientação dessa leitura crítica. Assumindo a relação entre investigação epidemiológica e prática médica como sendo de tal natureza a definir a primeira como um momento da segunda, procurou-se em primeiro lugar demarcar, em linhas gerais, como pode ser definida a partir da prática médica uma questão como a “questão das doenças crônicas degenerativas”. Em segundo lugar, tratou-se de apresentar algumas considerações acerca do caráter da mesma “questão”, quando

reposta para a pesquisa epidemiológica, e, derivadamente, sugerir alguns tópicos para o debate em torno das reorientações em curso nesse âmbito mais restrito da Epidemiologia.

Prática médica e doenças crônicas degenerativas: integração de conceitos e práticas

O pensamento médico oscilou sempre, até o século XIX, entre duas formas polares de representação da enfermidade. Em um primeiro caso, à enfermidade foi atribuído um estatuto de entidade com existência própria, uma espécie de forma do mal, o homem doente sendo aquele ao qual se agregou um ser (a Doença). O mais acabado esforço decorrente dessa concepção ontológica talvez tenha sido a elaboração da exaustiva classificação nosográfica a que se deu posteriormente o nome de Medicina das Espécies. As enfermidades, como os animais e os vegetais, eram pensadas como seres cujo conhecimento correspondia a uma descrição classificatória em espécies, gêneros, e famílias, segundo critérios que caberia discernir nelas próprias: o tratado médico aproximava-se do do naturalista. Dessa forma de pensamento herdou a medicina moderna não poucos vícios de linguagem: os clínicos contemporâneos falam em “entidades mórbidas” e em “manifestações clínicas” dessas “entidades”, por exemplo, embora não adiram à ideia de que a doença tenha existência própria; utilizam inadequadamente esses termos apenas em consequência, aparentemente, da relativa continuidade histórica mantida entre a sua prática e a de seus predecessores.

Mas há uma concepção de enfermidade oposta a essa e que não é estranha, ainda que possa parecer paradoxal, à história do conhecimento médico:

A Medicina grega [. . .] apresenta — nos escritos e nas práticas hipocráticas — uma concepção já não ontológica mas

dinâmica de enfermidade, já não localizacionista senão totalizante. A natureza (*physis*), tanto no homem como fora dele, é harmonia e equilíbrio. A enfermidade é a perturbação desse equilíbrio, dessa harmonia. Neste caso, a enfermidade não está em parte alguma do homem. Está no homem todo e lhe pertence por completo. [. . .] A doença não apenas é desequilíbrio ou desarmonia, mas é também — e pode ser principalmente — esforço da natureza no homem para obter um novo equilíbrio. A enfermidade é uma reação generalizada com intenções de cura. O organismo desenvolve uma doença para curar-se. A terapêutica tem de tolerar, antes que tudo, e se necessário reforçar tais reações hedonistas e terapêuticas espontâneas. A técnica médica imita a ação médica natural (Canguilhem, 1971, p. 18).

Ambas as concepções referidas sobre a doença, a ontológica e a dinâmica, comportando evidentemente variações, eram genericamente apropriadas para todas as épocas históricas nas quais a intervenção eficaz do homem sobre a natureza — a restauração da saúde no sentido de uma ação contra a natureza — não poderia ser uma pretensão compatível com as formas de organização social e com suas correspondentes concepções de mundo. Por isso, deram lugar, no século XIX, a uma concepção nova da qual se tratará adiante. O que se pode verificar a partir da identificação de modificações tão radicais do saber médico, no entanto, é a coerência entre tais rupturas e os universos historicamente estruturados de pensamento e de prática que as contextualizaram. O conhecimento, em outras palavras, tem uma história na qual se pode verificar, muito para além do pretenso desenvolvimento louvado em tantas historiografias, a viva rearticulação da prática da medicina em estruturas de historicidade qualitativamente distintas. Georges Canguilhem (1971) aponta para a convergência dessas concepções aparentemente tão opostas na direção do otimismo técnico inerente à

própria constituição da medicina como um trabalho possível e legítimo, podendo-se verificar como ambas as formas de representação da doença propiciam a constituição de um projeto terapêutico, facultam o desenvolvimento de técnicas de intervenção reconhecidas como capazes de atuar sobre a doença, mesmo quando dessa situação não se esperasse necessariamente a restauração da saúde, no sentido que hoje pode ser associado a essa expressão.

Supondo-se que a elaboração de representações, concepções sobre o objeto sobre o qual se atuará — independentemente do caráter menos ou mais científico de que elas se possam revestir — seja um passo necessariamente prévio à atuação propriamente dita, é natural que teorias tão opostas como a ontológica e a dinâmica tenham em comum esse caráter instrumental. O que é mais importante reter nessa subordinação lógica e histórica do conhecimento médico às necessidades postas para a prática médica no plano do social é menos a possibilidade de atribuir-lhe essa instrumentalidade intrínseca do que a possibilidade de pensar essa elaboração conceitual como vinculada às variações do objeto sobre o qual atua a prática que dela se vale, na medida em que essas variações podem ser verificadas como históricas.

Não é necessário interpretar essa última afirmação como equivalendo a dizer que o conhecimento médico se subordina às variações históricas *das doenças*, no sentido de seu aparecimento e desaparecimento, do aumento e da diminuição de sua frequência, da menor ou da maior importância que adquirem em variadas formas de organização social. Tal interpretação implica o compromisso prévio com uma noção “quase ontológica” de doença, que existiria enquanto tal fora de qualquer determinação histórica, para depois “variar” conforme essas determinações; esquece que o objeto da prática médica é sempre o homem doente, o homem concreto cuja existência está alterada de algum modo o qual, conceitualmente apenas, é possível reduzir a uma concepção teórica a que se chama Doença. Afirmar que tudo se reduz ao fato de as doenças variarem

corresponde, assim, a reduzir as determinações históricas que incidem sobre os homens que ficam doentes no sentido de torná-las contingenciais e vazias de sentido histórico substantivo: como corolário, é possível chegar à ideia tão bem aceita quanto carente de fundamentação de que “a Medicina é uma só”, já que a Doença, promovida da condição de instrumento conceitual à de objeto do trabalho médico seria uma só, embora comportasse variações tais como as acima referidas.

O transcorrer histórico se reduziria dessa maneira a mero diacronismo em que a substância da história seria sempre de mesma qualidade, com a consequência de se poder pensar a história do conhecimento — médico, neste caso — como um “desenvolvimento”, o progressivo desvelamento de um objeto natural anistórico. Não apenas os objetivos da prática médica pensada dessa maneira — curar a doença — são anistóricos, como aponta Laura Conti (1972), mas também a historicidade que essa autora vê conceder-se aos meios utilizados para atingir tais objetivos tem apenas o significado de menor ou maior adequação, apropriado à ideia de “desvelamento progressivo”, vale dizer, tampouco tem substância propriamente histórica. Alternativamente, concebe-se² a história como socialmente estruturada, e constituída pela sucessão de qualitativamente diferentes estruturas de historicidade, sucessão que não é meramente diacrônica, mas sim o resultado de práticas sociais que operam nos limites dessas estruturas, portanto sucessão que obedece a certas leis necessárias — neste caso é preciso propor uma reinterpretação da história do conhecimento médico de modo que lhe dê um sentido e uma explicação, além de, ao descrevê-lo, ultrapassar os limites das aparências que assume ao ser olhado com as viseiras das teorias contemporâneas.

² Nota dos organizadores: Altera-se aqui o texto original, já que com o verbo no gerúndio (concebendo), além da estranheza provocada pela construção sintática, perde-se o sentido geral da argumentação, que é o de se contrapor à abordagem “anistoricizante” das variantes históricas da medicina.

Neste quadro teórico de referência, o objetivo geral — curar — da prática médica só adquire sentido quando qualificado pelas determinações históricas que a articulação dessa prática em distintas estruturas de historicidade faz incidir sobre ele. Enquanto finalidade geral, o “curar” não passa de abstração, e desde que a compreensão se desenha nessa abstração, não consegue senão o obscurecimento de suas significações históricas particulares.

Assim como o objetivo da prática médica, abstratamente associável à ideia de curar, deve ser mais concretamente apreendido observando a significação diferencial — e não a variação — dessa ideia geral, correspondentemente, as teorias que os médicos elaboraram com o fim de tornar exequível esse objetivo geral não podem pretender ser, tampouco, teorias sobre a Doença em geral, como se um mesmo problema engendrasses variáveis explicações, mas sim *teorias diferentes sobre problemas diferentes*; certos sofrimentos de homens historicamente determinados que em situações históricas particulares são legitimamente postos para a prática médica. *As concepções de doença se constituem nessas teorias*, elaboradas sobre tais problemas e que permitiram trabalhar sobre eles, ainda que devesse reclamar explicação, em outro contexto, a redução do objeto de trabalho à sua teoria, tão completamente operada pela medicina contemporânea.

Partindo dos apontamentos feitos anteriormente, é possível talvez recolocar as questões referentes às doenças crônicas degenerativas de um modo tal que permita encaminhamentos alternativos para o seu tratamento, também, no limite, no sentido estritamente terapêutico deste último termo. É o que se tentará fazer a seguir, mesmo sem pretender sequer aproximar-se de tal limite.

O ponto de partida dessa recolocação já está expresso implicitamente, de certo modo, no parágrafo anterior, e consiste da necessidade de se identificar adequadamente a situação contraditória na qual se coloca quem pretende dar conta (mesmo que, como é aqui o caso, em um nível de generalidade que isenta de muitos

compromissos) de um “problema” cuja definição, cuja delimitação enquanto questão foi efetuada *dentro de* um quadro conceitual cujas características se entende que contribuem no essencial para dar ao “problema” os contornos verificados, e supondo que se discorde de tal referencial teórico. Isto é: o termo “doenças crônicas degenerativas” não é, em primeiro lugar, livre de compromissos teóricos que é preciso verificar; não designa, por consequência, um “problema” ao qual se aplica o conhecimento que o utiliza sem comprometer em certa direção, já nessa aparentemente simples designação, todas as relações entre esse conhecimento e o conjunto de questões que o suscitarem.

Não se trata de examinar as críticas, sem embargo pertinentes, mas certamente de detalhe, que apontam para a impropriedade do termo “doenças crônicas degenerativas” partindo de argumentos tais como a intuitiva necessidade de incluir certas doenças “agudas” no campo problemático designado, ou, serem provavelmente ou comprovadamente de origem infecciosa. Trata-se de indagar, isto sim, da razão pela qual a designação de um campo problemático através desse termo *dá conta*, ao nível global da prática médica, das necessidades e possibilidades de intervenção sobre esse campo. Em outros termos, investigar por que foi elaborado o conceito em foco para designar uma situação histórica particular posta para as práticas de saúde, compreendendo essa forma de designação — arbitrária, como todo conceito delimitante, mas não casual ou pessoal — como uma elaboração (ou tentativa de) teórica capaz de instrumentalizar uma intervenção coerente com a articulação dessas práticas na estrutura social.

Tais proposições devem levar à conclusão de que qualquer designação alternativa *deve* passar pela terminologia sob crítica, tomando-a como constitutiva do objeto que se quer reconstruir: se o conceito através do qual esse objeto é apreendido parece insuficiente — insuficiente a partir do ponto de vista oferecido por um quadro conceitual alternativo —, nem por isso esse conceito terá

sido o produto de um livre-pensar, caso em que pouca valia teria considerá-lo e criticá-lo, mas representará sempre a forma intelectual correspondente a práticas em curso ao nível do real.

Daí ser possível, e necessário dizer, ao mesmo tempo, que um tal conceito é “inadequado” para designar a realidade a que esteve referida sua elaboração, por não dar conta dela satisfatoriamente, ou por obscurecer ou deformar as características dessa realidade, e, por outro lado, afirmar também que esse mesmo conceito é “adequado” desde quando se articule e se integre nas práticas nas quais sua elaboração se pôs como necessária, constituindo nesse conjunto uma totalidade nova por explicar.

Ainda, em outras palavras, não teria muito sentido recusar um conceito teórico vivo, como é o de “doenças crônicas degenerativas” e substituí-lo simplesmente por outro, no exclusivo âmbito do saber, por mais explicativo e instrumental que pudesse parecer ser; o conceito “recusado” *integra* práticas sociais em curso e não se reduz, portanto, a mero conhecimento do real, mas *constitui o real*: fá-lo ao recortá-lo de um certo modo e oferecê-lo à ação. O trabalho de substituição é, portanto, *totalmente*, e deste fato decorre a maior parte de suas limitações, um trabalho de reorganização da prática como um todo.

Retome-se agora a ideia de que o conceito de doença de que se vale a prática médica contemporânea, do mesmo modo que seus equivalentes de que se valeram os médicos do passado, corresponde ao trabalho de delimitar o objeto sobre o qual essa prática em um segundo momento atuará. Isto tudo de forma coerente com as características de que ela se reveste, dada sua articulação na estrutura social particular, historicamente determinada, que se pode identificar como modo de produção capitalista. Nesse âmbito histórico particular, o conceito de Doença consiste, antes de mais nada, em um instrumento de trabalho apropriado para a reprodução daquela articulação, e essa característica fundamental em nada é alterada por sua menor ou maior cientificidade, dado este, de resto, ampla-

mente questionável (Pinel seria “menos científico” do que Claude Bernard?).

Enquanto instrumento de trabalho, o saber médico opera, como qualquer outro instrumento de trabalho, antes de mais nada e acima de tudo pelo estabelecimento de relações particulares, historicamente determinadas, de adequação entre o agente de trabalho e o seu objeto. Cabe indagar, portanto, como cumpre essa função o conceito de “doenças crônicas degenerativas” no quadro do modo de produção capitalista, com o que será possível propor encaminhamentos para a compreensão dos compromissos teóricos a que fez alusão acima, e, por desdobramento, para a reelaboração conceitual necessária a qualquer ensaio de prática alternativa.

Evidentemente, não serão tentadas aqui senão aproximações em relação a essa tarefa indicada, sob a forma de uma síntese possível, tendo em vista o estado do desenvolvimento do conhecimento crítico até agora elaborado, e apenas tomando para exame alguns tópicos que parecerem mais estratégicos para o andamento desta reflexão. O conjunto da tarefa depende de substancial aprofundamento em direção à rica complexidade do conceito, só aproximável através da pesquisa empírica. Posto este grave limite, prossiga-se.

Considere-se, em primeiro lugar, a característica epistemológica fundamental do conceito de Doença subjacente ao de “doença crônica degenerativa”, qual seja, o dogma da homogeneidade qualitativa entre a saúde e a doença.

Conforme foi assinalado acima, tanto a concepção ontológica quanto a dinâmica de Doença, ainda que opostas, apresentavam em comum a capacidade essencial de proporcionar uma base intelectual adequada para a prática, e também convergiam em sua dimensão “naturalística”. Isto é, tanto em um como em outro caso, o evento conceptualização o era no quadro mais geral oferecido pelo conceito de Natureza, este equivalendo ao de um sistema harmônico em equilíbrio, quer este equilíbrio fosse concebido estática

(concepção ontológica) ou dinamicamente (concepção dinâmica). Neste contexto, à ação humana interventora estava reservado um lugar essencialmente passivo, contemplativo, no máximo potencializador de tendências naturais.

Desde quando a ação humana passou a se legitimar pela capacidade de modificar o curso natural das coisas, contudo, dão-se as condições para a reelaboração conceitual da enfermidade. E essa reelaboração tomou como fulcro exatamente o modo de ser “natural” da doença, presente nas concepções anteriores. Naquelas, a enfermidade era considerada como “uma situação polêmica, seja já como uma luta entre o organismo e um ser estranho, seja já como uma luta interna de forças opostas”, estando sempre presente, portanto, a ideia de que “a enfermidade difere do estado de saúde, o patológico do normal, *como uma qualidade difere de outra*, quer pela presença ou pela ausência de um princípio definido, quer pela reelaboração da totalidade orgânica” (Canguilhem, 1971, p. 19). Prosseguindo com o mesmo autor:

Porém em uma concepção que admite e espera que o homem possa forçar a natureza a fazer com que se dobre a suas intenções normativas, a alteração qualitativa que separa o normal do patológico resultava dificilmente sustentável [. . .] e governar a enfermidade significa conhecer suas relações com o estado normal que o homem vivo — e que ama a vida — deseja restaurar, [. . .] daí a necessidade teórica, com data de realização técnica variável, de fundar uma patologia científica vinculando-a com a fisiologia (Canguilhem, 1971, p. 19).

A característica epistemológica fundamental do conceito de doença que a medicina moderna utiliza — nessa categoria cabendo certamente a desenvolvida no Ocidente nos últimos dois séculos — é, pois, a de que o Normal e o Patológico não se diferenciam senão enquanto quantidades diversas de uma mesma qualidade: a

vida (as constantes vitais), no sentido mais estritamente biológico em que a vida humana pode ser pensada. Sobre esta hipótese se fundou a medicina experimental e se ergueu um edifício que, se não parece isento de compromissos com a construção e a reprodução da ordem social, figura sem dúvida entre as mais elaboradas heranças do gênero humano.

Entre parênteses, cabe lembrar que, sem prejuízo de um melhor julgamento que se possa fazer a respeito das conexões entre o âmbito puramente conceitual e o âmbito mais inclusivo das práticas em que o conceito vive, a identificação que aqui se faz de uma certa característica do primeiro deve ser compreendida apenas como aquilo que pretende ser: passo de método da direção proposta. Na medida em que isso é possível, não se pretendeu dar nenhuma conotação valorativa, nem positiva nem negativa, à característica identificada. Aliás, para manter a seriedade, se necessário fosse, por hipótese, assumir uma tal posição axiológica, mais coerente seria avaliá-la positivamente do que pelo contrário. Não se procure ler, pois, este texto, como se sugerisse que basta negar o conceito de doença para evitar os impasses que ele acarreta: mais uma vez seja afirmado que a tarefa histórica, desta vez como de outras, não é a de uma substituição voluntária nem de uma negação idem, pois a superação que a humanidade certamente fará de seus instrumentos conceituais demanda um movimento de totalidade no qual, menos do que desprezar o produto do trabalho acumulado, proceder-se-á a uma revolução nas suas formas de apropriação e disposição técnica. Tais advertências se fazem necessárias antes que o prosseguimento do texto possa levar à má interpretação do que se supõe serem as limitações do conceito examinado.

E prossiga-se então com Canguilhem (1971, p. 74):

[. . .] a recusa da concepção ontológica da enfermidade, corolário negativo da afirmação de identidade qualitativa entre o Normal e o Patológico, é talvez antes de tudo o rechaço

mais profundo a reconhecer o mal. Não negamos, por certo, que uma terapêutica científica seja superior a uma terapêutica mágica ou mística. É verdade que conhecer é melhor do que ignorar quando é necessário atuar, e nesse sentido o valor da filosofia da Ilustração e do positivismo, inclusive o cientificista, é indiscutível. [. . .] Importa muitíssimo não confundir a enfermidade nem com o pecado nem com o demônio. [. . .] Porém do fato de que o mal não seja um ser não se segue que seja um conceito privado de sentido, não se segue que não existam valores negativos (inclusive entre os valores vitais), não se segue que o estado patológico seja no fundo somente o estado normal.

A modificação na concepção da Natureza que subjaz às modificações no conceito de Doença explica, por outro lado, mais do que qualquer continuidade histórica na prática dos médicos, a permanência, referida em momento anterior deste texto, da linguagem quase ontológica na medicina. Pois se a Natureza não é mais o fluxo harmônico do Todo, ela própria com caráter de diversidade, nem tampouco é mais obra dos obscuros desígnios da divindade, como fora na Antiguidade Clássica e na Idade Média, ao passar a ser o substrato da ação humana, ela perde tão somente o seu caráter incontrolável, mas ganha, em compensação, a concepção de campo organizado antes e fora da ação humana, cuja instrumentalização se dará precisamente pelo reconhecimento do sentido dessa organização. Quando a humanidade diz, através de Bacon, que só se governa a Natureza obedecendo-a, reconhece o Natural como campo privilegiado de saber: a Doença, que não é mais um Todo nem um Ser, permanece sendo uma característica do ser humano enquanto ser natural. Daí a possibilidade de representá-la linguisticamente como se fora um Sujeito, que expressa antes o reconhecimento de sua característica de Objeto do conhecimento, manifestação do Natural anterior à apropriação cognitiva e dela independente.

Dentre as muitas objeções possíveis de serem levantadas por referência ao conceito de Doença, ou antes, à postulação básica que orienta o saber médico, apenas uma importa reter agora, na direção da argumentação que vinha sendo apresentada.

E não se trata propriamente de uma objeção, mas antes de uma constatação. Uma constatação que pode ser compreendida examinando as relações entre o âmbito científico do conceito de Doença, a Patologia, e aquela do conceito de Normalidade, a Fisiologia. É possível verificar³ que, construída sobre normas e transgressões da normatividade, a Fisiologia conserva como característica intrínseca sua o caráter valorativo que lhe advém de seu objeto. Mesmo que estruturada conforme o cânone das ciências naturais, diferentemente do conjunto destas, a Fisiologia tem por objeto algo que escapa à jurisdição do saber, ainda que não escape ao seu alcance: aquilo que Canguilhem (1971) chama de normatividade dos modos de andar a vida, e que subtrai, em última análise, esse objeto para o campo das ciências humanas. Ora, constituída como extensão da Fisiologia, a Patologia não logra, nem busca lograr escapar a essa determinação. O objeto de conhecimento a que se aplicam essas disciplinas estará marcado sempre por iniludíveis características de historicidade, não obstante sua evidentemente bem acabada redução à “naturalidade”. Na medida em que essa redução é operada através da construção de conceitos estatuídos com o caráter de constantes e invariantes, impõe-se reconhecer no procedimento de tal construção a função essencial de abstrair. Importa aqui a abstração do conceito de Doença, embora o progresso se desdobre por toda a nosologia especial, de tal modo que se pode dizer que o conceito de “doença crônica degenerativa”, ou os conceitos de “hipertensão arterial”, “diabetes mellitus”, etc., são igualmente marcados pela mesma característica: evidentemente, entretanto, não se quer identificar a abstração ao imaginário ou ao irreal,

3 Ver a obra citada de G. Canguilhem, na qual se sustenta esta argumentação.

e com isso estar pretendendo fazer qualquer crítica aos conceitos em questão. Abstração aqui vale apenas no sentido de qualidade do instrumento conceitual obtido a partir do real concreto por sucessiva indeterminação e que, por isso mesmo, vale o trabalho de explicar o real concreto reconstruindo-o como objeto pensado de um certo modo, por sucessivas determinações, este “certo modo” correspondendo ao sentido cognitivo que orienta o progresso de reconhecimento — melhor seria dizer estabelecimento, pois se trata menos de um desvelamento do que de uma construção intencional — das leis gerais abstratas que em corpo constituem uma ciência.

Possivelmente nada se acrescenta com a afirmação de que o conceito de “doença crônica degenerativa” tenha natureza abstrata. O ponto central da argumentação não é este, entretanto, mas sim o de que a mesma medicina que engendrou a produção desses conceitos como instrumentos para o trabalho de conhecer o seu objeto utiliza-os, nesse trabalho, reduzindo o objeto a esses conceitos abstratos.

A elaboração do diagnóstico médico, independentemente de quaisquer méritos que tenha apresentado — e repita-se, para evitar mal-entendidos: não foram poucos esses méritos — é um processo equivalente ao de abstrair das condições concretas e particulares em que se verifica, integrada nessas condições, a transgressão da norma vital, para reduzi-la a uma variação fisiopatológica nomeável. Já se disse que todo processo de abstração obedece a um sentido cognitivo intencional, segue certas regras postuladas previamente: neste caso, é possível identificar no sentido cognitivo que orienta a abstração que conduz ao diagnóstico pelo menos uma característica notável: a postulação da ilegitimidade das dimensões psicológicas e social, enquanto constitutivas do diagnóstico, sua redução à condição de “contaminantes”, no pior dos casos, ou de “condicionantes” ou “moduladoras”, no melhor. O modo pelo qual se abstraiu do real para construir o conceito de Doença e, por extensão, para elaborar cada diagnóstico tem, portanto, a especificidade

de fazê-lo reduzindo ao biológico um fenômeno no mínimo. . . mais complexo. A essa opção, a esse desdém, aplica-se a noção de “biologicismo”.

Dando sequência à argumentação, segue-se que, desde quando se admita que o fato que se constitui em matéria-bruta para o trabalho médico, isto é, o homem que se sente doente, quaisquer que sejam os procedimentos analíticos que se adotem para compreendê-lo, siga sendo uma totalidade integrada e articulada a outras totalidades individuais em uma totalidade histórico-social mais ampla, conclui-se que o procedimento da abstração que o reconstitui (o constrói) como abstração biológica, reduzindo-o ao mesmo tempo a essa abstração, tal procedimento no mínimo pode ser caracterizado como obscurecedor das demais dimensões em que essa realidade parcial — homem doente — se dá.

É quase intuitivo perceber como esse biologicismo exacerbado do saber médico serve para estabelecer relações adequadas entre o seu portador, o agente do trabalho médico, e seu objeto, o homem doente. É assim que se fundamenta a pedra angular da estruturação social da prática médica: sua capacidade de individualizar o doente, rompendo legitimamente as relações que mantém consigo mesmo e com os outros homens. Quaisquer que sejam as causas daquilo que se chama doenças, ou de sua distribuição — e atente-se para o fato de que na segunda metade do século XX se está muito longe de ignorar que a questão toda aponta, acusativa e ameaçadoramente, para a forma pela qual os homens organizaram sua vida social —, uma vez doente, o homem é abstraído desse contexto mais amplo e recodificado inteiramente por um saber autorizado a reduzi-lo a ele só, indivíduo despido de todas as conexões que constituem em conjunto o significado de sua vida.

O conceito de “doença crônica degenerativa” constitui-se em prolongamento dessa tese. Uma vez que a Doença é pensada como atributo individual, como expressão de obstáculos às funções normais do organismo humano individual, sua classificação terá,

necessariamente, que recorrer ao rol dessas funções como critério. Pode parecer que o conceito de “doença infecciosa” se constitui em exceção, desde quando aparenta expressar algo externo ao organismo humano individual: assim era, de fato, quando, tanto as doenças infecciosas como todas as outras eram concebidas ontologicamente; assim permaneceu sendo, marginalmente, nas teorias dos que procuraram resistir à introdução da clínica e da medicina experimental: assim também parece ser nos resquícios da velha linguagem, presentes ainda na linguagem médica moderna. Contudo, a teoria da doença infecciosa não é, por exemplo, a teoria de uma interação de populações, a humana e a de um agente patogênico qualquer, mas nuclearmente é a teoria das alterações das funções normais do organismo humano consequentes à sua agressão por outros organismos vivos, segundo certos padrões gerais, é a teoria da infecção. Nesta, por mais importante que possa ser reconhecer as características gerais e específicas dos agentes patogênicos, o que se constitui em núcleo é o modo de reação, geral e específico do organismo humano individual à agressão infecciosa. Lê-se, em um tratado de patologia:

Os agentes biológicos, tais como as bactérias rickettsias, vírus e fungos são causas importantes de dano tecidual e de doença. [. . .] Microrganismos. . . causam doença apenas incidentalmente em sua luta pela sobrevivência, na competitiva biologia da vida [in the competitive biology of life]. [. . .] Doença clínica resulta apenas quando o agente invasor provoca dano anatômico e funcional no curso da obtenção daquilo de que necessita para a sua sobrevivência (Robbins, 1967, pp. 227-8).

Ainda:

Essa toxemia clínica não específica, tão característica da maioria das doenças biológicas [biologic diseases], manifesta-se por

mal-estar, aumento da fatigabilidade, dores e dolorimentos generalizados, febre, calafrios, sudorese e, nos casos mais severos, prostração intensa. Associada com a febre e possivelmente a causando, há uma redução intensa no volume sanguíneo, com a passagem do fluido intravascular para o espaço intersticial e os tecidos. A hipovolemia leva a intensa oligúria. Quando a temperatura volta ao normal e o paciente melhora, os cloretos retidos e a água que os acompanha são excretados através da pele e dos rins sob a forma de sudorese aumentada e poliúria. A elevada temperatura corpórea leva ao catabolismo generalizado de todos os tecidos e à perda de peso, com o aumento da excreção urinária de nitrogênio resultante. O hipermetabolismo em níveis elevados de temperatura causa o aumento da frequência do pulso, um aumento de frequência respiratória e um aumento dos requerimentos calóricos, [. . .] O desenvolvimento de leucocitose ou leucopenia foi referido em outro capítulo (Robbins, 1967, p. 281).

Os excertos citados, evidentemente que não o foram com qualquer intenção crítica à sua linguagem ou mérito técnico-científico, mesmo porque fora de seus contextos isso não teria sentido. Pretendeu-se apenas mostrar, ou ilustrar, dois pontos já discutidos: em primeiro lugar, a relação de externalidade entre o agente infeccioso e a Doença, externalidade mediada pela ideia de causa; em segundo lugar, o caráter pesadamente quantitativo das alterações que descrevem a doença infecciosa, que corresponde, neste caso particular, à homogeneidade qualitativa entre o normal e o patológico que se discutiu em outro momento deste texto.

Retomando a questão de classificação das doenças a que se fez referência em parágrafo anterior, veja-se que a maioria dos tratados de medicina as agrupa segundo critérios baseados nas funções normais alteradas: separam-se as doenças infecciosas e aquelas outras que podem seguir um modelo de causalidade assemelhado,

tais como as doenças causadas por agentes físicos e químicos, e prossegue-se com uma classificação ora baseada em critérios morfológicos (doenças do tecido conjuntivo, por exemplo), ora funcionais (doenças do metabolismo, por exemplo), ora morfofuncionais (doenças do aparelho cardiocirculatório, por exemplo). Excluídas as doenças “causadas por” algum agente etiológico conhecido, todas as demais cabem sob o rótulo de “causadas por” agentes etiológicos ainda não conhecidos. A crença de que a cada doença corresponda algum agente etiológico, ou, concessivamente, um grupo de agentes etiológicos que poderão ser apontados como “causas”, corresponde à concepção de que o organismo humano é naturalmente normal (no sentido fisiológico do termo, e convenientemente esquecidas as origens da normalidade de que trata a fisiologia), naturalmente torna-se patológico e, desde quando a natureza é o domínio da ação humana, artificialmente volta a ser normal.

Apenas neste século, a partir do momento histórico em que esse otimismo técnico inerente ao saber médico passou a corresponder não apenas à base de legitimidade do trabalho médico mas a diversas outras peculiaridades de sua articulação histórico-social que não cabe aqui explorar, tornou-se necessário matizar um pouco a crença genérica suprarreferida. Esta é a matriz do conceito de “doença crônica degenerativa”: nas condições históricas concretas em que a medicina opera, substitui-se o possível agente etiológico pela própria fatalidade biológica, a efemeridade da vida. Crônicas degenerativas são aquelas doenças que são causadas pelo viver do organismo humano, que consome tempo enquanto se desgasta. É interessante notar que o dogma da homogeneidade qualitativa entre o normal e o patológico atinge neste caso as últimas consequências; as fronteiras quantitativas entre ambos os estados se tornam evidentemente mais tênues, tanto para o saber médico, sem dúvida (tenha-se em mente o caso da hipertensão arterial), quanto para a humanidade como um todo, em consequência das características específicas da articulação supraestrutural daquele saber.

Ao mesmo tempo que conceitualiza certos sofrimentos humanos como afinal normalíssimos, pois não há como viver fora de toda dimensão temporal e nem há como viver sem envelhecer, o saber médico os exclui do estado normal, ou, o que dá na mesma, os aponta como patológicos e se reserva o direito legítimo de reconhecê-los, nomeá-los e agir sobre eles, mesmo quando essa atuação seja de eficácia duvidosa, mesmo quando a relação entre os resultados da ação e os meios empregados possa parecer aleatória.

Mas, de uma perspectiva mais geral e distanciada, não são apenas esses sofrimentos que podem ser caracterizados como “afinal normalíssimos”: todos os sofrimentos o podem, e a história testemunha para mostrar que sofrimentos análogos se configuram como normais em certas épocas e/ou sociedades, enquanto em outras se transformam em Doenças. Se não há como viver sem envelhecer, tampouco há como viver sem os microrganismos eventualmente “causadores” de doença. Ocorre, porém, que os processos de gênese das concepções do que é Doença deixam de se dar, nas sociedades modernas, fora do âmbito de jurisdição e legitimação da prática médica, bem como perdem autonomia por referência à capacidade da medicina de suscitar e alimentar as concepções finalmente produzidas. E foi da lógica do saber médico definir e difundir a ideia do fenômeno da degeneração orgânica — tomado em seu sentido mais geral — como um fenômeno patológico. A relativa insuficiência de suas propostas é que foi tornando, com o tempo, tais fenômenos em um campo problemático.

Se puder parecer, portanto, a um primeiro olhar, que a associação entre certos estados vitais (as doenças crônicas degenerativas) e a substancialidade valorativa da vida humana, possivelmente representada no seu transcorrer e na sua necessária terminação, agora tomados como consubstanciais com o conceito de Doença, se puder parecer que essa associação aproxima tal forma de concepção do caráter propriamente humano da vida humana, vale dizer, de

seu caráter histórico e social, e representa uma reorientação da fisiopatologia em direção à concretude, há que se advertir que essa seria uma leitura completamente equivocada. A contradição apontada no parágrafo anterior mostra bem que não há “humanidade” alguma nessa vida que, ao transcorrer e cessar, se degenera: trata-se da vida biológica, apenas, outra vez. Como em outras situações, o ardil reducionista leva aqui também à legitimação da intervenção normativa, à ruptura das conexões entre o fenômeno concreto e seu contexto histórico-social, ao mesmo tempo que submete à jurisdição do saber médico todos os fenômenos que caracterizam o transcorrer da vida, atomizados agora em um sem-número de fatores isolados.

Com essas considerações, pretendeu-se indicar o sentido com que é tomado pela prática médica o problema (o conjunto de problemas, seria mais correto dizer) conceptualizado como “questão da doença crônica degenerativa”, sentido contido precisamente nessa conceptualização. Cabe salientar, contudo, que essa indicação tem ainda um caráter muito geral: o biologicismo e sua contrapartida, a individualização, que são características genéricas de que se reveste a prática médica no modo de produção capitalista por referência a todos os problemas de que trata. Em outros termos, conforme se procurou indicar, o conceito de doença infecciosa comporta delimitações gerais idênticas a essas, o que também é verdade para todos os outros conceitos derivados dessa mesma matriz básica: o conceito de Doença.

Para levar um pouco mais adiante essa contribuição, pretender-se-á daqui por diante explorar um pouco mais a especificidade do conceito particular de “doença crônica degenerativa” e das práticas que instrumentaliza. Procurar-se-á encaminhar essa proposta restringindo um pouco o referencial e examinando como se colocam essas questões no campo particular da Epidemiologia.

Isto se justifica pelo fato de que, senão a teoria das “doenças crônicas degenerativas”, fisiopatológicas como todas as demais, mas

a justificativa apresentada para assim circunscrevê-la, ou seja, a importância dessas doenças na estrutura de morbidade e de mortalidade verificadas nas sociedades modernas, e o impacto dos custos das ações a elas vinculadas, uma tal justificativa recebe importantes contribuições da investigação epidemiológica.

Gradativamente, mais e mais, é uma lógica epidemiológica que justifica diagnosticar, tratar e prevenir essas doenças, bem como fornece os parâmetros que delimitarão, na prática, as formas concretas assumidas pelos procedimentos de tratamento e prevenção. Tal lógica toma o aspecto formal consistente em um esquema de raciocínio (medição e contraste de eficácias, eficiências e efetividades) próprio da Epidemiologia.

**A epidemiologia e as doenças crônicas degenerativas:
história natural das doenças
história social dos doentes**

Colocar as questões no campo particular da Epidemiologia, em que consiste exatamente? O problema que se impõe, e que não pode ser eludido, diz respeito à possibilidade de compreender essa recolocação como particularização, isto é, extensão dos conceitos básicos que se vinham examinando a um aspecto parcial ou, alternativamente, compreendê-la como oferecendo oportunidade a uma reorientação metodológica, neste caso sendo necessário indicar de que espécie de reorientação se trata. Claro está que em um ensaio dessas proporções, não se teria jamais a pretensão de resolver este problema, central na Epidemiologia de hoje, mas como ele está no âmago da questão mais geral do que se vinha tratando, não há como deixar de fazer pelo menos alguns reparos e oferecer algumas indicações acerca da forma pela qual será parcialmente tratado aqui, sem ser resolvido, sem ser meramente contornado, se isso for possível.

A Epidemiologia moderna, em sua vertente mais ortodoxa, que será por isso daqui por diante definida como “clássica”,⁴ define-se a si mesma como o estudo da distribuição e dos determinantes das frequências das doenças no homem (MacMahon & Pugh, 1970). Pretende-se algumas vezes distinguir entre os dois aspectos dessa conceituação chamando de “descritiva” a parte da Epidemiologia que se ocuparia em estudar apenas a distribuição das frequências das doenças, parte que poderia ser compreendida também como aplicação da demografia ao campo da saúde, e chamando de “analítica” a parte da Epidemiologia que busca identificar determinantes dessas mesmas frequências, explicando a distribuição verificada em termos de fatores causais, parte essa que constituiria o núcleo próprio da disciplina (MacMahon & Pugh, 1970).

Tal modo de compreender as coisas aponta para três tópicos que permitem um primeiro encaminhamento da questão posta acima, referente ao estatuto teórico da Epidemiologia:

4 Não se pretende dotar de nenhuma conotação pejorativa este adjetivo. Não obstante, é necessário fazer um esclarecimento a respeito da posição adotada neste ensaio em relação à polêmica corrente e que opõe com tanto ardor quanto surdez os defensores da Epidemiologia “clássica” aos defensores da Epidemiologia “alternativa”. Se, de um lado, é necessário opor-se aos argumentos de uma parte dos primeiros, que por ignorância metodológica se aparam às técnicas formais de quantificação e aos procedimentos de coleta de dados empíricos como os critérios finalmente delimitadores da Epidemiologia enquanto disciplina científica acabada, de outro lado é necessário igual oposição àqueles dentre os segundos que deitam fora o bebê e a água do banho, dispensando a busca de alternativas metodológicas da seriedade e do rigor contidos na formalização. Uns tendem a assumir a posição conservadora e anticientífica de que a “Epidemiologia é uma só”, com isso negando relevância às insuficiências detectadas pelos outros. Outros tendem a ver na disciplina um aumento de ilusões mecanicamente comprometido com a dominação social, negando a evidência factual que constitui, nesse momento histórico, a investigação epidemiológica em *única* demonstração cientificamente estruturada a demonstrar as relações entre o campo da saúde e a dominação social (as limitações dessa demonstração são um outro capítulo). Optou-se pelo adjetivo *clássico* exatamente para enfatizar o relativo acabamento e a razoável consistência da explicação epidemiológica. Além disso, por analogia com o universo da cultura, essa adjetivação ressalta o compromisso necessário, na superação do “classicismo”, com a identificação rigorosa e crítica das premissas metodológicas fundamentais da disciplina, buscando estabelecer um divisor de águas suficientemente claro com as “superações” que antes consistem em acréscimos ou correções tópicas.

1.º) Basicamente, trata-se da aplicação de certas ferramentas metodológicas (o que não implica necessariamente distinção de método) a um mesmo problema comum a que se aplica o saber médico nuclear, qual seja, o da determinação da causação das doenças. Que a nível da Fisiopatologia essa questão tenha sido restritivamente — embora não por acaso — posta em termos de causalidade, trata-se de uma outra questão, mas não indiferente ao fato de ter também a Epidemiologia buscando conhecer a determinação das doenças em termos relativamente restritos, os proporcionados pela ideia de causa. Mais restritos ainda, seria necessário reconhecer, desde quando a noção de causalidade implícita na maioria dos estudos epidemiológicos se constitui em quase uma vulgarização das possibilidades abertas pela teoria do conhecimento para a instrumentalização desse conceito. A Fisiopatologia estuda as alterações do organismo normal em resposta a estímulos nóxicos, e com isso estabelece relações causais imediatas entre a agressão por tais estímulos e aquelas alterações; enquanto isso, a Epidemiologia estuda as relações entre as variações na frequência com que essas mesmas alterações aparecem em indivíduos e as variações na exposição desses mesmos indivíduos àqueles mesmos estímulos, e infere dessas relações a existência de associações causais mediatas entre ambos os conjuntos que observa. Isto permite dizer que “muitas disciplinas procuram aprender acerca dos determinantes das doenças; a contribuição especial da Epidemiologia é o uso que faz de seu conhecimento da frequência dos casos de doença nas populações e da distribuição dessa frequência” (MacMahon & Pugh, 1970, p. 1). Será preciso acrescentar que não é apenas o enfoque populacional que distingue a Epidemiologia, mas principalmente, neste específico aspecto, uma característica metodológica daí decorrente: enquanto a cadeia de eventos estudada pela Fisiopatologia é imediatamente explicativa das relações causais que os ligam, isto é, enquanto as alterações sucessivas são explicadas dedutivamente uma das outras, no caso da Epidemiologia, como se parte logicamente

sempre do caso de doença (mesmo nos estudos ditos “prospectivos” ou “quase experimentais”), as relações de associação causal entre os eventos são sempre assumidas por indução estatística, ficando por estabelecer os mecanismos que medeiam a exposição ao estímulo nóstico e a doença: a explicação é, portanto, mediata. Pode-se dizer, por isso, que a Epidemiologia e a Fisiopatologia partem do mesmo dado de realidade, o fato-doença, e encaminham explicações para esse fato que se deve ao menos distinguir: enquanto a primeira procura associações desse fato com eventos antecedentes, a segunda procura explicar as modificações que caracterizam o fato em si. É evidente a diversidade metodológica: no primeiro caso, se é necessário admitir nexos com categoria de eventos antecedentes, necessário se torna ampliar a abrangência do conceito de Doença, que passa a circunscrever configurações e estados do organismo normal prévios à reação patológica, o que desemboca na elaboração do conceito de “processo saúde-doença”, que se constitui em corolário significativo do dogma da homogeneidade qualitativa entre o Normal e o Patológico. No segundo caso, o conceito restringe-se ao período de tempo na vida do organismo normal em que as alterações patológicas são verificadas. A referida diversidade metodológica expressa-se na dedutibilidade dos eventos da cadeia fisiopatológica, a partir de uma teoria geral da Doença ou, alternativamente, na indução de enunciados universais (as associações causais da Epidemiologia) a partir de enunciados singulares (as evidências para chegar àquelas associações, recolhidas pelo método epidemiológico). Resta saber se a diversidade é de grau ou de nível, ou se é de substância.

2.º) O que permite, o que autoriza a imputação de um nexo de causalidade a uma associação estatística não é nunca o grau dessa associação (lembre-se Hume, a propósito) mas a legitimidade da conexão proposta entre as variáveis associadas. O que legitima a influência, em todos os casos, é o postulado básico de que o fato-doença é constituído por um conjunto de alterações do organismo humano em resposta à estimulação (única ou múltipla) “estranha”

(externa, no mais das vezes, mas podendo também ser interna): daí serem mais legítimas as que se aproximam mais da possibilidade de oferecerem uma vinculação de caráter biológico estrito entre a variável causal e os processos fisiopatológicos descritos da doença. Em outros termos, é o conhecimento dos mecanismos fisiopatológicos das doenças que permite deduzir enunciados singulares passíveis de experimentação, referidos à associação entre o desencadeamento dos mesmos mecanismos fisiopatológicos e a exposição prévia a estímulos nóxicos. Que os procedimentos envolvidos na experimentação se tenham convertido à problemática do “indutivismo” não altera nada a natureza das coisas⁵: é o conceito de Doença que preside logicamente o raciocínio que permite imputar a umas associações o caráter de causais, a outras o de moduladoras, a outras o de interferentes, a outras o de espúrias, e assim por diante. E enfatize-se: não é um conceito qualquer de doença, mas precisamente aquele discutido no tópico anterior, de cujas características uma assumirá aqui, outra vez, o papel principal: o biologicismo. Admite-se, portanto, que a diversidade metodológica entre a Epidemiologia e a Fisiopatologia é de nível, refere-se a momentos em que apreendem um processo concebido da mesma forma; ambas aspiram à condição de ciências naturais, ambas se colocam na mesma postura metodológica em relação a seu objeto, embora se valham de procedimentos metodológicos diferentes, por força de seu ângulo de incidência diverso.

3.º) Renunciando à elaboração de um conceito próprio de doença, a Epidemiologia renuncia no mesmo movimento à sua independência enquanto ciência e recai na categoria de disciplina auxiliar:

⁵Ver, a propósito: K. Popper. *A lógica da pesquisa científica*. São Paulo: Cultrix-Edusp, 1975, parte I, capítulo I. Outros trabalhos sobre o assunto citados na bibliografia ao final do texto, mas não referidos originalmente nesta nota são M. Susser. *Causal thinking in the health sciences: concepts and strategies of epidemiology*. Nova York: Oxford University Press, 1973. M. Susser. Procedures for establishing causal associations. In: M. Stewart (ed.). *Trends in epidemiology*. Springfield, Ill: Charles C. Thomas, 1972, pp. 23-101. (acrécimo dos organizadores)

A epidemiologia é uma disciplina aplicada, isto é, uma disciplina preocupada com a solução de problemas práticos. O epidemiologista precisa das contribuições de muitas outras disciplinas para constituir a sua própria. Dessas duas disciplinas — a medicina clínica e a patológica — provêm os meios para *descrever e definir a doença*. Sem tal definição, nenhuma determinação da frequência das doenças pode ser feita. A referência já feita à importância dos métodos quantitativos no desenvolvimento histórico da epidemiologia aponta para a bioestatística como uma terceira disciplina sobre a qual repousa a investigação epidemiológica (MacMahon & Pugh, 1970, pp. 15-6, grifo nosso).

Essa conceituação permite contornar a dificuldade que seria representada pela necessidade de procurar a explicação dos nexos causais entre as variáveis epidemiológicas, e substituí-la pela *utilidade* que a verificação de nexos mediados entre as variáveis oferece para a intervenção:

A epidemiologia tem o propósito prático de descobrir relações que ofereçam possibilidades para prevenção de doenças e, para esse objetivo, uma associação causal pode ser definida de forma útil como aquela que ocorre entre categorias de eventos ou características nas quais uma alteração na frequência ou na qualidade de uma categoria é seguida por uma alteração na outra (MacMahon & Pugh, 1970, p. 17).

A renúncia à elaboração de um objeto de estudo significa, portanto, muito mais do que uma presumível impossibilidade epistemológica: subordina o raciocínio epidemiológico às possibilidades práticas de intervenção; subordina o estudo da determinação das causas das doenças aos critérios que definem certas categorias de eventos antecedentes e associados à ocorrência das doenças

como passíveis de modificação, excluindo, ao mesmo tempo, outras. É evidente que os critérios que permitem optar por umas ações, desdenhando ao mesmo tempo, necessariamente, outras, só podem ser critérios de natureza política, e trarão consigo para dentro da Epidemiologia, portanto, o projeto político de reprodução social que tiver prevalecido, tornando-a dele caudatária. O instrumento conceitual que dá conta desse contorno das dificuldades postas pela causalidade é o de “risco”, que concentra ao mesmo tempo, na possibilidade de identificação de “grupos de risco” e na possibilidade correlata de prescrição de ações preventivas, a derivação utilitária que caracteriza parcialmente a Epidemiologia clássica.

Em relação ao problema de esclarecer, pelo menos em linhas gerais, a natureza do campo para o qual se quer trazer a questão das “doenças crônicas degenerativas”, essas indicações gerais parecem suficientes para justificar a colocação de que se trata antes de uma particularização, por referência à Clínica e à Fisiopatologia, do que de uma redefinição metodológica. Entretanto, se uma espécie de *pax biologica* reina naquelas, preservando-as, ainda, de qualquer forma de contestação, meramente polêmica ou cientificamente fundamentada, o mesmo não se pode dizer da Epidemiologia, que por razões derivadas de suas próprias peculiaridades oferece atualmente oportunidades para um exame muito fecundo de seus pressupostos, métodos e aplicações, de tal forma e com tal intensidade que se pode dizer que não há uma, mas várias Epidemiologias. E como nessa variedade parecem dispostas fissuras, campos de incerteza nos quais é possível que a questão das “doenças crônicas degenerativas” se possa redefinir, esta será a tarefa proposta daqui por diante. Antes, contudo, tanto para esclarecer melhor a posição que se adotou em relação à Epidemiologia clássica, como para propiciar uma menos inadequada compreensão dos campos de incerteza que permitem falar em outras Epidemiologias, procurar-se-á examinar mais de perto, e de uma perspectiva histórica, as relações entre Clínica e Epidemiologia.

Examinando o *background* histórico da Epidemiologia clássica, MacMahon & Pugh (1970, pp. 4-6) dizem o seguinte:

Alguns dos conceitos básicos subjacentes à prática da epidemiologia podem ser ilustrados por referência a episódios e personalidades históricas. [. . .] A história da metodologia epidemiológica é, em vasta medida, a história do desenvolvimento de quatro ideias: (a) a doença humana está relacionada ao ambiente humano; (b) a contagem dos fenômenos naturais pode ser instrutiva; (c) “experiências naturais” podem ser utilizadas para investigar a etiologia das doenças; (d) sob certas condições, experimentos sobre o homem podem também ser utilizados com esse propósito. [. . .] A ideia de que a doença pode estar conectada com o ambiente em que as pessoas vivem foi exprimida por Hipócrates quase dois mil e quatrocentos anos atrás. Hoje, esse conceito parece evidente por si mesmo [. . .] À luz desta clara e firme advertência [de Hipócrates], partindo de um mestre tão influente, é notável que nada tenha sido descoberto a respeito das características específicas dos ambientes insalubres durante os dois mil anos subsequentes. Greenwood atribuiu esse fato àquele de que o termo operativo em Hipócrates é *considerar* — e não *contar*. Por mais que as considerações de um investigador possam ser perspicazes, elas são insuficientes para constituir-se em base para as considerações das sucessivas gerações de investigadores, se não estiverem amparadas por observações objetivamente registradas em termos quantitativos. [. . .] A introdução de um método quantitativo em epidemiologia — de fato, em biologia e na medicina em geral — é creditada a John Graunt, que publicou em 1662 [. . .] [Graunt] demonstrou a ‘uniformidade e a predictibilidade dos [. . .] fenômenos biológicos tomados em massa’ e é assim encarado como fundador da ciência da bioestatística. Desde quando essas

novas técnicas [desenvolvidas por Graunt] não viram aplicação epidemiológica ulterior por quase duzentos anos, Graunt deveria ser mais apropriadamente encarado como um precursor do que como um fundador da epidemiologia.

Eis aí, nesses excertos, um soberbo exemplo do que não é uma perspectiva histórica: personalidades, episódios, percussores e, sobretudo, a intenção de ver o passado como um presente em que as coisas estavam tão somente malvistas, equivocadamente compreendidas. E com isso admoesta-se Hipócrates por não ter valorizado adequadamente a contagem. No Prefácio a *O nascimento da clínica*, Foucault (1977, p. X) recoloca este mesmo problema em termos mais apropriados a nossa pretensão:

A medicina moderna fixou sua própria data de nascimento em torno dos últimos anos do século XVIII. Quando reflete sobre si própria, identifica a origem de sua positividade com um retorno, além de toda teoria, à modéstia eficaz do percebido. De fato, esse presumido empirismo repousa não em uma redescoberta dos valores absolutos do visível, nem do resolutivo abandono dos sistemas e suas quimeras, mas em uma reorganização do espaço manifesto e secreto que se abriu quando um olhar milenar se deteve no sofrimento dos homens. O rejuvenescimento da percepção médica, a iluminação viva das cores e das coisas sob o olhar dos primeiros clínicos não é, entretanto, um mito; no início do século XIX, os homens descreveram o que, durante séculos, permanecera abaixo do visível e do enunciável. Isto não significa que, depois de especular durante muito tempo, eles tenham recomeçado a perceber ou a escutar mais a razão do que a imaginação: mas que a relação entre o visível e o invisível, necessária a todo saber concreto, mudou de estrutura e fez aparecer sob o olhar e na linguagem o que se encontrava aquém e além do seu domínio.

Entre as palavras e as coisas se estabeleceu uma nova aliança fazendo *ver e dizer*, às vezes, em um discurso realmente tão “ingênuo” que parece se situar em um nível mais arcaico de racionalidade, como se se tratasse de um retorno a um olhar finalmente matinal.

Tomando essa colocação como inspiração, é possível afirmar que a história da Epidemiologia não é, em nenhuma medida, a história do desenvolvimento de ideias genéricas e descontextualizadas, conforme sugerem MacMahon & Pugh (1970). A admissão da ideia de que a doença humana está relacionada com o ambiente humano, por exemplo, terá significados muito diferentes para Hipócrates, para quem o “ambiente humano” se confundirá com a natureza em fluxo, e seu conhecimento se imbricará na terapêutica através de prescrições tendentes a prestigiar o bom fluxo natural para a saúde; e para os médicos classificadores do século XVIII, para os quais o ambiente humano constituir-se-á de um conjunto sempre único de circunstâncias a demarcar o núcleo das epidemias, muito mais do que “fatores” a elas relacionados, portanto, ou, já não para a medicina das epidemias, mas para a das espécies, configurará o conjunto de influências deletérias que modificam a manifestação clínica das espécies mórbidas, prejudicando-lhes a pureza.

A presunção de que “contar os fenômenos naturais possa ser instrutivo” — para além da ressonância de vulgarização dos pressupostos positivistas que denota este modo de colocar as coisas — não tinha nenhuma significação parecida com a que se lhe pretende atribuir; a quantificação não pode ser confundida com o amontoamento caótico de eventos cuja singularidade, cuja delimitação salte aos olhos do “contador”. Só é possível contar após haver qualificado o evento de uma certa forma; é perfeitamente compreensível que todas as qualificações efetuadas antes que se houvesse qualificado, conceituado a doença da forma moderna, sejam inú-

teis, tenham sido incapazes durante dois mil e quatrocentos anos de caracterizar um ambiente insalubre, de acordo com as conceituações modernas.

Afirmar que a Epidemiologia é antiga, e que claudicou durante a maior parte de sua existência ou por falta de imaginação de seus cultores, ou pela falta da ideia de “contar”, ou pela “falta” de qualquer outra ideia que tenha aparecido depois, equivale à mesma informação tão frequentemente encontrável sobre a antiguidade da medicina, referida por exemplo no excerto citado acima, de Foucault, ao lembrar que a medicina moderna tende a se conceber a si própria como um “retorno” à clínica hipocrática.

Não há como explicar a história de uma disciplina que, como a Epidemiologia, tome por objeto de conhecimento (a Doença) aquele produzido por uma outra, desvinculando-a da história dessa outra. Nesses termos, é lícito afirmar que a Epidemiologia só pode, lógica e historicamente, suceder ao nascimento da Clínica.

Nascida a Clínica, começa a gestar-se a Epidemiologia: só uma concepção que admitia: 1) sua relação de externalidade com o agente patogênico e 2) por decorrência, uma série temporal de eventos em que a estimulação patogênica antecederse sempre à doença seria capaz de constituir-se em *a priori* para a colocação de perguntas a respeito das relações entre esses eventos consequentes (as doenças) e aqueles antecedentes (os estímulos patogênicos). Só uma concepção de doença fundada no conceito fisiológico de “normalidade”, e dele se constituindo em extensão sob a forma de alteração quantitativa, permitiria supor que aquelas relações entre a exposição a estímulos patogênicos e a ocorrência subsequente de doença pudesse ser pensada como “causal”. Só a partir desses pressupostos tornou-se possível, antes de “contar”, definir *o que* contar.

Ocorre, porém, que a Clínica não é redutível a um modo específico de ver e nomear a doença, a um olhar, no sentido de Foucault, que não pode ser acusado de pretender essa redução, embora o possa de induzi-la. Antes de tudo, ela é um instrumento

de trabalho, e como tal suporta e explica as articulações sociais da prática médica, assunto de que já se tratou em tópico anterior. A Epidemiologia, se filha da Clínica, é também sua herdeira, e não pode estar isenta das mesmas determinações. Para compreender tais determinações, é necessário lembrar que, se a Epidemiologia enquanto disciplina é relativamente nova, as epidemias são fenômenos que, variavelmente conceituados, eram identificados como eventos com característica próprias antes da constituição dessa disciplina que parece encarregada de, entre outras coisas, estudá-los. Terá havido um momento histórico em que, olvidada a medicina das espécies, as epidemias deixaram de ser “constituições”, agrupamentos singulares de uma espécie mórbida vinculadas à conjunção única de um certo número de influências ambientais para tornarem-se *clusters* de doenças, distribuídos segundo características pessoais, espaciais ou temporais; em que se tornou necessário investigar quais teriam sido capazes de aumentar a frequência das doenças. A utilização do termo *epidemiologia* esconde o fato de que as epidemias não eram mais conceituadas como antes, e aponta para o fato de que foi inicialmente a propósito das epidemias que se originou esta disciplina. Aliás, antes de quaisquer mudanças no saber e na prática médica, a ocorrência das epidemias suscitara já a institucionalização — na França, ao menos — de dispositivos de vigilância e contagem voltados para a população, institucionalização impensável fora do quadro social demarcado pela constituição do Estado nacional absolutista. Foucault (1977) chama a atenção para o papel fundamental que o controle — que os historiadores da medicina desculpem a má palavra — das epidemias desempenhou na constituição das condições históricas necessárias ao nascimento da Clínica, através da abertura do espaço da sociedade para o olhar médico, das modificações corporativas introduzidas na profissão médica e dos questionamentos dos hospitais, alterações essas fomentadas pelas atividades da Sociedade Real de Medicina. (Idem, *ibidem*, pp. 29 e 55)

Os instrumentos institucionais que permitiriam desenvolver as técnicas de estudo das epidemias já existiam, portanto, quando a Epidemiologia se estruturou com base na Clínica, e é bastante significativo que, na sociedade inglesa, tais instrumentos e tais práticas se tenham restringido ao âmbito restrito do Estado liberal, para indicar o tipo de relação que se pode identificar entre a construção do saber e da prática da Epidemiologia e aqueles da prática clínica, da prática médica em sentido restrito. Ao mesmo tempo que certas parcelas do trabalho social eram atribuídas ao Estado por “não poderem” ser executadas, dadas suas características, pelos “cidadãos”, pode-se também afirmar que a execução desses trabalhos pelo Estado preserva a divisão social do trabalho de possíveis desequilíbrios gerados pela insuficiência de um ramo qualquer dessa divisão de desempenhar suas funções. As epidemias constituíam-se obviamente em problemas desse tipo, e a localização das práticas instrumentalizadas pela Epidemiologia no campo da “Saúde Pública”, vale dizer, no âmbito do Estado, aponta para a complementaridade entre tais práticas e as dos médicos que atuavam sobre os indivíduos.

Essa complementariedade estará garantida pela univocidade do conceito de Doença, que representa ao nível do saber a integração das práticas clínicas e de Saúde Pública. Essa integração não é apenas a que se dá através da “proteção” que as práticas sanitárias instrumentalizadas pela Epidemiologia oferecem para a estabilidade relativa das práticas clínicas diante de desafios que tendem a superá-las. É muito mais do que isso. Os séculos XVIII e XIX assistiram ao amplo processo de rearticulação da prática médica na estrutura social que Foucault (1979, p. 79) chama de “nascimento da medicina social”, querendo com isso identificar, por um lado, que a medicina tomará, daí por diante, o espaço inteiro da sociedade como objeto de seu trabalho — não se trata apenas da ampliação de um objeto unidimensional, mas da atribuição a esse objeto de outras dimensões além das que ele tradicionalmente tivera; não se trata de “mais espaço”, mas sobretudo da socialização do espaço,

que o amplia — e, por outro lado, que a medicina que estende sua jurisdição ao social se vê no mesmo movimento invadida pelo social⁶, comprometida com o social. Do primeiro aspecto do duplo significado dessa rearticulação social da prática médica — a que frequentes vezes se aplica a noção de “medicalização da sociedade” — decorre a necessidade de construção de uma teoria da saúde e da doença capaz de instrumentalizar a intervenção médica sobre o social; do segundo aspecto — ao qual corretamente se aplicaria a noção de “socialização da medicina”, que no entanto tem seu significado corretamente associado a outro tipo de questão — decorre a ameaça potencial que as questões sociais (não só aquelas imediatamente associáveis à saúde e à doença, mas quaisquer questões sociais) passam a representar para a forma de organização social da prática médica, em um primeiro momento, para toda a articulação social da medicina, no limite. É claro que a distinção entre “medicalização da sociedade” e “socialização da medicina” é de natureza tão somente conceitual e analítica: ao nível do movimento histórico concreto, trata-se de um processo só, do qual os momentos distinguidos representam os polos de contradição. Assim sendo, a elaboração de uma teoria social da saúde e da doença não se restringe a instrumentalizar a prática médica para intervir sobre um social dado, mas incorpora necessariamente um compromisso político e ideologicamente polarizado por referência à forma histórica de organização, segundo a qual aquele social se dá.

Já se discutiu em outro momento acerca de como o biologicismo do conceito de Doença e de como a forma pela qual esse conceito instrumentaliza a prática médica dão conta nuclearmente dessas necessidades historicamente postas. O saber epidemiológico é uma extensão do saber clínico; a prática epidemiologicamente instrumentalizada é uma extensão da prática clínica. Mas o são precisamente na medida em que os complementam *na direção do*

⁶ Essa ideia é desenvolvida por M. C. F. Donnangelo & L. Pereira. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976. Capítulo II, parte 1.

social, em que desenvolvem as potencialidades de compreensão do social contidas apenas de forma negativa no conceito nuclear de Doença, e possibilitam uma intervenção legítima e explícita sobre o social. Se disse legítima e explícita porque a intervenção individualizada da prática clínica não deixa, em nenhum momento, já pelo simples fato de que seu objeto de trabalho não é uma abstração biológica — embora possa ser reduzido a isso — mas sempre um homem concreto socialmente determinado, de ser uma intervenção sobre o social, e também evidentemente legítima, mas implícita: o fato de que o social esteja presente na prática clínica exatamente sob a forma de negação não significa que não esteja presente. O “enfoque populacional” da Epidemiologia conserva a qualidade biologicista do enfoque individual da Clínica, ao explicitar o social reduzindo-o ao coletivo, conjunto de indivíduos, conjunto de efeitos sobre os indivíduos advindos de sua vida coletiva, mediado ou não pelo ambiente “externo” aos indivíduos, e produzido e reproduzido em sua prática coletiva. Conservando o viés biologicista atinge muito além disso, desde quando as concepções do social que elabora são também pensáveis, em uma perspectiva histórica, como produto da prática médica em seu esforço de rearticulação social que transbordam de seu âmbito estrito e vão fundamentar as próprias ciências do homem.

Isso quer dizer que, ao ter produzido concepções sobre o social de uma certa qualidade e ao ter integrado tais concepções em práticas vivas, articuladas e legítimas, a medicina contribuiu para a modificação daquela realidade social que fora a matéria-prima para suas conceptualizações, sem que houvesse necessariamente convergência de sentidos a verificar por referência à história concreta. Independentemente da “qualidade” epistemológica de seu saber, desde quando ele desça de um presumido reino de fadas em que ocorreria a especulação científica e se integre às práticas sociais em curso — melhor seria dizer que fora dessas práticas ele não tem existência histórica — modifica a natureza dessas práticas e dos

objetos sobre os quais elas incidem.

Essa observação visa a afastar uma tendência frequentemente verificada de, ao identificar no “social epidemiológico” características tais como o obscurecimento dos nexos sociais que, em outro contexto teórico, dão consistência ao social, proclamar sua “insuficiência metodológica” e dela deduzir uma insuficiência tecnológica.

Nada mais equivocado e míope: àquela “insuficiência metodológica” que consiste em proporcionar apenas explicações parciais e “funcionais” acerca das dimensões sociais dos fenômenos de que trata corresponde uma comprovadamente brilhante suficiência tecnológica. Além de ter proporcionado meios para a significativa alteração nos perfis qualitativos e quantitativos de morbidade e de mortalidade que caracterizam parte da assim chamada revolução sanitária, e nisso tendo tido provavelmente um alcance muito maior do que a prática clínica — que, não obstante, levou os louros, em mais uma demonstração da supracitada complementaridade, que portanto se redefine como complementaridade subordinada — a Epidemiologia logrou efeitos “externos” à sua prática específica: obteve, ao mesmo tempo, a legitimação da causalidade da distribuição das doenças como decorrente da distribuição de atributos individuais e a legitimação do social como unidimensional, homogêneo em substância mas heterogêneo quantitativamente, desprovido de historicidade, em uma palavra: natural.

Complementar e subordinada? A complementaridade não implica necessariamente a valorização menor ou maior das partes, mas neste texto foi obviamente utilizada como implicando a subordinação da Epidemiologia à Clínica. Tal postura deveu-se, ao menos em parte, à inspiração em Foucault, mas deve ao menos constar que uma leitura não tão “interna” ao discurso médico, talvez permitisse nuclear a reestruturação do saber que ocorreu nos séculos XVIII e XIX não tanto sobre o nascimento da Clínica, como também sobre a articulação específica entre esse saber reestruturado e o conjunto de outros saberes e práticas no âmbito do social, e to-

mar Broussais, dessa perspectiva, menos como o momento em que se funda a medicina das reações patológicas do que como aquele no qual se funda a medicina dos agentes patológicos. A esta última corresponde, no plano tecnológico, o saber epidemiológico, e seu alcance vai muito além da era bacteriológica para caracterizar a Epidemiologia, no século XX, como muito mais próxima, no mínimo, do núcleo de elaboração de representações que instrumentalizam a prática médica (enquanto prática social) como um todo. Que fique ao menos a interrogação, portanto.

De qualquer modo, é no saber epidemiológico que a medicina pronuncia seu discurso sobre o social, é nas práticas instrumentalizadas por esse saber que o social é legítima e explicitamente trabalhado. Assim como a Biologia é campo exclusivo de competência dos biólogos e assim como a Fisiopatologia é campo exclusivo de competência dos fisiólogos e dos patologistas, pois enquanto ciências naturais positivas elas presumem uma competência técnica que além de legitimar viabiliza o trabalho dos que a elas se aplicam, o saber epidemiológico deve pretender ser igualmente competente para dar conta das dimensões sociais da saúde e da doença. Contudo, o social não é dócil como a vida, a normalidade e as reações patológicas, que se conformam às representações que delas se façam. O social é por sua própria natureza múltiplo e conflituoso. Pode-se constituir uma ciência do social ao modo das ciências naturais, mas não se pode invalidar completamente as outras ciências do social, que representam outras posições em conflito no social, já que uma ciência do social “naturalizada” expressa apenas uma das consciências possíveis dele. Ao abrir-se normativamente para o social, a Epidemiologia abre necessariamente, ao mesmo tempo, espaço para que essas outras consciências possíveis do social a invadam e apresentem seus projetos de compreensão e de intervenção sobre as dimensões sociais da saúde e da doença.

Não terá sido por acaso, portanto, que o primeiro grande discurso pronunciado sobre essas dimensões e que se opõe ao saber

epidemiológico tradicional nas suas conclusões, embora concorde com ele quanto às premissas, seja um discurso epidemiológico em sua estrutura: é o discurso que avalia a medicina clínica de acordo com os cânones da Epidemiologia e a toma como um “fator de risco”, estabelecendo nexos de causalidade entre a exposição à atenção médica e a ocorrência de morbidade e de mortalidade. É evidente que esse discurso terá as mesmas limitações daquele que é alvo de sua crítica, dadas suas idênticas estruturas, mas a polemização a que procede trai suas limitações e dá-lhe um alcance insuspeitado: Ivan Illich (1975) é o exemplo privilegiado desse movimento que, com menor grau de radicalismo, sustenta, por exemplo, as versões tecnocráticas de projetos políticos acerca da saúde e da doença.

Tomando mais recentemente o social através de conceptualizações, o movimento que se denominou “Epidemiologia Social” cristaliza a possibilidade de invasão da Epidemiologia — por extensão, há que se admitir que da prática médica como um todo — por formas de consciência social alternativas, por referência àquela consciência que a constituiu. Essa possibilidade estava aberta, repita-se, desde o momento em que algum social teve de ser legítima e explicitamente tomando como dizendo respeito ao campo da prática da medicina. À “Epidemiologia Social” voltar-se-á ulteriormente, mas deve-se reter neste ponto a quais características próprias, a quais peculiaridades da Epidemiologia se fazia referência em outro momento deste texto, quando se apontava para a existência nesta disciplina de fissuras, de campos de incerteza.

Retorne-se, então, à questão inicial deste tópico: em que consiste trazer a questão das “doenças crônicas degenerativas” para o campo da Epidemiologia, e sobretudo buscando nesses movimentos novas determinações para o biologicismo e para a individualização que caracterizam o conceito de Doença como instrumento privilegiado da Clínica? Parte do encaminhamento das respostas a essas colocações pode já ser inferida do que se afirmou a respeito da Epidemiologia em geral. É evidente, por exemplo, que não há um

conjunto de respostas unívoco, e que as respostas proporcionadas pela Epidemiologia clássica terão o sentido de particularização, enquanto as respostas proporcionadas pelas tendências críticas à Epidemiologia clássica terão o sentido de busca de alternativas metodológicas e, portanto, de reelaboração da questão. Mas examine-se essas respostas um pouco melhor.

A Epidemiologia clássica partiu da identificação e da delimitação que a Clínica e a Fisiopatologia tinham feito de certas doenças e buscou correlacionar sua ocorrência com a exposição a fatores de risco presumíveis. A presunção, cuja origem lógica nas ideias de cronicidade, degeneração, intransmissibilidade, ausência de infecção, autorizava a imputação de causalidade à correlação matemática verificada entre as variáveis sob exame (ocorrência de doença e exposição), só poderia naturalmente ser legítima quando decorresse da dedução a partir daquelas características fisiopatológicas gerais e das características fisiopatológicas particulares de cada doença, e, evidentemente, das características universais contidas no conceito de Doença. Note-se, em primeiro lugar, que cronicidade, degeneração, intransmissibilidade e não infecção não são, em primeiro momento, resultados da investigação epidemiológica, mas sim da observação clínica. Em segundo lugar, note-se que a ordem lógica do procedimento pode ser invertida operacionalmente: o achado casual de uma associação coloca o problema de adjetivá-la, e concluir-se-á pela associação causal sempre que se possa estabelecer um nexó lógico entre o fator associado e as características fisiopatológicas conhecidas da doença. Como são essas últimas que presidem o procedimento, poder-se-ia arguir a respeito do caráter tautológico dos enunciados decorrentes; por outro lado, essa possibilidade de inversão operacional induziu a um reforço da ideia vulgar de “contar”, na ânsia desses achados casuais, e não são poucas as ocasiões em que pesquisadores houve que se esqueceram completamente dos procedimentos verdadeiramente científicos de sua disciplina, passando à quantificação quase-aleatória — não se dirá

inteiramente aleatória, porque é possível identificar um sentido implícito no procedimento — do mundo e à “descoberta” de “associações causais” as mais absurdas. Mas isso terá sido uma corrupção da Epidemiologia clássica, mais do que um seu desdobramento, ainda que se possa identificar na unidimensionalidade do social, tal qual tomado por ela, parte da justificativa para essa atomização. Guardados os limites da coerência metodológica, entretanto, não há por que não admitir a explicação *a posteriori* das associações de fatores quaisquer com a doença.

Assim, ao se verificarem mais casos de uma certa doença na população de sexo masculino de uma certa sociedade do que na de sexo feminino, por exemplo, deduz-se que certos fatores aos quais a população masculina esteja mais exposta podem ser presumidos como fatores de risco, mas não apenas por sua associação à masculinidade, como também, e principalmente, por oferecerem uma explicação, ainda que mediada, para a ocorrência da doença: seria ilegítimo presumir uma associação causal entre o hábito de barbear-se e a ocorrência de doença isquêmica do coração, ao mesmo tempo que presumi-la entre a mesma doença e o hábito de fumar cigarros é legítimo, porque entre os componentes químicos do fumo há substâncias que apresentam atividade farmacológica sobre o sistema cardiovascular. A busca dessas correlações ofereceu a possibilidade de identificação de inúmeros fatores de risco para as doenças crônicas degenerativas.

Mas, sempre se esteve muito longe de alcançar a confortável situação das doenças infecciosas, em que um agente etiológico necessário era sempre identificável. Não há necessários e suficientes para as doenças crônicas degenerativas: o acúmulo de todos os fatores de risco conhecidos garante uma certa probabilidade de um indivíduo isolado vir a apresentar a doença a eles associada, mas tão somente isso; e, no outro extremo, a não exposição a qualquer dos fatores de risco não impede que um indivíduo isolado apresente a doença, apesar da maior probabilidade associável a esse evento.

Quando se passa do indivíduo para a população, contudo, as coisas mudam de configuração: de um número n de indivíduos expostos a risco pode-se afirmar, com margem de segurança bastante satisfatória, que uma certa proporção x/n apresentará a doença, e a satisfatoriedade dessa margem de erro é que autoriza práticas que, incidindo sobre a população, visam a reduzir aquela proporção.

A capacidade de instrumentalização da prática clínica oferecida por essa Epidemiologia e formalizada no modelo da história natural das doenças é, ao mesmo tempo, muito pequena e muito grande. Por um lado, porque na maioria das vezes esses modelos se assemelham a imensos painéis imersos nas trevas em que alguns raros pontos de penumbra são tomados um tanto especulativamente como representativos do conjunto, sem que se saiba quase nada sobre as relações de uns com os outros, muito menos se essas relações forem pensadas (e são) como estruturadas em um conjunto. Por outro lado, a maioria dos fatores de risco identificados são de natureza imediata ou imediatamente social, tais como os “hábitos” (alimentação, lazer, exercício, fumo, álcool, etc.), o modo de utilização do corpo no trabalho, a exposição a poluentes químicos e físicos, a tensão emocional e física associada ao trabalho ou ao lazer ou, ainda, a expectativas socialmente validadas, o consumo de determinados bens ou serviços, etc., etc. Transformado em tais “fatores”, transformado em um conjunto estruturado de consequências sobre os indivíduos de uma vida social que se desenvolve em um nível exterior a eles, transformado em configurações variáveis do meio externo, o social não se torna propriamente inatingível, mas se torna certamente alvo de intervenções tópicas, sem que se suspeite que essa possibilidade e essa impossibilidade decorrem da própria racionalidade da reprodução social. E aqui reside a grande capacidade de instrumentalização: não se suspeitar do social estruturado e substantivo que se oculta por trás do social atomizado e “natural” que se incorporará no modelo; conceber-se (e inculcar-se essa concepção) a dimensão social da saúde e da doença sob

a forma de atributos individuais.

As práticas que incidem sobre a população, práticas “de Saúde Pública”, ficam igualmente obstaculizadas e favorecidas. Obstaculizadas por não poderem interferir na maioria das vezes sobre os fatores de risco, desde quando sua distribuição obedece a uma racionalidade não apreendida ou apreendida como natural, “saúdável”, própria da sociedade normal. Favorecida porque se não interferem é porque sua função social é não interferir, ou interferir ineficazmente, legitimando a ocorrência dessas doenças como natural e, paradoxalmente, saudável.

E, no entanto, a sociedade se move. E nesse movimento, aprende a pensar epidemiologicamente, que afinal a Epidemiologia tem também, como se viu, uma função pedagógica: a questão das “doenças crônicas degenerativas” é a dupla questão de um aumento absoluto na incidência de certos agravos à saúde e de um aumento do investimento social no combate a esses agravos que não se faz acompanhar de nenhum sucesso. E esta é uma questão epidemiológica, o que se constitui em demonstração da eficácia social da Epidemiologia, que a faz tomar tais contornos. Mal haja em que a sociedade não se conforme homogeneamente com a resposta epidemiológica a essa questão: são doenças decorrentes do modo social de organizar a vida, imperfeições provavelmente transitórias que não autorizam senão o aperfeiçoamento da sociedade, “ainda” com muitos defeitos, e a hipertrofia dos serviços de saúde que tratam dessas imperfeições. Esta última se justifica até como conquista social: pior seria se nem ao menos o consolo paliativo e o tratamento sintomático da atenção médica estivessem disponíveis. Cândida resposta que, se não convence a todos por igual, tem sido ao menos suficiente para manter as coisas andando satisfatoriamente.

Se a sociedade se move, a Epidemiologia se refina. O mais notável aperfeiçoamento conceitual de que foi objeto, e que lhe permite dar à questão das “doenças crônicas degenerativas” um tratamento cientificamente mais bem fundamentado ao mesmo tempo

que a autoriza, uma resposta à questão do social que a invade ainda mais eficazmente funcional, foi o proporcionado pela confluência entre a Epidemiologia clássica e a Ecologia.

Apesar de se tratar de um texto didático, a obra de Forattini é a mais bem elaborada e que melhor ilustra as possibilidades abertas por essa confluência, dentre as publicadas no Brasil, sobretudo pelas considerações específicas a respeito das “doenças crônicas degenerativas” (Forattini, 1976, pp. 207-8).⁷ Talvez por sua utilização predominante como texto de referência para o aprendizado técnico da Epidemiologia, não se tenha prestado suficiente atenção às fecundas contribuições teóricas do autor, e que se situam nesse esforço de “ampliação” do enfoque epidemiológico tradicional. Sem pretensões exegéticas, é possível afirmar que essa “Epidemiologia ecológica” se não induz modificações substantivas nos procedimentos metodológicos, fá-lo por referência à capacidade de legitimação da concepção naturalista do social que de ingênua passa a ser elaborada. A articulação da noção de “eficiência de adaptação” com a noção de ambiente como “fonte de agravos potenciais à saúde” prolonga a velha noção de articulação entre “irritabilidade” e “agentes patogênicos”, estruturando o conceito ampliado de processo saúde-doença em uma teoria muito mais inclusiva como a da evolução. Não seria aqui o lugar apropriado para recapitular as críticas à teoria da evolução elaboradas do ponto de vista das Ciências Sociais, mas pode-se afirmar que tais críticas recobrem perfeitamente as colocações teóricas da “Epidemiologia ecológica”. As críticas não invalidam, contudo, a dimensão histórica concreta, o significado social vivo que a Epidemiologia assume quando articulada com a prática médica em geral e com as práticas epidemiológicas em particular, que não difere em substância do já apontado por referência à Epidemiologia clássica, mas difere em grau de sistematização, em alcance explicativo, em eficiência político-ideológica.

⁷ Forattini critica e rejeita esse conceito, propondo o de “Doenças não infecciosas”, por razões já apontadas neste texto.

Pode-se ainda perguntar, pelo menos, se a “Epidemiologia ecológica”, ainda que permaneça vinculada à Fisiopatologia por via do conceito de Doença, que permite afinal efetuar a contagem dos casos, não obtém, apesar dessa vinculação, o sucesso de fundar definitivamente uma disciplina científica com objeto próprio. Afinal, é possível identificar um discurso que não mais se refere apenas à distribuição e às causas de distribuição das doenças nos homens, mas fala da espécie humana — não um somatório de indivíduos, mas uma entidade com individualidade própria — e considera uma doença como decorrência do convívio dessa espécie com outras e com o meio, e da forma pela qual essa espécie se organiza para esse convívio. O conceito de “doença crônica degenerativa” — ou doença não infecciosa — assim como o de doença infecciosa, transborda no âmbito restrito da reação patológica para um âmbito muito mais inclusivo, quaisquer que sejam os reparos que se possa fazer. A doença não é mais, enquanto objeto conceitual primeiro, enquanto dimensão do real depois, uma característica do homem, mas da espécie. Não se deve subestimar essa alteração, ainda que seja preciso submeter a exame crítico as noções de socialidade implícitas, pois ela se dá na mesma direção geral em que a “Epidemiologia social” procura situar-se: a de reconstruir o conceito de Doença referindo-o ao coletivo humano que, por suas determinações sociais, adquire especificidades próprias não contidas no conceito de espécie. O que aparece como espécie ecologicamente determinante para a “Epidemiologia ecológica” reaparece como grupo social, classe social para a “Epidemiologia social”: o movimento operado nos dois casos guarda notável analogia, entretanto, e abre, por isso, a possibilidade de confluências e debates mutualmente enriquecedores. Para isso, entretanto, é preciso que os “debatedores” se legitimem como portadores de aportes relevantes, que se atinja no âmbito da Epidemiologia saudável convivência de explicações que, embora se excluam parcialmente, não se anulam. É preciso que uns e outros renunciem ao preconceito cientificista de que só há uma explica-

ção verdadeira, correspondente, em ambos os casos, à presunção de que seu objeto de conhecimento seja um objeto natural. É óbvio, por outro lado, que não se alcançará essa situação por meros atos de vontade: os compromissos político-ideológicos, as articulações objetivas, não da Epidemiologia, mas das práticas epidemiologicamente instrumentalizadas, cobram aqui os seus direitos.

Se a Epidemiologia se refina, é porque, no movimento histórico em que tem existência concreta, suas articulações a pressionam, e no mesmo movimento em que se refina, ela também diverge. Esta cisão ao saber epidemiológico não é senão, portanto, a contrapartida de uma cisão mais profunda nas posturas práticas dos agentes sociais que a elaboram e a utilizam como instrumento de trabalho. E o ponto fundamental a respeito do qual a divergência se instaura é exatamente o social.

Daí que as vertentes divergentes, no esforço do apontar precisamente para a dimensão que julgam não trabalhada pela Epidemiologia clássica — repita-se ainda uma vez que esta não é a posição adotada neste texto — autodenominem-se de “Epidemiologia social”. Se a denominação é inadequada, por outro lado tem a vantagem de apontar imediatamente para o núcleo significativo do movimento, e este é inequivocamente o social. Em um duplo sentido: tanto no fato de tomar o modo de conceptualizar o social próprio da Epidemiologia clássica como inadequado e pretender modificá-lo, como no fato de que, ao fazê-lo, integra práticas sociais (de ensino, de investigação, de intervenção) que se orientam, por referência à Epidemiologia clássica, de modo diverso na estrutura social.

O primeiro “momento” de constituição da “Epidemiologia social” consistiu basicamente em um “rearranjo” das explicações causais proporcionadas pela Epidemiologia clássica. Desde quando se constatou que a atomização, a homogeneização, a dissolução, a “naturalização” do social sob a forma de “fatores causais” servia para obscurecê-lo, pareceu natural examinar esses “fatores”

enquanto fatos sociais dotados de sentido e articular uma explicação sociológica dos “fatores causais” com a explicação epidemiológica da causação das doenças. Tomando um exemplo hipotético, se a Epidemiologia identificasse o fator “ingestão de alimentos ricos no componente X” como fator de risco causalmente associado à ocorrência da doença A, o primeiro trabalho da “Epidemiologia social” foi o de explicar por que os indivíduos consomem os alimentos ricos no componente X, partindo de uma perspectiva sociológica.

Naturalmente que essa perspectiva “complementar” não precisa ser apenas a proporcionada pela Sociologia; este ponto de partida deveu-se às peculiaridades das divergências mais substanciais, mas há lugar e relevância para os “casamentos” com a Antropologia, com a Ciência Política, com a Geografia, para ficar apenas com os mais evidentes. Há mesmo estudos que demonstram essas possibilidades ampliadas e diversificadas. Por outro lado, a presença predominante do materialismo histórico tampouco deve ser superinterpretada: trata-se da posição metodológica das Ciências Sociais que melhor equivale ao significado histórico da busca de alternativas para os limites da Epidemiologia clássica, na medida em que tomam forma os esforços de reinterpretação da realidade — à consciência do real mais expressiva das situações dominadas de classe. No plano concreto da ciência, contudo, o materialismo histórico é frequentemente impotente para tematizar e trabalhar aspectos do real que se impõem como relevantes, até mesmo da perspectiva dos materialistas históricos. Assim, parece mais correto caracterizar o esforço pelo “casamento” da Epidemiologia com as Ciências Sociais como particularizado no enfoque sociológico em geral, e não em uma de suas vertentes específicas.

As investigações correspondentes a esse primeiro “momento” da “Epidemiologia social” apresentam uma estrutura bifásica característica: uma investigação epidemiológica convencional articulada a uma explicação, quase nunca resultante do trabalho do

epidemiológico, mas produzida por, ou inferida de trabalhos de pesquisa produzidos por cientistas sociais. Do ponto de vista epistemológico, uma situação no mínimo ambígua: qual vinha a ser afinal o objeto do conhecimento? Se essa questão fosse ociosa ou meramente formal, não teria tido tanta importância, mas desde quando objeto de conhecimento e sujeito de conhecimento sejam concebidos como integrando uma relação dialética em que o método representa a expressão da consciência de um dos projetos sociais possíveis em presença, que vincula (não formalmente, mas no movimento histórico, na produção do conhecimento enquanto integrante do movimento histórico) objeto e sujeito do conhecimento em uma mesma totalização dotada de sentido, fica extremamente problemático o “casamento” do materialismo histórico com a Epidemiologia clássica, por exemplo.

Não se dirá que as investigações caracterizadas por esse “casamento”, em que as partes eram tão somente justapostas, se marcadas pela insatisfatoriedade metodológica contida na incongruência dos respectivos universos conceituais eram, ou são — pois esse primeiro “momento” ainda não se completou inteiramente — destituídos de significados compatíveis com os projetos de seus autores. Afir-mar tal coisa equivale a recair numa espécie estéril de purismo metodológico que entre outras carece de sensibilidade política.

Na busca de superar essas inconsistências, o segundo “momento” de elaboração da “Epidemiologia social” corresponderá a uma inversão parcial do núcleo de investigação epidemiológica por categorias essencialmente sociológicas. Lembrando que o primeiro passo na elaboração das hipóteses de estudo consiste em uma dedução, a partir dos mecanismos fisiopatológicos conhecidos, de presumíveis processos antecedentes capazes de explicar como se deu seu desencadeamento diante da exposição aos agentes patogênicos, aplicou-se esse procedimento a certas doenças que permitem, na sua concepção, incorporar características imediatamente sociais, e delas deduzir hipóteses causais consistentemente monta-

das sobre categorias sociais. A desnutrição é o melhor exemplo. Embora o termo possa ter um significado tão médico como os empregados para designar outra doença qualquer, reduzindo-se, neste caso, a um conceito particular da teoria geral da Doença, não pode escapar de ser, também, um evidente eufemismo para o termo *fome*. E a fome é um fato social que sempre escapou à jurisdição exclusiva do saber médico. Para uma situação desse tipo, assim como para outras que se configurem como comportamentos qualificáveis de desviantes e, por extensão, patológicos, é possível constituir um conceito inicial de investigação impregnado já do social, e desse conceito deduzir possíveis associações causais com eventos antecedentes significativos consistentemente do mesmo social. Tal seria o caso de investigações epidemiológicas sobre o abortamento, o alcoolismo e outras questões de estatuto semelhante. Explicar a ocorrência, a distribuição da desnutrição em função de eventos antecedentes que não se reduzem tautologicamente à deficiência direta ou mediada de nutrientes, mas apontam para as relações sociais que demarcam e qualificam o grupo de “expostos” na estrutura concreta da sociedade é certamente uma conquista fascinante, sobretudo por estabelecer sobre outras bases a relação entre as categorias significativas do social e as significativas do biológico. A dificuldade está em que o procedimento é aplicável à desnutrição e ao estudo de alguns outros problemas mais, todos eles com estatuto nosológico ambíguo, mas não se estende da mesma forma à grande maioria dos fenômenos conceituados como Doenças, e precisamente pela razão de se adequarem sem equívocos à teoria geral da Doença, na qual, essencialmente, não cabe o social.

Em seu terceiro “momento”, muito recente ainda, e de certa forma apenas esboçado, a “Epidemiologia social” formaliza as dificuldades contidas em seus desenvolvimentos anteriores, e uma parte considerável da reflexão dedica-se à crítica da noção de causalidade que, na medida em que é uma contrapartida da externalidade conceitual entre o estímulo patogênico e o desenvolvimento da reação

patológica — concepção nuclear da teoria da Doença e fundamental para a elaboração epidemiológica, como se viu — pode contribuir para a superação parcial das dificuldades encontradas. Outra contribuição substancial⁸ procura inverter as relações entre o social e o biológico no plano do conhecimento das doenças, e fazer derivar do conceito fundamental de “reprodução das classes sociais” — um tanto reduzido, embora, a diferenciais de consumo — a inferência dos fatores de risco e as explicações causais.

Por vezes há aproximações notáveis entre o conhecimento produzido pela “Epidemiologia social” e o produzido pela Epidemiologia clássica, seja em sua vertente mais convencional, seja em sua vertente “ecológica”. É o que se pode deduzir, por exemplo, deste texto:

A chamada epidemiologia social tem-se aplicado sobretudo à procura das causas das doenças crônicas. Uma das hipóteses que mais tem sido explorada é a de que há correlações significativas entre doença mental e classe social. Outra é que a tensão (*stress*) social e psicológica está na origem de numerosas enfermidades. [. . .] Dado que a tensão resulta, em geral, de condições sociais, que se refletem sobre o indivíduo, o aguçamento das contradições nos países industrializados, que se manifesta sob a forma de “crises” — crise de família, crise de valores, crises políticas — pode muito bem dar lugar à multiplicação das enfermidades crônicas. O que transparece dessas considerações é que a impotência da medicina face às enfermidades crônicas e a multiplicação dos que são afetados por elas podem ter a mesma raiz: o modo de organização da produção, que constitui o substrato material da vida nas sociedades industriais. Este modo de organizar a produção pressupõe, como

⁸ As mais significativas contribuições neste específico aspecto, devem-se aos autores da “Escola Mexicana”, especialmente Asa Cristina Laurell (1977; 1983) e Jayme Breilh (1980; 1982). (Ver Referências.)

mola da dinâmica social, a competição entre os indivíduos isoladamente e organizados em grupos — firmas, partidos políticos, sindicatos — e a permanente transformação dos moldes em que essa múltipla competição se desenrola. [. . .] Os que perdem, nesta luta competitiva, ficam à margem, sua vida deixa de ter sentido, suas potencialidades são bloqueadas. Assim, o que a vida reserva para os indivíduos nas sociedades capitalistas é um montante considerável de tensão para uns, um vegetal destituído de sentido para outros. Ambas as situações podem ser propícias, como foi visto, para o desenvolvimento de enfermidades crônicas degenerativas (Singer; Campos & Oliveira, 1978, pp. 49-50).

Por certo que há diferenças ponderáveis entre a atribuição às características capitalistas de estruturação da sociedade do papel de agente etiológico das doenças crônicas degenerativas e a atribuição do mesmo papel a agentes intrínsecos ou extrínsecos que operam como mecanismos de seleção natural e adaptação da espécie a “gêneros” de vida novos. O que cabe perguntar é se essa diferença não estava dada *a priori*, nas posições distintas de valor dos epidemiólogos. Ou, em outras palavras, questionar se as diferenças decorrem de abordagens metodologicamente distintas ou se são indiferentes a essa questão. Desde quando o evento-doença segue sendo concebido sob a forma clássica e os agentes patogênicos também, que diferença — dotada de qual alcance, suposto que há uma diferença sem dúvida — há em se deduzir dos mesmos mecanismos fisiopatológicos hipóteses causais sob a forma de “variáveis” tais como *stress*, inatividade, genes seletivos ou valores morais tais como “crises” e o artificialismo da vida?

Enfrentar a questão tem sido o problema mais difícil com que se têm defrontado os epidemiólogos, pelos menos aqueles que não se deram por satisfeitos com o que a Epidemiologia clássica proporciona, nem tampouco se sentem inclinados a aderir às solu-

ções fáceis que o manuseio — ainda que canhestro — de uma terminologia que acusa as evidentes injustiças inerentes às sociedades capitalistas “proporciona”, substituindo uma abordagem científica ideologicamente comprometida por uma ideologia cientificamente revestida. Não parece fácil, se a análise precedente tem sentido, descartar a possibilidade de que os compromissos assumidos na elaboração do conceito de Doença, e reiterados na sua permanência, representem o núcleo do obstáculo a ser transposto. E não se deve tampouco reduzir as dimensões desse obstáculo às de um “obstáculo epistemológico”, dissociando a articulação entre o saber e a prática, que o definem como expressando, tanto nos instrumentos materiais que gera, como nos discursos que organiza, a materialidade da prática, sob formas diversas.

O obstáculo está posto para a prática como um todo, e nesse sentido só cabe esperar sua superação a partir de um movimento integral da prática. Definitivamente, isso não quer dizer que se deva adotar a posição que se deva esperar por mudanças sociais mais inclusivas e estruturais para retomar o trabalho que não pode ser feito aqui e agora. O que se quer dizer é que uma reflexão política e ideológica sobre a prática instrumentalizada pela Epidemiologia, sobre suas articulações no conjunto estruturado de práticas, que constitui a estrutura social, que uma tal reflexão impõe-se como um passo prévio que deva reconhecer como essas características sociais da prática se encontram sistematizadas e organizadas no saber, se reproduzem historicamente nele. O que encaminha necessariamente não para uma “ruptura epistemológica” — mera consequência — mas para uma ruptura com os compromissos sociais assumidos à época do nascimento da Clínica, renovados e atualizados depois.

É evidente que o movimento da “Epidemiologia social”, embora não tenha levado a cabo essa tarefa, com todos os seus possíveis equívocos representa a forma histórica pela qual ela está sendo encaminhada, pelo menos parcialmente. Entretanto, parece fazer

sentido ainda lembrar mais uma última dúvida a esse respeito.

O questionamento dos limites da Epidemiologia clássica por respeito ao conhecimento das doenças em suas dimensões supra-clínicas tem já uma respeitável trajetória histórica. E deve-se notar que apenas na última década tomou a específica forma de “Epidemiologia social”. Durante toda sua história anterior esse questionamento, a tradição mais crítica na área da prática médica, definiu-se tomando explicitamente por referência essa prática, o que transparece imediatamente de uma denominação tal como “Medicina social”. Tratava-se da construção do mesmo objeto genérico, com a vantagem de sua imediata concepção em articulação com as práticas sociais, entre as quais as dos agentes do trabalho médico, da qual vem retirá-la sua restrição à Epidemiologia. No Brasil, as investigações até mais estritamente epidemiológicas — em especial os que tomaram por objeto de interesses as grandes endemias rurais — que procuraram rever as articulações entre o biológico e o social, propondo superar as limitações dos enfoques convencionais, situaram-se todas nesse campo mais amplo de balizamento dado pela noção de “Medicina Social”. Por referência a essa particular situação brasileira, parece adequado indagar, portanto, até que ponto a restrição das mesmas questões ao campo da “Epidemiologia social” não corresponde a uma redução de perspectivas, fenômeno até explicável pela relativa institucionalização da “Medicina Social”, com todas as tendências à burocratização das divisões de campos de competência que costumam lhe ser correlatas. Uma boa justificativa para esta dúvida deriva — para além da óbvia esterilização acarretada pela divisão dos trabalhadores da “Medicina Social” e os que estudam as práticas da área de saúde — da talvez falsa questão em que se transformou o problema de repensar as articulações entre o social e o biológico: uma ameaça à Epidemiologia, que passou a ter de se dividir estupidamente entre o “progressismo” e o “conservadorismo”, quando parece óbvio, de uma perspectiva histórico-social mais ampla, que mesmo a mais “clássica” das vertentes de investi-

gação epidemiológica tem desempenhado quase sempre um papel crítico, dada a secular impenetrabilidade e a sólida solidariedade do campo de práticas ligadas à saúde por referência a uma formação social fundada sobre graus extremos de injustiça e de desigualdade.

Referências

- BREILH, J. *Epidemiologia: economía, medicina y política*. República Dominicana: Sespas, 1982.
- BREILH, J. & GRANDA, E. *Investigación de la salud en la sociedad*. Quito: Ceas, 1980.
- CANGUILHEM, G. *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno, 1971.
- CONTI, L. Estructura social y medicina. In: ALOISI, M. et al. *Medicina y sociedad*. Barcelona: Libros de Confrontación, 1972, pp. 287-310.
- DONNANGELO, M. C. F. & PEREIRA, L. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976. [Segunda edição: Hucitec, 2011.]
- FORATTINI, O. P. *Epidemiologia geral*. São Paulo: Edgard Blucher-Edusp, 1976.
- FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. In: Idem. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979. pp. 70-98.
- FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.
- ILLICH, I. *A expropriação da saúde*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.
- LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. In: Nunes, E. D. (org.). *Medicina Social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global, 1983, pp. 133-58.
- LAURELL, A. C. Algunos problemas teóricos y conceptuales de la epidemiología social. *Rev. Centroamericana de Ciencias de la Salud*, vol. 3, n.º 6, pp. 79-87, 1977.
- MACMAHON, B. & PUGH, T. F. *Epidemiology: principles and methods*. Boston: Little, Brown and Company, 1970.
- POPPER, K. *A lógica da pesquisa científica*. São Paulo: Cultrix-Edusp, 1975.
- ROBBINS, S. L. *Pathology*. Filadélfia: E.B. Saunders, 1967.
- SINGER, P.; CAMPOS, O. & OLIVEIRA, E. M. *Prevenir e curar*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1978.
- SUSSER, M. *Causal thinking in the health sciences: concepts and strategies of epidemiology*. Nova York: Oxford University Press, 1973.
- SUSSER, M. Procedures for establishing causal associations. In: STEWART,

G. Y. (ed.). *Trends in epidemiology*. Springfield: Charles C. Thomas Publisher, 1972, pp. 23-101

Referências complementares⁹

- CARVALHEIRO, J. R. *Processo migratório e disseminação de doenças*. In: ABRASCO. Textos de apoio de ciências sociais I. Rio de Janeiro: PEC/Esp-Abrasco, 1983.
- DONNANGELO, M. C. F. A pesquisa na área da saúde coletiva no Brasil: a década de 70. In: *Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1983.
- GOLDBAUM, M. *Saúde e trabalho: a doença de Chagas no setor industrial*. 1981. Doutorado em Medicina. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 1981.
- LITVOC, J. *Doença de Chagas e processo migratório no Estado de São Paulo*. Mestrado em Medicina. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 1977.
- MENDES-GONÇALVES, R. B. *Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico*. Mestrado em Medicina. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 1979.
- MONTEIRO, C. A. *A epidemiologia da desnutrição proteico-calórica em núcleos rurais do Vale do Ribeira*. Mestrado em Medicina. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 1979.
- PEREIRA, J. C. M. *A explicação sociológica na medicina social*. Livre-Docência. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1983.
- SILVA, L. J. *Evolução da Doença de Chagas no Estado de São Paulo*. Doutorado em Medicina. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1981.
- SILVA, L. M. *Desnutrição e estrutura social brasileira: um ensaio de interpretação*. Doutorado em Medicina. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 1979.

⁹ Nota dos organizadores: Textos incluídos pelo autor nas Referências, mas não citados no corpo do texto.

REFLEXÃO A PROPÓSITO DO TEXTO DE RICARDO BRUNO MENDES-GONÇALVES: TRINTA ANOS DEPOIS

DINA CZERESNIA

Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves foi colaborador e construiu uma linha de trabalho próxima a Maria Cecília Ferro Donangelo. Esse elo intelectual fortaleceu o desenvolvimento de um pensamento que teve importantes desdobramentos para a Saúde Pública/Coletiva brasileira. O trabalho de Ricardo Bruno teve vitalidade e brilho próprios e abriu caminho para um conjunto de reflexões que se sucederam a partir da década de 1990 no Brasil.

Na coletânea *Epidemiologia: teoria e objeto*, que organizei com base em artigos teóricos sobre a epidemiologia elaborados por autores de língua latina, o texto “Reflexão sobre a articulação entre a investigação epidemiológica e a prática médica a propósito das doenças crônico-degenerativas” se destaca. Paulo Chagas Telles Sabroza escreveu o prefácio da coletânea e foi quem inicialmente chamou minha atenção para a qualidade teórica desse trabalho, publicado pela primeira vez em 1985 (Mendes-Gonçalves, 1985). O contato que estabeleci com Ricardo Bruno a partir da publicação do livro, em 1990, foi início de uma rica interlocução e também a oportunidade de tê-lo como orientador no doutorado entre 1992 e 1996, trabalho no final interrompido com o agravamento da sua situação de saúde.

As considerações que ele desenvolveu sobre a epidemiologia estão contextualizadas no seu tema mais amplo que é o estudo da prática médica enquanto prática social. A epidemiologia é a face da medicina que dá subsídio para a elaboração do conhecimento científico sobre a distribuição, a causalidade e o próprio conceito de doença. As relações entre o conceito de doença e a prática médica devem, portanto, ser desvendadas, pois o conhecimento não é neutro, ao contrário, imprime uma direção, um posicionamento. O conceito de doença é uma forma intelectual articulada às práticas em curso e apresenta uma dimensão ética em contextos de relações de poder. O conceito é operativo em uma dada configuração da prática. Nesse texto, Ricardo Bruno pensa a relação entre investigação epidemiológica e prática médica; a elaboração dos conceitos de doença em sua ligação com a prática social da medicina.

Reler esse artigo produz uma dupla sensação: por um lado é um texto defasado no tempo; por outro, sua atualidade sobrepõe-se pela qualidade do pensamento e das perguntas que elabora. Suas observações estão contextualizadas no debate de uma época ainda muito marcada por polarizações e dualidades que hoje não mais se sustentam ou pelo menos não mais se apresentam do mesmo modo. Porém, na articulação entre perguntas formuladas com consistência, rigor e inteligência; na capacidade de estabelecer um diálogo aberto e criativo com os autores que utiliza como referência, Ricardo Bruno formula questões que vão em direção a mudanças no conhecimento que, se não poderiam ser preditas na época do modo como ocorreram depois, foram enunciadas por ele como pontos problemáticos.

Entre eles está a própria classificação de “doenças crônico-degenerativas” em contraposição a “doenças infecciosas”, demarcação cujas fronteiras hoje estão mais visivelmente borradas. A teoria da doença infecciosa é também questionada em sua lógica que destaca os aspectos de agressão e/ou invasão, de delimitação entre

externo e interno, agente e hospedeiro, desconsiderando o aspecto ecológico e interativo entre populações humanas e de microrganismos, destacado em teorias mais recentes.

A configuração histórica do conceito de doença é identificada por ele mediante os termos *biologismo* e *individualização*. Ao criticar essas duas características, Ricardo Bruno interroga as fragmentações impostas pelo conceito biomédico de doença. A condição humana está integralmente implicada no processo saúde e doença, mas a prática médica autoriza uma abordagem terapêutica que abstrai aspectos importantes a serem considerados, reduzindo-os. A intervenção normativa da medicina rompe conexões dos fenômenos concretos do adoecer com seus contextos histórico-sociais. Os acontecimentos do transcorrer da vida são submetidos ao saber médico, atomizados em um sem-número de fatores isolados. A dimensão ética e estética da produção técnica direcionada ao corpo através da medicina e suas práticas é neutralizada e naturalizada:

[. . .] uma vez doente, o homem é abstraído desse contexto mais amplo e recodificado inteiramente por um saber autorizado a reduzi-lo a ele só, indivíduo despido de todas as conexões que constituem em conjunto o significado de sua vida (Mendes-Gonçalves, 1990, p. 53).

A relação histórica entre a epidemiologia e a clínica médica impôs uma forma de pensar que não se referenciou de forma adequada na dimensão social do adoecer. Para Ricardo Bruno a delimitação do escopo não apenas epistemológico, mas também prático, ou seja, a racionalidade que constitui a prática médica e a epidemiologia como um conhecimento que lhe dá suporte, tem uma configuração que oculta aspectos sociais e também psíquicos relevantes para a compreensão dos processos de saúde e doença. A partir do século XIX, o conceito moderno de doença é compreendido mediante

um olhar biomédico e as práticas de saúde se configuraram nessa concepção. A dimensão social é trabalhada apenas mediante variáveis que entram nas análises como um determinante distal do processo.

Assim, ele analisa a lógica da chamada epidemiologia social que buscou introduzir uma qualificação política, teórica e prática do social não explicitada (ou naturalizada) nas elaborações da epidemiologia. Porém, independentemente das conquistas dessa vertente da epidemiologia, chama atenção para o caráter redutor estruturalmente implicado na própria construção do conceito moderno de doença. A epidemiologia surge no contexto da emergência da medicina moderna e desenvolve-se como uma disciplina vinculada às ciências da saúde: “os compromissos assumidos na elaboração do conceito de doença e reiterados na sua permanência representam o núcleo do obstáculo a ser transposto” (Mendes-Gonçalves, 1990, p. 83). O conceito de doença não é externo aos constrangimentos impostos pela cosmovisão que o produz. O caráter ético e realizador de uma dada perspectiva de sociedade é intrínseco à construção do conhecimento. Uma ruptura epistemológica seria consequente a uma ruptura mais ampla “com os compromissos sociais assumidos à época do nascimento da Clínica, renovados e atualizados depois” (Mendes-Gonçalves, 1990, p. 84).

Ao escolher as práticas de saúde como eixo da sua reflexão teórica, ou seja, a atividade-fim do campo da saúde, ele conecta o núcleo de uma questão que permanece extremamente atual e atualizada a partir das transformações no conhecimento ocorridas em mais de três décadas que nos separam da elaboração desse texto: a integração entre os saberes que constituem esse campo problemático. A epidemiologia, que se nutre da biologia, das ciências sociais e da estatística, precisaria encontrar uma articulação entre essas ciências que fosse capaz de superar a dissociação entre esses modos de abordar a realidade da doença para subsidiar uma terapêutica competente do ponto de vista tecnológico e ético.

A integração entre ciências da vida e ciências humanas e sociais tem como um obstáculo, contudo, a própria visão que demarca a dimensão biológica e individual em contraposição à social e coletiva. A questão do biologicismo e da individualização tende a ser abordada por Ricardo Bruno como um problema dessas dimensões em si e não como uma dada forma de compreender o biológico e a individualidade. No início da década de 1980 as polaridades — individual × coletivo; biológico × social; natureza × cultura; sujeito × objeto; interno × externo; quantitativo × qualitativo — estavam muito marcadas no discurso elaborado pelo campo da Saúde Pública/Coletiva. Os conceitos de indivíduo e de biológico foram destituídos de relevância teórica nas discussões da Saúde Pública que procuraram ampliar o entendimento dos processos de saúde e doença na direção do social (Czeresnia, 1997). Essa configuração ideológica, muito presente na formação histórica da Saúde Coletiva brasileira, se dificultou, não impediu que Ricardo Bruno entrasse em contato com aspectos contraditórios da perspectiva reducionista da teoria biológica e que hoje estão extensamente questionados por vertentes internas na biologia. As considerações que ele tangenciou sobre a base biológica do conceito de doença esboçam um caminho de diálogo produtivo a ser hoje retomado, percorrido e incrementado.

As relações entre biologia e sociedade, natureza e cultura, da mesma forma que o conceito de indivíduo estão hoje problematizados em uma ordem mais profunda no interior das ciências da vida, com reflexos em estudos epidemiológicos. Mesmo na contramão da perspectiva dominante, cujo predomínio é ainda a radicalização do biologicismo e do individualismo, essa vertente de pensamento traz uma nova possibilidade de articulação das ciências que constituem o campo problemático da saúde e apontam novas perspectivas para pensar o corpo, o organismo, a doença.

Não há dúvida que, *grosso modo*, o aprofundamento das especialidades tendeu a acentuar as dificuldades de diálogo entre as linguagens das ciências. Nesses mais de trinta anos, as transformações

no conhecimento biológico e suas repercussões na configuração das práticas de saúde, por um lado intensificam as características de um modelo biomédico que progressivamente incorpora tecnologia, prioriza a especificação de elementos para medicar e também regular, controlar; na lógica de uma prevenção que interfere mais e mais na cultura, nas condutas, no cotidiano, ampliando o mercado de consumo dessas tecnologias, saberes, *expertises*.

Não ocorreu uma transformação nas formas de apropriação do trabalho na medicina como Ricardo Bruno referiu. A questão da tecnologia e da prática médica precisa ser hoje repensada a partir de outro aspecto: as tecnologias da informação e as consequentes mudanças introduzidas na vida social e nas formas de apropriação do conhecimento.

A intensificação tecnológica não é uma via de mão única e as contradições, as aberturas viabilizadas precisam ser identificadas e investidas na construção de novos significados e práticas. Por exemplo, como contraponto ao esforço das pesquisas em biologia molecular no sentido de desvendar determinações genéticas, surgiram novos questionamentos e interpretações ‘por dentro’ da linguagem biológica, a partir da evidência de uma complexidade inimaginável anteriormente, que ao contrário de ratificar, relativizam a importância dos genes. Como resultado apresentam-se novas bases para pensar, por exemplo, o papel de dimensões ambientais, inclusive a cultural e a simbólica, na constituição, desenvolvimento e evolução dos seres vivos. A linguagem e o humano são pensados em ligação com a biologia, como emergências do processo evolucionário (Jablonka & Lamb, 2010). Outra constatação com consequências significativas para repensar o biológico é a evidência da simbiose como condição intrínseca aos seres vivos em todos os níveis de organização. Interrogam-se ideias essencialistas sobre a individualidade orgânica, questionando-se o próprio conceito moderno de indivíduo (Gilbert; Sapp & Tauber, 2012). Nessa vertente de trabalhos em biologia teórica explicita-se a necessidade de novas formas de compreender os concei-

tos de organismo, interação, adaptação (Barberouse; Morange & Pra-deau, 2009). No contexto dessa discussão, natureza e cultura (*nature* × *nurture*) demonstram-se muito mais imbricadas que a biologia de um lado e as ciências sociais de outro historicamente teorizaram.

Ainda na segunda metade do século XX, a espécie humana em sua ligação com o mundo animal era pensada mediante aportes da sociobiologia e de ideias associadas com a naturalização de delin-quências humanas, sexismo, violência, eugenia, etc. Hoje essa liga-ção é, ao contrário, repensada em termos da vitalidade, do valor da vida e do seu futuro. Os teóricos sociais se dão conta de que reco-nhecer a condição ‘carnal’ do homem não é reacionário e de que é necessário repensá-lo na relação com outras espécies na natureza. O surgimento de novos estilos de pensamento na biologia salienta como ela não é uma ciência monolítica e oferece oportunidades para diálogos construtivos entre as ciências da vida e as ciências humanas e sociais (Rose, 2013).

A consciência da impropriedade do pensamento dissociado entre biologia e cultura produz o desafio de integrar desenvolvi-mentos que progressivamente se especializaram e se desenvolveram em separado. Conceber uma cosmologia que abarque essa multi-plicidade sem simplificações ingênuas, preservando as especificidades e a complexidade das diferentes ciências é hoje um desafio maior.

A não dissociabilidade dos processos biológicos e sociais já é de alguma forma reconhecida em algumas pesquisas epidemioló-gicas. Por exemplo, particularmente baseados na epigenética, estu-dos argumentam que aspectos ambientais na primeira infância como a qualidade da nutrição e/ou o *stress* materno por condições sociais e culturais desfavoráveis apresentam potencial explicativo mais con-sistente do que a genética para entender diferenças na suscetibilidade a doenças na vida adulta como hipertensão, diabetes, doenças coro-narianas (Lillycropet & Burdge, 2012; Kuzawa & Sweet, 2009).

Contextos socio-históricos e relações de interesse nas mais diferentes dimensões — econômica, política, cultural — estão

imbricados na determinação de pandemias contemporâneas como a obesidade e os múltiplos agravos em saúde mental, temas que também vêm demandando abordagens de análise mais complexas e integradas.

Apesar dos muitos avanços nas elaborações realizadas no decorrer dos anos que nos separam do texto de Ricardo Bruno, mantêm-se grandes incongruências entre conhecer e fazer, condicionadas por situações de desigualdade e compromissos que tendem a legitimar os modos hegemônicos de pensar desde então. A busca de alternativas é uma escolha a ser fortalecida. Rerler o modo como Ricardo Bruno pensou a questão da relação entre a epidemiologia e a prática médica enquanto prática social reforça a importância dessa procura e é um estímulo para, em meio a tantas dificuldades, não abandonarmos o eixo de uma perspectiva inegociável: a procura de saídas teóricas e práticas elaboradas a partir de um projeto orientado à busca da verdade, entendida a partir dos valores da liberdade e felicidade.

Referências

- BARBEROUSE, A.; MORANGE, M. & PRADEAU, T. (eds.) *Mapping the future of Biology: evolving concepts and theories*. Boston: Springer, 2009.
- CZERESNIA D. *Do contágio à transmissão. Ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.
- GILBERT, S. F.; SAPP J. & TAUBER A. I. A symbiotic view of life: we have never been individuals. *The Quarterly Review of Biology*, vol. 87, n.º 4, pp. 325-41, 2012.
- JABLONKA, E. & LAMB, M. J. *Evolução em quatro dimensões: DNA, comportamento e a história da vida*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.
- KUZAWA, C. W. & SWEET, E. Epigenetics and the embodiment of race: developmental origins of US racial disparities in cardiovascular health. *Am J Hum Biol.*, vol. 21, n.º 1, pp. 2-15, 2009.
- LILLYCROP, K. A. & BURDGE, G. C. Epigenetic mechanisms linking early nutrition to long term health. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, vol. 26, n.º 5, pp. 667-76, 2012.

- MENDES-GONÇALVES, R. B. Reflexão sobre a articulação entre a investigação epidemiológica e a prática médica a propósito das doenças crônicas degenerativas. In: CZERESNIA, C. D. (org.). *Epidemiologia: teoria e objeto*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1990, pp. 39-86.
- MENDES-GONÇALVES, R. B. Reflexão sobre a articulação entre a investigação epidemiológica e a prática médica a propósito das doenças crônicas degenerativas. In: CARVALHEIRO, J. R. (org.). *Textos de Apoio – Epidemiologia I*. Rio de Janeiro: Abrasco- Pec/Ensp, 1985, pp. 31-88.
- ROSE, N. The human sciences in a biological age. *Theory, Culture & Society*, UK, vol. 30, n.º 1, pp. 3-34, 2013.

6

PRÁTICAS DE SAÚDE E TECNOLOGIA: CONTRIBUIÇÃO PARA A REFLEXÃO TEÓRICA¹

RICARDO BRUNO MENDES-GONÇALVES

Doch leider sind auf diesem Sterne eben
die Mittel Kärzlich und die Menschen roh.

— BRECHT²

Este ensaio pretende contribuir para o desenvolvimento da reflexão e da prática no campo da Saúde, por referência a uma das temáticas que mais parecem caracterizá-lo problematicamente na atualidade: a questão tecnológica.

Essa caracterização do campo em sua relação com a tecnologia sob a forma de problema aparece, nos principais discursos políticos, técnicos ou técnico-políticos que se estruturam sobre o tema, de forma intensa e profundamente marcada por uma notável

1 Texto originalmente publicado como Mendes-Gonçalves, R. B.. *Práticas de saúde e tecnologia: Contribuição para a reflexão teórica*. Brasília: OPS, 1988 (Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde, n.º 6).

2 Nota dos organizadores: Referência a trecho de *A ópera de três vinténs*, de Bertold Brecht (1928), extraída do final do primeiro ato, denominado “Sobre a instabilidade das condições da vida humana”: “Ser homem bom! Sim, quem não gostaria? No entanto, infelizmente, em nossa vida, pessoas são sovinas e perversas”. Cf. B. BRECHT, B. *A ópera dos três vinténs*. Trad. Wolfgang Bader & Marcos Rosa Santa, versificação das canções de Wira Selanski, p. 50. Disponível em <<http://docslide.com.br/download/link/os-tres-vintens>>. Acessado em 1.º-10-2016.

heterogeneidade conceitual, em que a própria noção de ‘tecnologia’, além de suas relações nas totalidades mais inclusivas das práticas em que opera, assume os significados mais variáveis sem que sejam explicitadas as divergências teórico-metodológicas que orientam as análises. Isso acarreta o efeito de produzir muito frequentemente um diálogo de surdos, por um lado, ao mesmo tempo que, exatamente pela carência da explicitação das conexões mais gerais entre a questão tecnológica no campo da Saúde e as distintas formas de circunscrever e analisar a mesma questão por referência à organização social, acarreta também, por outro lado, o efeito nada paradoxal de dotar de graus muito questionáveis de autonomia as explicações e as soluções propostas, em relação àquelas condições mais gerais.

Não obstante a necessidade de esclarecer melhor as naturezas daquela heterogeneidade conceitual e dessa autonomização teórica, parte-se neste texto do reconhecimento inicial do objeto a ser tratado como de natureza triplamente ideológica: em primeiro lugar, pela substituição tão frequentemente verificada de categorias dotadas de qualquer tipo de rigor teórico-conceitual por categorias nocionais tão próximas do senso comum; em segundo lugar, pelos efeitos de obscurecimento e deslocamento promovidos pela redução de uma realidade essencialmente sociopolítica e histórica a parte de seus aspectos técnicos e organizacionais; em terceiro lugar, e talvez este seja o aspecto mais importante, pelo fato de que não se imagina desqualificar uma questão eminentemente ideológica apenas através de uma adequada correção de seus equívocos teóricos, como se seu estado anterior decorresse exaustivamente de ignorância ou má-fé. Este não é caso das ideologias enquanto concepções e representações estruturadas e contraditoriamente consistentes com a realidade que correspondem a posições objetivas no interior da mesma; se a questão tecnológica, no campo da Saúde tanto como fora dele, é uma questão ideológica, é porque se refere a valores irreduzíveis a qualquer explicação cientificamente operável. É necessário ter em mente este

limite, por referência ao qual o conjunto do problema só pode ser apreendido em sua dimensão ética, para bem poder avaliar a utilidade de uma contribuição que, se puder ser constituída de forma rigorosamente científica não será, mesmo assim, dotada da capacidade de fornecer qualquer subsídio útil à margem de considerações em que sua natureza última têm caráter também ideológico.

A pretensão do texto, portanto, não é a de restabelecer a verdade e a clareza onde reinassem a confusão e o subterfúgio, de modo definitivo e, sobretudo, isento de compromissos valorativos. O autor não participa da opinião, certamente respeitável, de que tais objetivos sejam coerentes com as possibilidades da ciência, senão a partir de pressupostos indemonstráveis que a subordinam à prévia adesão a valores. A partir dessas definições primeiras de natureza filosófica, contudo, entende-se que nenhuma concessão ao rigor conceitual aproveita ao compromisso científico de busca de uma verdade provisória e histórica, que não deve confundir-se em nenhum momento com a mera justificação erudita daquelas mesmas definições.

Por essas razões, impõe-se neste estudo procurar circunscrever, em primeiro lugar, os limites conceituais mais gerais que dão sentido à questão tecnológica no âmbito da reprodução social. Após essa necessária primeira etapa proceder-se-á, em segundo lugar, à particularização, também necessária, da questão para o âmbito das práticas de saúde, para em terceiro lugar explorar as conexões ainda mais particulares entre tecnologia em saúde e regionalização dos dispositivos institucionais em que se realizam as práticas sanitárias.

Uma última advertência se faz ainda necessária nesta introdução, com relação aos limites do estudo. Trata-se da consciente restrição da abordagem a seus aspectos teóricos, cujo sentido é necessário precisar também. E não se trata de explicitar o nome do “referencial teórico” a que se estaria aderindo: embora fosse quase intuitivo reconhecer nas categorias utilizadas e no seu modo de emprego que este estudo se inspira no materialismo histórico, não

é propósito do autor manter nenhuma fidelidade doutrinária de caráter dogmático a qualquer versão cristalizada de interpretação da realidade, de tal modo que essa classificação carece de maior importância. O que realmente deve ser esclarecido diz respeito às relações entre um trabalho teórico como este e a explicação de realidades concretas e a gênese de propostas transformadoras, no contexto dessas realidades.

Por discordar-se de que a prática seja uma espécie de “caso particular” da teoria, não se constrói aqui o objeto do conhecimento de forma tal que o assemelhe a uma fórmula geral na qual esses “casos particulares” devam ser enquadrados; entende-se que a possibilidade desta — como de qualquer outra — construção teórica decorre da reflexão analítica pensadamente efetivada sobre as práticas, em relação às quais, explicações assim abstratas devem ser entendidas como resultado do esforço da razão por reconhecer sua estrutura mais geral de conexões e de sentidos. Retrato relativamente estático de uma realidade cuja essência é movimento e historicidade, esse reconhecimento teórico só faz sentido se servir à aproximação inquieta e empreendedora de práticas que se colocam necessariamente, de forma consciente ou não, ao nível daquele movimento e daquela historicidade, para daí voltarem à correção sistemática e permanente dessas ferramentas de aproximação.

É por se partir do princípio, portanto heurístico ao mesmo tempo que filosófico e ético, de que a “consciência” naquele movimento enriquece as possibilidades de transformação da realidade em proveito de uma expressão progressivamente mais plena de sua humanidade, que se entende como proveitosa a busca dessa “teoria” que só faz qualquer sentido quanto dessa forma vinculada e devolvida ao homem prático.

Não se busca mais, portanto, do que defender a pretensão de produzir ferramentas de trabalho que possam ser úteis no mesmo momento em que, se o forem, deixam já de ser adequadas e demandam imediata revisão e, em graus variáveis, superação.

Tecnologia, trabalho, produção, sociedade

A característica mais notável das correntes de interpretação teórica sobre o significado e as funções da tecnologia das quais se pretende divergir neste estudo, bem como as marcas mais evidentes da estrutura dos discursos (técnicos e políticos) sobre o mesmo tema que geralmente predominam nos espaços acadêmicos e institucionais na América Latina, e por referência aos quais também se pretende introduzir possibilidades de mudança, consiste no fato de que o conceito de ‘tecnologia’ é utilizado para designar um certo conjunto de ‘coisas’, em princípio externas aos processos em que poderiam vir a ser utilizadas, em princípio indiferentes às características estruturais da sociedade nas quais essa utilização poderia se dar.

Deve ser enfatizado o fato de que o que ressalta nessa característica apontada acima — a externalidade de princípio entre os que se designa como ‘tecnologia’ e os processos de trabalho, de produção e de reprodução social — não decorre da necessidade de proceder a recortes analíticos meramente intelectuais e provisórios no processo de conhecer e atuar: trata-se de uma distinção estrutural que supõe, e por isso assim os designa, nos objetos aos quais chama ‘tecnológicos’ uma realidade dotada em si mesma de sentido essencial, antes e fora de sua relação com os outros aspectos designados da realidade (trabalho, produção, sociedade). *‘Tecnologia’, portanto, referir-se-ia a “coisas em si”.*

A segunda característica daquele mesmo conjunto de teorias e discursos acerca da tecnologia é dada pelo critério racional que fundamenta a distinção estrutural referida, pelo tipo de qualidade que permite atribuir a um conjunto definido de coisas uma diferença essencial em relação às demais coisas a que justifica a um só tempo sua designação conceitual e seu conhecimento. A ‘tecnologia’ é nomeada e conhecida pela qualidade ‘tecnológica’ dos objetos que nela estão contidos: essa qualidade descreve a potência imanente

a essas “coisas tecnológicas” de serem empregadas como intermediárias entre o homem e a natureza durante a ação transformadora do primeiro sobre a segunda. É necessário enfatizar essa “potência imanente” na medida em que a concepção referida supõe tal qualidade antes e fora (outra vez e coerentemente) de sua utilização, como característica ontológica dessas coisas, quer se trate de coisas naturais, quer se trate de coisas artificialmente criadas pelo homem, e para esse fim. *‘Tecnologia’, portanto, referir-se-ia a “coisas em si” com potência produtiva.*

A terceira característica das mesmas teorias e discursos decorre da função concebida e do alcance imaginado e aceito para o conhecimento da referência às “coisas em si”. A expressão aparece aqui, como acima, entre aspas, para denotar seu significado irremediavelmente vinculado à longa disputa do saber clássico — nem por isso superada nas teorias aqui consideradas — que opôs idealistas e materialistas em torno do dilema dualista concernente à distinção entre objetividade e subjetividade. Quer se considere uma das vertentes possíveis para solucionar o dilema, quer a oposta, ambas convergem no que diz respeito a aceitar a Ciência como conhecimento das “coisas em si”, divergindo em aceitá-las como existentes em si mesmas ou, alternativamente, como produto de elaboração racional. No que diz respeito à discussão que vem sendo feita aqui, importa ressaltar que ao conceber a Ciência (o conhecimento científico) como referida a objetos rigidamente segmentados uns dos outros e do sujeito que os conhece procede-se como para fazê-lo equivaler à descoberta da Verdade natural e definitiva das coisas. Assim sendo, atribui-se ao trabalho de produzir conhecimentos, a partir das características supostas como relativamente autônomas que o governam — afinal a própria Ciência seria uma “coisa em si” — o papel principal na gênese daquilo que aparece como desvelamento das potências produtivas da natureza. *‘Tecnologia’, portanto, referir-se-ia a “coisas em si” com potência produtiva descobertas e liberadas pela Ciência.*

A quarta e última característica importante de considerar nas teorias e discursos predominantes sobre a tecnologia é como que um corolário da terceira logo acima apontada. Trata-se da subordinação do conceito da ‘tecnologia’ aí operante à ideia mais geral de “desenvolvimento”, bem evidente nas expressões a um só tempo conceituais e nocionais de ‘desenvolvimento científico-tecnológico’ e ‘progresso técnico’. É principalmente por esta via que toda temática adquire, para não mais perdê-la, uma caracterização irremediavelmente ideológica, posto que o termo ‘desenvolvimento’ não é utilizado nesses contextos como meramente descritivo de um processo de mudança que se caracterizasse por progressivo aumento do grau de complexidade de um mesmo conjunto de qualidades estáveis — mesmo que se admitissem mudanças qualitativas implicadas nesse acúmulo quantitativo de complexidades — mas para além de descritivo desempenha também um papel explicativo e prescritivo, a partir de noções evidentemente não científicas de que o acúmulo dos conhecimentos das “coisas em si” tende para produzir necessariamente graus mais acentuados de domínio da humanidade em geral sobre a natureza e, por decorrência, a encaminhá-la ao melhor dos mundos possíveis. É compreensível que tudo que apareça candidamente como “percalço” nessa gloriosa estrada para o futuro, quer no passado, quer no presente, seja interpretado como obstáculo devido à ignorância ou à má-fé, e que a questão tecnológica se transforme na chave para as respostas a todos os anseios dos homens, a ser encontrada através da competência e da virtude. *‘Tecnologia’, portanto, referir-se-ia a “coisas em si” com potência produtiva, descobertas e liberadas pela Ciência, e cujo melhor uso é uma questão de racionalidade administrativa e organizacional (gerencial).*

Em linhas gerais, aí está descrito e identificado em sua lógica mais evidente o arcabouço a um só tempo teórico, ideológico e metodológico que recorta a questão da tecnologia, tal como vai aparecer nas principais correntes explicativas que analisam sua relação com a reprodução social. Não é este o lugar adequado para

proceder à crítica detalhada dessas correntes explicativas em termos de suas insuficiências, nem tampouco de seus méritos, além de não ser este o objetivo deste texto. As características apontadas o foram no duplo interesse de permitir discutir ainda algumas características secundárias de grande importância no discurso político-ideológico, e de permitir um melhor contraste com a posição teórica que se adotará adiante.

A partir da conceituação descrita de ‘tecnologia’ é compreensível que ocupem um lugar de tão grande destaque as noções que se discutirá a seguir, tanto nas representações do senso comum, que se orientam predominantemente por essas posições teóricas descritas, como nos discursos técnicos e/ou políticos, quer sejam menos ou mais embasados cientificamente de forma consistente. São essas noções as de: eficácia, produtividade, eficiência e adequação, e convém precisá-las para melhor reconhecer a natureza do tipo de equacionamento da questão tecnológica do qual se pretende divergir, mas também — e isto é muito importante de ser retido — para poder reaproveitar, recontextualizando-as, as temáticas certamente relevantes circunscritas por essas noções.

É como se fosse necessário enfatizar, outra vez, que a crítica a um saber de natureza ideológica consistente passa pela sua superação, após sua negação apenas provisória: tudo que se pretendeu designar com as noções acima destacadas, dentre outras que parecem menos importantes, não foi um sonho ou uma mistificação, mas sim aspectos parciais postos pela realidade prática para a reflexão e a mudança. O que é necessário sempre é isolar o “efeito de conjunto” do discurso, no que ele releva do compromisso com um certo conjunto de valores. No caso em exame, conforme se pode depreender do que já foi posto, três características assumem especial papel na estruturação ideológica desse discurso sobre a questão tecnológica, perpassando simultaneamente também a teoria e os métodos: a *autonomização* da esfera de interesse da questão por referência às que a “circundam”; a reificação da esfera de interesse

por referência às práticas em que ocorre; a *despolitização* do núcleo da questão, que passa a aparecer como essencialmente racional, eventualmente contaminada, “de fora” e “depois” por dimensões políticas contingentes.

Nenhuma dessas características estruturais básicas, elas também possivelmente correspondentes às aparências da questão tecnológica recortada por um olhar essencialmente conservador, anula, desqualifica completamente os aspectos parciais apreendidos pelas noções de eficácia, produtividade, eficiência e adequação. A tarefa talvez consista principalmente em tornar os campos de aplicação dessas noções em *aspectos verdadeiramente parciais*, isto é, em dimensões analiticamente relevantes e pertinentes, correspondentes aos *conceitos*, todos eles subordinados à compreensão da tecnologia como não autônoma mas integrada à prática; não reificadas mas encontrando nas relações sociais que viabiliza, por nelas ter-se gerado, seu significado mais íntimo; não técnica que pode ser politizada, mas política enquanto técnica.

É inegável que ao nível restrito de uma apreensão intelectual teórica como a aqui proposta, toda essa relativização pode parecer aproximar-se perigosamente do mero jogo de palavras. Partindo da habitual premissa filosófica utilitarista que preside, conscientemente ou não, a maioria das análises, a crítica aqui esboçada tomará irremediavelmente esse aspecto de verbalismo, e nesse caso não há, também, rigorosamente, como superar o impasse a não ser na própria prática social e histórica em que todas essas questões irão sendo progressivamente superadas, de uma ou de outra forma.

Deve-se mesmo assim explicitar que a categoria fundamental que orienta as releituras acima propostas do campo problemático designado como “questão tecnológica” não se resolve exclusivamente ao nível da teoria. Trata-se da categoria de ‘totalidade histórica’, que justifica a afirmação anteriormente feita sobre o tipo de leitura adequado dos possíveis méritos desta contribuição: integrada à prática, no campo histórico correspondente à escala de suas determi-

nações e no espaço político correspondente à magnitude dos poderes em jogo, esta teoria torna-se, e só então, força útil imediata.

Examine-se, então, as noções subsidiárias apontadas, ainda que sinteticamente, a fim de permitir seu posterior uso recontextualizado.

A noção de ‘eficácia’ é talvez a pedra angular de todo o discurso. Em uma aproximação meramente designativa aponta para a menor ou maior capacidade dos instrumentos de trabalho de intermediarem a obtenção de resultados melhores ou de resultados ainda não obtidos anteriormente, supondo sempre que assim se aumente o grau de controle do homem sobre a natureza. No primeiro caso se trataria de aperfeiçoamento (resultados melhores), designando produtos dotados de idêntica utilidade, isto é, respondem a uma mesma necessidade, mas dotados de maior durabilidade ou de melhor desempenho ao serem consumidos produtiva ou improdutivamente. No segundo caso se trataria de inovação: os produtos obtidos teriam uma nova utilidade, correspondendo a necessidades que embora presentes nunca tivessem sido satisfeitas ou ao refinamento das necessidades básicas proporcionado pelo próprio cultivo do consumo.

Encontra-se com facilidade nessa designação do campo de atributos da qualidade de “eficácia” os elementos conceituais que delimitam a ‘tecnologia’ já apontados: “coisa em si” (o instrumento, independentemente das suas condições reais concretas de geração, difusão e utilização), com potência produtiva (o próprio conceito de eficácia pretende expressar, quantificando-a, essa potência imanente ao instrumento), de origem científica (o controle do homem sobre a natureza é o suposto campo de aplicação da Ciência) e destinado à gerência quanto às suas condições de uso (evidentemente, no caso-limite em que tivesse sido possível neutralizar as influências externas e perturbações da política).

Não há que se exagerar nas tintas: enquanto coisa assim abstraída de sua existência real nos processos produtivos, o instrumento

de trabalho pode efetivamente ser objeto de interesse específico e restrito, mas nem por isso irrelevante. O tecnólogo — em última instância o cientista — que aparentemente isolado da vida social real inventa o instrumento de laboratório — orienta-se sobretudo para sua potência produtiva diferenciada, como se nesse campo parcial de práticas a tecnologia se reduzisse à sua eficácia. Esse é um processo real, sem dúvida, mas evidentemente parcial, como a história da tecnologia demonstra suficientemente. De pouca valia teria a consideração das determinações mais concretas e inclusivas dos instrumentos de trabalho para esse trabalho parcelar, propositalmente, necessariamente e adequadamente dividido e abstraído.

Isto não justifica contudo, que no âmbito de um discurso ideológico, em que a abstração não é mais recurso de análise, mas uma forma de redução da realidade a uma de suas representações possíveis, em que a autonomização (essa abstração redutora, e não analítica), a reificação e a despolitização “tornem” a questão da eficácia em questão concreta (pseudoconcreta, portanto), com um salto pirotécnico do laboratório de pesquisa à realidade dos processos produtivos, que passam a ser como que o somatório (por justaposição de pseudorealidades produzidas por redução) de processos parciais em si mesmos completados em todos os sentidos. Tratar-se-ia de apor ao resultado os processos nos quais são gerados instrumentos eficazes os resultados de outros processos, similares, em que se pensam as “realidades” conexas expressas nas noções de eficiência, produtividade, etc., como se a gerência tecnológica equivallesse à noção que os leigos em culinária têm dessa arte, se é permitida essa analogia prosaica: entretanto, os ingredientes não se somam mantendo-se enquanto tais no produto final, mas integram-se dissolvendo-se em uma síntese original que espalha a mestria e a experiência do autor do projeto. Cessada a analogia, há que ir mais longe, e recorrer — não deve haver pudor em fazê-lo, tratando-se de formulação brilhantemente esclarecedora de todo um imenso esforço teórico coletivo — ao jargão: a realidade dos processos pro-

ditivos é uma totalidade-síntese de múltiplas determinações em fluxo histórico. Ganha-se muito com a análise de seus processos parciais, desde que não se os autonomize tornando-os pseudoconcretos e dotados em si mesmos de pleno e completo sentido. Resumindo, é fundamental tomar como instrumento analítico (e, portanto, abstrato) a consideração da qualidade diferenciadamente eficaz dos instrumentos de trabalho se se pretende explicar a totalidade para atuar nela ao nível histórico em que ela se dá, o que equivale a dizer que é também fundamental subordinar essa questão à dinâmica do todo nesse projeto de explicação e atuação. Ressalve-se que a um diverso projeto, como o do tecnólogo, compreensivelmente se deve obrigar, em sua escala micro histórica, à abstração dessas condições reais que pouco ou nada trazem de imediatamente útil.

A noção correlata de *'produtividade'*, tal como aqui utilizada, diz respeito à qualidade também diferencial dos instrumentos de trabalho de, ao intermediarem a relação homem-natureza, estarem necessariamente associados a uma determinada magnitude na relação entre quantidade de produto e tempo. Desnecessário explorar a consistência dessa noção com as características gerais do conceito de *'tecnologia'* descrito, desde quando balizado o procedimento pela estrutura ideológica de todo o discurso (autonomização, reificação, despolitização). Parece lícito supor que se trate de noção correlata e de certa forma dependente da de *'eficácia'*, na medida em que, nesse discurso, se justifica a busca da produtividade pelo valor superior definido pela melhor eficácia: tratar-se-ia de generalizar (tendencialmente) o consumo de produtos obtidos através de “tecnologias” (equipamentos) mais eficazes, o que se conseguiria principalmente através da queda tendencial do custo unitário do produto obtida através da conjugação da produtividade à eficácia no meio de trabalho.

Malgrado a coerência formal dessa conjugação no modelo, e sem querer sugerir que o campo nocional relativo à *'eficácia'* seja

imune aos problemas que se aponta a seguir, o fato é que se os fenômenos apontados, explicados e trabalhados sob a rubrica da ‘eficácia’ perdem todo sentido teórico e toda aplicação viável se não se acoplam à ‘produtividade’, e também, se ao mesmo tempo os fenômenos que dizem respeito à ‘produtividade’ não se justificam senão pela ‘eficácia’ a eles conjugada, o polo ‘produtividade’ abre, no entanto, de modo mais evidente, o flanco vulnerável do modelo conceitual a um conjunto problemático muito mais vasto e complexo, para o qual as respostas não são tão consistentes assim.

É simples apontar a fenda conceitual que questiona toda armadura ideológica do modelo habitual de explicação da questão tecnológica, apontando seu caráter justificador antes do que cognitivo. Trata-se do fato, simples porque próximo às aparências com que até o senso comum pode apreendê-lo, de que a uma mais elevada relação (matemática) entre quantidade de produtos e tempo não corresponde necessariamente uma melhor relação entre os mesmos fatores, estando a história da tecnologia repleta de evidências nesse sentido. É evidente que as relações sociais conforme às quais os homens estiveram e estão organizados para sua reprodução, aí incluindo sua relação com a natureza, estiveram baseadas em tipos específicos de produção de excedente econômico, conexo às formas de sua apropriação, determinando-se antes a produção, em qualquer caso histórico, como produção desse excedente do que como produção de mais produtos e/ou melhores produtos. Se houvesse imediata correspondência entre os dois tipos de fenômenos (produção de excedente e produção de bens) o modelo seria sem dúvida adequado. Boa parte da já quase desusada ideologia do “desenvolvimento” estava baseada nesse falso suposto, infelizmente indemonstrável na prática, ainda que formalmente sustentável na teoria.

Se a *melhor* produtividade deve prevalecer, em condições de reprodução social relativamente estáveis, sobre a *maior* produtividade, segue-se que se torna necessário “reparar” o modelo conceitual tornando a noção de produtividade do instrumento como relevan-

te apenas ao nível abstrato (e não autônomo) de elaboração do tecnólogo e do cientista que pesquisam e produzem equipamentos, e negando ao mesmo tempo a correção de todos os pressupostos que subjazem ao conceito de ‘tecnologia’ — a não ser como recorte analítico. Parece evidente que, neste caso como em todos os outros análogos, o edifício todo desaba quando se retira um de seus pilares. Na teoria, de fato desaba, e as teorias do desenvolvimento social baseadas na produtividade tecnológica foram se substituindo umas às outras de Colin Clark a Fourastié e Rostow, até que os economistas neoclássicos tornassem a tecnologia em dado externo, “dado” como invariante a cada análise, e se tornasse *démodé* utilizar esse tipo de ideologia, ao menos no campo econômico. O problema aqui defrontado não é apenas teórico, entretanto, e a persistência dos estilos de análise e vícios de interpretação correspondentes à época do “desenvolvimentismo” mostram a vitalidade da base essencial dessa ideologia por referência às formações sociais em que essa questão se colocou como problema.

A partir dessa grave inconsistência entre teoria e realidade, o modelo gerou duas outras noções corretivas até certo ponto complementares: eficiência e adequação. No caso da noção de eficiência, trata-se do deslocamento relativamente brusco de um universo discursivo que, não obstante suas inconsistências, colocava a questão tecnológica em relação com a reprodução social (as noções de ‘eficácia’ e ‘produtividade’, a seu modo, se sustentam também pelo que prometem à sociedade), para um universo muito mais fechado: a relação custo/benefício de que seria dotado um equipamento em condições de produção dadas e que não estão em discussão. É evidente que sempre se pode pretender que as condições dadas são as melhores possíveis para o presente e o futuro, mas a vulnerabilidade desse argumento não carece de demonstração.

É importante destacar, como anteriormente se fez, que a problemática da eficiência posta em termos de relação custo/benefício não é tampouco, como não o são as de eficácia e produtividade,

uma problemática irrelevante. Basta considerar que as condições concretas de reprodução social incluem como dado de realidade a estabilidade relativa, quer essa seja representada como absoluta, quer seja conceituada como mero recurso intelectual para captar o fluxo de mudança, em si mesmo não operacionalizável em escala micro. Não se está sugerindo, portanto, que essas noções não correspondem a dimensões importantes dos processos reais e que não haja sentido em considerá-las, mas sim negando a redução desses processos sociais reais a esses instrumentos, como sendo a forma mais rica e suficiente de explicá-los.

A noção de ‘adequação’ — apontada com essa palavra neste texto para reunir um conjunto mais amplo de temáticas convergentes — é relativamente mais recente, habilidosa, sedutora e ilusória. Foi a partir da crítica às inconsistências práticas das teorias mais evidentemente insuficientes que procuravam relacionar tecnologia e sociedade que se desenvolveu a ideia geral, oposta àquela referida acima a propósito da ‘eficiência’, de que a deficiência da teoria da tecnologia não estava no excesso de referência à sua dimensão social concreta, mas na sua falta. Assim, enquanto a noção de ‘eficiência’ desviava a questão em um sentido evidentemente tecnicista e conservador, esta outra tendência buscou sobretudo adequar-se à mudança social, sem, contudo, levar às últimas consequências a crítica aos pressupostos teóricos mais gerais apontados. O fulcro que passou a orientar a análise foi a ‘adequação’ entre as características dos instrumentos de trabalho — ainda concebidos de matéria autônoma e reificada, porém em certo sentido não mais despolitizada — e os projetos de mudança social, substituindo o ‘crescimento econômico’ (acúmulo de excedente) pelo ‘desenvolvimento social’ (integrando dimensões econômicas, políticas, sociais e culturais).

Essa foi a matriz da ideia mais conhecida, e particularmente atual no campo da Saúde, de ‘tecnologia apropriada’. Trata-se em última análise de reconhecer nos instrumentos de trabalho as ca-

racterísticas qualitativas e quantitativas deles mesmos capazes de defini-los como adequados aos projetos de mudança social ('desenvolvimento social') concretos idealizáveis em cada formação social. É conhecida a versão estritamente econômica da questão: com base nas noções de 'eficácia' e 'produtividade' produziu-se um discurso explicativo e justificador de certas políticas econômicas que acabaram por conduzir à chamada "queima de etapas de desenvolvimento tecnológico", com o grave efeito colateral (na verdade estrutural) de queimar também a oferta de empregos, gerando o que pareceram ser sociedades paradoxalmente comprimidas entre um progresso tecnológico evidente (ainda que setorial) e um acúmulo paralelo de marginalidade. Em reação, buscou-se a 'tecnologia apropriada' às condições concretas do desenvolvimento social que, retardando embora os ganhos de produtividade, e conseqüentemente de velocidade de acúmulo de excedente, permitissem diminuir o fosso que separava os grupos sociais conforme a apropriação desse excedente acumulado. Tratou-se da questão de escolher entre "tecnologias" (equipamentos) poupadores de trabalho (capital-intensivas) e utilizadoras de trabalho, presumindo nessas últimas, variavelmente utilizadoras de trabalho conforme cada tipo de necessidade social concreta, a virtude de promoverem o referido 'desenvolvimento social' integrado.

As evidências empíricas apontam para a riqueza dessa aproximação como instrumento restrito de política econômica em situações diversas, ainda que os defensores da ideia geral, macrossocial, da 'tecnologia apropriada', tivessem sido progressivamente forçados a relativizarem a ênfase com que essa nova ideologia desenvolvimentista fora inicialmente apresentada e recebida como quase panaceia.

No campo específico das políticas de saúde, igualmente a noção — difícil conceder que se tenha estruturado convicentemente como um conceito de forma generalizada — de 'tecnologia apropriada' também teve sua emergência marcada em um caráter irresistivelmente mistificador, malgrado a boa consciência de tantos técnicos

e cientistas que sempre conceberam a ideia de forma relativizada, entre os quais o autor deste texto se inclui. A possibilidade de recontextualizar a noção de forma a transformá-la em conceito rigoroso, em instrumento provisório e parcial de trabalho nesse campo específico de práticas, será examinada posteriormente.

Tratando agora de contrapor ao modelo conceitual tratado aquele que pode rigorosamente ser defendido como alternativo, procurar-se-á esboçá-lo enfatizando os contrastes de princípio, aproximadamente na mesma ordem de questões já abordadas, mas sem tentar detalhar todos os possíveis tipos de reequacionamento de problemas concretos (ou menos abstratos). Tornar-se-ia extremamente inadequado para a forma de abordagem cabível em um ensaio como este, todavia, discutir os princípios filosóficos mais gerais que podem ser opostos ao dualismo, no qual têm sentido “coisas em si”, esferas autônomas de realidade dotadas de legalidade própria, incluindo aí a esfera do labor científico e a externalidade entre política e técnica. Partir-se-á então do princípio mais geral de totalidade de uma concepção dialética da relação entre objetividade e subjetividade, tomando para exame a tecnologia para dimensão particular e relativamente abstrata, procurando explicitar os referidos contrastes do trajeto, se parecer que não são evidentes por si.

Dessa perspectiva geral os instrumentos de trabalho devem ser compreendidos como expressão e suporte de relações estabelecidas entre os homens e a natureza, sempre provisória e historicamente adequados às relações sociais organizadas conforme as quais os homens então modificam a natureza e a si mesmos. Isto equivale a dizer que as dimensões técnicas e sociais do trabalho enquanto determinações da totalidade histórica se distinguem enquanto se equivalem: extraído do processo real de produção em que é utilizado, o instrumento é analiticamente apreensível em suas qualidades técnicas específicas (eficácia, produtividade, etc.) e abstratas, mas é no processo real da produção que encontra sua concreticidade plena quando aquelas características se tornam *ao mesmo tempo* no

suporte técnico de obtenção de um certo tipo de produto e no suporte da reprodução social. Com isso se compreende a inviabilidade do uso concreto de instrumentos presumivelmente ainda não adequados ou comprovadamente já obsoletos.

Uma referência deve ser feita a uma problemática contida na distinção entre a dimensão técnica e a dimensão social (e que a justifica como distinção pertinente) e que se diz respeito à tensão latente ou explosiva entre ambas. Trata-se da temática bem conhecida da relação contraditória entre relações sociais de produção e desenvolvimento das forças produtivas. Não se explorará a potencialidade dessa temática de vez que este ensaio se orienta para condições de reprodução social relativamente estáveis, em que a qualidade das relações de produção é dada, em que o desenvolvimento das forças produtivas se encontra em princípio contido nos limites do tipo macro-histórico de organização social definido por aquelas mesmas relações sociais de produção. Cabe referir mesmo assim esse ângulo da questão, de vez que parte das condições de ruptura dessa rede estruturada de relações estará sempre contida essencialmente naquele desenvolvimento das forças produtivas, parcialmente discernível na modificação das qualidades dos instrumentos de trabalho.

Considerando o limite analítico contido na observação feita logo acima, tratar-se-á da tecnologia enquanto dimensão técnica necessariamente subordinada à reprodução social e consubstancial por referência a esta. Ou seja, tratar-se-á da tecnologia na medida em que também através dela e por causa de suas características qualitativas e quantitativas se reproduz um tipo macro-histórico de organização social.

Para encaminhar esse esboço teórico é necessário reduzir primeiro o processo socialmente organizado conforme certas relações determinadas às suas características mais gerais e abstratas, nas quais o homem social é reduzido, provisoriamente e com fins analíticos apenas, ao *homo faber*, assumindo, portanto no 'trabalho', em sua forma especificamente humana, o núcleo essencial da socialidade.

Se o conceito mais geral do trabalho, ainda não necessariamente humano, exige três conceitos para apreender seus momentos básicos, o trabalho especificamente humano necessita de outros três conceitos para sua adequada apreensão, mesmo nesse nível de extrema abstração. Apontam-se então esses conceitos, a fim de sistematizar a exposição, e, portanto, supondo-os de conhecimento corrente.

Transformação de fragmentos parciais da natureza (objetos do trabalho) através de gasto de energia (o trabalho propriamente dito, a atividade do trabalho) e com a utilização de certos recursos (instrumentos de trabalho), eis o núcleo mais geral do conceito de trabalho, certamente de domínio geral. O que já não é de domínio geral, mas necessário à abordagem que aqui se faz, é a concepção desses três aspectos que o compõem (objetos, atividade, instrumentos) como momentos. Esse termo pretende indicar a mútua dependência e relação dos três aspectos, definindo-se uns em relação aos outros sempre e necessariamente, e não independentemente para depois entrarem em uma relação produtiva, conforme a noção anteriormente identificada de instrumento de trabalho (tecnologia), “coisa em si” que em si mesma se define e se completa. Tem-se observado que o trabalho assim conceituado inclui além do trabalho humano também pelo menos o de outras espécies animais. A diferenciação passa pela identificação das três outras características acima referidas.

Em primeiro lugar, toma-se a restrição do conceito genérico de trabalho às transformações que reiteradamente dão origem a produtos, eliminando da consideração fenômenos casuais, mesmo para o caso dos animais. O primeiro dos conceitos necessários à compreensão do trabalho humano, feita a ressalva acima, é o de ‘finalidade’: exprime a ideia do movimento teleológico do conjunto, exprime, portanto, a ideia de *projeto*, antes que a transformação se dê. É evidente a dificuldade de atribuir ao trabalho animal essa qualidade para captar sua qualidade de reiteração, esta também

presente: o trabalho animal parece ancorado nas características genéticas da espécie e não é compatível com a ideia de ‘finalidade’, e por decorrência com a de ‘projeto’, a antevisão humana do produto que orienta a conjugação de objetos, instrumentos e atividade em direção a um fim. Isto é facilmente compreensível através da evidência mais especificamente humana da presença de algo designável como finalidade/projeto: a possibilidade de separar no tempo e/ou no autor a concepção do projeto e sua execução. É de fundamental importância a compreensão deste ponto: a separação entre concepção e execução é a base objetiva, para este animal especial, da organização social específica do trabalho com características humanas que subjaz à diferenciação das sociedades e à acumulação de excedente; ao mesmo tempo, é essa mesma separação que permite identificar dois outros momentos, essenciais ao trabalho humano, geralmente expressos — mesmo que com alguma ambiguidade — pelos conceitos de ‘trabalho intelectual’ e ‘trabalho manual’, correspondendo respectivamente à concepção e à execução do projeto.

O segundo conceito necessário decorre do de finalidade, como sua contrapartida: trata-se da ‘necessidade’ à qual corresponderia todo o movimento, evidentemente diferente do que se poderia designar com a mesma palavra para o trabalho animal. Diferente porque não equivale a características naturais e anistóricas da espécie, mas interagindo com o trabalho e com a organização social nele ancorada, corresponde a características qualitativas só historicamente compreensíveis do homem. Em segundo lugar, e não menos importante, diferente também porque a partir de sua diferenciação primeira desde sua qualidade natural primitiva, as necessidades que correspondem aos projetos que organizam o trabalho são basicamente necessidades do outro, e não do próprio autor do projeto ou de seu executor, necessariamente.

Entende-se que os conceitos conexos — e só assim adequados — de ‘finalidade’ e ‘necessidade’, para que se mostrem ferramentas

intelectuais adequadas à compreensão do trabalho humano devem, além de conter referências a essa socialidade humana genérica, ser também capazes de apreender a realidade histórica empírica, que se mostra como jogo de mútua fecundação entre os polos designados como ‘finalidade’ e ‘necessidade’ de tal modo que ambos demonstram uma diferenciação progressiva (a divisão social do trabalho) e um resultado qualitativamente distinto ‘progressivo’ em seu conjunto, consistente no evidente incremento de poder do trabalho social em controlar e subordinar a natureza, o que deve ser tomado como um fato, antes do que como valor.

Esse necessário dinamismo histórico de que devem ser dotados os conceitos para se adequarem à realidade que pretendem permitir explicar é dado por sua conjugação a um terceiro elemento conceitual, já apontado genericamente, e que deve agora ser enfatizado. Trata-se da ‘socialidade’ especificamente humana do trabalho, contida no fato de que os homens se organizam de forma historicamente variável para executá-lo, estabelecem relações sociais nada naturais e muito históricas entre si, através de sua relação com objetos e instrumentos, e que imprimem dinâmicas globais específicas a todo o processo. A essas relações aplica-se o conceito de relações sociais de produção e passam elas a constituir-se na ‘necessidade’ mais geral e básica do processo sob a forma de ‘necessidade’ de reprodução social. Assim determinado, o processo de trabalho humano é então conceituado como processo histórico de produção social.

Aqui passa-se sem dúvida a outro nível de abstração, certamente mais concreto: o processo de produção social historicamente determinado que compreende como momentos internos todos os momentos designados com os conceitos anteriores. Por esta razão se afirmou anteriormente ser necessário compreender a tecnologia como dimensão técnica necessariamente subordinada à reprodução social e com ela consubstancial, devendo encontrar-se nos instrumentos de trabalho (em suas características técnicas de

eficácia, produtividade, etc.) as determinações essenciais (e não contingenciais!) que os especificam. Um instrumento de trabalho qualquer — um martelo, por exemplo — abstraído dos processos concretos de produção social em que é utilizado seguirá sendo sempre a concretização de um conjunto elementar de princípios físicos. No processo de trabalho, entretanto, o mesmo instrumento só é compreensível em conexão com a ductilidade dos objetos sobre os quais incide e com o controle da energia física do trabalhador que utiliza para obter certa deformação dos objetos. Esse conjunto, por sua vez, só é compreensível considerando o efeito dessa deformação do objeto no sentido de transformá-lo em produto, só é compreensível, portanto porque sabe-se onde e quando bater quando se usa o martelo, de acordo com a finalidade/projeto que se tem em mente, a qual por sua vez só ocorre em trabalhos socialmente reiterados desde quando os produtos que correspondem a essas finalidades/projetos satisfaçam necessidades socialmente dadas. Finalmente, qualquer que seja o mérito mecânico ou o simbolismo romântico do martelo, ele só é compreensível em um processo de produção em que suas características técnicas possam expressar/suportar as relações sociais de produção que organizam a sociedade.

Com tudo isso se aponta para a verdadeira adequação do termo ‘tecnologia’: deveria expressar o conjunto da organização técnica do processo de produção enquanto processo social e histórico que inclui a reprodução social, ressaltando-se a expressão ‘instrumento de trabalho’ para as coisas que servem para intermediar a ação humana sobre os objetos conforme todo esse conjunto de determinações. Ainda que esse uso fosse mais correto, parece inútil insistir nele, posto que haveria que enfrentar oposições não apenas teóricas e ideológicas, mas já linguísticas, desde que o termo ‘tecnologia’ se tornou significativo apenas dos instrumentos de trabalho mesmo na linguagem corrente.

Utilizar-se-á o conceito provisório de ‘organização tecnológica’, então, para expressar essa concepção mais geral em que os

instrumentos aparecem como momentos só compreensíveis por referência à totalidade, deixando ao uso consagrado o termo ‘tecnologia’ como sinônimo desses instrumentos. A vantagem eventualmente obtida é a de ao designar essa organização do trabalho como tecnologia salientar a importância fundamental que as “tecnologias” (os instrumentos) têm no processo histórico, já que concentram a potência produtiva cujo acúmulo e desenvolvimento é o principal motor das transformações históricas das relações de produção.

A síntese que se procurou fazer da estrutura conceitual alternativa que se utilizará adiante neste texto, ao tratar do trabalho em Saúde deve ter deixado claro, finalmente, um limite essencial a essa mesma teoria: desiste-se, por ser incorreto fazê-lo, de tentar compreender a organização tecnológica do trabalho em saúde à margem das determinações que permitem explicá-lo como parte do processo de reprodução social. Todo o esforço que se seguirá só faz sentido como contribuição à compreensão das características das práticas de saúde nas sociedades (conjuntos estruturados das práticas sociais) cuja característica essencial seja a reprodução de um tipo histórico determinado de relações sociais de produção: sociedades capitalistas.

É necessário também enfatizar que o nível de elaboração teórica em que se prosseguirá a análise é ainda relativamente abstrato: refere-se às sociedades capitalistas em geral, ignorando sua profunda diferenciação histórica concreta conscientemente. Justifica-se esse limite por um lado pelos limites de viabilidade do texto, mas por outro lado, e principalmente, pelo pressuposto de que a diferenciação entre o tipo social macro-histórico de organização social caracterizado pelo capitalismo e outros tipos anteriores ou “posteriores” é qualitativamente diversa daquela que diferencia entre si as sociedades por ele caracterizadas. Ambas as diferenciações são relevantes à compreensão das questões concretas referentes à organização tecnológica das práticas de saúde, mas com alcance desigual. No caso de se considerarem de interesse vários tipos macro-históricos de estruturação social, pouco se poderia ir além das já esboçadas

características gerais de socialidade do trabalho humano, e por particularização do trabalho em saúde. No caso de se restringir o interesse às sociedades capitalistas é possível um certo grau, que se acredita útil, de particularização, mas deve sempre ser lembrado que a explicação final das características que cercam a questão tecnológica em uma certa sociedade concreta, ou até mesmo um segmento de uma sociedade concreta, ultrapassa os limites deste texto, que pode no máximo contribuir para isso.

Iniciou-se este tópico afirmando haver um certo conjunto principal de características teóricas, metodológicas e ideológicas comuns aos discursos predominantes sobre a questão tecnológica. Procurou-se identificar tais características e posteriormente oferecer uma conceituação alternativa.

Antes de passar à consideração das mesmas questões por referência ao trabalho em saúde, é necessário, no entanto, apontar para dois aspectos que, neste contexto, devem ser compreendidos como características secundárias dos mesmos discursos predominantes, mas que nem por isso podem deixar de ser mencionados a fim de compor melhor aquele conjunto de conceituações alternativas.

Trata-se de características conexas às descritas, mas que não aparecem como traços positivos e sim como omissões quase necessárias, dados os componentes teóricos e ideológicos anteriormente apontados.

Em primeiro lugar, trata-se da não consideração sistemática do fato de que em sociedades progressivamente mais complexas em decorrência de mais aprofundada divisão técnica e social do trabalho, os instrumentos de trabalho são também produtos de outros trabalhos. E não basta tomar este fato como “externo”, e, portanto, apenas nessa perspectiva pertinente, quando se tratar de compreender as estruturas que organizam um aspecto qualquer, um ramo qualquer, um setor qualquer de produção social. É necessário tomá-lo como variável interna a essas próprias estruturas, na medida em que o conjunto da produção social não se determina

senão secundariamente como produção de bens e serviços, úteis conforme um certo conjunto de necessidades; antes disso a produção social é produção de excedente, e no caso de sociedades capitalistas, produção de uma específica forma de excedente econômico, a mais-valia. Corporificada sob a forma de instrumentos de trabalho, essa específica forma de excedente deve ser necessariamente consumida produtivamente dentro de certos padrões qualitativos e quantitativos previsíveis, o que se torna tanto mais importante de levar em consideração por referência ao trabalho em saúde, diretamente e em si mesmo socialmente improdutivo porque incapaz de produzir (gerar na sua esfera exclusiva) excedente econômico, ao mesmo tempo que acoplado de específicos modos à produção de bens (instrumentos de trabalho) onde esta geração de sobrevalor, essencial à substancialidade da estrutura social, se verifica.

Examinada, portanto, no contexto de sua realização (objetivação) integrada em processos de produção determinados, a tecnologia (instrumentos de trabalho) só é compreensível enquanto contrapartida estrutural de outros momentos internos a esses mesmos processos, mas mais ainda, desde quando processos de produção se determinam eles próprios como momentos internos do processo mais inclusivo de objetivação da totalidade histórico-social, tampouco se pode ignorar (ainda que seja possível abstrair) as determinações advindas das relações entre os diversos processos de produção por referência ao todo.

Em segundo lugar, como traço geral derivado dos procedimentos complementares de autonomização, reificação e despoliticização, a tecnologia (instrumento de trabalho) aparece, ao mesmo tempo e também complementarmente, como sendo a força natural mais poderosa no sentido do progresso e como sendo uma força estranha (nos sentidos de “externa” e no sentido de ‘misteriosa’) ao homem, seja considerado individual, seja coletivamente.

Do primeiro desses aspectos complementares ressalta a elevação ideológica de tecnologia, e de Ciência que a produz, à categoria

de mitos gerais de máximo efeito obscurecedor por referência à verdadeira natureza da realidade social humana e de suas potencialidades. Do segundo, que suscita simultaneamente a partir de pontos de vista teóricos inteiramente diversos a “teoria da alienação”, resulta a incapacitação de instaurar um espaço político adequado à tomada de consciência pelo homem social de suas opções globais quanto à organização tecnológica do trabalho e, portanto, do mesmo movimento, à organização social.

Tecnologia, saúde e sociedade

Após o grande esforço teórico já acumulado na área disciplinar acadêmica interessada de uma forma ou de outra nas dimensões transindividuais e suprabiológicas dos fenômenos da saúde e da doença e das práticas a eles referidas, não haverá talvez maior novidade em afirmar que as práticas de saúde não podem ser adequadamente explicadas se reduzidas a seus aspectos técnicos.

Não se trata — é preciso reiterar essa temática para evitar mal-entendidos — de não poder abstrair de todos os aspectos que não sejam técnicos para considerá-las, essas práticas, como objeto possível de conhecimento. Há que assumir, entretanto, a necessária e irremediável limitação do objeto assim construído para dar conta dos aspectos abstraídos; isso não o desqualifica como possível objeto, mas desqualifica a redução que a partir daí se possa pretender fazer — e que se faz muitíssimo frequentemente — desses aspectos técnicos à sua exclusiva lógica interna e abstrata, e também, evidentemente, dos aspectos não técnicos a “dimensões posteriores”, equivalente à justaposição do técnico ao real.

Prática técnica e prática social (portanto histórica) a um só tempo e no mesmo movimento, eis o suposto heurístico que presidiu a elaboração desse outro objeto de conhecimento que veio se acrescentar ao anterior. Necessariamente mais concreto, necessariamente

mais amplo e inclusivo, necessariamente vinculado às propostas práticas de explicar para modificar as práticas de saúde ao nível “macro”. Essa perspectiva mais distanciada e ao mesmo tempo mais profunda, contudo, não deixou de ser perseguida a maior parte das vezes pelos mesmos fantasmas do dualismo epistemológico a que já se fez várias vezes referência, com a consequência de que se tomou quase sempre a ‘saúde’, a ‘doença’, e a ‘técnica’ como ‘dados’ *a priori*, tal como emergiam prontos das disciplinas mais abstratas que os recortavam no real como “coisas em si” autônomas e despolitizadas, tratando agora apenas de verificar como que graus variáveis de adequação desejável (tal como definidas em abstrato) entre a potência imanente das coisas e a realidade.

É interessante que movimentos originados de pontos tão distantes e diversos como a Epidemiologia e as Ciências Sociais tenham afinal convergido para a formulação de uma proposta de elaboração cognitiva do objeto que finalmente superaram as limitações acima apontadas.

Os cientistas sociais ousaram obrigar-se à construção do objeto Saúde/Doença/Práticas de Saúde independentemente do que as disciplinas técnicas abstratas da Medicina (principalmente a Fisiologia, a Patologia e a Clínica) lhes ofereciam de modo acabado como ponto de partida, mas só a partir do momento histórico em que o poder de veto baseado naquelas disciplinas se enfraqueceu nos aspectos concretos da reprodução social. De outra vertente, os epidemiologistas, emaranhados às vezes nos becos sem saída decorrentes da mesma subordinação, e embora muito mais timidamente, ousaram também propor-se tarefa semelhante. Será bebendo dessas duas fontes, tomando inspiração nesses dois movimentos, que se ousará aqui também a proposição de uma reestruturação parcial nos quadros de referência que permitem pensar a tecnologia (instrumentos de trabalho) em saúde, a organização tecnológica das práticas de saúde.

O primeiro esforço a fazer consiste em conceituar ‘práticas de saúde’, consiste em delimitar um objeto primeiro, necessariamente

abstrato, a partir do qual se possam orientar movimentos sucessivos de aproximação/determinação. E eis aí uma tarefa que tem encontrado grandes dificuldades na quase impossibilidade — de ordem ideológica e concreta, e não lógica, de superar as voragens gêmeas de alergia à historicidade e do etnocentrismo.

Admitir que o conceito de ‘doença’ é um recorte historicamente determinado para fenômenos historicamente diferentes parece quase sempre uma heresia. E, no entanto, um breve olhar às proposições — a todas as proposições — da ordem do conhecimento feitas ao longo da história da humanidade, ou mesmo ao longo dos últimos cinco séculos dessa história, mostra sempre essa necessidade muito humana de supor que as outras proposições que as antecederam eram incorretas de uma forma ou de outra, sem perceber que se tomavam a si mesmas como modelos para afirmá-lo, e com isso supunha sempre, a cada vez de novo, que a história finalmente acabara. Não há, portanto, nenhuma originalidade no espanto inquisitorial com que “heresias” como a que abre esse parágrafo são sempre recebidas, apesar de todo o “progresso” ter sido sempre obtido a partir da negação, sempre tão difícil, do fim da história e do conhecimento.

Tomar o conhecimento concreto produzido pela Clínica e pela Patologia como verdade definitiva, finalmente desvelada, de um fenômeno “em si” que sempre estivera presente, embora não reconhecido, é transformá-las, à Clínica e à Patologia, de disciplinas científicas em meras ideologias, nada originais, que outra vez negam a essência da humanidade, a história. Mas não há mesmo como escapar a esse tipo de miopia se os parâmetros mais basilares, ainda que inconfessos, seguem sendo a autonomização, a reificação e a despolitização dos fenômenos reais através de suas contrafações abstratas.

É preciso, para perceber com suficiente clareza o conceito de ‘doença’ e os fragmentos de realidade a que ele se aplica como históricos, romper — mesmo que provisoriamente — com aqueles

parâmetros. Não estará em questão aqui, portanto, o problema da Verdade daquilo conceituado como ‘doença’, mas dever-se-á partir de outro modo de aproximação: o conceito de ‘doença’ como momento de prática.

O anistoricismo transmuda-se então em etnocentrismo, e tomando o último tipo de prática de saúde que se realizou, busca-se então o que aparenta ser próximo dele como fazendo parte de sua história, ao mesmo tempo que práticas que não sejam aparentemente assemelhadas nem são tomadas em consideração. Há que romper com o modelo que contém um ‘profissional’ utilizando certos instrumentos de trabalho para realizar um ‘diagnóstico’ circunscrito ao ‘corpo anatomofisiológico’ de um ‘paciente’ e propondo a este último uma ‘terapêutica’ como o que permite identificar práticas de saúde.

A base fundamental dessa possibilidade está contida nas reflexões de Georges Canguilhem em *Le normal et le pathologique*, justamente porque permite ao mesmo tempo separar através da crítica epistemológica histórica as disciplinas científicas da Clínica e da Patologia das ideologias nelas embasadas, enquanto fornecem elementos para conceituação mais abstrata, e ainda assim satisfatoriamente histórica, do fenômeno da doença. É este segundo aspecto que interessa aqui, embora o seja porque embasado no primeiro.

Pode-se então propor como nuclear a qualquer conceituação histórica de ‘doença’ não uma invariante (a normalidade morfofuncional) mas uma variante histórico-social: a normatividade, após compreender que a primeira é uma específica forma de expressão da segunda. Na medida em que esta última, a normatividade, pode expressar conceitualmente uma característica ontológica específica do ser humano, por reter sua socialidade e sua historicidade, pode-se propor conceituar ‘práticas de saúde’ como relativas à normatividade social e histórica, variavelmente objetivadas na realidade.

As vantagens que essa forma de aproximação contém para dar conta de práticas que seriam de outra forma sempre demarcadas etnocentricamente por seus aspectos aparentes de ignorância e su-

perstição são evidentes; e não apenas para revestir de renovada dignidade essas práticas do passado, mas por causa da utilidade para o presente e para o futuro oferecidas pelo conhecimento histórico que escapa à mera crônica.

Por outro lado, na medida em que interessando enquanto práticas sociais, não basta para conceituar ‘práticas de saúde’ essa referência à normatividade enquanto esfera específica de relação entre objetividade e subjetividade, mas é necessário ainda restringi-las à esfera do trabalho social. *Reiteração articulada de um modo de inserção na divisão social do trabalho relacionada à reprodução de padrões histórica e socialmente significativos de normatividade*: eis então a proposição que parece adequada para um conceito de ‘práticas de saúde’, ao nível mais alto de abstração em que pode ser posto.

Dessa conceituação o passo seguinte deve dar-se então em direção à determinação das práticas de saúde enquanto trabalho. E no núcleo de processo de trabalho, como se viu na seção anterior, devem-se buscar três momentos: o referente ao objeto, o referente aos instrumentos e o referente à atividade. Ao mesmo tempo em que, tratando-se de trabalho humano — e, portanto, historicamente estruturado em formas sociais de organização — é necessário também buscar o momento referente à finalidade, o referente às necessidades a que corresponde e o referente às relações sociais que, através dele se produzem e reproduzem. Repete-se que não se trata de buscar significações variáveis para cada um desses momentos isoladamente para “compô-las” depois em vários tipos de “combinações” possíveis em si mesmas, mas, pelo contrário, de valorizar o conceito de “momentos” tratando de reencontrar em cada um deles a evidência de sua relação articulada na totalidade; ao mesmo tempo se trata de determinar menos abstratamente conceitos referidos a totalidades históricas concretas, e não de produzir modelos estruturais nos quais essas devam ser “enquadradas”.

Do amplo conjunto de possibilidades aberto pelo último parágrafo há que fazer agora, nos limites desse ensaio, uma severa

restrição. Tratar-se-á por opção do momento referente aos instrumentos de trabalho, subordinando a consideração dos demais a esse fim, e além disso, tomar-se-á por referência o tipo macro-histórico de organização social baseado em relações sociais de produção capitalistas. Dá-se por suposto o conteúdo substantivo desse tipo de relações sociais, e com isso o momento da socialidade mais geral do trabalho sobre o qual se estruturam as práticas de saúde enquanto práticas sociais.

Do que se constitui em um conjunto original de necessidades sociais com o advento do capitalismo é preciso chamar a atenção para o que parecem ser os pontos mais importantes, e apenas procurando quase que resumir as conclusões acumuladas sobre o assunto.

Tais necessidades sociais referentes à normatividade, tais como se reestruturaram durante os séculos de transição para o capitalismo e se foram reespecificando depois, podem ser apreendidas analiticamente em duas dimensões: as referentes à infraestrutura econômica e as referentes à supraestrutura político-ideológica, sempre que se consideram essas distinções apenas intelectuais como correspondentes a dimensões de uma única totalidade histórica.

Ao nível infraestrutural se pode identificar dois conjuntos maiores de determinações: o primeiro referente às especificidades do momento ‘força de trabalho’ e o segundo às decorrências das transformações que se foram gestando nas relações intersetoriais da produção social. Das modificações no momento ‘força de trabalho’, configuradas na expansão e solidificação do capitalismo, se derivam duas “esperas” de necessidades sociais: em primeiro lugar — historicamente — a emergência da necessidade de controle demográfico em face das instabilidades relativamente graves que podiam ameaçá-lo e efetivamente o faziam. Este é o momento histórico da constituição da população em força política e econômica do Estado, que através disso se ia determinando progressivamente como Estado capitalista, do desenvolvimento de práticas vinculadas ao

reconhecimento da população e de práticas vinculadas ao controle das ameaças agudas à sua estabilidade, caracterizado também pela grande disponibilidade relativa de força de trabalho e por sua grande indiferenciação relativa também. Corresponderá, como se verá adiante, à gestação de um dos dois grandes modelos de organização tecnológica das práticas de saúde, baseado na apreensão e na transformação do objeto de trabalho em sua dimensão coletiva.

Em segundo lugar, e de forma conexa à constituição da fase de desenvolvimento das forças produtivas sobre o capitalismo que passou a se basear no maquinismo, foi-se estabelecendo também uma progressiva diferenciação da força de trabalho (qualificação), paralela necessariamente a um incremento de sua escassez relativa. Com isso se estabelece a segunda “esfera” de necessidades sociais: aquela relativa à manutenção de padrões sempre readequados de produtividade e intensidade do trabalho, em que a força de trabalho passa a impor-se como mercadoria relativamente mais valiosa e a demandar práticas destinadas a seu efetivo controle. Este é o momento histórico do segundo grande modelo de organização tecnológica das práticas de saúde, baseado na apreensão e na transformação do objeto de trabalho em sua dimensão individual.

Um segundo conjunto de determinações infraestruturais, como se apontou acima, decorre da modificação das relações inter-setoriais entre os ramos da divisão do trabalho social, e é o mais recente a se estabelecer. Trata-se dos fenômenos ligados à característica cada vez mais importante em sociedades cada vez mais complexas de que os instrumentos de trabalho são produtos de outros setores de produção, o que aumenta o grau de solidariedade entre o conjunto de necessidades, ao mesmo tempo que aumenta a tensão entre demandas que se definem a partir de interesses necessariamente contraditórios. Rigorosamente, a afirmação que se faz por referência aos instrumentos de trabalho cabe também aos demais momentos do processo: objetos de trabalho nunca são objetos naturais, no sentido de coisas em si cujas características qualitativas e

quantitativas saltassem aos olhos, impondo projetos de transformação, podendo-se então afirmar que entre a natureza e sua apropriação para o trabalho há sempre a intermediação parcializante do projeto, e com ele de subjetividade. O aprofundamento da divisão social do trabalho trazido pelo capitalismo, com o consequente aumento no grau de solidariedade/interdependência dentro do conjunto dos ramos de produção social, leva mais longe e em uma direção específica — a balizada pela necessidade de reprodução das relações sociais capitalistas — essa não naturalidade dos objetos de trabalho, à medida em que eles, bem como os instrumentos e a “força de trabalho” são também em escala progressivamente aprofundada, produtos. Por outro lado, as necessidades sociais de saúde identificadas acima com as determinações econômicas de força de trabalho, em outro momento não são mais do que consequência de formas de produção dessa última, também progressivamente penetradas pelo conjunto das determinações sociais.

Ao nível supraestrutural, ao mesmo tempo, constituem-se e reespecificam-se determinações parciais, e consubstanciais com as anteriores, das quais se faz aqui uma breve leitura esquemática, isolando duas “esferas” de determinações complementares. A primeira correspondente à emergência dos princípios da igualdade e da liberdade no coração do conjunto de concepções ideológicas que permitiram solidificar a ação aliada de diversas classes no projeto de superação antifeudal. Não se trata de concepções quaisquer sobre igualdade e liberdade, mas das que aparecem já admiravelmente expostas e limitadas na Declaração de Direitos do Homem e do Cidadão, de 1789.

Configuram um novo espaço para objetivação da normatividade social, encerrando a história das práticas de saúde que tiveram de se haver com a heterogeneidade legítima das formas concretas de normatividade. Evidentemente, isso não quer dizer que as práticas de saúde se tenham tornado automaticamente igualitárias em todos os sentidos, já que deviam corresponder a esse novo

espaço de normatividade; no sentido mais importante, que diz respeito à sua articulação social e à sua polarização com relação à reprodução da substancialidade do modo de produção capitalista, sem dúvida às práticas de saúde passariam a orientar-se — e não apenas através de uma mistificação ideológica, mas de modo efetivo — para a objetivação, no seu interior, desses princípios específicos de igualdade e liberdade consubstanciais com as relações capitalistas de produção.

A segunda “esfera” de determinação supraestrutural, articulada a essa primeira, corresponde à principal restrição de sentido que os princípios de igualdade e liberdade apresentam no capitalismo, e que está intimamente relacionada à normatividade social, objeto primeiro das práticas de saúde. Trata-se da individualização de seu âmbito de realização.

Dessa dupla determinação decorre a característica central das práticas de saúde sob o capitalismo: o motor dinâmico que orienta sua articulação interna e externa consiste na tendência à extensão, da qual não podem escapar, e que se traduz em inúmeros aspectos contraditórios. Estendem-se a grupos cada vez mais amplos de indivíduos (movimento aparente) no mesmo movimento em que se estendem a todas as demais classes sociais (movimento real); estendem-se a todos os tipos de dimensões de objetivação da normatividade social, ao mesmo tempo que restringem seu padrão de apreensão do objeto de trabalho àqueles que não apresentam contradições lógicas só quando restringido à abstração biológica individual.

Esse conjunto de necessidades estruturais deve agora ser repostado ao trabalho como um conjunto de finalidades coerentes com aquelas. A *démarche* consistiu em substituir a normatividade, capacidade historicamente verificada e socialmente significativa de instituir normas vitais pela ‘normalidade’, padrão anistórico embora não socialmente indiferente de expressar normas já instauradas cuja proveniência se julga irrelevante, porque expressariam a própria biologia natural do homem.

A restauração da ‘normalidade’ é coerente com as determinações estruturais expostas porque as traduz em um projeto exequível. A normalidade do corpo anatomobiológico, por exemplo, será um conjunto de capacidades tal que expresse sua adequação ao emprego como força de trabalho qualquer; a redução da normalidade a esse mesmo espaço morfofuncional é necessariamente individual, tornando os projetos que se possam elaborar por referência a esses indivíduos necessariamente iguais, mesmo que em outros planos esses indivíduos sejam essencialmente diferentes, o que equivale a dizer que a ‘normalidade’ compatibiliza a normatividade com a igualdade entre desiguais. Essas duas referências são suficientes, nesse contexto, para expressar a adequação necessariamente obtida, ao nível da elaboração da finalidade do trabalho em saúde, com as necessidades sociais a que esse corresponde. Evidentemente o movimento oposto também se verifica, e o conjunto de finalidades do trabalho redetermina o conjunto de necessidades sociais: este é um tema familiar no campo das práticas em saúde, em que habitualmente se reduzem as necessidades sociais ao que pode ser “prescrito” às sociedades a partir do trabalho, com o que se consegue *en passant* que, ao identificar como necessidades sociais conjuntos de demandas potenciais já circunscritas sob a ótica das finalidades baseadas no conceito de ‘normalidade’, se obscureça a natureza substantivamente social das necessidades, que na realidade se referem ao conjunto da totalidade histórica, e não à consciência técnica parcial que se pode ter delas.

Se o conceito morfofuncional, biologizante, e individual de ‘normalidade’ organiza a elaboração de finalidades/projetos para as práticas de saúde, ele se traduz agora, no interior do processo de trabalho, no conceito de ‘doença’. Rigorosamente um instrumento de trabalho, o conceito de ‘doença’ se legitima à medida que é possível afirmá-la como correspondendo, em outro nível, à realidade última do objeto de trabalho e à realidade suposta desses mesmos objetos. Isto ocorre à medida que se reiteram aqui características

gerais da ideologia da tecnologia comentadas na primeira seção: esquece-se no processo que o conceito é uma apropriação intelectual unilateral do real, e reduz-se o real ao seu conceito; na medida em que conceitos só podem ser segmentações, o real reduzido à sua conceituação também se torna fragmentário, coleção de “coisas em si” justapostas umas às outras.

O conceito de ‘doença’ faz assim com que a normatividade social, reduzida já à ‘normalidade’ morfofuncional seja agora compreendida como comportando, por alterações quantitativas, o “desvio patológico”, uma série finita de estados tais que passam a recortar o objeto de trabalho, ao mesmo tempo que cumpre sua função instrumental de permitir, por uma série ordenada de analogias reductoras, a nomeação desse objeto, que contém em si mesmo implícito o projeto de sua transformação em produto. Usa-se como instrumento o conceito de ‘doença’, para produzir, já dentro do processo de trabalho, através do ‘diagnóstico’, o objeto *do* trabalho; ao mesmo tempo os aspectos da realidade a que ele está referido são reduzidos a seu campo de aplicação restrito.

Enquanto instrumento de trabalho, portanto, o conceito de ‘doença’ só pode ser adequadamente compreendido se se levar em conta essa sua dupla função, e por conseguinte se tomar para análise suas características enquanto definidor do objeto do trabalho. Em síntese essas podem ser apontadas na reiteração agora “fora” e “antes” do processo estritamente técnico de elaboração diagnóstica — esfera do objeto *do* trabalho — de suas características congruentes com finalidades e necessidades sociais. O objeto de trabalho reduzido a ‘doenças’ deve conter — e contém — a individualização das determinações mais sociais e históricas da normatividade, deve prover — e provém — sua redução ao corpo anatomobiológico, deve ser capaz de responder à necessidade de tratar esse corpo biológico individual como corpo livre do cidadão de qualquer classe social — e o fez. O fato inquestionável de que historicidade e socialidade sejam banidas dessa esfera da realidade ao nível dessa redução

científica ou de sua paralela mistificação ideológica não quer dizer, entretanto, que o sejam igualmente na realidade ela própria, com a mesma eficiência. Basta examinar o fato arquiconhecido de que apesar de todas essas reduções, explica-se com grau muitíssimo mais convincente de satisfatoriedade o movimento histórico dos objetos de trabalho das práticas de saúde se se retiver sua dimensão social e histórica como substantiva, do que se se mantiver fidelidade à noção de “doença” como objeto de trabalho.

De qualquer modo, o fato é que o instrumento de trabalho deverá conter a possibilidade de coerência com essa forma histórica tão recente — e aparentemente tão imemorial — de representar a normatividade social.

De outro lado, porém, os instrumentos de trabalho expressam e suportam relações tecnicamente adequadas entre os agentes de trabalho e seus objetos, desde que se busque a substância dessa adequação na forma e na força do processo de reprodução desses agentes eles próprios, e não em presumíveis graus de eficiência dos instrumentos. Desde que solidários na utilização de instrumentos convergentes com todas as dimensões referidas da prática, os agentes obterão para si posições sociais consubstanciais com todos aqueles outros momentos. É evidente que se utiliza nesta análise o profissional médico, tal como originalmente se constituiu na prática clínica a partir do século XX, como modelo privilegiado — quanto a isso há consenso desde posições teóricas complementares diferentes — de personagem de prática social relativamente autonomizada até, tal o grau de coerência entre todos os momentos constitutivos, a reprodução social em geral, e a reprodução social específica deles próprios.

Mas é evidentemente possível — claro que com grau muito menor de ‘eficiência’ por referência aos médicos — partir de outras organizações tecnológicas do trabalho. Tome-se por contraste a homeopatia, com o cuidado de diferenciá-la de mera utilização de medicamentos homeopáticos por agentes da prática clínica em tudo semelhantes aos demais. Rigorosamente, a homeopatia não supõe

nada como as “doenças” como objeto de trabalho, nem utiliza nenhum instrumento de trabalho semelhante ao conceito de ‘doença’ para produzir seu objeto de trabalho, ou tampouco se vale de distância quantitativa entre o patológico e o normal para forçar o primeiro em direção ao segundo, que já o contém. Não obstante o “fato homeopático”, expressão utilizada às vezes para designar a incômoda efetividade da homeopatia enquanto técnica de trabalho capaz de lidar com a normatividade, está fora de questão a substituição da Clínica anatomopatológica por aquela outra técnica, desde quando o grau de consistência entre a organização tecnológica do trabalho baseado na homeopatia e o conjunto de determinações da totalidade histórica é substancialmente menor. Não é insignificante nessa impotência relativa a incapacidade da homeopatia para dar conta das necessidades de dessocializar, anistoricizar e reificar o objeto de trabalho.

Faz-se referência à prática médica baseada na Clínica anatomopatológica como forma de organização tecnológica do trabalho que serviu de modelo às análises já elaboradas sobre o assunto e aqui resumidas. Fez-se também referência à precedência histórica de um outro modelo, próprio do capitalismo, e cujas potencialidades são frequentemente ignoradas, tal o grau de hegemonia do discurso ideológico baseado no clínico para monopolizar o balizamento das representações sociais sobre a doença. Entretanto, a primeira prática de saúde do capitalismo diferia da prática clínica em um ponto essencial: utilizava como instrumento de trabalho um conceito de ‘doença’ diverso, porque coletivo em vez de individual. No decorrer da história essa oposição parcial de perspectivas foi “acomodada” teoricamente e na prática através da institucionalização diversa e complementar dos dois modelos, na Saúde Pública e na assistência médica.

Pela relevância de sua identificação para o fim último deste ensaio, que é o de estender a reflexão à questão particular das relações entre práticas de saúde e espaço sociogeográfico, procurar-se-á

agora discutir, contrastando-os, esses dois grandes modelos de organização tecnológica.

Saúde Coletiva, assistência médica, sociedade

Em certos contextos, a noção de que o conceito de ‘doença’ como fenômeno biológico morfofuncional e individual corresponde a alguma coisa tal como a “Verdade cientificamente provada” assumiu uma tal espessura que quase até se torna impossível o diálogo a partir de uma posição conceitual mais distanciada, que não nega àquele conceito um átomo sequer de seus direitos legítimos no interior de um recorte teórico específico, mas que, por não partir de nenhuma ideologia vulgar que tome a Ciência como justificacão associando-a a ideias tão metafísicas como Verdade, “coisas em si” e conhecimento absoluto, propõe novos recortes teóricos, onde outros conceitos produzem outros conhecimentos, e coloca sob suspeição não a ciência da Patologia, mas a ideologia que a usa, distorcendo-a, como justificacão.

Nessa situação costuma ser útil, para se fazer bem avaliar o alicerce — e até mesmo a possibilidade — de um conceito alternativo do objeto de trabalho (não mais a ‘doença’, necessariamente) que se terá gestado, produzido e utilizado em práticas de saúde não tão antediluvianas assim, lembrar um pouco de evidência empírica historiográfica, para acalmar preconceitos mais exacerbados. O heroico trabalho quase isolado de Henry Sigerist e George Rosen foi que permitiu recolher a evidência factual que afinal permite perceber que antes da elaboracão do conceito de ‘doença’ com base na clínica anatomopatológica, ao tempo em que os médicos lidavam ainda em sua prática com uma coleçãode entidades-doenças com existência própria, desenvolveu-se um grande modelo de organizaçãotecnológica das práticas de saúde que não circunscreveu seu objeto ao corpo anatomofisiológico individual

e que, não obstante, deu até condições de viabilidade para o crescimento da Clínica.

Sem fazer apelo a claras, refinadas e precisas formas de circunscrever a doença no corpo individual, esse modelo do conhecimento e de prática que, acompanhando sua própria autodesignação mais consistente será aqui chamado Medicina Social, foi capaz de circunscrevê-la de modo explicativo e de modo tecnologicamente eficaz no espaço do coletivo.

A conexão desse movimento com as práticas de constituição do Estado capitalista na Europa ocidental, que se deram também através dele, aponta para a relação processual histórica com fenômenos tratados no tópico anterior, referentes às determinações infraestruturais próprias da alteração no estatuto da força de trabalho. A *Medizinische Polizei* dos estados germânicos e a reorganização, na França, no espaço urbano sob a orientação de um projeto que recortava, identificava e transformava seu objeto de trabalho muito além dos corpos individuais — a Medicina de Estado e a Medicina Urbana, como as chamou Michel Foucault — foram práticas de saúde no sentido que aqui foi associado a esse conceito. A primeira delas teve duração até mais protraída no tempo do que a prática médica atual.

É necessário observar esses movimentos de práticas por suas características positivas internas, e não pela “falta” (forma de argumento totalmente inaceitável de um ponto de vista lógico) do conhecimento iluminado que se criou um século depois.

A tradição aberta com a polícia médica viria encontrar no século XIX duas continuações, complementares entre si, na importância relativa que deram aos momentos referentes à política e aos instrumentos de trabalho completando o quadro desse modelo coletivo de organização tecnológica das práticas de saúde: a *Médecine Sociale* francesa e o Sanitarismo inglês.

Mesmo permanecendo em sua essência modelos atuais, os herdeiros dessas práticas referidas cedem amplamente lugar, na

construção da hegemonia e também, correlatamente, nas dimensões dos recursos e dos aparatos neles envolvidos, à assistência médica individual. Examine-se então as características tecnológicas desses modelos.

Não é necessário retomar todos os aspectos gerais, de natureza estrutural, que circunscrevem, no plano relativamente abstrato em que vem sendo desenvolvida esta análise, os momentos referentes à socialidade, às necessidades e às finalidades do trabalho, para levar adiante a tarefa. Mas é necessário fazer certas especificações gerais.

Em primeiro lugar, é preciso lembrar que até que se solidificassem de modo relativamente estável os processos de reprodução social próprios do capitalismo, em meados do século XIX, todas as dimensões político-ideológicas apontadas faziam parte de um projeto comum de múltiplas classes sociais associadas na luta contra o antigo regime. Por ser mais transparente e bem conhecido, o caso francês pode ser tomado como paradigmático por referência a este específico ponto. São familiares as análises históricas que mostram como o período de 1789 a 1848 assistiu ao progressivo “esclarecimento” do significado que deveria ser associado aos conceitos políticos de ‘igualdade’ e ‘liberdade’ na sociedade burguesa. Mas esse significado “definitivo”, resolvido simbolicamente em 1848, quando a Europa assistiu à primeira conjuntura crítica em que um dos atores principais da luta social não era mais a aristocracia, em que enfim a oposição burguesia-proletariado tomou o proscênio do conflito de classes, este significado definitivo não estivera dado pronto desde sempre, nem em uma “estrutura” substituta de Deus ou da Ideia Absoluta que devesse objetivar-se na história, nem tampouco na consciência coletiva da burguesia revolucionária. Foi expressamente como resultado das lutas sociais que se foram configurando progressivamente na consciência e se institucionalizando nas leis o alcance e os limites da *Liberté* e de *Égalité*.

Parte dessas lutas nas quais se gestaram esses próprios princípios, fundamentais, como se viu, para o balizamento do campo da

normatividade social ao redor da qual se organizam as práticas de saúde, deram-se especificamente no campo das práticas de saúde.

Retomando e aprofundando com graus sempre mais acentuados de radicalismo os princípios mais gerais do século XVIII, os higienistas de primeira metade do século XIX não apenas participaram a seu modo da reconstrução da sociedade francesa, mas, o que é mais importante, desenvolveram nessa luta e através dela uma tecnologia relativamente original. Tratou-se da sistematização de investigações sobre as relações entre saúde e sociedade que tomaram por problema, o trabalho infantil, as condições de trabalho, habitação e nutrição e temas conexos. Levavam às últimas consequências a já antiga constatação de que os fenômenos biológicos humanos, tomados em sua dimensão coletiva, em termos de sua magnitude relativa, ofereciam margens seguras de previsibilidade, e ofereciam possibilidade de investigar associações entre categorias de eventos capazes de identificar quais características de vida social, e em que quantidades, podiam ser responsabilizadas por sua ocorrência.

A um só tempo se podia — mesmo que sem o grau de controle do laboratório — constituir hipóteses explicativas, testá-las, confirmá-las ou infirmá-las e delas deduzir e prescrever ações capazes de alterar a realidade prevendo as alterações desejadas com alta probabilidade de acerto nessas previsões: tratava-se portanto da aplicação *na construção do conhecimento e na prática*, dos cânones do método científico positivo, incluindo aquilo que é definido por vários epistemólogos como a pedra de toque da cientificidade: a previsão.

Comparado à Clínica anatomopatológica, então em sua infância, armada de nada ou pouco mais do que purgantes e sangrias e ainda distante até mesmo do descobrimento dos microrganismos, esse modelo de conhecimento e de práticas parece incomparavelmente mais poderoso, em quase todos os sentidos. Em quase todos, sim, mas não o principal: jacobinos dedicados a uma causa social em plena ebulição, os higienistas levaram longe demais,

explícita ou implicitamente, a responsabilidade da sociedade sobre a causação desses padrões coletivos (de espécie, de grupo social) de normatividade social alterada. E ultrapassaram os limites do politicamente viável, porque em 1848 descobriram que a *Médecine Sociale* escolhera o lado perdedor na luta social. A memória social guardou ciosamente esses ganhos, como se verá adiante.

Uma das vantagens — ou desvantagens, dependendo do lado que se olhe — do modelo tecnológico em questão é a de que fragmentando em atributos a serem quantificados no coletivo uma realidade que pode ser apenas apreensível em sua totalidade integrada, só são capazes de um olhar muito parcial sobre a sociedade, em sua relação com a saúde; ao mesmo tempo, foi a mesma característica que viabilizou a apreensão da normatividade alterada sob a forma de atributos qualitativos, independentemente de um conceito mais adequado de ‘doença’, que ainda não existia. É esse ainda hoje o procedimento “de urgência” do epidemiologista no campo: define através de atributos mais frequentes o seu “caso suspeito”, a partir do que põe em ação um conjunto de procedimentos relativos bem codificados que podem, se não esclarecer a natureza anatomopatológica da enfermidade, eventualmente controlá-la antes disso. Esses fatos são referidos para reafirmar a possibilidade de construir um ‘diagnóstico’ independentemente da clínica anatomopatológica, o que traduz uma distinção teórica do objeto de trabalho: certos atributos expressos sob a forma de queixas (apontadoras portanto de uma dificuldade na instauração de normas vitais e sociais) são observados e de seu conjunto se compõe o ‘diagnóstico’, desde que, *necessariamente*, eles sirvam à discriminação de casos e não casos *no plano coletivo*, o que leva ao verdadeiro ‘diagnóstico’ tal como coerente com o modelo: um indicador da magnitude relativa do fenômeno na população ou em um de seus segmentos, como por exemplo a incidência. No plano do indivíduo, evidentemente esse procedimento não leva a nada: apenas se repete com outras palavras a expressão do próprio doente.

Fechar torneiras (John Snow), drenar coleções de água, redistribuir o fluxo de pessoas e seus produtos no espaço, etc., etc., etc., são tecnologias (instrumentos de trabalho) coerentes com esse diagnóstico sobre o coletivo. A própria natureza das “ações terapêuticas” aponta para a natureza necessária de seus agentes, permitindo compreender o processo histórico em que o modelo se gerou: um agente necessariamente coletivo e possivelmente dotado de poder de coerção: o Estado, portanto.

A afirmação que se faz sobre a independência do modelo com respeito à necessidade do diagnóstico baseado no conceito de ‘doença’ anatomopatológica, dada mesmo sua precedência histórica e não subordinação lógica, não deve ser compreendida, entretanto, como mais do que isso, como se quisesse afirmá-la pelo gosto da divergência ou pelo projeto de substituir um modelo pelo outro, esvaziando-o. Não se trata disso — que seria sintoma de miopia — pois a posterior construção do conceito de ‘doença’, seu refinamento progressivo e a busca e o encontro de alternativas terapêuticas pelo menos eficazes, quando não efetivas, não são fatos de pequena importância.

E seria precisamente dentro do modelo baseado na apreensão do fenômeno sobre o coletivo que as possibilidades trazidas por sua aperfeiçoadíssima apreensão sobre o individual encontrariam sua mais expressiva forma de expressão. Explique-se melhor esse ponto, de fundamental importância.

À medida, como já se disse, que o modelo de apreensão (‘diagnóstico’) e ação (‘terapêutica’) que situa e recorta o seu objeto de trabalho no plano coletivo (como característica social e histórica da espécie toda ou de um dos grupos em que pode ser, com menor ou maior artificiosidade, segmentada) não presume como necessidade lógica um recorte de seus fenômenos parciais sobre um indivíduo qualquer, tal como o efetuado pela Clínica anatomopatológica, pode-se afirmá-lo como modelo alternativo.

À medida que aquele mesmo modelo tecnológico, atuando no plano coletivo, recorta os fragmentos da realidade que irão se

tornar significativos tecnologicamente no seu interior como atributos individuais, não há nenhum obstáculo lógico — e há muitas vantagens — em utilizar o outro modelo tecnológico (o modelo clínico individual baseado no conceito de ‘doença’) como um dos seus instrumentos parciais de trabalho, tanto no sentido de identificação de atributos como no sentido de intervenção terapêutica *sobre o coletivo através do individual*. Ou ainda em outros termos, os fundamentos da organização tecnológica das práticas de saúde segundo o modelo da ‘doença’ (biológica, individual) podem — em termos lógicos, no plano teórico — ser tomados como um *instrumento parcial* de trabalho no interior de um modelo de organização tecnológica fundado na concepção de ‘doença’ como fenômeno não apenas biológico e não apenas individual.

Ou ainda, compreendido um conjunto parcial de fenômenos de alteração da normatividade social como associado a tais ou quais características da realidade mais inclusiva em que se dão, pode-se examinar que efeitos sobre esse conjunto advirão da ação parcial de recortar parcialmente esses mesmos fenômenos no plano de corpos individuais e submetê-los, nesse nível, a intervenções terapêuticas, prevendo os resultados naquele conjunto parcial de fenômenos supraindividuais, e mesmo projetando resultados para o conjunto global da vida social. Isso foi feito, isoladamente, como modelo tecnológico coletivo que usou o modelo tecnológico individual não mais como modelo tecnológico, mas como instrumento parcial, em casos isolados, geralmente associados a um tipo particularmente danoso de alteração da normatividade, em vários lugares e em várias épocas, essa parece ser a tendência geral e a contradição mais notável — em termos exclusivamente tecnológicos — com que se defrontam as práticas de saúde na etapa contemporânea.

Lembre-se um problema qualquer de alteração da normatividade social, como aquele que se designa por ‘malária’, por exemplo. Tome-se o termo ‘malária’ como designativo do resultado, do ponto de vista de reprodução social, em certa época e em certo

lugar, da interação de pelo menos três populações, duas das quais podem ser satisfatoriamente apreendidas usando o referencial teórico da Ecologia, e considere-se a terceira (a humana) como também passível disso, mesmo que com certas limitações que podem ser abstraídas nesse momento. Em certas situações desse tipo, no conjunto de ações possíveis ao nível do ecossistema, dispor de assistência médica individual como uma dessas ações possíveis e conhecer o rendimento dessa específica ação dentro do seu campo restrito de influência (diagnosticar e tratar indivíduos) pode permitir — e permitiu historicamente — planejar o conjunto de ações de forma encadeada e integrada e estipular quanto de assistência médica individual e com quais características qualitativas leva ao melhor resultado sobre o coletivo. Deve ser claro que o indivíduo doente do qual se fez o diagnóstico e que é submetido à terapêutica e eventualmente curado naquele episódio tornou-se nesse caso mais do que um indivíduo: ele é conceituado no trabalho global como ‘fonte de infecção’, e uma certa quantidade de indivíduos (fonte de infecção) tratados é possivelmente associada ao controle desejado.

Usaram-se termos propositalmente “desagradáveis”, nessa exposição de como se pode reduzir a assistência médica individual a um instrumento parcial. É evidente o conflito dessa forma de expressão com certos valores que colocariam o indivíduo como o núcleo ético da ação legitimando-a por seu caráter humanitário, se já não bastasse a ideologia que diria que ‘malária’ rigorosamente é um certo conjunto de alterações morfofuncionais que ocorrem no corpo biológico de qualquer indivíduo. É evidente também que este segundo modo de colocar as questões se adequa com os princípios concretos de ordem político-ideológica segundo os quais se constituem as representações sociais “legítimas” sobre a vida humana e a vida social. É evidente, ainda, que em quase todas as situações históricas concretas este modelo individualizante é além disso suficiente para a reposição da força de trabalho e para manutenção dos padrões dados de produtividade e intensidade no trabalho. Tudo

isso é evidente assim como tornou-se evidente, por outro lado, que o modelo baseado nessas principais técnicas é incapaz — quase sempre — de alterar o padrão de ocorrência de doenças, e é mesmo capaz — muitas vezes — de colaborar para sua perpetuação e agravamento. Exemplos como o da malária correspondem a umas poucas situações em que foi necessário, devido à magnitude relativa do fenômeno concreto, intervir “verticalmente” de modo tal que mude de fato a aparente natureza da doença. Que essa intervenção seja “tímida” na declaração de seus próprios princípios técnicos e científicos, trata-se da contrapartida do fato de que esse modelo coletivo não correspondeu ainda, na maior parte das situações históricas verificadas, às necessidades sociais e às necessidades dos agentes do trabalho em saúde, e exatamente pelo mesmo “defeito” que evidenciou na *Médecine Sociale* francesa da primeira metade do século XIX: não guarda com a reprodução da totalidade histórica uma relação de polaridade isenta de ambiguidades perigosas.

O que se verificou de fato na história, apesar de ser muito menos satisfatório em termos lógicos e científicos, foi a subordinação inversa, e só parcialmente exequível. Isto é, o módulo de organização tecnológica baseado na concepção instrumental de ‘doença’ própria da Clínica anatomopatológica, muito mais coerentes com as necessidades de conjunto da história social do capitalismo — ainda que de forma aparentemente contraditória — foi que apareceu como subordinando o modelo baseado na concepção de ‘doença’ como fenômeno transindividual e suprabiológico, portanto histórico e social.

Fez-se referência à *Médecine Sociale* como a prática na qual os aspectos políticos (ligados à transformação social como meio para obter o resultado de transformações na saúde) do modelo foram mais enfatizadas. Alguns poucos anos após 1848, por uma coincidência histórica significativa, o referido modelo tecnológico se reduzia a um modelo de conhecimento, a Epidemiologia.

Não é este o lugar apropriado para procurar levar a cabo uma tarefa que ainda não foi completada de modo realmente satisfatório,

e fazer uma história da Epidemiologia que a examine em sua dupla dimensão de conhecimento e prática. Mas duas características dessa disciplina científica chamam a atenção para os fins aqui buscados: em primeiro lugar, o progressivo deslocamento de um campo de construção de conhecimento que circunscrevia seu objeto rigorosa e conscientemente no espaço coletivo para um suposto “campo de aplicação” dos conhecimentos clinicopatológicos, associados às matemáticas, na solução de problemas concretos; em segundo lugar, e correlatamente, a progressiva “dessocialização”, atomização e reificação do objeto de conhecimento, em contraste com a *Médecine Sociale*.

É óbvia a fraqueza lógica do primeiro tipo de proposição, na medida em que a mera “aplicação” a problemas coletivos impõe o reconhecimento de uma legalidade (no sentido associado ao termo ‘lei’ em filosofia da ciência) no real, e, portanto, de um objeto de conhecimento original. O segundo tipo de proposição, entretanto, permitiu a convivência sem maiores conflitos com o modelo clinicopatológico, desde que, reduzida a socialidade dos fenômenos humanos e atributos individuais tais como renda e educação, por exemplo, era possível alcançar um grau mais adequado da coerência com as necessidades de saúde próprias do capitalismo discutidas anteriormente. Em situações específicas — tais como a exemplificada com a malária — o modelo foi utilizado de forma mais coerente, ainda que inconsciente ou pelo menos não inteiramente explicitada.

A rigor, a necessária coletivização do agente do trabalho dentro do modelo que, agora, com alguma licença, pode-se chamar de modelo epidemiológico, impôs como fenômeno histórico à sua utilização a vinculação ao Estado. E com isso, como o Estado não se constituiu como aparelho técnico, nem pode sê-lo — nos limites do capitalismo pelo menos — senão subordinando a técnica à política, a plena utilização do modelo epidemiológico se associa aos dois polos possíveis de organização política: ou o extremo autoritarismo ou a plena democratização.

Isso porque só um Estado quase totalitário pode — e mesmo assim, temporariamente e parcialmente — impor uma racionalidade tecnológica às práticas que violenta a inércia reprodutiva da sociedade. Ou porque só uma sociedade extremamente democrática e com plena consciência de seus conflitos internos pode optar por privilegiar ações sobre o coletivo — que deverá então ter sido objeto de nova conceituação, coerente com relações entre ‘indivíduo’ e o ‘todo’ tais que viabilizem o interesse no ‘outro’ como forma de interesse pelo ‘eu’ através do ‘todo’ — quando isso significar algum detrimento na ação sobre o individual.

O primeiro caso, muito mais frequente porque o Estado autoritário anda a par com a constituição de tecnoburocracias, dentro das quais os agentes do trabalho coletivo em saúde tendem a se sentir mais à vontade, encontrará no entanto dramáticos obstáculos no fato de que o autoritarismo nunca foi uma receita para o incremento da racionalidade técnica, mas sim para o controle de conflitos sociais potencialmente explosivos, e esse mesmo controle passa quase sempre pelo agravamento das condições objetivas geradoras de doença, que através do modelo, paradoxalmente, se trataria de evitar. O que deixa uma condenação ao modelo epidemiológico que pode talvez não ser do pleno agrado de todos os nele interessados: sua necessária vinculação, para sua plena expressão, à construção da democracia, com todos os riscos nela implícitos, dentre os quais avulta o compromisso com uma abertura permanente da história à busca de novas e melhores formas de organização social, à busca da felicidade, na feliz expressão dos pais-fundadores da Revolução Americana.

Com todos esses limites, porém, foi a Epidemiologia e muito especialmente seu desenvolvimento conceitual nos países anglo-saxões, que foi constituindo aos poucos um arsenal tecnológico ao qual o modelo clinicopatológico não pode mais se manter inteiramente imune. Basta referir a utilidade crescente dos conceitos epidemiológicos da ‘eficácia’, ‘eficiência’ e ‘efetividade’ (este último, embora o mais rigoroso com o modelo epidemiológico, por isso

mesmo é ainda o menos utilizado) para dar conta das contradições entre custos e resultados inerentes ao modelo clinicopatológico.

Qualquer instrumento de trabalho (tecnologia), dadas suas características técnicas abstratas, se for agora ser considerado do ângulo interessado na organização tecnológica do trabalho, deve conter todo o conjunto de determinações explorado, e mais ainda, o conjunto de determinações mais concretas ainda em uma sociedade, em certo momento histórico. Neste último caso entrarão, não como considerações “menores”, variáveis tais como, por exemplo: características da produção dos instrumentos, por referência ao setor que os produz (grau de oligopolismo, composição orgânica do capital, qualidade e quantidade da força de trabalho empregada, articulações políticas do setor a outros por referência à política econômica vigente, formas de comercialização, aí incluindo os “receptores”, nas instituições em que se realizam, as práticas de saúde, que tomem decisões também políticas, além de econômicas, sobre a qualidade e a quantidade dos instrumentos a incorporar); características das formas de organização tecnológicas das instituições produtoras de serviços de saúde (grau de privatização, formas menos ou mais capitalizadas, quantidades e qualidades dos recursos humanos empregados, formas de controle e utilização dos instrumentos no trabalho); características dos agentes sociais do trabalho (posições sociais relativas em termos de renda, *status*, poder e polarização política que se reproduzem através do acesso a postos de trabalho para os vários tipos de trabalhadores de diversas qualificações técnico-profissionais, muito especialmente para os médicos).

Do ponto de vista parcial da “inércia” da reprodução social, bem como do ponto de vista mais trabalhoso de apreender de sua “dinâmica”, cada instrumento de trabalho contém todos esses momentos de organização social das práticas, e por isso utilizou-se aqui o termo ‘organização tecnológica’ para conceituar essa dimensão mais global e mais real do instrumento, enquanto consubstancial com as práticas sociais, por isso expressão de suporte delas.

Os dois modelos de organização tecnológica referidos como ‘modelo epidemiológico’ e ‘modelo clinicopatológico’, ressaltando sua diferença parcial e conceitual por referência às oposições — coletivo \times individual, social \times biológico e histórico \times natural —, também devem ser compreendidos adequadamente como conceitos, recursos intelectuais com os quais explicar a realidade concreta e agir nela. Não se encontrarão como “dados” puros e plenamente configurados nesse nível concreto, e não devem, portanto, ser aí buscados sob essa forma senão se perderem todo seu poder instrumental e se reduzirem a meras formalizações.

Tecnologia em saúde e regionalização das ações de saúde

Deve ser tomado como uma evidência o fato de que as práticas de saúde, enquanto práticas sociais articuladas à reprodução social nos limites do capitalismo, deslocaram-se de uma organização tecnológica de início preponderantemente baseada em um modelo analógico (diferente deste, no entanto, pela ausência de um modelo clinicopatológico concomitante, o que implicava um grau mais amplo de abertura para o social e o histórico), etapa que perdurou até meados do século XIX, para uma etapa subsequente de predomínio progressivo do modelo clinicopatológico, contemporâneo nas grandes aquisições instrumentais que configuraram a “medicina tecnológica”.

“Medicina tecnológica” porque o volume, a complexidade e os custos sociais dos instrumentos de trabalho foram tornando inviável o estilo de prática relativamente autônomo do doutor com sua maleta (na qual cabiam seus principais equipamentos, além dos configurados em seu próprio corpo), forçando a organização da prática ao redor dos novos equipamentos, no hospital, de modo análogo ao que ocorrera na produção industrial. Que essas modificações tenham alterado ao mesmo tempo o alcance e os limites das

práticas de saúde e a natureza interna de sua racionalidade, que o médico contemporâneo e o conjunto de outros trabalhadores a ele articulados se constituem em realidade completamente diversa dos tempos às vezes nostalgicamente lembrados do médico da família (embora fosse de algumas famílias apenas) isso aparece suficientemente demonstrado pelos cientistas sociais para que seja mais do que lembrado aqui. A importância fundamental do instrumento de trabalho (isto é, a clínica profundamente transformada, desenvolvida e parcializada mais o hospital e os equipamentos materiais nele contidos) na caracterização dessa prática é que justifica chamá-la “medicina tecnológica”.

No interior dessa forma de organização do trabalho, duas características principais operaram silenciosamente para evidenciar progressivamente suas contradições e paradoxos. Em primeiro lugar, a magnitude relativa do capital social investido no setor — e é relativamente indiferente que esse investimento seja privado ou público — não pode superar, na média, um valor compatível com as magnitudes do capital social investido em outros setores, especialmente naqueles diretamente produtivos de excedente econômico. E não apenas os interesses particulares dos produtores de tecnologias, mas a pressão social associada à transformação das práticas de saúde em remédio legítimo para uma crescente quantidade de demandas (o processo que se tem chamado ‘medicalização da sociedade’) foram levando aquela magnitude relativa a situações disfuncionais por referência ao conjunto de necessidades sociais de outras ordens, algumas até estruturalmente mais importantes. Trata-se então de uma crise de custos.

Em segundo lugar, porque não obstante a sua legitimação, o modelo clinicopatológico não se mostrou — e nem poderia — capaz de baixar a magnitude relativa dos fenômenos da doença, mas pelo contrário, é apontado até como seu multiplicador. Não obstante essa não ser uma sua característica “interna”, pois o modelo não se põe senão a atuar sobre o fenômeno já configurado, no

plano consubstancial das ideologias sobre ele estruturadas tornou-se legítimo compreender a doença como acidente individual possivelmente favorecido por variáveis sociais, mas para ser resolvido pelos médicos. Em algumas poucas situações, em que os modelos convergem, o diagnóstico e o tratamento individuais sendo eficazes e efetivos, dá-se também o controle da doença no plano do coletivo. Na maioria das situações, entretanto, essa convergência não se verifica, e a assistência médica individual ameaça transformar-se em uma espécie de pesadelo prometeico em que cada nova necessidade atendida se multiplica por novas outras necessidades por atender, em uma escala associada à crise de custos acima referida, porém ainda com a ameaça de um crescente descrédito e a ameaça pior de seu questionamento como resposta social legítima a problemas gerados na própria dinâmica social, mas que não devem ser assim concebidos por razões óbvias.

Dessas duas vertentes principais se gera um movimento cada vez mais importante e inclusivo cuja mola propulsora pode ser identificada no esforço por racionalizar as ações a fim de aumentar sua eficiência e sua efetividade, no sentido epidemiológico desses conceitos. Deve-se fazer uma observação intermediária neste ponto: ‘racionalização’ é um termo inequivocamente associado à conotação de ‘mudar para conservar’, e o autor deste texto parte da posição de valor de que é preciso “mudar para superar”. Ou seja, assume como apenas parcialmente relevantes, do ponto de vista agora científico, e não valorativo, as restrições à racionalização que se busca efetivar no campo das práticas de saúde por aquele seu caráter conservador, desde que se tome o devido distanciamento da simplificação de ideias com que é sempre apresentada a necessidade de racionalização, e se busque balizar tanto a interpretação teórica quanto a intervenção prática concreta pelo movimento histórico, em que a racionalização explicitada até às últimas consequências tem um caráter profundamente solidarizado com a mudança social.

No contexto do amplo movimento racionalizador que há algum tempo busca encontrar soluções para as contradições cada vez mais profundas das práticas de saúde organizadas tecnologicamente quase que só sobre o modelo clinicopatológico, um dos temas extraídos como relevantes para o esforço que se empreende é o de racionalização da distribuição dos recursos, de sua integração e das decisões políticas e técnicas sob a noção de ‘regionalização’ das ações de saúde.

Na medida em que a tarefa é simplificada apresentada como nova panaceia capaz de resolver aquelas contradições, em que não se explicitam as dimensões sociais e políticas potencialmente implícitas, em que se autonomiza o processo como se pudesse se dar em uma esfera exclusivamente técnica, independentemente do tipo de sociedade e das suas concretas características qualitativas e quantitativas por referência às práticas de saúde, nessa medida a questão da ‘regionalização’ assume, de acordo com os pontos de vista aqui defendidos, um caráter não apenas conservador mas também, o que é mais grave, muito pouca possibilidade de efetivar-se como proposta consequente de alteração parcial de reorganização das práticas. Irá nesse caso acabar na vala comum onde tantos outros esforços reformadores eivados de excesso de tecnocratismo são lamentados pelos belos frutos que prometiam, e não chegaram infelizmente a dar. Constrangido o referencial teórico e político a uma temática essencialmente econômica (no sentido de administrar-se a escassez de meios sem indagar porque são escassos, sem exigir um mínimo adequado de potencialidade verdadeiramente transformadora), como nas palavras que Brecht põe à boca de um personagem protótipo do pequeno-burguês no verso que serve de epígrafe a este texto, então a temática toda está fadada a ser pouco mais de uma “bela ideia” desvinculada da realidade.

Desde quando se assumem como parâmetros para a colocação das análises aqueles contidos na consubstancialidade das dimensões técnicas e política das práticas de saúde, então se adere

sem reservas à tarefa parcial de buscar na temática da ‘regionalização’ mais uma forma de trabalho capaz de conduzir à implantação progressiva, na escala de tempo da história, do modelo epidemiológico de organização tecnológica das práticas de saúde, que também não deve ser concebido como final e ótimo, mas como etapa de acercamento progressivo da condição potencialmente humana de domínio sobre a tecnologia e de consciência das dimensões sociais da vida.

‘Regionalizar’ práticas de saúde foi uma ideia oriunda inequivocamente do modelo epidemiológico. Encontra respaldo na noção conexas de que o objeto de trabalho (o conjunto de problemas de saúde, de magnitude variável no geral e no particular) obedece a determinações variáveis conforme as populações e os espaços sociogeográficos que se considerem, havendo uma escala ótima para a qual a maioria dos problemas estariam mais bem equacionados. Para essa escala ótima, certamente variável, a construção de indicadores epidemiológicos e a identificação específica de vulnerabilidade dos problemas às ações (incluindo entre essas a assistência individual) seria capaz de obter na média o melhor resultado.

Mesmo assim abstraído, o conceito encontra sérios problemas teóricos, e certamente práticos, no fato de que os diversos problemas de saúde correspondem também a diversas “escalas ótimas”, o que encontra solução pelo menos parcial no fato de que a ‘regionalização’ não é concebida como oposta à ‘centralização’, emergindo do fluxo biunívoco de controles acionados, em tese, o controle dessas contradições escalares.

Um pouco mais recentemente, acrescentou-se ao conceito, em graus progressivamente mais enfáticos, a noção correlata e também epidemiológica — embora não apenas — de ‘participação’, que aponta para um universo de questões relativas à aceitação de que as dimensões políticas da organização das práticas sejam endógenas a elas. A maior parte das vezes se encontra, é certo, a expressão da ideia de “condicionamentos políticos”, como se fossem

dados “externos” aos problemas das práticas de saúde que devessem ser inexoravelmente tolerados, mas a tônica do discurso conceitual tendeu a ir incorporando essas dimensões como substantivas.

No caso desse desenvolvimento do conceito de ‘regionalização’, o que se ganha em capacidade explicativa se perde, por outro lado, em capacidade instrumental, já que as “populações” que se pretende chamar à participação são heterogêneas entre si, conforme as sociedades globais em que vivem, e heterogêneas internamente, compostas de grupos e classes sociais de interesse conflitantes. A proposta que abstrai dessas heterogeneidades tende assim a se configurar, desde que ultrapasse o nível teórico em que essa abstração faz sentido para particularizar mecanismos genéricos de participação válidos em quaisquer circunstâncias, como obscurecedora nos nexos sociais particulares que dão substância concreta à vida dessas “populações”, tornando-se perigosamente conservadoras. Como exemplo suficientemente ilustrativo, toma-se o significado político concreto das relações entre o poder local e o poder central nas sociedades capitalistas: as evidências históricas mostram todos os tipos possíveis de relações como articuláveis em sociedades muito diferenciadas quanto à magnitude dos seus problemas de saúde, à sua qualidade e ao grau de autoritarismo ou democracia nelas presente. O fortalecimento do poder local, implícito queira-se ou não nas propostas de regionalização (descentralização) das ações de saúde, pode em uma sociedade significar o fortalecimento (ou expressá-lo *a posteriori*) de mecanismos mais democráticos de convivência política, em um movimento paralelo ao do controle progressivo das condições geradoras dos agravos mais vulneráveis e “arcaicos” à saúde, como as doenças infecciosas, por exemplo. O mesmo fenômeno pode, em outra sociedade, significar o fortalecimento (ou, igualmente, expressá-lo) de formas clientelísticas e “corporativas” de organização do poder, atomizando as formas de consciência social e agravando no mesmo movimento as condições geradoras de doença, enquanto enfraquecem as forças capazes de operar seu con-

trole. Certamente não há uma “receita” geral que dispense a análise concreta das características de reprodução social em cada sociedade e em cada momento histórico.

Pode-se perfeitamente, por exemplo, promover uma considerável descentralização na organização das práticas de saúde sem ter nem remotamente pretendido assumir como referencial de organização tecnológica o modelo epidemiológico, mas para utilizar essas práticas como meio de atuação exclusivamente política, dado que em muitas sociedades o montante de recursos e o poder de convicção que o controle dessas práticas traz está muito longe de ser desprezível.

A explicitação de todos os pressupostos contidos no modelo, sua discussão política aberta, sua potencialização extremada, se aparecem como estratégia sedutora para seus efeitos democratizantes e pela efetiva participação para a qual concorrem, podem também, perfeitamente, em certos contextos concretos, ser a via mais rápida para a sua rejeição em bloco com a rejeição até mesmo dos aparelhos centralizados arduamente construídos através de décadas e décadas de penoso esforço.

Poder-se-ia insistir em encontrar a saída desse labirinto durante muito tempo e muitos exemplos ainda. Em vão. Se houve seriedade em assumir as práticas de saúde como consubstancialmente consistentes de dimensões técnicas e políticas, a resposta não existe. Muito menos em teoria, como é aqui o caso. Tratar-se-á sempre de encontrar, em cada caso, e de maneira que parecerá a muitos sempre estar algo “contaminada”, a solução provisória, política e histórica para um problema colocado neste âmbito político e histórico. Nesse contexto, o que aparecer como resposta terá sido antes um resultado do que um ponto de partida, restando aos instrumentos conceituais, como os aqui testados, no máximo a pretensão de servir à prática concreta, o que já não é pouco.

Referências

(A opção pela forma de ensaio para a colaboração deste texto levou conscientemente a uma construção em que não se utilizou a bibliografia disponível da forma habitual. As referências que se seguem, que não são exaustivas, correspondem aos trabalhos de cuja leitura se foi conformando o conjunto de proposições aqui apresentadas. Sua citação é mais uma homenagem e uma declaração de débito, portanto, do que uma revisão. Apenas os principais interlocutores são referidos, e é omitida propositalmente a bibliografia básica de Economia, de Sociologia e de Epidemiologia.)

- BANTA, H. D. Aplicaciones de la epidemiología en la evaluación de la tecnología médica. In: *Usos y perspectivas de la epidemiología*. Washington-DC: OPS/OMS, 1984, pp. 199-210. Publicación n.º 84-47.
- BLOCH, C. Os profissionais de saúde: ampliando o campo de estudo. In: NUNES, E. D. (org.). *As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas*. Brasília: OPS, 1985, pp. 307-322.
- BRECHT, B. *A ópera dos três vinténs*. Trad. Wolfgang Bader & Marcos Rosa Santa, versificação das canções de Wira Selanski, p. 50. Disponível em <<http://docslide.com.br/download/link/os-tres-vintens>>. Acessado em 1.º-10-2016.
- BREILH, J. *Epidemiología: economía – medicina y política*. Santo Domingo: Sespas, 1980.
- CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1982.
- CARVALHEIRO, J. R. Perspectivas de la investigación epidemiológica aplicada a la evaluación de salud. In: *Usos y perspectivas de la epidemiología*. Washington: OPS/OMS, 1984, pp. 133-40. Publicación n.º 84-47.
- CORDEIRO, H. A. & TAVARES, R. As contribuições das ciências sociais ao estudo da tecnologia em saúde. In NUNES, E. D. (org.). *As ciências sociais em saúde na América Latina*. Brasília: OPS, 1985.
- CORDEIRO, H. *As empresas médicas: as transformações capitalistas da prática médica*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- DONNANGELO, M. C. F. & PEREIRA, L. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976. [Segunda edição Hucitec, 2011.]
- FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1977.
- FREIDSON, E. *La profession médicale*. Paris: Payot, 1984.

- FRIEDMANN, G. *Sete estudos sobre o homem e a técnica*. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1968.
- GALVIS, Y. T. Nuevas orientaciones de la epidemiología. *Educación Médica y Salud*, vol. 18, n.º 3, p. 238, 1984.
- GIOVANI, G. *A questão dos remédios no Brasil: produção e consumo*. São Paulo: Pólis, 1980.
- GOLDBERG, M. Cet obscur objet de l'épidémiologie. *Sciences Sociales et Santé*, vol. 1, n.º 1, pp. 55-110, 1982.
- JÉQUIER, N. *Tecnología apropiada problemas y promesas*. Washington: Opas, 1979.
- LOPEZ-ACUÑA, D. Perspectivas de la investigación epidemiológica en el control y vigilancia de las enfermedades. In: *Usos y perspectivas de la epidemiología*. Washington: OPS/OMS, 1984, p. 161. Publicación n.º 84-47.
- McKEOWN, T. *El papel de la medicina: sueño, espejismo o némesis?* México: Siglo XXI, 1982.
- MENDES-GONÇALVES, R. B. *Medicina e historia: raízes sociais del trabajo médico*. México: Siglo XXI, 1984.
- MENDES-GONÇALVES, R. B. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo*. Doutorado em Medicina. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 1986.
- NOGUEIRA, R. P. *Capital e trabalho nos serviços de saúde*. Brasília: [s.d.]. (mimeo).
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE & ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Tecnologia apropriada para la salud*. Washington: OPAS/OMS, 1981.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE & MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL DE LA REPUBLICA ARGENTINA. *Reunión sobre descentralización de los servicios de salud*. Buenos Aires, 1987.
- POLACK, J. C. *La médecine du capital*. Paris: Maspero, 1971.
- RATTNER, H. *Tecnologia e sociedade*. São Paulo: Brasiliense, 1980.
- ROSEN, G. *Da polícia médica à medicina social*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.
- SIGERIST, H. *Historia y sociología de la medicina*. Bogotá: Gustavo Molina, 1974.
- TOLIPAN, R. Tecnologia e produção capitalista. *Estudos Cebrap*, vol. 11, pp. 35-60, 1975.
- WHITE, K. L. La epidemiología contemporánea: perspectivas y usos. In: *Usos y perspectivas de la epidemiología*. Washington: OPS/OMS, 1984, p. 211 Publicación n.º 84-47.

A TECNOLOGIA NO PENSAMENTO DE RICARDO BRUNO MENDES-GONÇALVES¹

LILIA BLIMA SCHRAIBER

Em 1958, a propósito do encantamento dos homens com suas próprias fabricações, Arendt (2001, pp. 10-1) escrevia:

Esse homem futuro, que segundo os cientistas será produzido em menos de um século, parece motivado por uma rebelião contra a existência humana tal como nos foi dada — um dom gratuito vindo do nada (secularmente falando), que ele deseja trocar, por assim dizer, por algo produzido por ele mesmo. Não há razão para duvidar de que sejamos capazes de realizar essa troca, tal como não há motivo para duvidar de nossa atual capacidade de destruir toda a vida orgânica da Terra. A questão é apenas se desejamos usar nessa direção nosso novo conhecimento científico e técnico — e esta questão não pode ser resolvida por meios científicos: é uma questão política de primeira grandeza [. . .].

No entanto, é grande a dificuldade de politização. O saber-fazer da fabricação e as máquinas que são criadas, se, de um lado,

¹ Baseado na pesquisa *História da Saúde Coletiva no Estado de São Paulo: emergência e desenvolvimento de um campo de saber e práticas*, apoio Fapesp, Processo 2013/12137-0. Aprovada em ética da pesquisa CAPPesq. n.º 271/13, em 28-8-2013.

instrumentalizam e facilitam os trabalhos, de outro, autonomizados em processos de autoalimentação, tornam-se reificados por referência aos fins a que servem e que lhes dão significado na contínua produção do mundo. Conduzem, assim, à generalização da experiência da fabricação, na qual a utilidade, como valor das coisas que produz, passa a ser um bem em si para os homens, levando-os ao mero consumo de todas e quaisquer coisas.

Ante tal realidade e endossando a indagação formulada pelo filósofo alemão G. E. Lessing à corrente filosófica do utilitarismo em sua época (século XVIII), Arendt colocará: “E para que serve a serventia”? A essa incomoda pergunta, responde:

A perplexidade do utilitarismo é que se perde na cadeia interminável de meios e fins sem jamais chegar a algum princípio que possa justificar a categoria de meios e fins, isto é, a categoria da própria utilidade. O ‘para quê’ torna-se o conteúdo do ‘em nome de quê’; em outras palavras, a utilidade quando promovida a significância, gera ausência de significado (Arendt, 2001, p. 167).

O encantamento atual ante a fabricação é essa perda de nossa capacidade de questionar a utilidade das coisas, deixando que elas representem, para nós mesmos, o mundo em que vivemos.

Além disso, como também formula Arendt nesse mesmo texto, na indagação científica que suscita nosso conhecimento, esse ‘para quê’ já havia substituído a pergunta ‘o que é’, no movimento histórico que, passando da substância do objeto para o como ele se dá, progressivamente aproximou as ciências das técnicas (Granger, 1994). E essa é uma segunda questão a considerar.

Que repercussões esse movimento produz nas próprias ciências? Se a ciência foi produtora das técnicas e seus instrumentos, passa também a ser por eles produzida. Como examina Arendt (2001, p. 306) a propósito de Galileu e a importância que o teles-

cópio então significou, o instrumento passa a ser o crivo da verdade científica e a ciência, o resultado de uma fabricação: o experimento.

De tal modo este caráter técnico ficou associado à ciência, que valorizamos muito mais a que se apresenta como uma razão tecnológica regendo a produção de conhecimento (Ayres, 1995). A partir do grande desenvolvimento dos equipamentos, na segunda metade do século XX, a própria técnica ‘revestiu-se’ de ciência, tendencialmente expulsando saberes de outro tipo, como os saberes práticos (Habermas, 1994).

Todas essas passagens, que aliaram a produção dos conhecimentos com as máquinas foram essenciais para que o saber-fazer, ou seja, a tecnologia enquanto saber, passasse a ser considerada como a *ciência das técnicas*, tensionando o lugar daquelas ciências voltadas à compreensão do mundo e relativamente menos interessadas na imediata intervenção na natureza e sua utilidade para esse mundo (Lenk, 1990; Rossi, 1989; Gama, 1986).

Sob outras bases teórico-conceituais, alinhado ao pensamento marxista, Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves tratará de questões similares nesse texto acerca das relações entre a tecnologia e as práticas de saúde, ao apontar quer a concepção dominante redutora da tecnologia à sua porção material, nos instrumentos e equipamentos, quer o modo de pensá-la como ‘autônoma’ por referência a seus circundantes, ‘reificada’ por referência às práticas em que ocorre, e “despolitizada” como partícipe dessas práticas, sendo apenas por injunções externas ao núcleo delas, sempre tido como produto da racionalidade científica, contaminada por questões políticas contingenciais.

Escrito em 1988, logo após a conclusão, em 1986, de sua tese de doutoramento, o texto ora em tela está claramente influenciado pelas reflexões aí formuladas. Ademais, oferece ao leitor o jogo, estabelecido na tomada da tecnologia como questão social e histórica para tais práticas, entre o pensamento que marca a cultura da tradição médica, na ideologia ocupacional dos médicos acerca de

seus próprios trabalhos, e o pensamento a ela crítico, que emerge enquanto contracultura daquela tradição com o surgimento da Saúde Coletiva no Brasil (Mendes-Gonçalves, 1994).

Homem de seu tempo, Ricardo move-se da temática eleita no período imediatamente anterior, para esta dos anos 1980. Sua grande interlocutora, Maria Cecília Ferro Donnangelo, havia marcado os anos 1970 pela discussão da ‘técnica’, na, hoje, clássica reflexão em torno à consubstancialidade do técnico com o social, enquanto especificidade histórico-estrutural das ações e atuações dos médicos nas práticas de saúde (Donnangelo & Pereira, 1976).

Lembremos que o próprio Ricardo (Mendes-Gonçalves, 1984) construiu seu estudo de mestrado sobre as raízes sociais do trabalho médico, datado de 1979, examinando as particularidades dessa esfera técnica do, e no, trabalho médico enquanto reprodução social. Reprodução essa que não se pode reduzir à mera repetição do geral-social no particular do trabalho médico, o que significaria apenas uma necessidade de conhecer o social e seus determinantes para já se conhecer também o trabalho médico. Sua formulação, ao contrário, afirma que para conhecer a este último se requer apreender a contribuição original e criativa desse trabalho, enquanto parte, para a contínua produção do social. Considerava, pois, que examinar o trabalho médico apenas por suas determinações mais gerais seria um descaminho para o conhecimento desse trabalho.

O apreço por tal formulação está igualmente expresso neste seu texto, quando aponta para a tecnologia como ‘produto’ (do social) e como ‘produtora’ (do social), mantendo essas duas dimensões nas análises e, assim, não equivalendo uma à outra. Também está presente, quando constrói, como procedimento necessário, o exame dos planos sucessivos de particularizações das práticas de saúde, circunscrevendo

“[. . .] os limites conceituais mais gerais que dão sentido à questão tecnológica no âmbito da reprodução social”; segui-

do do plano da “[. . .] particularização, também necessária, da questão para o âmbito das práticas de saúde. . .” e o plano da exploração de “conexões ainda mais particulares entre tecnologia em saúde e regionalização dos dispositivos institucionais em que se realizam as práticas sanitárias (Mendes-Gonçalves, 1994, p. 194).

Explicita, dessa forma, o respeito a esse movimento entre o geral e o particular, enquanto caminho do pensamento que toma por princípio a dinâmica processual mais do que a coerência estrutural da realidade social, o que dá bem conta do modo como Ricardo compreendia e se valia da dialética do pensamento marxista (Lefebvre, 1973).

Com essa perspectiva, tecnologia não poderia ser reduzida aos instrumentos do trabalho. Antes deveria corresponder ao processo de fabricação ou trabalho em que se insere, e este processo, a uma prática específica no conjunto das práticas sociais.

Por isso a tecnologia deveria, em suas palavras, “expressar o conjunto da organização técnica do processo de produção enquanto processo social e histórico que inclui a reprodução social” (Mendes-Gonçalves, 1994, p. 213). A tecnologia representará, assim, o arranjo das práticas de saúde tecnicamente reprodutor, no trabalho assistencial em saúde, do tipo histórico determinado de arranjo do conjunto das práticas sociais em que se insere, na contínua produção da sociedade capitalista.

Sendo essa a especificação da tecnologia nos planos macro e microsociais, neste último, tais arranjos técnicos podem ser pensados como a face mais “interna” das práticas de saúde, em que se articulam, em diversas modalidades de serviços, o profissional, seu saber e os instrumentos de atuação sobre o doente individual, no trabalho clínico, ou a população, no trabalho sanitário de atuação na esfera pública. Mas esta face “interna” é recriação, e não reflexo de seu “exterior”, tais como as políticas de saúde, os mercados de

trabalho dos profissionais, a economia política do complexo médico-industrial, as ideologias ocupacionais, corporativas e as culturas profissionais, os movimentos sociais de reivindicação de direitos, de acesso e de consumo, etc. Assim como, essa dimensão mais externa aos processos de trabalho, mas ainda na esfera da saúde, não deveria ser tomada como apenas reflexo das políticas gerais de Estado ou da economia de mercado.

De outro lado, a abordagem da tecnologia enquanto parte, ainda que dinâmica e criativa, dessa reprodução social irá nos falar de que tipo de recriação se trata, isto é, pode mostrar “em nome de que” o arranjo se dá e que significado detém nessa reprodução social, abrindo espaço novamente para a dúvida acerca da utilidade desse ou daquele arranjo. Talvez abra espaço, então, nem tanto para uma resposta, mas para pensarmos na pergunta: de que serve, mesmo, essa serventia?

Referências

- ARENDT, H. *A condição humana*. 10.^a ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001.
- AYRES, J. R. C. M. *Epidemiologia e emancipação*. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1995.
- DONNANGELO, M. C. F. & PEREIRA, L. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976. [Segunda edição, Hucitec, 2011.]
- GAMA, R. *A tecnologia e o trabalho na história*. São Paulo: Nobel-Edusp, 1986.
- GRANGER, G. G. *A ciência e as ciências*. São Paulo: Unesp, 1994.
- HABERMAS, J. *Técnica e ciência como ideologia*. Lisboa: Edições 70, 1994.
- LEFEBVRE, H. *A re-produção das relações de produção*. Porto: Publicações Escorpião, 1973.
- LENK, H. *Razão pragmática: a filosofia entre a ciência e a práxis*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1990.
- MENDES-GONÇALVES, R. B. *Medicina e historia: Raíces sociales del trabajo médico*. México: Siglo Veinteuno, 1984.
- MENDES-GONÇALVES, R. B. *Tecnologia e organização das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1994.
- ROSSI, P. *Os filósofos e as máquinas 1440-1700*. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

TRABALHO EM SAÚDE E PESQUISA:
REFLEXÃO A PROPÓSITO
DAS POSSIBILIDADES E LIMITES
DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM¹

RICARDO BRUNO MENDES-GONÇALVES

Verifica-se na sociedade brasileira, desde há cerca de duas décadas, um complexo processo no qual diversas forças sociais se movimentam ao redor da questão da saúde. É inegável que nesse processo tem assumido a posição de tema principal a organização dos serviços de assistência à doença, mas as proposições finais da 8.^a Conferência Nacional de Saúde estabeleceram um renovado patamar potencial de discussão, ao colocarem a questão da saúde em nível mais geral e inclusivo do que a questão da doença, especialmente por sua explícita vinculação à construção dos direitos de cidadania no Brasil e pela também explícita concepção sobre como se deve dar a atuação do Estado nesse processo.

No interior desse processo histórico mais amplo em que a saúde se vai constituindo e reconstituindo como questão concreta, na etapa configurada pelo intenso grau de politização que cerca a elaboração da nova Constituição brasileira e que, inaugurada nos trabalhos dessa Conferência, está ainda longe de atingir suas últimas consequências,

1 Originariamente publicado nos *Anais do V Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem*. Belo Horizonte: Centro de Estudos e Pesquisa em Enfermagem, 1988, pp. 27-39.

um dos temas que têm merecido notável interesse refere-se aos recursos humanos em saúde. Seja a partir das questões que cercam os processos de sua formação, seja no tocante ao que diz respeito à sua organização em um trabalhador coletivo cujos compromissos com a reprodução social através de sua prática estão em reformulação.

A reflexão que se procura fazer neste texto orienta-se em geral para essa conjuntura, que presidiu inclusive à configuração das temáticas aqui discutidas. Não se pretende, entretanto, alcançar respostas imediatamente aplicáveis à realidade brasileira, já porque essa realidade é suficientemente heterogênea para invalidar a maior parte das propostas genéricas de atuação que ultrapassem o nível de princípios. Busca-se, alternativamente, tratar de temas teóricos que justamente possam contribuir para a construção desses princípios de atuação política, no mesmo tempo em que possam, eventualmente, contribuir também para a efetivação de investigações concretas que sejam capazes de diretamente inspirar a transformação da realidade.

Proceder-se-á à exposição sob a forma de “teses” construídas sobre alguns temas parciais, escolhidos por sua aparente importância para o andamento da discussão mais geral em curso. Não há a pretensão de esgotar as possibilidades de elaboração reflexiva dos temas apresentados, nem em relação ao que for explicitamente tratado, nem no sentido de sugerir que outros tantos temas não sejam de igual ou maior importância.

I — O trabalho em saúde não é equivalente ao trabalho de investigação científica, mas, como qualquer outro trabalho, aplica resultados da investigação científica e, ao mesmo tempo que ganha potencialidade com essa aplicação, perde outras tantas potencialidades em decorrência das características da racionalidade científica.

O conjunto de trabalhos institucionalizados que compõem o assim chamado “Setor Saúde” nas sociedades capitalistas ocidentais

deriva grande parte de sua legitimação social do fato de justificar suas técnicas de intervenção como aplicações diretas, imediatas do saber científico sobre o corpo humano e suas doenças, como se a elaboração do diagnóstico, a prescrição da terapêutica e sua aplicação fossem procedimentos equivalentes aos da investigação científica que busca descrever e explicar fenômenos e suas conexões. É interessante notar que o grau de legitimidade alcançado permite mesmo à prática de saúde uma peculiar autonomia por referência à avaliação de que seria presumivelmente objeto se fossem friamente tomados como parâmetros os seus resultados: tendencialmente, uma técnica de intervenção se legitima pelo fato de ser “científica”, mesmo que seus resultados não sejam mais do que sofríveis. Evidentemente que os resultados obtidos pelas práticas de saúde desde que passaram a basear-se na ciência são incomparavelmente mais visíveis do que os alcançados pelas práticas anteriores, mesmo considerando a “visibilidade” como um fenômeno social, historicamente determinado, e nesse sentido, não absoluto.

A investigação científica tem por objetivo produzir conhecimento. Assim sendo, mesmo quando esse conhecimento diz respeito a um fato (ou conjunto de fatos) singular — quando se trata de ciência “aplicada” — não se confunde com o trabalho em saúde, que tem necessariamente por objetivo produzir um conjunto de alterações no estado vital de um ou mais indivíduos de tal forma que o resultado seja avaliado como melhor que o estado anterior, e no limite, o mais próximo possível do estado vital social e historicamente avaliado como “normal”. Nem mesmo como ciência “aplicada”, de acordo com essa conceituação, o trabalho em saúde pode ser pensado: mas pode, sim, ser pensado como aplicação da ciência. E nesse específico aspecto não se diferencia de quase todos — tendencialmente, todos — os outros trabalhos que compõem juntos o trabalho social nas sociedades modernas e complexas que se caracterizam, entre outras coisas, exatamente por essa qualidade de seus processos produtivos.

Entretanto, no plano concreto das representações sociais, tanto das que os próprios agentes do trabalho em saúde se fazem sobre si mesmos como das que prevalecem como “mais legítimas” ao nível da sociedade como um todo, imagina-se que esse trabalho seja mais científico” do que outros, quando não se imagina que seja imediatamente científico. Por quê? Para quê?

Deixando de fora deste texto a tentativa de encaminhar respostas para a primeira dessas duas perguntas, que tem a ver com o modo como se relacionaram na história concreta do Ocidente a ciência e a medicina, as investigações acumuladas e que podem sugerir respostas para a segunda pergunta indicam como principal suporte o papel representado pelas concepções científicas sobre o corpo, a vida, a doença e a morte que subjazem às práticas de saúde, na constituição de um conjunto sempre reatualizado de concepções integradas sobre o mundo que constituem o que se costuma chamar “ideologia”, enquanto força material agregadora na sociedade em processo de permanente reprodução.

Tomando essa específica vinculação verificada no plano da realidade social entre trabalho em saúde e ciência como um fato sociologicamente significativo, explica-se a importância evidente que a noção de ‘pesquisa’, equivalendo a investigação científica, assumiu, como componente ideológico fundamental das representações que se fazem os agentes do trabalho em saúde sobre si mesmos, bem como das representações sociais mais gerais de que são objeto. Expressões extremamente duvidosas e precisamente do ponto de vista científico, ilustram bem esse universo ideologicamente estruturado em que “ciência” e “pesquisa” entram como componentes de uma visão ao mesmo tempo justificativa e normatizadora: “[. . .] foi provado cientificamente que [. . .]”, “[. . .] tal coisa não tem base científica, e, portanto [. . .], etc.”.

Nesse âmbito conceitual, procurar discutir a relação entre trabalho em saúde e pesquisa aparecerá como um esforço por aprofundar e aperfeiçoar as qualidades já verificadas que circunscrevem

esse campo de práticas, como se tais qualidades, no essencial, já contivessem todas as respostas adequadas às necessidades que correspondem ao mesmo campo, como se todos os desenvolvimentos ulteriores devessem necessariamente ir na mesma direção adotada há cerca de dois ou três séculos, como se o processo histórico de realização do homem social estivesse praticamente concluído. Isto porque se nega à noção da ciência aí implícita uma das características mais fecundas e inquietantes que a história da ciência revela como sendo de sua essência: a revolução, o passo aventureiro e prodigioso que leva à superação de teorias e explicações existentes por outras, mais amplas, mais inclusivas, mais satisfatórias.

A “ciência” que serve a esse propósito essencialmente conservador é evidentemente uma mistificação, ainda que muito bem-feita, ainda que dotada de inegável poder. Parece ser mesmo o destino histórico de toda ciência bem-sucedida deteriorar-se em conservadorismo, tanto ao nível da prática científica como ao nível das representações ideológicas sobre ela. Não houve ainda um tipo histórico de organização social que mantivesse intacto o potencial sempre revolucionário da ciência, após passada a fase em que a mesma ciência terá sido um dos ingredientes usados para fazer a revolução anterior.

O profissional médico é talvez o mais bem-acabado exemplo desse esforço de redução da prática à ciência, e através disso obteve sólidas e bem conhecidas prerrogativas nesse campo de práticas. Nada se pretende afirmar de desairoso a respeito de nenhum médico, enquanto pessoa, nem da medicina enquanto instituição eticamente comprometida com o bem; contudo, do ponto de vista estritamente científico, o fato é que esses profissionais se constituíram historicamente ao redor da preservação do monopólio do núcleo do processo de trabalho, em que se supõe estar a sua maior cientificidade, derivando desse fato, entre outras coisas, o tipo peculiar de autonomia profissional que explica por que, apesar de todas as boas intenções, a prática do trabalho médico inclui tão frequentemente atos que seria eufemístico chamar de apenas “desairosos”.

Esse trabalho, como qualquer outro, não pode efetivamente autonomizar-se por referência às determinações sociais, daí derivando-se o que parecerá ser apenas “desvio” como expressão dos limites postos por essas determinações, e que rigorosamente deveria ser percebido como característica estrutural. Como fato social, ligado e explicado ao que anteriormente se afirmou a respeito da concepção de ciência, tome-se, portanto, a importância que tem para a efetiva construção histórica do espaço em que “ser médico” determina como fenômeno concreto e independente de quaisquer boas intenções a noção de que o trabalho médico está, no mínimo, mais perto daquele momento em que se supõe que a ciência dá à humanidade seus melhores frutos.

A ninguém ocorre lembrar que um piloto de aeronave comercial de grande porte, por exemplo, está tão ou mais próximo do que um médico, na maioria dos seus atos de trabalho cotidiano, dos instrumentos e saberes que configuram a aplicação da ciência à prática. O piloto evoca antes estereótipos de habilidade, frieza, segurança, experiência e heroísmo, ficando a ciência por conta dos computadores de bordo. De um médico se esperam aquelas mesmas qualidades, acrescidas de outras mais, denotadoras de um caráter profundamente humanitário, mas como qualidades secundárias ao que deve ser o essencial: sua capacidade científica. Daí que ele pareça autônomo e superior em face dos equipamentos que utiliza, que lhe permitem penetrar a forma e as funções do corpo humano com intenções terapêuticas. Computadores de bordo e tomógrafos computadorizados, meras aplicações da ciência, ainda que capazes de realizações que podem ser pintadas de fantásticas, estão ambos sujeitos, entretanto, ao controle de comandantes e médicos que os adaptam à realização de trabalhos sempre originais e cercados de variações essenciais, sejam atmosféricas, sejam biológicas ou psicológicas ou sociais. À relativamente maior complexidade do objeto de trabalho médico, isto é, ao número muito maior de variações integradas que cercam seu objeto no trabalho, corresponde evidentemente a

conclusão de que o médico, mais do que o comandante, lida com realidades mais complexas e concretas, e conseqüentemente se afasta mais da esfera relativamente abstrata em que as leis científicas têm pleno vigor. Arte, criatividade e improviso na aplicação de conhecimentos científicos a um trabalho sempre singular — os médicos não ignoram este fato: “cada doente é um doente” — eis a substância de que é feito o trabalho do médico. Evidentemente que no plano da pura racionalidade essas características em nada diminuem ou vulgarizam esse trabalho — pelo contrário, até o enobrecem — mas no plano da realidade social é também evidentemente preferível que a dimensão científica seja a que acabe ganhando maior relevo. No caso, é óbvio que ‘cientificidade’ é poder. Um trabalho comprometido com o “Bem”, a “Verdade” e o “Interesse Comum” ganha poder quando se imagina que esses valores deixaram de ser valores para se tornarem objetos de fria e precisa manipulação científica.

Por analogia, inúmeros outros tipos de trabalhadores desenvolvem, com maior ou menor dose de boa-fé, com menor ou maior dose de corporativismo, esforços no sentido de alcançarem um estatuto igualmente privilegiado de relações com a cientificidade. Alguns episódios da história das relações entre os profissionais médicos e os outros tipos de trabalhadores dentro do trabalhador coletivo em saúde ilustram bem esses esforços e as reações cuidadosas que provocam, de defesa. Nesse sentido, enquanto esforço corporativo por buscar uma identidade profissional que os aproxime do estereótipo socialmente significativo associado ao trabalho médico e às prerrogativas a ele associadas, ou, por outro lado, enquanto esforços de aperfeiçoamento de um campo de práticas concebido como demarcado exclusivamente — ou mesmo principalmente — por suas características técnicas, e portanto científicas, nesse sentido não caminhará esta reflexão, e nada há para buscar aqui que possa intencionalmente contribuir para isso.

Entretanto, se a ciência e suas aplicações não devem ser confundidas com a Divindade ou com os valores que a substituem, e

se nem tampouco há proveito em descartá-las como monstros de inspiração demoníaca ou como irrelevâncias de inspiração capitalista, assume-se que a cientificidade tem em si mesma um valor: é melhor saber alguma coisa, mesmo que parcial, sobre a realidade que se quer transformar, no todo ou em qualquer de seus aspectos, do que imaginar miticamente como essa realidade se dá. Examinem-se então, de forma minimamente crítica — e científica — as relações entre o trabalho em saúde e a ciência, procurando esclarecer os limites daquilo que logo acima se disse que “é melhor”.

O trabalho social humano reorganizado em função do capital como relação social dominante ganhou inquestionavelmente, junto com uma porção de outros aspectos questionáveis, um poder de contrariar e submeter a natureza incomparavelmente maior do que o que tinha antes. E não há como dissociar esses ganhos do desenvolvimento do tipo específico de racionalidade que, entre outras coisas, produziu também o imenso corpo de teorias e conhecimentos que constitui a ciência contemporânea.

A vinculação à racionalidade científica moderna, para além da mera incorporação à prática dos produtos materiais obtidos através dessa racionalidade, é o que caracteriza a outra face do processo no qual, como já se apontou, o trabalho em saúde se revestiu de certas características peculiares que explicam o lugar ocupado na sociedade por seus agentes e a função social dos seus produtos. Outra face porque não se trata agora da presença de certos mecanismos de legitimação, mas daquilo que subjaz a esses mecanismos e vai além deles; outra face, também, porque se trata de uma dimensão do mesmo processo que lá resultava em corporativismo, autonomia e privilégios e aqui resulta em ganhos potenciais de produtividade, outra dimensão impensável fora do mesmo processo e sem a qual ele não pode igualmente ser concebido.

A racionalidade científica moderna, como qualquer outra, especifica-se por sua arquitetura interna e pelas possibilidades novas que efetivamente introduz nas práticas sociais, ao mesmo tempo

que se especifica também pelo que deixa de lado, pelo que condena a irremediável irracionalismo. Em outras palavras, especifica-se pelo tipo de “visibilidade” que constrói e pelo atributo de invisibilidade que simultaneamente acarreta. Nesse sentido, e apenas nesse sentido, a racionalidade (qualquer) é uma falsificação: o que importa é saber como se dá e o que esconde essa falsificação, o que importa é utilizar a ciência como ferramenta necessariamente limitante do homem e escolher conscientemente os limites e a liberdade com que se quer atuar.

Não se tratará aqui nem sequer de esboçar uma compreensão crítica da racionalidade construída no Ocidente capitalista a partir do século XVI, mas de tomar algumas de suas características como guias para a reflexão sobre a relação entre trabalho em saúde e pesquisa, do ângulo que procura o que se ganha e o que se perde mediante não apenas a adoção dessa racionalidade, mas o seu império quase absoluto. Considere-se uma primeira dessas características: o desenvolvimento da capacidade de separar o conhecimento da paixão, o desenvolvimento de um conjunto de regras para a elaboração do primeiro que permitem, até certo ponto, isentá-lo da segunda. Em grande parte o desenvolvimento dessa capacidade racional consiste em um processo de coisificação e segmentação da realidade, inclusive da realidade humana, pois o homem com objeto de conhecimento é um fenômeno originalmente verificado no interior dessa racionalidade. Fenômeno de infinitas potencialidades no que diz respeito ao controle do homem sobre seu próprio destino, inclusive a de pensar-se a si mesmo como coisa em um sistema funcional de coisas, e aniquilar completamente o espaço da paixão política como um espaço de liberdade, como força propulsora daquele mesmo destino. Como corolário amplamente mediado dessa característica geral, tem-se a concepção de história mais “naturalmente” científica como um processo evolutivo natural — ainda que passível de desvios e “patologias” — em que ao homem cabe apenas reconhecer e recuperar o bom caminho, que dele

independe em sua natureza essencial, enquanto depende como empreendimento.

Nesse quadro se inscreve a concepção “cientificista” sobre a própria ciência: nos seus resultados, e apenas neles estaria contida a verdade, e não apenas uma forma particular de verdade. No mesmo quadro se inscreve a concepção tecnocrática de política: se a paixão só produz desentendimentos, a “verdade” científica seria capaz de instrumentalizar o projeto de substituir a política, enquanto campo “apaixonado” de conflitos entre projetos históricos diferentes ou antagônicos, por um campo pacificado de aplicação do projeto “verdadeiro”.

Ambas essas concepções informam os sonhos ingênuos da maioria dos que se voltam para as “carreiras científicas”, entre as quais as profissões que compõem o trabalhador coletivo em saúde. Tenta-se o acesso a campos de prática nos quais a “Verdade” científica funcione como parâmetro supra-histórico, dos quais a “sujeira” política esteja banida. Malgrado sua ingenuidade e seu tesouro de boas intenções, acabam todos por verificar o que parecem ser limites contingenciais para a aplicação de sua racionalidade, geralmente atribuídos à contaminação de seu campo de práticas por forças e interesses “externos” e espúrios, à politização indesejável que, “de fora”, introduz detritos e interferências que com o tempo e o desenvolvimento da sociedade deixarão de existir. E enquanto o tempo passa e a sociedade não se desenvolve, “locupletemo-nos todos”. Não se perguntam, e não por acaso, se não partiram de falsas premissas; não se colocam a questão sobre as relações eventualmente funcionais que possam existir entre seu purismo racionalista e o papel que efetivamente podem estar representando para que as coisas sejam exatamente como são e não como, sem suspeitar, apaixonadamente sonharam.

A separação entre a paixão e o conhecimento só se viabiliza a partir do ardiloso processo através do qual partes da realidade são tomadas como dotadas em si mesmas de significação suficiente para permitir seu conhecimento; a soma dos conhecimentos dessas partes,

espera-se, conduziria ao conhecimento do todo. Mas, que partes tomar? Como saber *a priori* seus limites? Onde termina um objeto e começa o outro? Um dos critérios preponderantes foi o de tomar como limites desses fragmentos de realidade por erigir em objetos do conhecimento seus limites físicos aparentes, delimitando assim as “coisas”. Um homem é uma coisa, todos os homens são formas de existência da mesma coisa; essa “coisa” comum a todos os homens é o objeto de conhecimento possível. Até mesmo certos aspectos dessa “coisa homem” comum se podem tornar objetos de conhecimento: sua forma, seu funcionamento, suas relações, etc., etc. Os conhecimentos fragmentários assim produzidos são certamente uma arma poderosa, mas isso não resolve o problema representado pelo homem total, concreto, como fonte primeira de conhecimento sobre ele e que nunca é aproximado senão através de uma fragmentação que o mutila irremediavelmente. Quando a racionalidade científica quis se apropriar do conhecimento do homem social defrontou-se com dois problemas adicionais: por um lado, o fato de ser ele um fenômeno histórico, que não é portanto idêntico a si mesmo em vários momentos do tempo, mas muda e não torna a existir jamais da mesma forma; por outro lado, o fato inusitado de que, nessa dimensão, o próprio homem que conhece não pode abstrair-se do homem que é conhecido, pois seu conhecimento — seja ele qual for — fará parte do processo de transformação do objeto. Daí que seja razoável, embora muito insatisfatória e pouco racional, a conclusão de que não é possível uma ciência do homem enquanto ser social. Daí também que seja razoável, embora unilateral, a conclusão de que uma tal ciência é “menor”, congenitamente imperfeita, incapaz de chegar às generalizações e à legalidade das ciências naturais. Daí também a suspeita de que é preciso levar adiante, a um novo paradigma de racionalidade, a ciência contemporânea, a fim de resolver o problema antes filosófico do que real de que há um conhecimento realizado do homem sobre si mesmo, e que em certos sentidos é até mais satisfatório do que o conhecimento sobre a natureza.

O trabalho em saúde lida com um estranho objeto, na medida em que é satisfatoriamente redutível a um objeto natural — o corpo humano biológico — ao mesmo tempo que lida com o objeto social — as normas sociais associadas aos estados de existência individuais e coletivas (sociais) daqueles mesmos corpos. O objeto de trabalho, não o de conhecimento, não pode ser reduzido nunca nem a outra dessas dimensões; as relações da prática com a ciência têm de conviver com o fato de que essas mesmas dimensões, enquanto objetos de conhecimento, só são percebidas através de uma racionalidade que as fragmenta.

Consequentemente, as tecnologias desenvolvidas a partir dessas duas dimensões gerais do seu objeto de trabalho, a individual-biológica e a coletiva-social, foram alternativa e ou concomitantemente utilizadas nas práticas de saúde. Na época atual, por razões certamente ligadas à importância assumida pelo individualismo e também à importância das tentativas de “naturalização” do social, as tecnologias ligadas à explicação dos fenômenos da saúde e da doença como fenômenos coletivos, embora continuem sendo utilizadas, especialmente na Saúde Pública, cederam amplamente lugar às tecnologias baseadas na concepção de doença como alteração morfofuncional do corpo biológico.

Na medida em que essas concepções polares, embora não antagônicas no puro âmbito do conhecimento, não são entretanto social e politicamente indiferentes nem equivalentes no âmbito mais concreto da vida social, e na medida em que, se não contêm — nenhuma delas isoladamente — “a verdade”, ambas circunscrevem verdades parciais e inquestionavelmente instrumentais, decorre que o trabalho em saúde teve de mover-se sempre, desde o advento de sua forma moderna, em uma espécie de oscilação pendular e contraditória entre as dimensões principais do seu objeto e as ciências que as estudam.

Compreenda-se então a afirmação acerca das limitações que a vinculação à racionalidade científica traz para o trabalho (em saúde) que a aplica. A saúde e a doença, enquanto fenômenos humanos,

não são redutíveis a objetos naturais, como o átomo ou o petróleo ou a molécula de DNA. Reduzidos, entretanto, à sua dimensão biológica, são certamente trabalháveis a partir das ciências naturais que assim os estudam (Anatomia, Fisiologia, Patologia), embora seja cada vez mais presente a consciência de que esse trabalho assim instrumentalizado deixa de lado algumas coisas importantes. Reduzidos a sua dimensão coletiva, na Epidemiologia, são também trabalháveis, embora também nesse caso seja imediata a consciência de que partes importantes do real foram deixadas de lado. Infelizmente, a racionalidade científica moderna do Ocidente não é capaz de produzir a desejada síntese no conhecimento do todo, nem de fazer daí decorrer uma alternativa tecnológica igualmente holística. Mas isso está muito longe de levar à conclusão de que melhor então seria desprezar para o lixo da história as ciências e tecnologias limitantes disponíveis: o que se impõe — como tarefa histórica — é levar a ciência adiante, para fora de seus limites racionais atuais, o que certamente é tarefa muito mais fácil de propor que de nem sequer iniciar.

Um início, entretanto, é desde já visível: consiste em combater toda visão imobilista da ciência, em desmitificar a noção ideológica de que a ciência trará todas as respostas necessárias para o futuro da humanidade, em reabrir e retomar, reconstituindo-o, o espaço da ação política que toma a própria ciência não como um dado pronto, mas como um problema em aberto.

II — A aplicação da ciência ao trabalho em saúde trouxe mais vantagens que desvantagens; a melhor forma de ao mesmo tempo aproveitar melhor essas vantagens e contribuir para a superação daquelas desvantagens é através do aprofundamento das relações entre o trabalho em saúde e a investigação científica.

A noção de ‘pesquisa’ recobre significados que, se não são inteiramente desconexos, devem ao menos ser distinguidos aqui, com a

finalidade de permitir buscar pistas para pensar quais espaços e quais personagens dentro do trabalhador coletivo em saúde podem associar-se de quais formas à prática de pesquisa, com o objetivo acima delineado de tornar a ciência uma arma mais poderosa ainda para o controle efetivo do homem sobre seu próprio destino.

No sentido mais geral, ‘pesquisa’ equivale a ‘investigação científica’, razão pela qual ‘pesquisador’ e ‘cientista’ são termos intercambiáveis, ao menos na linguagem corrente. Tratar-se-á aqui de fazer uma distinção entre as duas ideias, mesmo com o risco de um certo evidente artificialismo, por acreditar-se no mérito da distinção para a finalidade desse esforço específico de reflexão.

Tome-se então o conceito de ‘investigação científica’ como sinônimo de ‘ciência’, parcialmente, indicando o momento da produção do conhecimento, e, portanto, não indicando o conhecimento já produzido, acumulado — um segundo momento que agregado ao primeiro constituiria a ciência toda. Esse momento da produção do conhecimento, por sua vez, comporta uma distinção interna em dois outros momentos: um primeiro, mais abstrato, em que armada de toda a experiência e de toda a evidência acumulada e apostando em sua capacidade de melhorar a satisfatoriedade das explicações disponíveis sobre qualquer aspecto, menos ou mais amplo, da realidade, a Razão se lança sobre o futuro e o desconhecido e constrói a Teoria; um segundo momento, menos abstrato, em que a partir de uma certa Teoria, a Razão busca recolher argumentos, sob a forma de evidências, para falsear ou para confirmar aquela mesma Teoria. Chamou-se esses dois aspectos de “momentos” para indicar que só têm existência concreta juntos, como se fossem duas faces de uma mesma moeda: não é possível teorizar senão a partir da experiência relativamente bruta, da vida e de seus obstáculos, inicialmente reconhecidos intuitivamente e ideologicamente sob a forma aparente de “fatos”; inversamente, só é possível produzir “fatos” científicos (dados) olhando para a realidade com um ou outro viés fornecido por uma ou outra Teoria. No processo de trabalho do

cientista, entretanto, os dois momentos são separáveis no tempo e no espaço, desde que permaneçam unidos no processo; tanto assim que é mesmo até possível uma relativa divisão de trabalho entre cientistas, de tal forma que uns se dedicarão exclusiva ou preponderantemente à Teoria, outros à sua aplicação experimental. A noção de ‘pesquisa’ encontra aqui um de seus espaços de aplicação corrente: é usada para indicar aqueles momentos da prática em que as Teorias são contrastadas com a realidade, através da coleta sistematicamente planejada e executada de dados relevantes. Obter o dado — na verdade, mais rigorosamente, produzi-lo — eis o conteúdo mais essencial do termo ‘pesquisa’, quando utilizado neste contexto. Evidentemente que o procedimento complementar de analisar o dado obtido faz parte do mesmo conjunto significado, mas a ênfase recai de maneira óbvia no momento anterior.

No sentido acima apontado, e feitas as ressalvas referidas, ‘pesquisa’ indica, portanto, um momento parcial do processo mais geral de conhecer, descrever e explicar a realidade em seus fragmentos ou no seu todo. Nas ciências humanas, de modo mais evidente do que nas naturais, costuma-se distinguir também entre as pesquisas vinculadas a teorias relativamente gerais, ou mais abstratas, e as pesquisas vinculadas à aplicação de uma teoria geral relativamente aceita, ainda que de modo sempre provisório, a um processo histórico particular ou singular no qual o conteúdo daquela teoria pode contribuir de maneira relevante para a melhoria do conhecimento. Daí derivam-se as expressões “ciência pura” e “ciência aplicada”, “pesquisa pura” e “pesquisa aplicada”.

O interesse maior dessa distinção neste contexto está na possibilidade de identificar um tipo especial de pesquisa aplicada de grande interesse para o tema aqui tratado. Tomando por pano de fundo o processo de trabalho — qualquer processo de trabalho, embora o foco aqui se restrinja ao trabalho em saúde — sob uma forma particular dada, pode-se identificar um obstáculo qualquer ou pelo menos intuir sua presença; segue-se a necessidade de

compreender melhor esse obstáculo e possivelmente superá-lo, o que pode ser conseguido também de maneira intuitiva ou, com vantagens em muitíssimos casos, de maneira “científica”. Nesse último caso, o procedimento consiste em, a partir de uma hipótese ou conjunto de hipóteses, obter sistematicamente evidências empíricas capazes de encaminhar uma conclusão e, conseqüentemente, uma solução para o obstáculo que gerou todo o processo. Não é necessário esperar pela manifestação de obstáculos; pode-se procurá-los antes que se transformem em evidências intuitivamente perceptíveis.

O que caracteriza o processo todo, evidentemente é o esforço por conhecer o processo de trabalho, este permanecendo dado, pelo menos enquanto o processo perdurar. Trata-se de um ‘conhecer’ particular, portanto, diverso daquele outro presente na investigação científica em geral, cujo único “fechamento” é dado pela Teoria aqui, além de uma “teoria” que permite colher evidências significativas, não importa propriamente o conhecer, senão como ferramenta para uma atuação imediata. Este tipo de pesquisa aplicada é, portanto, imediatamente instrumental, é um instrumento de trabalho. Chame-se a este tipo de processo, também muitas vezes denominado ‘pesquisa’, de “pesquisa operacional”, não sem advertir que ocorre muita flutuação no uso desse termo. O ponto do qual se pretende distinguir seu uso dos outros neste texto — repita-se — é o esforço por apontar uma forma de prática pelo menos parcialmente interna ao processo de trabalho, e que, portanto, parte desse processo com suas características dadas como um pressuposto, e que, no entanto, conserva todos os traços técnicos da ‘pesquisa’, enquanto momento da prática do cientista.

Parece útil colocar as coisas dessa forma, sobretudo no sentido de captar algumas polêmicas muito vivas que cercam a relação entre a prática do cientista e os processos de trabalho que incorporam seus resultados. É possível fazer pesquisa ao nível da prestação de serviços ou da produção de bens, por exemplo? A que se deve e em que resulta o aparente distanciamento, na prática uma alienação

quase absoluta, entre o trabalho dos cientistas e o trabalho dos trabalhadores propriamente ditos? O que deve fazer o cientista para se “aproximar” do trabalhador? O que pode fazer o trabalhador para se apropriar pelo menos dos resultados da investigação científica?

Parece pouco vantajoso procurar superar esses problemas, contidos nessas questões, através de simplificações ou da redução de sua complexidade a suas formas aparentes ou a apenas uma de suas dimensões. Já se disse anteriormente neste texto que ciência é poder. Ciência é poder tanto por causa de sua arquitetura interna, sua racionalidade e a função desta em tornar visíveis e ocultar aspectos da realidade de modo funcional por referência à reprodução social, quanto também por causa de sua importância como força produtiva, quanto também pelo significado concreto da divisão entre trabalho manual e trabalho intelectual nas sociedades capitalistas e a consequente posição social na hierarquia social ocupada pelos cientistas. Na verdade, todas essas coisas são aspectos de um mesmo processo. Mas nada disso invalida o fato de que essa racionalidade e a ciência que ela produziu, abstraídas de seu significado social concreto — mas não fatal e eterno — parecem indubitavelmente constituir-se ainda em ferramentas provisoriamente insubstituíveis na tarefa de dominar e submeter a natureza, no projeto de regular a sociedade. Parece portanto válido e ético colocar as coisas do modo como foram colocadas naquelas questões exemplares acima apresentadas, mas é preciso dar um passo adiante, e não há como fazê-lo senão aplicando ao mesmo problema a racionalidade que em parte o gerou: é preciso encarar aquelas questões, de uma perspectiva científica, e há uma boa razão histórica para assim proceder, dada pela evidência de que as estruturas de racionalidade se tornaram sempre tanto mais fáceis de superar quanto mais desenvolvidas até suas últimas consequências.

De uma perspectiva histórica, o trabalho do cientista é uma relativa novidade, tanto que parece uma absoluta originalidade.

Entretanto, as coisas não são bem assim. Durante muitas épocas históricas o conhecer não esteve separado do ato imediato do trabalho, pois é impossível trabalhar sem conhecer; o que especifica o trabalho humano em contraste com o trabalho animal, diferenciando-os de modo radical, é exatamente o fato de que o homem é capaz de separar o conhecer do fazer, estando no conhecer a antevisão do que ele quer fazer, cuja execução pode ser protraída no tempo ou mesmo atribuída a outros. É inicialmente o próprio executor do trabalho que conhece as características dos objetos sobre os quais atua e com os quais atua, mas justamente a possibilidade de separar o pensar e o fazer no trabalho é a base para o surgimento gradativo de uma divisão de trabalho mais radical em que pensar e fazer se dividem entre trabalhadores diferentes. Quando essa separação se acentua, como em praticamente todos os outros casos de divisão de trabalho, a produtividade aumenta. Jamais teria sido possível o acúmulo prodigioso de conhecimento que configura a ciência contemporânea senão à base dessa divisão de trabalho que aumenta a produtividade. Isto se dá porque a separação entre o pensar e o fazer é de tal molde que impede que pensar e fazer se deem simultaneamente, e assim sendo a divisão aumenta tanto o tempo e a especialização dedicados ao pensar como ao fazer. Pensa-se e faz-se mais e melhor quando essas funções são divididas do que quando o trabalhador tem de se dividir entre as duas. Porém, concretizando mais as coisas, é essa mesma divisão que está na base da divisão dos homens em sociedade em classes sociais, e posteriormente ou conseqüentemente a hierarquização dos homens em termos de acesso ao produto social. Posto que seja aceito como um valor digno de ser perseguido a eliminação dessas diferenças, produto histórico e social e não característica natural da espécie, seguir-se-ia que se devesse eliminar junto a divisão do trabalho e suas vantagens? Se não, a tarefa historicamente posta consiste antes em promover uma nova síntese entre os ramos divididos do trabalho social, do que de substituir uns pelos outros. Não se advoga, portanto, como razoá-

vel a linha de raciocínio que leva à invalidação da divisão de trabalho e à proposta de que todos façam ciência. Mesmo porque essa proposta nunca deu em nada, assim generalizada; ressalvada, entretanto a relevância da problemática que a originou, e resguardada mesmo sua aplicabilidade a certos problemas especiais de investigação.

Aquele tipo específico de pesquisa aqui denominado “pesquisa operacional”, entretanto, merece considerações diferentes, que serão feitas adiante.

No caso de trabalho em saúde em sua forma moderna, isto é, a forma desenvolvida no Ocidente a partir de fins do século XVIII e o início do século XIX, e que tem no médico o seu trabalhador central e paradigmático, o que aconteceu durante um longo período de tempo, ainda não inteiramente superado, foi o acúmulo das funções de trabalho e de investigação no mesmo personagem — o próprio médico —, se bem que desde o início uma parte deles se restringisse ao trabalho de produção de serviços, enquanto outra parte menor acumulava as duas funções, dividindo-as em seu tempo de trabalho. Dessa maneira esse trabalhador-cientista foi construindo seu objeto de conhecimento e ao mesmo tempo conhecendo seu objeto de trabalho. Essa construção, de modo coerente com a vinculação da Medicina à racionalidade científica moderna, consistiu no erguimento de um imenso edifício baseado no pressuposto de que a ‘doença’ é uma alteração morfofuncional do corpo humano reduzido a suas dimensões biológicas. As ciências fundamentais então construídas são a Anatomia, a Fisiologia e a Patologia, por um lado, e a Farmacologia por outro, isto é, são as ciências que embasam os procedimentos singulares da arte do médico de diagnosticar e prescrever. A execução dessas tarefas e das tarefas suplementares e de infraestrutura, que não envolve o conhecimento direto daquelas ciências, foram as primeiras funções que se separaram do trabalhador médico, dando origem ao conjunto do trabalho de enfermagem. A quais problemas da realidade poderia então corresponder o desenvolvimento de uma ciência correspondente ao

trabalho de enfermagem, no mesmo sentido em que as ciências acima apontadas correspondem ao trabalho médico? A história responde: a certas dimensões supostas como complementares do processo diagnóstico-terapêutico centrado no médico, isto é, basicamente a aspectos educativos, relacionados à adesão dos pacientes ao programa terapêutico prescrito e, posteriormente, quando o trabalho de enfermagem deslocou-se progressivamente da atenção direta ao doente para a supervisão e o controle de uma equipe de trabalhadores menos qualificados daquela tarefa, para aspectos administrativos ligados ao funcionamento da equipe. O problema é que já havia ciências gerais que tratavam desses assuntos, não tendo sido possível construir uma “enfermeiologia” por não ser possível ver, na realidade do processo de trabalho assim estruturado, um objeto possível para essa ciência. Antes que seja gerado um mal-entendido pelo que se acaba de afirmar, esclarece-se que não se está sugerindo que o trabalho de enfermagem seja menos científico, em nada e por nada, do que o trabalho médico. Em ambos os casos, procede-se sempre e cada vez mais à incorporação de conhecimentos oriundos da investigação científica à prática. Ocorre, porém que no caso dos médicos os conhecimentos efetivamente incorporados são produzidos em ciências que têm a ver com o que se supõe ser o núcleo de realidade que gera o trabalho — a “doença” — ao passo que no caso da enfermagem os conhecimentos são produzidos em ciências gerais relativamente inespecíficas aplicadas a um problema particular — o cuidado de enfermos. A ciência em enfermagem tende, portanto, a configurar-se principalmente dentro do paradigma de ciência aplicada ou como pesquisa operacional, jamais como ciência pura, com um objeto próprio e indisputado; ao mesmo tempo em que a pesquisa em medicina tende a mover-se na fronteira entre o puro e o aplicado, sendo arduamente disputado o direito a construir um conhecimento sobre a doença baseado em outros pressupostos teóricos. Aqui revela-se novamente toda a importância da peculiar relação estabelecida historicamente

no Ocidente capitalista entre os médicos e a ciência que os fundamenta, relação que, como já se comentou anteriormente, tende a reduzir o trabalho de produção de serviços à investigação científica e vice-versa, confundindo-os e obtendo com isso singulares vantagens extratécnicas e extracientíficas.

Há um campo de investigação científica, entretanto, em que se procede à construção do conhecimento sobre o objeto saúde/doença sobre outras bases, de outro ângulo que não o biológico individual, e no qual é possível a pesquisa relativamente autônoma de enfermeiros, embora não a pesquisa “em enfermagem”. Trata-se do campo no Brasil denominado como Saúde Coletiva, cujos pressupostos o isentam, pelo menos parcialmente, de uma vinculação restrita a um tipo qualquer de profissional, seja profissional de saúde ou não. Tanto pessoas cuja formação graduada seja a de médicos como enfermeiros ou psicólogos ou qualquer outro tipo profissional da área da saúde, como por outro lado assistentes sociais ou engenheiros ou cientistas sociais ou qualquer outra coisa podem, derivando-se de sua área preliminar de formação para a problemática objetiva já delimitada como de Saúde Coletiva, fazer investigação científica pura ou aplicada nessa área. Entretanto, ao fazê-lo e enquanto o fizerem deixam de ser, rigorosamente, qualquer tipo profissional que tenham sido anteriormente, para tornarem-se investigadores de uma área específica.

Não se quer sugerir que todos os tipos de pesquisa aplicada ou operacional em enfermagem, tais como podem ser propostos a partir do modelo de trabalho médico baseado na Clínica anatomo-fisiológica, devam deixar de ser feitos: isto seria estupidez pueril que só teria cabimento se o problema dos enfermeiros fosse o de conseguir, custasse o que custasse, uma área autônoma, corporativamente definida e defendida de pesquisa. E a Saúde Coletiva não se prestaria a essa apropriação. Parte-se do suposto de que esses tipos de investigação podem e devem continuar a ser feitos, mas nega-se, contudo, o interesse, se a intenção for o progresso, de restringir os

trabalhos de pesquisa a serem feitos por enfermeiros-cientistas exclusivamente a esses campos aplicados. Entende-se mesmo que haveria grande benefício, até para a constituição de uma tradição estável e sólida de pesquisa em enfermagem, na adesão parcial dos enfermeiros àquela outra área de pesquisa, a Saúde Coletiva, na qual podem encontrar, pela própria natureza do objeto e dos problemas metodológicos de investigação, oportunidade de perceberem melhor e solucionarem de modo mais fecundo os seus problemas particulares de pesquisa aplicada e operacional.

Problema mais complexo e fascinante, todavia, do que este que cerca a pesquisa em enfermagem propriamente dita, é o do estabelecimento de relações renovadas entre essa prática necessariamente especializada de pesquisa e as práticas de campo, as práticas de enfermagem na produção de assistência à saúde, incluindo aí a variável representada pela presença de um imenso exército de trabalhadores menos qualificados. É com respeito a este tema que assume toda sua possível importância a distinção anteriormente proposta entre pesquisa aplicada e pesquisa operacional.

A concepção de investigação científica exposta anteriormente neste texto obriga a compreender todos os trabalhos de pesquisa científica, mesmo os aparentemente mais “estratosféricos”, como sempre necessariamente ligados a nível social ao mundo concreto das necessidades humanas socialmente determinadas e dos processos de trabalho através dos quais concretamente se dá a satisfação dessas necessidades. Inversamente, o trabalho social humano é inconcebível separado da investigação científica, quer sob sua forma já dividida e desenvolvida, quer sob sua forma primitiva, ainda interna ao processo de trabalho. Entretanto, tornou-se evidente de quase todos os pontos de vista que a divisão de trabalho tende a gerar graus tais de autonomia relativa entre as funções de investigação e as funções propriamente produtivas que levam ao aparecimento de insatisfações, tanto de um lado como de outro, e nos níveis mais variados.

Recuperar uma articulação mais orgânica entre o trabalho e a investigação, eis o problema posto em linguagem mais simples. As razões éticas que podem justificar essa proposta não estão em questão aqui, mas supondo que sejam avaliadas e aceitas, então a tarefa pode ser iniciada. A tese que se apresenta é a de que essa rearticulação passa por movimentos de aproximação bilaterais, mas estando a dinâmica principal do processo dada no movimento de aproximação que possa ocorrer a partir do trabalho.

Assim é que se torna importante examinar quais características deve ter o movimento que, emergindo nos serviços, propõe novos parâmetros à investigação. Dessas características, aquela muitas vezes proposta de tornar os trabalhadores propriamente ditos em trabalhadores da ciência foi afastada pela sua relativa improdutividade, pelo menos enquanto característica a ser buscada genericamente. Apontou-se para a pesquisa operacional como tipo especial de prática de investigação aplicada capaz de oferecer talvez melhores perspectivas.

Essa capacidade potencial da pesquisa operacional pode ser apreendida através do exame de dois momentos analiticamente distinguíveis. Em primeiro lugar, pensada como instrumento de trabalho capaz de propiciar a percepção racionalmente bem delimitada, embora não absolutamente verdadeira, do andamento do processo em sua dinâmica interna e em suas relações com as finalidades que se supõe que devam ser atingidas, a pesquisa operacional funciona como meio para substituir o argumento de autoridade puro e simples pela discussão relativamente mais democrática e produtiva a respeito de que fazer, como fazer. Pode ser uma ferramenta muito útil para que se superem tendências inerciais de pensar e justificar o trabalho como um fim em si mesmo; pode ser também um meio excelente para que se possa apreender os aspectos sociais e históricos do trabalho, permitindo identificar caminhos por onde o processo de desalienação possa ser pacientemente construído.

Foi dito que a pesquisa operacional “pode” ser um bom instrumento para certos fins porque ela pode perfeitamente não ser senão instrumento para fins opostos. Não há como prever e preservar características sociais e históricas de processos de interação humana abstraindo de sua dinâmica política. Entretanto, não há como conseguir instrumentos “puros”, desde sempre dotados de um misterioso dom de produzir a verdade e o bem; é preciso fazê-la, criticá-la, recomeçá-la: é preciso construí-la.

Em segundo lugar, se efetivamente incorporada à dinâmica “normal” do trabalho, através da sua prática a pesquisa operacional pode permitir o desenvolvimento de duas características complementares no trabalhador coletivo de saúde com potencialidades que têm a ver com a ideia de rearticular trabalho e ciência. Permite o gradativo desenvolvimento da capacidade de compreender a ciência, o que não tem nada de fantástico e impossível, mas também não é automático e simples. E através dessa possível compreensão, permite uma interlocução na qual os cientistas deixam de depender apenas de suas intuições — eles também as têm — e de suas boas intenções — idem — para que possam saber para onde devem levar a investigação, sem que sejam submetidos a simplificações e a demandas imediatistas apenas, o que consiste em um ótimo meio para esterilizá-los.

Retirar os trabalhadores da saúde de sua ausência e de sua passividade em relação à investigação científica propriamente dita, e assim permitir aos cientistas da saúde uma nova base de estabelecimento de compromissos, eis o que se propõe fazer. A ideia desenvolvida nesta tese, pelo menos de modo inicial, é a de que vale a pena tentar alcançar esses objetivos através da incorporação permanente de certas práticas de pesquisa a sua dinâmica de trabalho.

Evidentemente que essa proposta não se aplica exclusivamente aos enfermeiros, mas é igualmente óbvio que ocupam postos de trabalho estratégicos para levá-la adiante, sobretudo se se pautarem menos por anseios corporativos ou ligados no desenvolvimento de

padrões satisfatórios de “identidade profissional” e mais por um compromisso efetivo com a saúde da população a que servem. Colocar e desenvolver essas propostas, contudo, não se constitui em um problema teórico: as características da conjuntura atravessada pela sociedade brasileira favorecem as ações e decisões presumivelmente requeridas, constituem-se em oportunidade histórica privilegiada, nesse sentido, para o estabelecimento de novas bases para a prática. Aproveitar essa conjuntura ou perdê-la, eis o problema. As soluções escapam ao âmbito do possível em um raciocínio da espécie do desenvolvido aqui: são a vida, aberta à ação e à omissão.

CONTRIBUIÇÕES DE RICARDO BRUNO PARA COMPREENDER A PRÁTICA E A PESQUISA EM ENFERMAGEM

SEMIRAMIS MELANI DE MELO ROCHA
REGINA APARECIDA GARCIA DE LIMA

Nos anos 80 do século XX, o movimento chamado Reforma Sanitária Brasileira, que se consolidou na Constituição Brasileira de 1988 com o entendimento de saúde como direito universal, trouxe grandes transformações para o ensino de Enfermagem, com a criação do Sistema Único de Saúde organizado segundo as diretrizes de descentralização, atendimento integral e a participação da comunidade. Na mesma época, a reestruturação da Universidade de São Paulo conduziu a criação de cursos de pós-graduação *stricto sensu* em todas as Unidades, incluindo a Enfermagem, com exigências acadêmicas, de infraestrutura e produção científica. O Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (Demisp/Eerp/USP) foi criado em 1986, agrupando três áreas de conhecimento da Enfermagem: Saúde da Mulher, Saúde da Criança e Saúde Pública e, em 1990, propôs a criação da Pós-Graduação Área Enfermagem em Saúde Pública aprovada pelo Conselho de Pós-Graduação da USP.

As transformações do final da década de 1980 e início de 1990 ensejaram um grupo de docentes do Demisp a reconhecer a necessidade de se organizar para atender às novas demandas da carreira docente, as reformulações a serem implantadas no currículo de graduação e consolidar o Programa de Mestrado em andamento e posterior avanço para o nível de Doutorado.

O Núcleo de Pesquisa e Estudos em Saúde Coletiva (Nupesco) teve sua origem em 1988, no Demisp, objetivando constituir um grupo de pesquisadores com formação em Saúde Coletiva, ênfase em Enfermagem, contribuindo para a reorganização dos serviços de saúde e a melhoria da assistência de Enfermagem. Os objetivos eram: 1) realizar estudos avançados em Filosofia, Teoria do Conhecimento, métodos e técnicas de investigação em Saúde Coletiva; 2) estudar as práticas de saúde e enfermagem no processo de trabalho.

O Nupesco, um dos primeiros grupos de pesquisa em Enfermagem cadastrados no Diretório de Grupos de Pesquisa no Brasil do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), em sua primeira reunião em 1988, deliberou acatar a sugestão da coordenadora Prof.^a Dr.^a Maria Cecília Puntel de Almeida e convidar o Prof. Dr. Ricardo Bruno Mendes Gonçalves para assessorar o grupo. O convite foi por ele aceito com simplicidade, sem formalidades como era de seu feitio, e ele frequentou o grupo mensalmente durante o período de julho de 1988 a dezembro de 1990.

A assessoria foi financiada pelo CNPq, na categoria Pesquisador Visitante, com o projeto Estudos Avançados de Métodos de Investigação em Saúde Coletiva. O conteúdo programático inicial tratou do desenvolvimento histórico da racionalidade científica, passando pelo período clássico, medieval, moderno e os modelos gerais: empirismo, positivismo, hipotético-dedutivo e a dialética; método e técnicas de investigação. Em uma segunda etapa, o Prof. Ricardo Bruno desenvolveu o tema Saúde Coletiva e Ciência,

passando por “Medicinas Sociais” dos séculos XVII a XIX, desenvolvimento das ciências clínicas na área médica e da Epidemiologia; constituição da Saúde Coletiva no século XX, com foco no caso brasileiro e diferenciação das áreas de pesquisa para finalmente chegar ao ponto que mais lhe interessava: o processo de trabalho em saúde. Este item foi desdobrado em quadros teóricos de referência, processo de trabalho e organização tecnológica dos processos de produção de serviços, particularizando os serviços de saúde. Este programa pode ser considerado o mais completo estudo da constituição da Saúde Coletiva como área de conhecimento em suas fundamentações científicas.

Permeando os estudos teóricos, foram sendo construídos debates sobre os projetos de pesquisa em andamento, sendo dissertações, teses e projetos integrados em desenvolvimento pelos participantes docentes, orientadores, alunos de pós-graduação, enfermeiros e convidados, chegando a mais de vinte. Cumpre registrar o cuidado, atenção e carinho com que o Prof. Ricardo Bruno conduzia suas orientações.

Em 1988, o Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem (Cepen, da Associação Brasileira de Enfermagem (Aben), criado com a finalidade de promover e incentivar a pesquisa na área de Enfermagem, promoveu o 5.º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem. Os seminários anteriores haviam levantado as limitações e dificuldades da pesquisa em Enfermagem, a falta de financiamento, o preparo inadequado do enfermeiro para a pesquisa, as pressões das instituições por produção em quantidade em detrimento da qualidade e a insuficiência de publicações divulgando a produção. Lançaram um alerta sobre a introdução de tecnologia sofisticada na organização dos serviços de saúde enfatizando que a produção do conhecimento deveria ter por pressupostos a valorização do homem e assistência de melhor qualidade. Ao analisarem a produção científica, detectaram a insuficiência de marcos conceituais teóricos e procedimentos metodológicos, o conteúdo

temático muito diversificado fragmentando o corpo de conhecimentos, a descontinuidade dos projetos, que não agrupavam pesquisadores e a concentração da produção em regiões mais desenvolvidas socioeconomicamente do País. Mas, o mais importante naquele momento foi terem identificado a necessidade de maior participação dos enfermeiros que trabalhavam na assistência contribuírem para o acervo de conhecimentos, dado o momento histórico de transformações no sistema de saúde. Era preciso estar presente na reformulação da prática, voltando o olhar do pesquisador para a aplicação dos resultados. Os membros da diretoria do Cepem propuseram organizar o 5.º Seminário tendo por princípio básico incentivar a articulação entre a pesquisa e o serviço de enfermagem. A pesquisa em enfermagem estava restrita aos muros acadêmicos. O 5.º Senpe foi direcionado para enfermeiros que trabalhavam na assistência, iniciantes ou interessados em pesquisa e o tema do evento foi Pesquisa e Serviço de Enfermagem. Entre os membros da Comissão de Temas, alguns participavam do Nupesco e, conhecendo o trabalho de Ricardo Bruno, convidaram-no para uma apresentação na mesa-redonda intitulada Saúde, Prática e Pesquisa.

Em sua apresentação no 5.º Senpe, tomando por base o intenso debate que o antecedeu na 8.ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, Prof. Ricardo Bruno salientou dois aspectos: o primeiro, o redirecionamento da organização dos serviços de assistência à doença para um nível mais geral do direito a saúde e sua vinculação à cidadania no Brasil. O segundo aspecto foi a reformulação das práticas, a formação de recursos humanos e sua organização em um trabalhador coletivo. Dessa forma, na introdução ele já aponta seu posicionamento sobre as práticas de saúde, vinculadas ao mundo do trabalho que obedece às leis sociais de necessidades, de carecimentos, exercidas em realidades concretas, portanto, históricas.

A partir deste posicionamento, ele elegeu duas teses. A primeira, para expor as especificidades do trabalho em saúde e do trabalho em investigação que não são equivalentes e outra para

demonstrar as vantagens da aplicação da ciência ao trabalho em saúde. Seu olhar sobre as práticas em saúde foi um mergulho profundo de quem conhece as etapas do processo de trabalho, no modelo clínico e na saúde coletiva, desde a identificação de necessidades a serem atendidas, os agentes, os instrumentos de intervenção, o conhecimento que orienta as transformações no objeto até os resultados esperados. Ao mesmo tempo, foi o olhar de um estudioso da racionalidade científica que friamente dissecou seu objeto de investigação, o trabalho dos diversos profissionais que integram o trabalhador coletivo, como se ele, Ricardo Bruno, fosse um observador externo a esta prática social.

Tomando por pressuposto os conceitos de historicidade e socialidade das práticas sociais e uma reflexão dialética que trabalha com a contradição presente em todos os objetos e fatos em estudo, Ricardo Bruno procurou tornar acessível a uma plateia iniciante em investigação científica questões complexas relacionadas ao trabalho em geral e ao trabalho da Enfermagem.

A primeira questão com a qual ele se deparou foi explicar que o objetivo da ciência é produzir conhecimento, diferentemente do trabalho em saúde, que tem por objetivo produzir alterações no estado vital de um ou mais indivíduos com resultados avaliados como melhores do que o estado anterior, ou mais próximo possível de estado vital “normal”.

Ao esclarecer que o conjunto de trabalhos institucionalizados que compõem o Setor Saúde nas sociedades capitalistas ocidentais não são procedimentos equivalentes aos de investigação científica, ele procurou explicar o componente ideológico que permeia as representações dos agentes do trabalho em saúde ao considerarem seu trabalho como “científico”.

Por que e para que imagina-se que o trabalho em saúde seja mais científico que outros trabalhos, como o de pilotos de avião, por exemplo? Em primeiro lugar, porque a cientificidade aparece agregada a um bem, à verdade e aos interesses comuns da socieda-

de. De um médico se espera, em seus atos cotidianos, além de saberes que configurem a aplicação da ciência à prática, uma capacidade científica que lhe permita penetrar a forma e as funções do corpo humano com intenções terapêuticas. Arte, criatividade e improviso na aplicação do conhecimento científico no trabalho singular em que cada doente é um doente. Nesse sentido, a cientificidade garante poder ao médico, profissional autônomo entre os demais trabalhadores em saúde.

Outro aspecto abordado foi desvendar as características contraditórias da racionalidade científica. A visibilidade que ela constrói e invisibilidade que simultaneamente acarreta. A racionalidade científica construída em nossa sociedade a partir do século XVI tem como uma de suas principais características separar o conhecimento da paixão. O termo *paixão* foi utilizado aqui pelo Prof. Ricardo Bruno no sentido filosófico: em Aristóteles designa uma ação que se sofre, transmitindo a ideia de passividade; em Descartes, nenhuma ação provém dela, apenas impressões que estão no cérebro, já que tudo que não é ação é paixão; a partir do Romantismo, a paixão opõe-se à razão e à reflexão, enquanto impulso, sentimento, emoção que faz com que o indivíduo aja visando a satisfação de um desejo.¹ Em contrapartida, o processo racional consiste em coisificação e segmentação da realidade. Inclusive da realidade humana, do homem como objeto do conhecimento.

Daí decorre a concepção de que nos resultados da ciência se encontra a verdade ao passo que no campo da paixão se inserem os conflitos entre projetos históricos diferentes ou antagônicos. Mesmo identificando os limites do conhecimento pela racionalidade científica, os profissionais atribuem eventuais fracassos dos procedimentos científicos a interesses externos e espúrios ou à politização indesejável da prática.

1 H. Japiassú & D. Marcondes. *Dicionário básico de filosofia*. 3.^a ed. rev. e ampliada. Rio de Janeiro: Zahar, 1996, p. 205.

Para conhecer o homem individual, a racionalidade científica o transforma em objeto e o fragmenta em sua forma, seu funcionamento e suas relações. Ao se apropriar do conhecimento do homem social, a ciência enfrenta dois problemas: sua historicidade, isto é, suas variações ao longo da história e o fato de que sendo o homem sujeito e objeto do conhecimento, fará parte do processo de transformação pelo próprio processo de conhecê-lo. O trabalho em saúde lida com o corpo humano biológico e com as existências individuais e coletivas dos corpos desses seres humanos. Neste caminho analítico da racionalidade científica, que fragmenta o objeto para conhecê-lo, encontra-se sua vulnerabilidade: a saúde e a doença, enquanto fenômenos humanos, não são redutíveis a objetos naturais.

Dessa forma, Prof. Ricardo Bruno reconhece a validade da racionalidade científica que traz valiosos instrumentos para o exercício da medicina e para o trabalho coletivo em saúde permitindo incríveis avanços na Clínica e na Epidemiologia, sem, contudo, produzir a desejada síntese no conhecimento do todo. Admite que a tarefa de levar a ciência adiante, para além de seus limites racionais atuais, é tarefa mais fácil de propor do que nem sequer iniciar. Contudo, convida o leitor a ser otimista: desmistificar a noção idealizada de que a ciência trará todas as respostas para o futuro da humanidade e reconstituir o espaço da ação política que toma a ciência não como um dado pronto, mas como um problema em aberto.

Na segunda tese, Prof. Ricardo Bruno sugere aprofundar as relações entre trabalho em saúde e investigação científica para aproveitar melhor as vantagens da aplicação da ciência ao trabalho. Inicia com a distinção entre “pesquisa” e “investigação científica” e entre “pesquisador” e “cientista”. Desmembra o conceito de “investigação científica” em dois momentos: o momento da produção do conhecimento e o conhecimento já produzido. A produção do conhecimento, por sua vez, comporta uma distinção interna: primeiro, a Razão constrói uma teoria para explicar um aspecto desconhecido

da realidade; em seguida, a partir dessa teoria, a Razão busca recolher dados, evidências para confirmar ou refutar a teoria construída. Estes dois momentos só têm existência concreta juntos, contudo, no processo de trabalho do cientista é possível uma relativa divisão de trabalho de tal forma que uns poderão se dedicar à Teoria e outros à aplicação experimental. Em linguagem corrente, *pesquisa* tem sido o termo utilizado para aquele momento de produzir e obter o dado, que obviamente será complementado pelo procedimento de análise e confronto com teorias. Nesse sentido, com ressalvas, a pesquisa indicaria o momento parcial do processo mais geral de conhecer, descrever e explicar a realidade em seus fragmentos ou em seu todo. Essa distinção abre a possibilidade de identificar um tipo especial de pesquisa, conhecida como “pesquisa aplicada”.

No processo de trabalho em saúde pode-se identificar obstáculos e reconhecer a necessidade de compreendê-los e superá-los. Pode-se usar procedimentos racionais para formular hipótese, obter sistematicamente evidências empíricas e chegar a soluções para resolver o obstáculo que desencadeou o processo com muita vantagem em relação a soluções intuitivas. Este tipo de pesquisa é imediatamente instrumental, é um instrumento de trabalho. Trata-se de um conhecimento particular, diverso do presente na investigação científica em geral, cujo resultado final é dado pela Teoria.

Ao aprofundar a questão, Prof. Ricardo Bruno ressalta a polêmica relação entre a prática do cientista e os processos de trabalho que incorporam seus resultados, chegando ao ponto central da divisão social e técnica entre trabalho intelectual e trabalho manual e as consequentes relações de poder e dominação. Entra, assim, num antigo e forte nó da profissão Enfermagem em sua relação com médicos. De longa data enfermeiros vêm reivindicando autonomia no exercício profissional e o poder de decisão em determinados procedimentos.

Passando rapidamente pelo processo histórico da divisão do trabalho e do aumento de produtividade dela decorrente, Prof.

Ricardo Bruno focaliza o caso do processo de trabalho em saúde, no qual o médico é o trabalhador central que acumulou as funções de produção de serviços e de investigação, vinculando a medicina à racionalidade científica moderna. As ciências fundamentais que inicialmente (e ainda) embasam a arte do médico de diagnosticar e prescrever são Anatomia, Fisiologia, Patologia e Farmacologia. A execução e a infraestrutura necessária à prática médica, que não envolve diretamente o conhecimento daquelas ciências, deu origem ao conjunto de profissionais que exercem o trabalho coletivo em saúde, dentre elas a Enfermagem.

No caso dos médicos, os conhecimentos incorporados no processo de trabalho são produzidos em ciências que têm a ver com o objeto do trabalho, a doença, ao passo que no caso da Enfermagem os conhecimentos são produzidos em ciências gerais aplicadas ao problema particular, o cuidado ao enfermo. Em sua opinião, a ciência em Enfermagem tende, portanto, a configurar-se dentro do paradigma de ciência aplicada ou como pesquisa operacional, e não como ciência pura, com objeto próprio e indisputado.

Não se trata de sugerir que o trabalho de enfermagem seja menos científico do que o trabalho médico, pois em ambos se procede cada vez mais à incorporação de conhecimentos oriundos da investigação científica à prática. Trata-se de identificar que o objeto de trabalho da Enfermagem não tem a característica do trabalho médico que na sociedade ocidental capitalista moderna estabeleceu uma relação histórica entre o trabalho do médico e a ciência que o fundamenta.

O Prof. Ricardo Bruno sugere, então, um campo novo de investigação científica sobre o objeto saúde e doença no qual seria possível aos enfermeiros desenvolverem pesquisas relativamente autônomas, sem entrarem no campo biológico e individual. Seria o campo já delimitado da Saúde Coletiva no Brasil, cujos pressupostos não estariam vinculados às profissões, mas abertos a quem estivesse interessado em produzir conhecimento para a área derivando de

sua área preliminar de formação. Na Saúde Coletiva os enfermeiros poderiam encontrar uma oportunidade de perceberem e solucionarem os seus problemas particulares de pesquisa aplicada e operacional. Essa sugestão não exclui a continuidade de manter todos os tipos de pesquisa a partir do modelo de trabalho médico baseado na Clínica anatomofisiológica. Contudo, Prof. Ricardo Bruno faz um alerta: não teria cabimento se o propósito dos enfermeiros fosse conseguir uma área autônoma, corporativamente definida e defendida de pesquisa.

Na sequência, o Prof. Ricardo Bruno chama a atenção para as práticas de enfermagem na produção de assistência à saúde e a presença do imenso exército de trabalhadores menos qualificados, o que representa problema complexo e fascinante para a pesquisa. Retomando a construção teórica de processo de trabalho, na qual o trabalho social humano é inconcebível separado da investigação científica, ele ressalta que a divisão do trabalho tende a gerar graus tais de autonomia relativa entre as funções de investigação e as funções propriamente produtivas, que levam ao aparecimento de insatisfações, de um lado e de outro, e em diferentes níveis. Como recuperar a articulação mais orgânica entre o trabalho e a investigação? Propõe examinar quais características deve ter o movimento que, emergindo nos serviços, apresenta novos parâmetros à investigação. Apontou a pesquisa operacional como tipo especial de prática de investigação aplicada capaz de oferecer melhores perspectivas.

Segundo ele, a pesquisa operacional poderia ser usada como instrumento capaz de propiciar a percepção do andamento do processo de trabalho em sua dinâmica interna e em suas relações com as finalidades que supõem devam ser atingidas, substituindo o argumento da autoridade pela discussão relativamente democrática e produtiva a respeito do que fazer e como fazer. Como resultado, poderia ser uma ferramenta útil para superar tendências da inércia que justificam o trabalho como um fim em si mesmo, e apreender

aspectos sociais e históricos do trabalho, permitindo identificar caminhos para pacientemente construir o processo de desalienação.

Em segundo lugar, a pesquisa operacional incorporada à dinâmica do trabalho coletivo em saúde poderia rearticular o trabalho com a ciência, estabelecendo uma interlocução entre os cientistas e as necessidades a serem atendidas e instituindo novas bases de compromissos.

Essas propostas não se aplicariam exclusivamente aos enfermeiros, mas, pelos postos de trabalho estratégicos que eles ocupam, poderiam levá-la adiante.

Finalmente, o Prof. Ricardo Bruno adverte que não se trata de resolver um problema teórico, mas de aproveitar a conjuntura atravessada pela sociedade brasileira e tomar decisões práticas.

Essas considerações foram apresentadas para uma plateia de enfermeiros surpreendidos com as transformações no sistema de saúde, na formação dos graduandos, e com as exigências para a formação de pesquisadores iniciantes nos programas de pós-graduação. O Prof. Ricardo Bruno percebeu o impacto que suas palavras produziram e manifestou à coordenação do evento sua preocupação. Contudo, a avaliação que estava sendo feita, na época, era que havia necessidade de alertar os enfermeiros para as inovações que se delineavam na sociedade brasileira, não deixar escapar as oportunidades que se abriam e não carregar para o futuro omissões irreparáveis.

Muitas pesquisas em Enfermagem foram produzidas fundamentadas no referencial teórico do Processo de Trabalho em Saúde e Organização Tecnológica do Processo de Trabalho em Saúde, desenvolvido pelo Prof. Ricardo Bruno em sua dissertação de mestrado e na tese de doutoramento, com forte impacto no pensamento contemporâneo dos estudiosos das práticas em saúde.² Disciplinas foram introduzidas nos Programas de Pós-Graduação em

² Veja a relação de trabalhos de enfermagem publicados, produzidos com a contribuição e assessoria do Prof. Dr. Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves ao final do capítulo.

Enfermagem para estudar a produção intelectual do Prof. Ricardo Bruno e o tema voltou à tona em vários outros congressos, *workshops*, encontros e eventos de Enfermagem.

Para os que conviveram com ele, ficou o exemplo de um cientista brilhante que ensinou e orientou a todos que o procuravam, com uma dedicação carregada de afeto.

Reler o que ele escreveu é uma fonte segura para encontrar respostas a muitos dilemas que permanecem até hoje. Escrever sobre ele é manter uma chama de esperança que ele deixou acesa.

**Relação de trabalhos de enfermagem publicados
produzidos com a contribuição e assessoria do
Prof. Dr. Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves**

Fonte: as referências foram coletadas no Currículo Lattes dos participantes do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde Coletiva à época em que este núcleo foi assessorado pelo Prof. Dr. Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves, capturadas em junho de 2016.

- ALMEIDA, M. C. P. et al. O trabalho da enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva – rede básica de saúde. In: ALMEIDA, M. C. P. & ROCHA, S. M. M. (orgs.). *O trabalho de enfermagem*. São Paulo: Cortez, 1997, pp. 61-112.
- ALMEIDA, M. C. P. et al. Os determinantes dos modelos assistenciais e a qualificação da força de trabalho em enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 48, 1997, São Paulo. *Anais*. São Paulo: Associação Brasileira de Enfermagem, 1997, pp. 142-9.
- ALMEIDA, M. C. P. et al.. A formação do enfermeiro frente à Reforma Sanitária. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 2, n. 4, pp. 505-10, 1986.
- ALMEIDA, M. C. P. et al. A formação do enfermeiro frente à Reforma Sanitária. In: *Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde*, 1986, Brasília: Ministério da Saúde, 1986, pp. 1-11.
- ALMEIDA, M. C. P. Processo e divisão do trabalho na enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 39, 1987, Salvador. *Anais*. Salvador: Associação Brasileira de Enfermagem, 1987, pp. 19-26.
- ALMEIDA, M. C. P.; MELLO, D. F. & NEVES, L. A. S. O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde

- coletiva – rede básica de saúde em Ribeirão Preto. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, vol. 44, n.ºs 2-3, pp. 64-75, 1991.
- ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M. & PEDUZZI, M. A pesquisa em enfermagem fundamentada no processo de trabalho: em busca da compreensão e da qualificação da prática de enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 51. CONGRESSO PANAMERICANO DE ENFERMERÍA, 10. 1999, Florianópolis. *Anais*. Florianópolis: Associação Brasileira de Enfermagem, 1999. pp. 259-277.
- ALMEIDA, M. C. P. & ROCHA, S. M. M. Considerações sobre a Enfermagem enquanto trabalho. In: Idem (org.). *O trabalho de enfermagem*. São Paulo: Cortez, 1997, pp. 15-26.
- ALMEIDA, M. C. P. & ROCHA, S. M. M. *O trabalho de enfermagem*. São Paulo: Cortez, 1997.
- COLLET, N. & ROCHA, S. M. M. *Transformações no ensino das técnicas em enfermagem pediátrica*. 2. ed. Goiânia: AB, 2001.
- FERREIRA, S. L. A mulher em serviços públicos de saúde – análise do processo de trabalho em unidades básicas de Salvador, Bahia. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 47, 1995. *Livro Resumo*. Goiânia: Editora UFG, 1995, pp. 554-5.
- FERREIRA, S. L. et al. Recursos humanos para a assistência a mulher em serviços públicos de saúde em Salvador,- Bahia. In: XIV SEMINÁRIO ESTUDANTIL DE PESQUISA, 1995. *Livro Resumo*. Salvador-Bahia, 1995.
- GOMES, E. L. R. et al. Dimensão histórica da gênese e incorporação do saber administrativo na enfermagem. In: ALMEIDA, M. C. P. & ROCHA, S. M. M. (org.). *O trabalho de enfermagem*. São Paulo: Cortez, 1997, pp. 229-50.
- LANA, F. C. F. Organização tecnológica do trabalho em hanseníase com a introdução da poliquimioterapia. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, vol. 46, n.ºs 3-4, pp. 199-210, 1993.
- LANA, F. C. F. & ROCHA, S. M. M. Organização tecnológica do trabalho em hanseníase com a introdução da poliquimioterapia. In: ALMEIDA, M. C. P. & ROCHA, S. M. M. (orgs.). *O trabalho de enfermagem*. São Paulo: Cortez, 1997, pp. 113-50.
- LIMA, M. A. D. S. & ALMEIDA, M. C. P. O trabalho de enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, vol. 20, pp. 86-101, 1999. Número especial.
- LIMA, R. A. G. *A enfermagem na assistência à criança com câncer*. Goiânia: AB, 1995.
- LIMA, R. A. G. et al. Involvement and fragmentation: a study of parental

- care of hospitalized children in Brazil. *Pediatric Nurs.*, vol. 27, n.º 6, pp. 559-65, 2001.
- LIMA, R. A. G.; ROCHA, S. M. M. & SCOCHI, C. G. S. Assistência à criança hospitalizada: reflexões acerca da participação dos pais. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, vol. 7, n.º 2, pp. 33-9, 1999.
- LIMA, R. A. G. et al. Assistência à criança com câncer: alguns elementos para a análise do processo de trabalho. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, vol. 30, n.º 1, pp. 14-24, 1996.
- MANDÚ, E. N. T. & ALMEIDA, M. C. P. Necessidades em saúde: questões importantes para o trabalho da enfermagem. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, vol. 52, n.º 1, pp. 54-66, 1999.
- MISHIMA, S. M. et al. Agentes comunitários de saúde: bom para o Ceará, bom para o Brasil? *Saúde em debate*, Rio de Janeiro, vol. 37, pp. 70-5, 1992.
- MISHIMA, S. M. et al. Organização do processo gerencial no trabalho em saúde pública. In: ALMEIDA, M. C. P. & ROCHA, S. M. M. (orgs.). *O trabalho de enfermagem*. São Paulo: Cortez, 1997, pp. 251-29.
- ???
- MISHIMA, S. M. et al. Recursos humanos na implantação das ações integradas de saúde no município de Ribeirão Preto – visão da equipe de enfermagem. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 6, n.º 1, pp. 40-9, 1990.
- PEREIRA, M. J. B. et al. O processo de trabalho em enfermagem na rede básica do SUS. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM (org.). *Sistemas de classificação da prática de enfermagem: um trabalho coletivo*. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, 2000, pp. 75-82.
- ROCHA, S. M. M. & ALMEIDA, M. C. P. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, vol. 8, n.º 6, pp. 96-101, 2000.
- ROCHA, S. M. M. & ALMEIDA, M. C. P. Origem da enfermagem pediátrica moderna. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, vol. 27, n.º 1, pp. 25-41, 1993.
- ROCHA, S. M. M. & BOEMER, M. R. Impacto social da pesquisa em enfermagem. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, vol. 26, pp. 49-60, 1992. Número especial.
- ROCHA, S. M. M. et al. Tendencias de los modelos de intervención en enfermería: impactos de la tercera revolución industrial. *Horizonte de Enfermería*, Chile, vol. 9, n.º 1, pp. 22-32, 1998.
- ROCHA, S. M. M. et al. Formação de recursos humanos para assistência de enfermagem e a Reforma Sanitária. *Rev. paul. enferm.*, São Paulo, vol. 7, n.º 1, pp. 36-39, 1987.

- ROCHA, S. M. M.; LIMA, R. A. G. & PEDUZZI, M. Understanding nursing: usefulness of a philosophical perspective. *Nursing Philosophy*, vol. 1, n.º 1, pp. 1-7, 2000.
- ROCHA, S. M. M.; LIMA, R. A. G. & SCOCHI, C. G. S. Conhecimento em enfermagem pediátrica no Brasil: estudo de livros didáticos. *Educación médica y salud*, Cuba, vol. 26, n.º 4, pp. 544-50, 1992.
- ROCHA, S. M. M. Pesquisa e enfermagem. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, vol. 41, n.º 2, p. 91, 1988.
- ROCHA, S. M. M.; SCOCHI, C. G. S. & SOUSA, H. G. B. Características tecnológicas do processo de trabalho em berçários. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, vol. 52, n.º 3, pp. 349-54, 1999.
- ROCHA, S. M. M.; SILVA, G. B. & ALESSI, N. P. Características del saber en Enfermería en el área materno infantil: analices de su discurso. *Investigación y Educación en Enfermería*, Colômbia, vol. 5, n.º 2, pp. 11-27, 1987.
- ROCHA, S.M.M.; SCOCHI, C.G.S. & LIMA, R.A.G. O conhecimento em enfermagem pediátrica: livros editados no Brasil de 1916 a 1988. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, vol. 2, n.º 1, pp. 77-91, 1993.
- ROSA, M. T. L. et al. O desenvolvimento técnico científico da enfermagem – uma aproximação com instrumentos de trabalho. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 41, 1989, Florianópolis. *Anais*. Florianópolis: Associação Brasileira de Enfermagem, 1989, pp. 97-126.
- SCOCHI, C. G. S. et al. A Organização do trabalho na assistência ao recém-nascido em Berçários da Regional de Ribeirão Preto/SP. Brasil, 1992. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, vol. 5, n.º 1, pp. 27-36, 1997.
- SCOCHI, C. G. S; ROCHA, S. M. M. & LIMA, R. A. G. A Organização do Trabalho e a Prática de Enfermagem em Unidades Neonatais. In: ALMEIDA, M. C. P. & ROCHA, S. M. M. (orgs.). *O trabalho de enfermagem*. São Paulo: Cortez, 1997, pp. 151-73.
- SILVA, E. M. Repensando a relação saúde-trabalho. In: SEMINÁRIO NACIONAL SOBRE SAÚDE E TRABALHO, 1, 1991, Ribeirão Preto. *Anais*. Ribeirão Preto: Núcleo de Estudos de Saúde e Trabalho da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 1991, pp. 292-292.
- SILVA, E. M. & ROCHA, S. M. M. Avaliação do trabalho do pessoal auxiliar de enfermagem realizado em um Centro de Saúde Escola. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, vol. 43, n.ºs 1,2,3,4, pp. 107-16, 1990.
- SILVA, E. M. et al. Supervision and leadership in Brazilian nursing since 1930s. The changing focus of nursing practice in Brazil. *International History of Nursing Journal*, vol. 3, n.º 4, pp. 19-24, 1998.

- SILVA, E. M.; SANT'ANNA, S. C. & ROCHA, S. M. M. Avaliação do trabalho do pessoal auxiliar de enfermagem realizado em um Centro de Saúde Escola. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, vol. 43, n.ºs 1,2,3,4, pp. 107-16, 1990.
- VENDRÚSCULO, D. M. S.; MISHIMA, S. M. & ROCHA, S. M. M. A formação do enfermeiro frente à política de saúde. In: *Jubileu de ouro do curso de graduação em enfermagem da Escola Paulista de Medicina*, 1989, São Paulo: Departamento de Enfermagem da Escola Paulista de Medicina. São Paulo/SP, 1989. pp. 23-8.
- VILLA, T. C. S.; MISHIMA, S. M. & ROCHA, S. M. M. A enfermagem nos serviços de saúde pública no estado de São Paulo. In: ALMEIDA, M. C. P. & ROCHA, S. M. M. (orgs.). *O trabalho de enfermagem*. São Paulo: Cortez, 1997, pp. 27-60.
- VILLA, T. C. S.; MISHIMA, S. M. & ROCHA, S. M. M. Os agentes de enfermagem nas práticas sanitárias paulistas: do modelo bacteriológico à programação em saúde (1889-1983). *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, vol. 2, n.º 2, pp. 73-85, 1994.
- VILLA, T. C. S. et al. Considerações sobre o ensino de Administração em Enfermagem, numa abordagem crítica norteadas pelo processo de trabalho. In: 44.^a REUNIÃO ANUAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA PARA O PROGRESSO DA CIÊNCIA, 1992, São Paulo. *Programa e Resumos*. São Paulo: Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, 1992, pp. 76-76.
- VILLA, T. C. S. et al. Reforma sanitária: implicações para o ensino de administração dos serviços de enfermagem. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, vol. 10, n.º 1, pp. 60-70, 1989.

PRÁTICA DE SAÚDE: PROCESSO DE TRABALHO E NECESSIDADES¹

RICARDO BRUNO MENDES-GONÇALVES

I.

Alguns tipos de trabalho humano, mais do que outros, mesmo no contexto de culturas e sociedades diferentes e em momentos completamente diferentes da história, são mais facilmente desvinculados de ideia geral de “trabalho”, aparentando serem formas de atividade distintas, mais nobres, mais livres das injunções materiais que costumam estar associadas ao estereótipo do “mundo do trabalho” como algo pesado, sofrido, repleto das leis férreas da necessidade e distante da criatividade e da liberdade. Dentre esses tipos de trabalho, um dos mais notáveis é o trabalho em saúde, principalmente se reduzido à atividade de seu trabalhador mais típico, e em muitos sentidos principal, o médico.

Se são mais facilmente desvinculados é porque certamente são mais facilmente desvinculáveis: esse equívoco do pensamento, para que possa ocorrer e reiterar-se, deve estar necessariamente

¹ Texto originalmente publicado como R. B. Mendes-Gonçalves. *Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades*. São Paulo: Cefor, 1992, p. 53 (Cadernos Cefor Textos, 1).

baseado em características objetivas do trabalho em saúde — que não obstante quaisquer equívocos segue sendo um trabalho — que diferenciam de modo peculiar no contexto da divisão social do trabalho. E ao mesmo tempo, necessariamente, como esse equívoco não ocorre em nenhum conjunto abstrato de cérebros, mas sim, na realidade mais inclusiva das práticas sociais, realidade dentro da qual o pensamento equivocado ou não, se redefine como um momento integrado à ação, ele então implica possibilidades específicas de articulação das práticas de saúde no conjunto das práticas sociais de que participa. Desde já se pode adiantar que, entre as características que baseiam esse equívoco, ganham especial relevo: 1) o peso aparentemente maior das dimensões intelectuais do trabalho sobre as manuais; 2) a associação mais direta entre os valores ligados a seus produtos e os princípios ideológicos mais importantes no processo histórico de estruturação/desestruturação/reestruturação das sociedades capitalistas ocidentais, nas épocas moderna e contemporânea; 3) a posição social — situação nas hierarquias e estratificações sociais — que é obtida e reproduzida mediata e imediatamente através do trabalho pelos agentes sociais que o realizam.

Os tipos de trabalho referidos são, portanto diferenciados de forma tripla: 1) diferenciados, como qualquer outro tipo de trabalho, por sua especificidade técnica (a natureza peculiar de seus objetos, de suas tecnologias, da qualificação técnica requerida de seus agentes); 2) diferenciados, também, por parecerem ser “algo mais” do que trabalho, de natureza oposta e hierarquicamente superior ao trabalho, e permitirem o acesso, por parte de seus agentes, através de mecanismos vinculados a essa aparência, a obtenção de parcelas relativamente maiores de riqueza (dinheiro), ou poder, ou, frequentemente, de ambos; 3) diferenciados, ainda, por permitirem, através de mecanismos vinculados à mesma aparência, por parte dos consumidores de seus produtos, a reprodução de representações e ações referidas a suas próprias individualidades e socialidades

que tendem a conservar a vida humana alienada de sua realidade atual e de suas potencialidades imanentes.

Essas características que devem ser compreendidas em sua unidade, pois dependem umas das outras, não são, no nível de generalidade em que foram apresentadas, específicas das práticas de saúde. O exame a que se procederá acerca de suas especificidades menos abstratas procurará alcançar o objetivo de desdobrar a explicação a respeito dessa tripla diferenciação para o caso de trabalho em saúde, de modo que se possa compreender mais adequadamente essa formulação sintética, que afinal é o ponto de chegada da investigação, e não o seu ponto de partida.

Aceitando provisoriamente como hipóteses adequadas essas conclusões prematuras, pode-se compreender a motivação deste texto, à medida que a compreensão das práticas de saúde que privilegie positivamente, e não criticamente, essa diferenciação, aparecerá então como reforço, pela via complementar do conhecimento, da reprodução de seu caráter alienado e alienante.

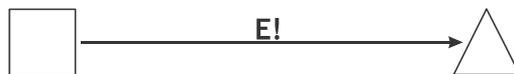
Dizendo de forma afirmativa o que logo acima foi dito de modo negativo, esta reflexão se orienta no sentido de buscar contribuir, examinando as práticas de saúde em sua dimensão básica de trabalho, para a construção de uma compreensão de sua dinâmica que seja adequada à sua objetividade, por supor que isso se constitua em ferramenta muito importante para a transformação da realidade. Duas observações relativamente restritivas são necessárias aqui: em primeiro lugar, por referência ao poder esclarecedor do caminho que se pretende percorrer, é preciso deixar claro que, mesmo partindo da convicção de que a dimensão-trabalho das práticas sociais constitui-se na base mais fundamental de sua efetivação, elas não se reduzem a essa dimensão, e portanto não devem ser reduzidas a essa dimensão pelo pensamento que queira explicá-las. Em segundo lugar, mesmo que uma teoria adequada do trabalho humano em geral, especificada para as práticas de saúde, possa permitir sua melhor compreensão possível, ainda assim só conservará

sua fecundidade se for mantida severamente sob vigilância, pois as teorias não *são* propriamente adequadas em si mesmas, mas *tornam-se* adequadas à medida que as práticas se tornam adequadas e impõem sua retificação.

II.

Antes de pensar o trabalho em saúde, é necessário apontar e reconhecer conceitualmente a qual o universo de fenômenos faz-se referência ao utilizar o termo “trabalho”. Procurar-se-á fazê-lo em um processo de aproximação gradativa, de tal modo que, partindo de ideias que exprimem aspectos muito abstraídos da realidade, seja possível chegar a um conjunto de determinações que pareça suficiente para dar conta do trabalho humano em geral. Mesmo essas ideias que parecem iniciais, entretanto, não o são, senão já como resultado de um processo do pensamento, que partindo dos trabalhos imediatamente dados vai extraindo deles toda peculiaridade, até chegar a elas. O que se fará então é o começo do caminho de volta do abstrato ao concreto; no ponto em que este texto chegar aos seus leitores, esse caminho talvez tenha começado a ser feito, perdendo-se completamente seus possíveis méritos se não for prosseguido (Marx, 1991, pp. 1-25).

As duas ideias mais gerais e abstratas que encaminham à delimitação do conceito de trabalho humano são as de “energia” e “transformação”, conjugadas em um único processo, que pode ser representado graficamente assim:



Com isso se quer expressar que ‘algo’ que havia ‘antes’ se transforma em ‘outro algo’ que há ‘depois’, através de um processo no qual certa quantidade de energia se aplicou. Deve-se notar que todos os conteúdos concretos dos mais diversificados tipos de trabalho

estão abstraídos nessa formulação, tendo subsistido apenas uma anterioridade e uma posterioridade vinculadas a uma outra por um processo de transformação não espontânea: isso permite já configurar o trabalho sob a forma necessária de ‘processo’, excluindo do seu campo de aplicação conceitual toda consideração anterior acerca do ‘algo antes’ e do ‘algo depois’ e da ‘energia’ consumida que pudesse ser feita tomando esses momentos em si mesmos, e não enquanto momentos do processo de trabalho.

A delimitação generalíssima a que se chegou permite também, além de perceber a processualidade, afastar as transformações espontâneas, como já se disse, que tomariam a forma



em que não ocorre consumo de energia. Da mesma forma, deve ser afastada a mera aplicação de energia ao ‘algo antes’, independentemente do ‘algo depois’, o que tomaria a forma



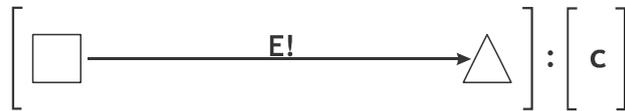
bem como o aparecimento do ‘algo depois’ a partir do nada:



Por outro lado, é evidente que diversos tipos de transformação nas quais se despende energia cabem na representação feita, e que não conviria incluir nos limites do conceito de trabalho: tal é o caso das transformações “naturais” (por exemplo: a queda de uma árvore atingida por um raio) ou causais (por exemplo, a queda de uma xícara atingida por um cotovelo distraído).

Esta última observação obriga imediatamente, portanto, a um primeiro aperfeiçoamento/correção da representação gráfica e da conceituação: não sendo “naturais” nem casuais, as transformações

mediadas por gasto de energia às quais se aplicará o conceito de ‘processo do trabalho’ se determinam então como ‘intencionais’. Entenda-se, portanto, o processo de trabalho como contendo, sob a forma de um de seus momentos, a correspondência a um carrecimento (C) que o “algo depois” é capaz de satisfazer. Por enquanto, essa correspondência é indiferente ao conteúdo concreto desse carrecimento. Só existem carrecimentos vinculados a objetos, decerto, mas a essa altura da conceituação, o carrecimento importa apenas enquanto confere ao movimento do conjunto do processo de trabalho uma finalidade, um caráter teleológico. Portanto:



As afirmações do último parágrafo obrigam a assinalar alguns pontos problemáticos, nelas contidos, que não devem passar despercebidos. Em primeiro lugar, cabe esclarecer as aspas duplas² no adjetivo “naturais”, tal como foram empregadas acima. Poder-se-ia, caso assim não fosse, a partir da distinção entre ‘natural’ e ‘intencional’ supor, como ponto de partida para a concepção de ‘homem’ que está sendo empregada, uma externalidade radical entre ‘homem’ e ‘natureza’. Com isso, começar-se-ia a pensar o trabalho humano retirando-o e opondo-o ao âmbito da natureza, o que traria problemas a desenvolvimentos posteriores. Lembre-se a que veio a expressão entre aspas: tratava-se de distinguir o trabalho humano de transformações como as que ocorrem quando uma árvore é abatida por um raio, ou uma rocha é erodida pelo vento, ou uma floresta consumida pelo fogo, transformações essas das quais está ausente qualquer sentido teleológico. Entretanto, se ao processo de

² Como já se terá notado, as aspas duplas estão sendo utilizadas neste texto para indicar discurso indireto, enquanto às aspas simples é reservado o emprego indicador de que as palavras assinaladas devem ser tomadas no sentido que enfatiza o significante em detrimento do significado, ou que destaca o caráter conceitual.

gênese do homem não convier nenhuma influência metafísica, há que admitir-se que é da própria natureza que ele emerge, e que é na própria natureza que ele se diferencia e desenvolve, ou, em outras palavras, que sua essência é natural (sem aspas, agora), que ele apenas efetiva potencialidades imanentes à natureza à qual pertence, assim como a parte que pertence ao todo. Se, entretanto, o todo a que a parte pertence não é anterior nem exterior às partes de que se constitui, mas está nelas, dever-se-á também concluir que a natureza se desenvolve e diferencia no homem, ou, em outras palavras, que sua essência é ser natureza humanizada. Tudo isso não quer dizer que o homem e a natureza são idênticos, mas que se deve distingui-los como parte e todo, que se reúnem sem violentar suas respectivas legalidades, nem da parte, nem do todo. Ora, o que aqui evidencia a distinção do homem (parte) na natureza (todo), que bem pode também ser apreendido na teoria de que os homens fazem sua própria história, embora em condições previamente dadas, é a presença nele, homem, diferentemente dos reinos mineral e vegetal, e do restante do reino animal, da teleologia, enquanto todas essas outras partes da natureza apresentam, como ele, causalidade, mas não teleologia (Heller, 1989).

Duas observações impõem-se aqui: por um lado, que a teleologia (“os homens fazem sua própria história”) que distingue o homem no interior da natureza não pode violentar a causalidade (“em condições previamente dadas”) que não o distingue, mas o identifica a ela (em si mesmo, em sua constituição biológica, e fora de si mesmo, na constituição física, química e biológica dos outros objetos naturais que se põem para ele). Isso quer dizer que o conceito físico de ‘trabalho’ (produto de uma força pelo deslocamento do seu ponto de aplicação), que bem se aplica às transformações naturais exemplificadas, deve também bem aplicar-se aos processos de trabalho humanos, que não pode contrariar a legalidade causal que esse conceito exprime, mas que a ela acrescem sua finalidade essencial. Ora, obviamente se segue que a teleologia humana, con-

siste em uma utilização, para fins próprios, daquela legalidade causal, o que implica descobrir como se estabelece, nos processos de trabalho, a mediação da teleologia pela causalidade, o que se voltará a tratar quando se discutir os instrumentos de trabalho. Por outro lado, a presença de carecimentos ao lado de ações transformadoras que dependem energia e que produzem resultados que satisfazem esses carecimentos parece, pelo menos a um primeiro olhar, caracterizar o reino animal tanto quanto o homem, o que obriga a um segundo compromisso a ser retomado adiante: o de encontrar os critérios de distinção entre a teleologia humana e essa aparente teleologia animal.

Em segundo lugar, e de forma conexa com a última observação feita, será necessário proceder a um exame um pouco mais adequado, mais adiante, do que se designou como ‘carecimento’. Foi dito que, por enquanto, sua presença é necessária apenas como forma de vincular o movimento de transformação a um fim presente desde o início. Mas, se por um lado é relativamente fácil desvincular essa ideia de outras próximas, tais como a que interpreta a queda da árvore como sendo adequada para que se cumprisse o seu destino, ou a que vê na mesma transformação a explicitação da divindade conforme seus próprios desígnios, ou ainda a que quer que o fim do movimento seja aproximar a árvore — corpo pesado — do centro da terra, seu suposto lugar natural, por outro lado o termo ‘carecimento’, pode vincular-se a dois outros significados que será conveniente afastar. Trata-se de dotar a ideia de ‘carecimento’ quer de fundamentos psicológicos, quer de fundamentos “naturais”. Sem prejuízo da necessidade de voltar a esse assunto adiante, pode-se por ora já fixar a ideia de que tanto como o próprio homem, parte da natureza que se diferencia de si mesmo na história, seus (dele) carecimentos só poderão ter as mesmas características: neles só cabe a naturalidade propriamente humana, e, portanto, se diferenciam na história.

Retomando a conceituação do processo de trabalho no ponto em que foi interrompida para esses esclarecimentos necessários, o

próximo passo consistirá em examinar as relações entre \square e \triangle . Por que \square se transforma em \triangle ? Como se transforma?

As respostas começam por afirmar que \triangle não pode provir de qualquer ‘algo antes’, mas de um número restrito, aqui reduzido, por simplicidade, a um só desses ‘algo antes’, representado por \square . Inversamente, \square não pode transformar-se em qualquer ‘algo depois’, mas em um número restrito, reduzido, por simplicidade, à unidade, e representado por \triangle . Há portanto uma relação necessária entre \square e \triangle , tal que permite ver em \triangle , uma potencialidade de \square , inscrita em suas qualidades, ao mesmo tempo que não estão inscritas nas qualidades de \square , como potencialidade, nem \circ , nem $*$ por exemplo. Em um galho de árvore suficientemente rígido está contida potencialmente uma alavanca, mas em um ramo tenro e flexível não está, o que quer dizer que a qualidade ‘rigidez/flexibilidade’ (entre outras) contém a alavanca. Entretanto, a mesma qualidade com polaridade invertida contém uma vara de pescar, embora em ambos os casos fragmentos adequados devam ser extraídos da árvore.

Examinando as coisas de um ângulo em que se busca responder por que \square se transforma em \triangle , vê-se que, entretanto, \square não deixa transparecer por si mesmo, imediatamente, suas qualidades que contêm \triangle em potência: essas qualidades precisam ser evidenciadas ativamente; além disso, dado que \square pode conter mais qualidades do que as que se efetivam em \triangle sua configuração como momento de um processo de trabalho implica a redução de suas múltiplas qualidades apenas às que interessam à efetivação de \triangle .

Isto tudo quer dizer que \square , *em sua relação* com o processo de trabalho, é ao mesmo tempo um “objeto” da natureza e um objeto no “natural”, um objeto humanizado. Está na natureza enquanto parte do todo que por si mesma não se diferencia do todo, e que nem sequer pode ser concebida fora de suas relações com o todo; não é “natural” na medida em que tem de ser delimitado e desprendido do todo para entrar no processo de trabalho. Enquanto parte da natureza, não é propriamente um objeto; vem a ser um

objeto somente quando um sujeito o delimita e desprende, sendo o modo pelo qual se dá essa delimitação e esse desprendimento guiado pelo olhar que antevê em um certo fragmento da natureza um certo resultado potencial. Por exemplo, se se pretender uma alavanca, o ramo que a contém em potência tem certos limites e deve ser cortado de certo modo; já se se pretender uma atiradeira, os limites estão outros, porque a forquilha e a rigidez lateral do ramo no ponto de bifurcação é \square que importam. Em todos esses casos, \square não se delimita por si mesmo, mas é delimitado por um olhar que contém um projeto: por isso se disse que, em sua relação com o processo de trabalho, não é um “objeto natural”, ao mesmo tempo que está na natureza.

Para dar conta dessas novas características do ‘algo antes’, passar-se-á a representar o processo de trabalho com novos aperfeiçoamentos/correções:



Nesta nova representação, OT (objeto do trabalho) está no lugar de uma parte das qualidades de \square , recortadas como sendo um \square virtual, por serem essas qualidades capazes de conterem projetos \triangle (“ \triangle ”). Deve-se atentar para o fato de que, se a passagem $\square \rightarrow OT$ representa o ‘algo antes’ procurando dar conta de sua dupla determinação, nessa passagem não se deu ainda nenhuma transformação. Faz-se abstração do fato de que muito poucos trabalhos lidam com objetos existentes na natureza, aplicando-se a maioria a objetos produzidos em processos anteriores. Pode-se fazer a abstração na medida em que não invalida o raciocínio — até permite, por simplicidade, que fique mais claro — mas não se deve esquecer a imensa importância desse fato, a ser retomado posteriormente.

É importante notar que o fato de que foi o projeto de \triangle o que permitiu discriminar algumas qualidades da natureza sob a forma de um objeto de trabalho, e que \square tomará as características

de um “objeto natural”. Toda objetualidade da natureza decorre da presença de um sujeito, para o qual ela é objeto, o que enlaça subjetividade e objetividade de modo inseparável; se esse sujeito transformar a si próprio enquanto se reproduz à custa de sua metabolização da natureza, ambos tornar-se-ão históricos. Ao mesmo tempo, a transformação do homem encontra seus limites também nas suas possibilidades de produzir para si novos “objetos naturais”; mas como natureza contém infinitos \square , suporta infinitos projetos e infinitos homens: segue-se que a historicidade de que se revestem, homens e natureza, é necessariamente aberta. O esquadrinhamento e o esartejamento da natureza contido na delimitação dos objetos do trabalho constitui-se de qualquer modo na base ontológica mais profunda para a diferenciação histórica da razão humana e, ao mesmo tempo, para seus conteúdos objetivados, o conhecimento acumulado.

Encontram-se duas respostas para a busca das conexões entre \square e \triangle : as qualidades reais de \square e o projeto de \triangle , que permite sua objetualização. Ambas as coisas mostram-se não apenas necessárias ao projeto de trabalho, mas necessárias uma à outra. Entretanto, não são evidentemente suficientes para desencadear a transformação propriamente dita. Isto tem sido representado até agora por E! que é necessário então examinar.

Na fórmula está apenas representada a ideia de que certa quantidade de energia se desprende no processo. Já se assumiu que esse consumo de energia não é “natural” nem casual, mas intencional, a questão que imediatamente refere-se à relação entre essa intencionalidade e o gasto de energia. Tome-se um exemplo simples: esse gasto e essa relação encontram-se no gesto de extensão do braço que apanha um fruto. O fruto que pende esquecido na árvore (“ \square ”), é visto, com base na experiência anterior (“ \triangle ”), como possível fruto a ser comido (OT), e o braço que para ele se estende já colhe esse produto (\triangle). É preciso saber quais frutos são comestíveis e que os frutos são arrancáveis para que faça sentido o gesto,

entretanto, bem como é preciso ter braços suficientemente longos e com extremidades preênsais para ousá-lo. O braço e a mão condensam a um só tempo as qualidades do fruto (ser alimentício e arrancável) como do projeto do sujeito que executa o trabalho: ter frutos à disposição para matar a fome. Se se tratasse de um animal, todavia, o braço e a mão revelar-se-iam talvez insuficientes para condensar as determinações do projeto e da natureza, pois o animal corre e morde. Uma clava de madeira ou osso ou pedra seria capaz de dar forma adequada, nesse caso, ao gasto de energia. Enquanto extensão do braço a clava revela, ao mesmo tempo, a capacidade de estabelecer, entre a intenção e o gesto, a mediação de uma teoria a respeito do objeto do trabalho e de uma teoria sobre o próprio trabalho. Não é por outra razão que os antropólogos identificam como primeira variedade da espécie *Homo* o homínideo (*Homo habilis*) cujos restos fósseis foram encontrados ao lado de utensílios de pedra: ter guardado o utensílio usado uma vez, para ser usado de novo em uma outra ocasião, revela a capacidade de intelectualizar a execução do trabalho separadamente do próprio ato de executá-lo.

Esses utensílios, os instrumentos de trabalho (I), o braço, a mão e a clava, correspondem, portanto à forma pela qual a energia se incorpora ao processo de trabalho, e devem apresentar a capacidade de sintetizar, como se disse, as qualidades de \square e o projeto de \triangle em uma ação transformadora. Convém examiná-los melhor, entretanto, para ver de onde vem esse seu poder sintetizador, bem como para bem avaliar que características imprimem ao trabalho humano.

Ao falar no sentido teleológico do processo de trabalho humano, excluiu-se, por não o apresentarem, as chamadas transformações “naturais”. Estas últimas foram exemplificadas através da árvore fulminada pelo raio, da rocha erodida pelo vento e da floresta incendiada. Ora, os dois primeiros exemplos permanecem — mas não necessariamente para sempre — “naturais”, enquanto que o terceiro tornou-se não só uma das formas usuais de obter terra agriculturável, mas também o meio de obter fins menos nobres e

uma das mais trágicas evidências da humanização alienada da natureza. A queimada é um processo de trabalho que se vale do poder de uma parte da natureza de transformar a outra, não mais em sua ocorrência “natural”, mas em sua ocorrência teleologicamente vinculada a um carecimento.

[O]meio de trabalho é uma coisa ou um complexo de coisas que o trabalhador insere entre si mesmo e o objeto de trabalho e lhe serve para dirigir sua atividade sobre esse objeto. Ele utiliza as propriedades mecânicas, físicas, químicas das coisas, para fazê-las atuarem como forças sobre outras coisas, de acordo com o fim que tem em mira” (Marx, 1968b, p. 203).

Deve-se ressaltar aqui, outra vez, a importância de ter tomado à partida a distinção entre homem e natureza como relativa, de vez que um complexo instrumento de trabalho robotizado e movido por um conjunto de trabalhadores tende a ser apreendido como um produto unilateral da razão humana, quando não como *deus ex machina* de poderes fantasmagóricos. Com o que foi dito, entenda-se então que o instrumento de trabalho deriva seu poder transformador da própria natureza: mais precisamente se dirá que tem o seu poder transformador derivado da própria natureza, e ainda, de sua própria natureza. Uma pedra não é em si mesma um instrumento de trabalho: *torna-se* um instrumento de trabalho quando um sujeito dotado de um projeto a utiliza, mas apenas enquanto, ao utilizar-se dela, se vale de suas qualidades. O braço e a mão são instrumentos de trabalho enquanto a atividade transformadora do homem se valer de suas qualidades naturais; mas por outro lado a atividade transformadora só aparecerá como trabalho quando utilizar propriedades naturais. Na própria delimitação dos objetos do trabalho, na objetualização de um fragmento da natureza, o poder objetivante dos instrumentos é um momento essencial: um fruto que estivesse em um lugar inacessível, pendente de

um galho muito alto da árvore, continuaria sendo um fruto e continuaria sendo comestível, mas por não ser mais arrancável não seria mais um objeto do trabalho atual. Sua presença ao lado de outros frutos, arrancáveis, é um poderoso ativador do desenvolvimento da Razão, que aprende da natureza a fazer a analogia, ao mesmo tempo que aprende a aplicar-se em sua objetivação sob a forma de novos instrumentos. Uma longa vara pode assim vir a ser um instrumento. “Deste modo, faz de uma coisa da natureza órgão de sua própria atividade, um órgão que acrescenta a seus próprios órgãos corporais aumentando seu próprio corpo natural, apesar da Bíblia” (Marx, 1968b, p. 203). Esse é o sentido em que deve ser compreendida a afirmação da unidade entre homem e natureza: a humanidade natural e a naturalidade humana do homem.

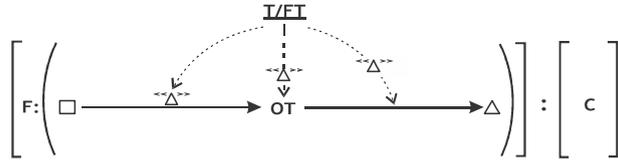
Se foi possível compreender a forma pela qual a energia é gasta para obter o efeito desejado, através da identificação e da conceituação dos instrumentos de trabalho, cabe agora observar melhor essa própria energia. No plano da natureza, abstraída da presença do homem nela, o termo ‘energia’ aponta para a presença, nela, das condições para que ocorram trabalhos, tais como são compreendidos pela física, o que permite compreendê-la como um “sistema energético”. Se o trabalho humano não pode contrariar, mas tem de superar as determinações naturais puras, tem de consumir energia: essa energia consiste, portanto no conjunto de qualidades humanas naturais que podem ser atividades para obter transformações, que é designado força de trabalho. Entretanto, como a superação referida logo atrás consiste basicamente na introdução de teleologia, uma parte da força de trabalho deverá ser consumida dispondo objetos e instrumentos do trabalho em sua relação adequada, enquanto outra parte deverá ser consumida através da própria discriminação de quais são essas relações adequadas e em sua manutenção variada durante o processo, de modo que os fins sejam alcançados. Em outros termos, a força de trabalho fornece energias mecânicas e energias intelectuais que controlam essas energias mecânicas. A atividade coordenada intelectual-

mecânica de consumo de energia conforme o fim buscado se chama ‘trabalho’. Como todo resultado do processo de trabalho contém energia sob uma forma capaz de, ao ser consumida, satisfazer um carecimento, assim a força de trabalho, energia que ao ser consumida satisfaz os requerimentos da atividade de trabalhar, deve ser ela própria resultado de processos de trabalho, pouco importando no momento que esses “processos de trabalho” fossem, no momento da gênese do homem, processos “naturais”, como os que produzem a força de trabalho dos animais. O que distingue o processo de trabalho humano, neste contexto, portanto, não é a presença de energia, ou sua entrada em ação, mas, outra vez, a específica forma de sua entrada em ação e de sua manutenção na ação, que caracterizam a atividade humana do trabalho como vinculada a uma finalidade sempre presente antes e durante o processo.

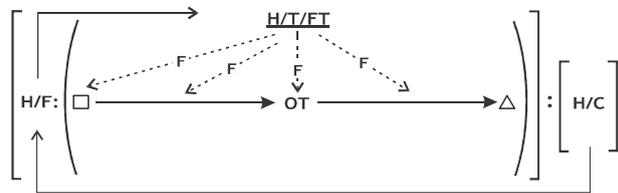
[. . .] no fim do processo de trabalho aparece um resultado que já existia antes idealmente na imaginação do trabalhador. Ele não transforma apenas o material sobre o qual opera; ele imprime ao material o projeto que tinha conscientemente em mira, o qual constitui a lei determinante do seu modo de operar e ao qual tem de subordinar sua vontade. E essa subordinação não é um ato fortuito. Além do esforço dos órgãos que trabalham, é mister a vontade adequada que se manifesta através da atenção durante todo o curso do trabalho (Marx, 1968b, p. 202).

Chame-se ‘finalidade’ (F) essa tensão da vontade. Pode-se então aperfeiçoar/corrigido como se segue: o símbolo E! será substituído pelos símbolos T/FT / I com isso se querendo dizer que o conjunto de qualidades e potencialidades humanas (FT) necessárias à ação transformadora (T) é consumido, vem a objetivar-se, tanto na estrita transformação de OT em Δ mediada pelos instrumentos (I), quanto na fase anterior ($\square \rightarrow OT$), o que é designado

pelas setas interrompidas, símbolos da atividade (T) de consumo produtivo de FT subordinada à finalidade (F). Como essa subordinação percorre todo o processo, deve-se representá-la também como o antecedendo e circunscrivendo



É possível compreender agora mais um conjunto de determinações na transformação em que consiste o processo de trabalho: além das qualidades de □ e do projeto de Δ (“Δ”), têm-se agora o consumo produtivo da força de trabalho (FT) pela atividade do trabalho (T), através de instrumentos que são, segundo Giannotti (1984, p. 88), “o ponto de encontro da finalidade do trabalho e do determinismo da natureza, o lugar de sua determinação recíproca”, e vinculando todos esses aspectos a finalidade (F), significando a interiorização produtiva do carecimento (C). Logo, acrescentando agora a representação da constituição de F em função da presença de C e da necessidade de, para além de “sentir” C, objetivar essa carência na produção de Δ:



A finalidade aparece de três modos, como se pode ver: na constituição do Homem dotado de uma Finalidade (H/F), por efeito da presença do homem dotado de carecimento (H/C); na constituição do Homem em atividade (H/T/FT) por efeito da presença da Finalidade nele (H/F); e na persistência produtiva dessa atividade, até que o resultado esteja posto, pela transformação de

OT→△, e desde a delimitação de OT a partir da natureza. A finalidade não é, porém, uma qualquer dessas presenças, nem a soma delas, mas elas todas ao mesmo tempo, como uma síntese de relações: faltando o primeiro aspecto deixa-se de perceber que, em um sentido, o carecimento antecede ao processo de trabalho, que se determinaria como produtor de carecimentos unilateralmente; faltando o segundo aspecto, deixa-se de perceber que, em um sentido, a constituição da finalidade dá-se antes e fora do processo de trabalho; faltando o terceiro aspecto, deixa-se de perceber que, em um sentido, a objetivação da finalidade independe de sua constituição. Ora, a primeira dessas “perdas” implica interpretar o processo de trabalho como posição de um resultado, enquanto a dialética carecimento/processo de trabalho o interpreta como um ciclo; a segunda “perda” implica a impossibilidade de distinguir adequadamente a teleologia humana da aparente teleologia animal; a terceira “perda” acarreta a consequência de não poder-se compreender algo essencial do trabalho humano: desde quando haja disponibilidade de instrumentos adequados, como as máquinas, o trabalho humano, enquanto atividade, pode ser realizado sem que o projeto do resultado esteja tensamente presente subordinando a vontade, o que vem a ser condição objetiva das específicas formas de alienação do trabalho que se efetivam nas sociedades capitalistas contemporâneas.

A tríplice determinação da finalidade que se discutiu acima assume toda sua importância, todavia, quando se considera que o processo de trabalho humano, tal como descrito até agora, tem a forma aparente de um ciclo vicioso do tipo:



Observando melhor, percebe-se entretanto que, ao fim do ciclo, mudanças necessariamente ocorreram: o trabalhador ampliado pelos instrumentos — a “individualidade técnica” (Giannotti, 1984, p. 109) — ao repetir-se o ciclo terá incorporado a si a destreza adi-

cional que resulta da prática; a natureza terá sido mais conhecida e suas potencialidades trazidas mais para perto do homem, além de carregar agora as cicatrizes do seu processo de humanização; o homem cujo carecimento houver sido satisfeito já não será o mesmo homem, mas um homem que pelo menos uma vez se satisfêz; o carecimento que tiver sido satisfeito já não será tampouco o mesmo, mas, modificado pelo ato de consumo, terá sido diferenciado e especificado. De tudo isso segue-se que, mesmo nos altos níveis de abstração em que o processo de trabalho foi apreendido, a repetição de seu ciclo implica necessariamente a re-produção de todos os seus aspectos parciais, onde sobressaem a re-produção do homem e a humanização da natureza, e não sua reposição monótona. E ambos os processos, sendo dimensões de um só, terão ocorrido como ampliação do domínio de forças naturais, nele próprio e fora dele próprio. A mais notável consequência está na possibilidade que se abre, de que a repetição do ciclo possa dar-se de modo a consumir menos tempo ou, o que vem a dar no mesmo, que no mesmo tempo se possa consumir produtivamente mais força de trabalho, com o resultado de ampliar o leque de possibilidades de aplicação do trabalho, com vistas a outros carecimentos, que não os mais brutos e primordiais.

Abrem-se assim as portas da história.

Cabe agora retomar um problema deixado suspenso, em fase anterior deste texto: onde se diferencia o processo de trabalho humano da atividade metabolizadora da natureza apresentada pelos animais? O específico sentido da teleologia humana fornece a resposta: “Mas o que distingue o pior arquiteto da melhor abelha é que ele figura na mente sua construção antes de transformá-la em realidade” (Marx, 1968b, p. 202). À parte as conotações psicológicas que se pode querer atribuir, como fundamento, às intenções que permitem identificar pelo menos fragmentos disso nos comportamentos de cães e gatos, abelhas, aranhas e formigas, para ficar apenas com os animais mais frequentemente lembrados, é possível evidenciar uma diferença qualitativa radical entre o que seriam as

intenções dos animais e as do homem. Mesmo que se queira chamar ‘intenções’ ao que subjaz ao comportamento animal se exterioriza sob a forma de persistência na obtenção do que necessitam, ou até mesmo sob a forma das artimanhas que desenvolvem para obtê-lo, nunca se encontra, no caso deles, o testemunho objetivo de que esse ‘intentar’ possa ocorrer separadamente, no espaço e no tempo, da execução das ações. No caso do homem, se é possível afirmar essa separação como natural, constituindo-se, portanto em sua forma objetivamente natural de “intentar” é porque os instrumentos de trabalho o atestam de modo inequívoco. Em primeiro lugar por sua persistência: são *guardados* para serem reutilizados, o que implica terem sido pensados em função do seu uso, fora do espaço e do tempo em que estão sendo efetivamente utilizados. Em segundo lugar, e decisivamente, *porque são produzidos*, porque são resultado de processos de trabalho cujo sentido teleológico está orientado para outros processos de trabalho, e não para satisfação imediata de carecimentos. Na célebre expressão de Benjamin Franklin, “man is a tool-making animal”.

A imensa amplitude da diferença pode ser avaliada, por exemplo, pelo desenvolvimento da capacidade de “construir na cabeça” os processos de trabalho, o que implica o que se chamou de “esquadrinhamento” e “esquartejamento” da natureza, isto é, seu conhecimento, aí incluído o autoconhecimento. Melhor ainda pode ser apreendida no corolário da separação entre o pensar e o fazer: os homens podem dividir entre si essas funções e com isso ampliar ainda mais o seu domínio das forças naturais, bem como podem, o que não resulta necessariamente do anterior, estabelecer suas relações entre si com base nessa divisão, e com isso apropriarem-se diferenciadamente das condições do processo de trabalho, e, por decorrência, dos seus resultados.

Além de produzir resultados que desaparecem no consumo satisfazendo carecimentos (consumo improdutivo) e resultados que entram em outros processos de trabalho para serem consumidos

como instrumentos (consumo produtivo), o processo de trabalho pode também produzir resultados que entram em outros processos de trabalho como objetos do trabalho, o que configurará também consumo produtivo. Rigorosamente, o termo “pode” ser usado nas afirmações precedentes é inadequado: o período mais remoto da história humana é chamado paleolítico porque nele se produzem instrumentos de trabalho de pedra; a utilização de peles de animais como proteção já presume a conexão do trabalho de caçá-los com o trabalho de transformar as peles brutas em vestuário. Apenas em seu instante de gênese pode-se imaginar o homem como aparentemente igual aos símios: se já não é um símio, contudo, é exatamente porque trabalha de modo humano, e se trabalha de modo humano é exatamente porque produz instrumentos de trabalho — no mínimo guardando aqueles extraídos da natureza — em vez de meramente “encontrá-los”.

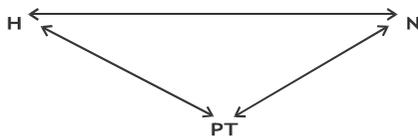
Por outro lado, compreenda-se que a representação gráfica tornou-se agora impossível, o que não significa que não se possa fazê-la na mente, em suas linhas gerais, construindo uma rede de processo de trabalho que se alimentam reciprocamente. Compreenda-se ainda que a representação do processo de trabalho que abstraia dessa articulação reticulada é relativamente inadequada, pois ele sempre se dá sob essa forma, e não como apareceu na última fórmula apresentada.

Essas observações devem ser conectadas àquelas feitas a respeito da repetição do ciclo do processo de trabalho: as alterações estão apontadas como resultantes da repetição do ciclo, acrescentem-se agora as que decorrem de pensá-lo como organizado em uma rede de onde emergem, de um lado, a reprodução do homem através do consumo dos resultados do processo, e de outro, a ampliação do conjunto de forças naturais dominadas, através do consumo produtivo de instrumentos e objetos do trabalho. A conservação, neste último caso, dos resultados de certos processos em outros processos, constitui a matriz daquela ampliação, que por sua vez desdobra as

possibilidades de re-produção do homem também ampliadamente. Não estão mais apenas abertas as portas da história: o homem terá adentrado por elas de forma definitiva.

Esta última afirmação *deve* ser tomada em seu pleno sentido valorativo. A história não aparece aí como um cenário cambiante onde o homem vem a ser, mas como esse próprio vir a ser: domínio progressivamente maior das forças naturais e enriquecimento do homem, diferenciado em suas necessidades. O fato de este não ser um processo naturalmente natural, regido tão somente pela causalidade, mas de ser um processo humanamente natural, regido também pela teleologia, traduz-se em sua não inevitabilidade, em sua obstaculização potencial, em sua reversibilidade possível, mas não nega o caráter de valor positivo objetivo que *deve* ser atribuído a tudo que o favorece, assim como *deve* ser atribuído o caráter de antivalo objetivo a tudo que o impeça ou possa impedi-lo (Heller, 1989).

Tal como foi interpretado, o processo de trabalho constitui um dos polos de uma tríplice relação dialética que inclui o homem e a natureza, e cujo desenvolvimento é a substância da história. Essa interação é representável do seguinte modo (Mészáros, 1981, p. 96).



O homem aparece aí como produto e criador da natureza através do processo de trabalho, e como produto e criador do processo de trabalho através da natureza. Entretanto, toda a exposição feita até aqui pode comprometer-se, por inteiro, se a conceituação do processo de trabalho for deixada no ponto em que está, por facultar uma compreensão em que figura como aplicável à atividade de um só homem, ou de muitos homens isolados que, “depois” de trabalharem, então entrassem em contato entre si.

A não ser em situações mitológicas, o homem não trabalha nunca isolado dos outros homens, mas sempre em sua forma natural de ser: como homem social. E o que vem a ser isto? O homem não existe, não vive, não trabalha, não se reproduz, senão organizado em grupos de homens: os carecimentos que, transformados em finalidades, guiam todos os processos de trabalho, não são os carecimentos dele, trabalhador individual, que sente fome, frio ou tédio, mas sim os carecimentos do grupo, do clã, da tribo, da comunidade, que inclui sempre homens e mulheres de diversas idades e que não exatamente “escolhe” existir, viver e reproduzir-se como grupo, mas *naturalmente* só pode existir, viver e reproduzir-se como grupo. Essa forma histórica primordial de socialidade se modifica, sem deixar de sê-lo, pelo fato de que esse homem, menos indivíduo do que ser imediatamente genérico, “animal de rebanho” em certo sentido, precisamente através do desenvolvimento histórico das potencialidades imanentes a essa forma social comunitária primitiva, virá a ser outro homem, cujas relações com seus produtos, com seu trabalho, com sua essência genérica e com os outros homens se manifestem sob forma alienada. Em todo caso, em diferentes condições históricas de reprodução social, segue sendo um ser social: “A sociedade não se compõe de indivíduos; ela exprime a soma das relações, condições, etc., nas quais se encontram esses indivíduos, uns por referência aos outros (Marx, 1968c, p. 281).

De outro ângulo de aproximação, para além desse que privilegia a destinação social dos produtos, a socialidade se revela também no próprio interior do processo de trabalho, o qual apenas excepcionalmente é realizado por um só homem, de \square até Δ . Não fosse já pela produção coletiva de objetos e instrumentos, pelo consumo imediatamente coletivo deles na produção. A chave mais essencial da socialidade humana, contudo, dependendo de todas as condições acima referidas, mas superando-as, deve ser compreendida como ao mesmo tempo a *base* (no sentido do ponto de partida, de resultado anterior historicamente alcançado que a produção já

encontra), e o *resultado* (no sentido de ponto de chegada) do processo de trabalho como processo de re-produção ampliada do domínio das forças naturais que são acionadas e acumuladas, mas na medida em que tudo isso se constitui em produção e re-produção dos próprios indivíduos. Em outras palavras, só através de relações entre si, os homens-indivíduos-trabalhadores “entram” nos processos de trabalho; essas relações não são apenas “subjetivas”, mas se objetivam em relações com os objetos e os instrumentos de trabalho, e quando o processo termina deve haver como resultado, ao mesmo tempo: produtos, re-produção ampliada das forças naturais dominadas, reprodução das relações sociais referidas aos objetos e aos instrumentos e, dentro e através disso tudo, re-produção dos próprios indivíduos-trabalhadores. Obviamente, esses indivíduos implicam suas “relações, condições, etc.”, e, portanto, são, enquanto indivíduos, mediada e necessariamente seres sociais.

Deve-se agora reconsiderar Δ . Viu-se que o processo de trabalho, determina-se como um sistema de forças naturais dominadas que funciona como intermediário entre o homem e a natureza, isto é, como intermediário na diferenciação do homem como ser natural. Viu-se que as características dessa mediação só podem ser adequadamente apreendidas como sócio-históricas. Não se examinou porém, ainda, o fato de que a relação do trabalhador com os objetos e os instrumentos de trabalho não é da mesma espécie que a relação com os resultados imediatos do processo (Δ), porque se aquelas são relações de imediatez necessária (os instrumentos são o prolongamento do corpo físico e da mente do trabalhador na direção das características qualitativas do objeto), esta última não o é. Transformados os objetos, os resultados, como nova objetivação dos instrumentos, dos objetos, e da atividade do trabalho, estão postos no mundo, sem nada neles que indique de qual processo de trabalho provieram. Exteriorizam-se, escapam ao processo que os criou, e cabe explicar o que determinará que sejam consumidos produtivamente (sob a forma de novos objetos e de novos instru-

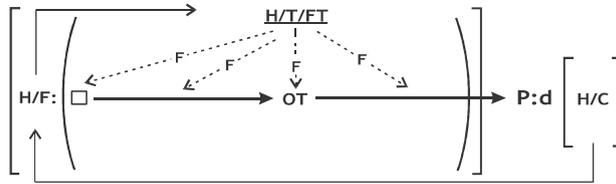
mentos) ou improdutivamente (satisfazendo imediatamente carecimentos humanos), e o que determinará quem os consumirá. Nada implica automaticamente que os trabalhadores que os produziram deles se apropriem, para o consumo ou para troca. Como explicar então sua ‘distribuição’, os mecanismos que determinam as formas e quantidades de seu consumo?

Ora, assinalou-se acima que a produção deve reproduzir também as relações sociais referidas aos objetos e aos instrumentos, que estão na base sobre a qual se realiza, que estão em seus pontos de partida. Isso quer dizer que, antes que o processo comece, necessariamente alguma forma de relação estará estabelecida entre os homens e as condições da produção, ou, que há necessariamente uma distribuição prévia das condições do processo entre os homens. Uma das formas, a primeira manifestada na história, de dar-se essa distribuição, é aquela chamada ‘comunitária’, em que a distribuição é global, porque o homem é ainda um “animal de rebanho”: não se trata de que todos e cada um dos homens se aproprie de uma parte alíquota igual das condições da produção e, portanto, dos resultados; trata-se sim de que todos e cada um dos homens se aproprie, por si mesmo ou através dos outros, do conjunto das condições da produção e, portanto, dos seus resultados.

Essa forma social cria condições, principalmente através da produção de excedentes (por referência ao consumo) para que, por um ato unilateral, a apropriação privada desses excedentes estabeleça no mesmo movimento a desigualdade e a diferença entre os homens. Desigualdade na distribuição das condições objetivas da produção, diferença como particularização de indivíduos que, sem perderem sua genericidade, deixam de ter sua individualidade coincidindo imediata, extensiva e exclusivamente com ela. A desigualdade implica necessariamente uma relação: a divisão natural do trabalho conforme sexo, idade e destreza relacionados a funções técnicas do trabalho passa a ser sobredeterminada por uma divisão social do trabalho em que os homens se relacionam entre si através

de suas relações desiguais com as condições objetivas da produção. O processo de trabalho contém, tanto em sua forma comunitária, quanto em qualquer de suas formas desiguais de relações dos homens entre si que aconteceram depois, através da distribuição dos homens conforme suas relações com as condições objetivas da produção, a reprodução dessas relações, que se manifesta na apropriação desigual dos resultados. O processo de trabalho é realizado, portanto, de um *modo* que depende dessas relações sociais de produção e distribuição, que não pode ser indiferente à qualidade e à quantidade das forças naturais dominadas que nele atuam. A isso chama-se ‘modo de produção’, e compreende-se que o conceito aponta para épocas históricas menos ou mais longas, em que a reprodução social, sem cessar de diferenciar-se de si mesma e acumular potencialidades para sua superação por outro “modo”, mantêm-se, em sua estrutura mais geral, conservada. Os resultados (Δ) dos processos de trabalho condensam todas essas determinações: 1) a efetivação das possibilidades discriminadas em um fragmento da natureza (\square), 2) através de sua apreensão intelectual como um objeto do trabalho (OT) e 3) sua transformação através de instrumentos de trabalho (I) acionados pela 4) atividade (T) que ao consumir a força do trabalho (FT), 5) subordina-se intelectual e organicamente ao projeto (F) de resultado capaz de satisfazer um certo carecimento (C), ao mesmo tempo e no mesmo movimento em que as relações sociais estabelecidas pela desigual distribuição de \square , OT, I, FT e F entre os homens é reposta como desigual distribuição desses resultados, e ao mesmo tempo e no mesmo movimento em que a satisfação dos carecimentos mediada pela desigualdade da distribuição dos resultados é reposta como homens desigual (uns mais, outros menos) e diferentemente (uns de um modo, outros de outro) satisfeitos. Enquanto condensação dessas determinações, os resultados dos processos de trabalho não são meramente “algo depois”, mas podem agora ser chamados de ‘produtos’, simbolizados por P.

Procurando aperfeiçoar/corriger a representação gráfica que vinha sendo construída, mesmo que fazendo abstração, por impossibilidade gráfica, da necessária articulação “reticulada” dos processos de trabalho e de sua sócio-historicidade, tem-se então:

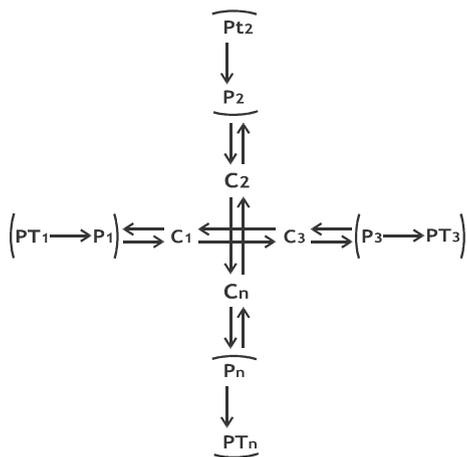


Note-se que as modificações introduzidas consistem na colocação de P fora dos parênteses que circunscrevem os momentos essenciais do processo de trabalho (os objetos, os instrumentos, a atividade do trabalho) e na colocação de ‘d’ (distribuição) entre os produtos e os carecimentos, ficando subentendida a presença de ‘d’ entre os homens e as condições dadas ao início do processo. Simplificando por PT os momentos essenciais do processo, para dar passagem à última representação, ter-se-á:

$$\left(PT \longrightarrow P \right) \longleftrightarrow C$$

Lembre-se agora que os carecimentos que desencadeiam os processos de trabalho, e que são por eles satisfeitos, não são senão mediadamente os dos próprios homens que participam em cada um deles, mas desde que unidos os carecimentos de todos os outros homens, que participam de todos os outros processos de trabalho. Deve-se incluir aí também os carecimentos configurados na necessidade de se reproduzirem as relações sociais sob as quais os processos de trabalho se dão, de tal forma que chegue a uma representação em que cada processo deva internalizar, através de mediações variavelmente complexas, mas sempre sustentadas pelos produtos, o conjunto de carecimentos presentes em cada estrutura

sócio-histórica de re-produção do homem como ser natural. Isto é o que se procura representar com a última fórmula:



Neste último esquema, os processos de trabalho aparecem integrados por meio das relações entre os carecimentos que precisam internalizar para realizar-se. Poder-se-ia inverter a representação para evidenciar a dimensão complementar da mesma unidade: nesse caso, os conhecimentos apareceriam integrados por meio dos processos de trabalho em que se externalizam. Mesmo levando em conta a ainda extrema simplificação desse esquema para a compreensão da vida concreta dos homens, dele se pode deduzir a necessidade de compreender sempre os processos de trabalho e os carecimentos como compondo estruturas reciprocamente relacionadas que recobrem o conjunto da vida social. Daqui por diante passar-se-á então a procurar examinar um pouco melhor essa estrutura de carecimentos.

III.

De toda a exposição anterior se conclui que o homem é um ser natural com carecimentos e poderes. Examinou-se, ainda que abs-

tratamento, esses poderes, e viu-se que estão sujeitos a modificações e a desenvolvimento. Daí o dever de examinar agora os carecimentos, já partindo da certeza de que, se suas formas de objetivação se modificam e desenvolvem, não podem eles senão necessariamente modificar-se e desenvolver-se. Qualquer fixidez “naturalista” para a compreensão dos carecimentos deve ser aqui abandonada, neles buscando-se descobrir a socialidade e a historicidade. Desde já, nesse sentido, passar-se-á então a chamá-los ‘necessidades’. Positivamente, o homem deve ser descrito em termos de suas necessidades e poderes. E ambos estão igualmente sujeitos a modificações e desenvolvimento. Em consequência, não pode haver nada de fixo em relação a ele, exceto o que se segue de sua determinação como ser natural, ou seja, o fato de que ele é um ser com *necessidades* — de outro modo não poderia ser chamado de ser natural — e *poderes*, sem os quais um ser natural não poderia sobreviver (Mészáros, 1981, p. 149).

A determinação do homem, enquanto ser natural, como ser dotado de necessidades, que nesse plano não o diferencia em nada dos outros seres naturais, deve ser compreendida como a limitação dos seus impulsos ativos a objetos-ainda-não-objetualizados situados fora dele, na natureza com ele. Tais objetos se objetualizam efetivamente, entretanto, só através do exercício de seus poderes: nesse nível, portanto, ‘necessidades’ e ‘poderes’ revelam-se dimensões de uma só totalidade parcial — o ser natural. As necessidades aparecem como aquilo que precisa “necessariamente”³ ser satisfeito para que esse ser continue sendo um ser. Nesse quadro de referência

3 Há certa dificuldade na língua portuguesa que mal poderia ser evitada através do recurso a sinônimos, em distinguir entre o sentido de “necessidade”, ‘necessário’ como um dever-ser-obrigatório (“nécessité”, “nécessaire”, em francês; “necessity”, “necessary”, em inglês; “notwendigkeit”, “notwendig” em alemão) e o sentido de impulso, apetite, desejo, exigência, sempre substantivo (“besoin” em francês; “need”, em inglês; “Bedürfnis”, em alemão). Neste segundo sentido se está empregando neste texto o termo “necessidade”. Quando utilizado no primeiro sentido, será posto entre aspas duplas, sempre que o contexto não dispensar o esclarecimento.

proporcionado pela natureza, o fundamento ontológico essencial do homem decorre do fato de que se ele, como ser natural que é, aplica poderes que o revelam como especificamente diferente dos outros seres naturais, como já se viu, esses poderes implicam necessariamente que suas necessidades, só podendo ser pensadas — porque só assim existem — como contrapartida desses poderes, revelar-se-ão especificamente diferentes das dos outros seres naturais.

Ou seja, as necessidades são a referência da parte (homem) ao todo (natureza) de que é parte, na medida em que essa participação não é fortuita, mas, ontologicamente, essencial. O homem precisa “necessariamente” ter necessidades, referir-se ativamente à natureza, para ser. A objetivação dessa condição dando-se através do trabalho, como forma naturalmente humana de vir a ser, acarreta a consubstancialidade das características do trabalho e das necessidades. Estas não serão nunca “naturais”, como tampouco o é o trabalho; não serão características de um ser natural abstrato, como alimentar-se, por exemplo, mas específicas quanto ao conteúdo e à forma: precisa alimentar-se de um certo modo, comendo coisas específicas e de uma maneira específica, pois só assim se reproduz como ser humano, ser natural sócio-histórico. O conjunto dos objetos específicos que deve consumir e a forma pela qual devem ser consumidos constituem as necessidades que “necessariamente” deve satisfazer para reproduzir-se, o que implica os modos de produzir esses objetos e distribuí-los (Heller, 1986).

Essas necessidades “necessárias” não são, portanto, fixas, mas variarão, ampliando-se e diversificando-se com a ampliação e a diversificação do domínio das forças naturais que se objetivam nos objetos dessas necessidades. Quando o primeiro fruto tiver sido colhido e comido pelo primeiro homem, que já não será, pelo modo como tiver exercido seus poderes naturais, idêntico à espécie de que tiver derivado, sua necessidade de comer terá deixado de ser a necessidade de um ser meramente natural, para ser a necessidade de um ser humanamente natural, que é naturalmente capaz de

pensar a atividade e os instrumentos que usou e a satisfação da fome, de modo separado de seu exercício e consumo. Com isso, não terá apenas produzido um alimento e o consumido, mas terá produzido uma *nova* necessidade, e portanto, um *novo* homem. Ou seja, “a primeira necessidade ela própria, uma vez satisfeita, a ação de a satisfazer, e o instrumento já adquirido para essa satisfação, empurram a novas necessidades, e esta produção de novas necessidades é o primeiro fato histórico” (Marx, 1968a, pp. 57-8). As necessidades “necessárias” são, portanto, *históricas*: constituem o conjunto de necessidades de toda ordem que *devem* estar presentes para a reprodução do homem em um certo período e em uma certa sociedade, e eventualmente, em cada grupo particular de homens nessa sociedade.

Deve-se notar que essa sócio-historicidade é a contrapartida da sócio-historicidade dos processos de trabalho, que criam os objetos para as necessidades, enquanto ao mesmo também o inverso é verdadeiro, já que as novas necessidades criam os sujeitos para os novos processos de trabalho. Deve-se notar ainda que as necessidades “necessárias”, assim concebidas, são sempre *objetualizadas*, só podendo ser adequadamente definidas nessa relação com os objetos (produtos) que resultam dos processos de trabalho. Não há necessidades “necessárias” de ainda-não-objetos: os txucarramães não têm os dentifrícios entre suas necessidades “necessárias”; não há tampouco necessidades “necessárias” de ex-objetos: “os civilizados” não têm, entre suas necessidades “necessárias”, arcos e flechas. Por ‘objetualização’ não se entenda, portanto, a mera referência formal a um objeto qualquer, mas a referência substantiva ao que, em cada objeto concreto, condensa os processos de trabalho como processos de re-produção-social.

Correlatamente, é claro que não há necessidades “necessárias” que possam ser inconscientes: qualquer que seja a apreciação crítica que se pode fazer acerca das necessidades “necessárias”, que permite contrastar, por exemplo, necessidades “reais” e necessidades

“imaginárias”, necessidades “justas” e necessidades “supérfluas”, necessidades “básicas” e necessidades “de ostentação”, em todos esses casos tratar-se-ão sempre de necessidades **conscientes** (Heller, 1986, p. 79).

É fundamental não confundir o caráter sócio-histórico das necessidades “necessárias”, sua característica de serem sempre produzidas, determinadas sócio-historicamente, com a ideia frequentemente implícita de “necessidade-social”, no sentido de “necessidade da sociedade”. No primeiro sentido, trata-se *sempre de necessidade de indivíduos*, que como são sempre de indivíduos sócio-historicamente determinados, isto é, que estão em relações sócio-históricas com outros indivíduos, são produzidas por essas relações e para essas relações, sem deixarem nunca de ser individuais. No segundo caso, insinua-se a ideia de que o conjunto estruturado de relações, a sociedade, é ele próprio o sujeito de necessidades, que seriam então “necessidades da sociedade”.

Nesse sentido, a sociedade “é entendida não como totalidade, a média ou a tendência de desenvolvimento das necessidades individuais do correspondente *particular*, nem tampouco como necessidade pessoal “socializada”, mas como sistemas de necessidades *geral*, por cima dos indivíduos e de suas necessidades pessoais” (Heller, 1986, p. 77). Essa concepção serve para opor — e subordinar — as necessidades individuais às “necessidades sociais”, que nas sociedades concretas historicamente realizadas revelaram-se sempre necessidades de alguns indivíduos transvestidas em necessidades gerais. Ao mesmo tempo, e de forma correlata, se tais supostas “necessidades sociais” forem sobrepostas às necessidades individuais; os indivíduos que não as manifestarem serão sempre interpretáveis como não as tendo ainda “adequadamente reconhecido”, desde que, é claro, outros indivíduos se arvoreem em juízes, intérpretes do que é justo ou não, em nome da “sociedade”. As consequências nos planos concretos de apreensão da realidade e da prática são quase evidentes (Heller, 1986, p. 77), salientando-se a clássica proble-

mática dos “educadores” (que ensinariam aos outros o que seria justo e o que deveria ser trazido ao plano da consciência sem que ninguém se perguntasse quem os teria educado) e, no campo das práticas de saúde, a problemática envolvida em opções que, defendidas por um presumível “interesse geral”, passam por cima das necessidades conscientes dos indivíduos e justificam-se, antes e depois, por seus resultados técnicos (Heller, 1986, p. 79). Recusando a ideia de “necessidade social” pelo que nela se pressupõe acerca das relações entre indivíduo e sociedade, em que esta é fixada como abstração em relação àquele, dever-se-á mesmo assim voltar a aspectos mais concretos da problemática envolvida, adiante, ao tratar-se das necessidades de saúde (Marx, 1989, p. 194).⁴

Um último conjunto de demarcações teóricas precisa ser estabelecido ainda, acerca das necessidades humanas, e que guarda relação com os dilemas acima apontados. Trata-se do fato de que, para superar positivamente a antinomia “necessidades sociais”/necessidades individuais, não basta a rejeição da categoria “necessidades sociais”, mas é preciso descobrir o modo de afirmação do movimento sócio-histórico das necessidades como valor positivo, que possa orientar a atividade essencial — a necessidade — de estabelecer normas, a objetivação moral, de modo que o reconhecimento das necessidades como individuais não acarrete sua “subjetivação” em infinitos e relativos “valores” equivalentes, e a paralisia da práxis teleologicamente orientada para a socialidade dos mesmos indivíduos. O que se pode dizer nesse sentido, com base no que já foi exposto, é que, nos limites da história transcorrida, funciona como uma lei do movimento, simultâneo e consubstancial, de ampliação do domínio das forças naturais e de re-produção das necessidades, a geração de certas necessidades “necessárias” que, não obstante sua presença, não podem ser adequadamente satisfeitas no âmbito da estrutura histórica de socialidade que as gerou. Não se trata aqui

4 A propósito da antinomia indivíduo/sociedade.

exatamente da famosa contradição entre as relações de produção e o desenvolvimento das forças produtivas, mas de algo correlacionado: não é que se deixe de ampliar a qualidade e quantidade das objetivações, sobretudo materiais, e com isso, de ampliar-se a quantidade e a qualidade do consumo das objetivações. Isso certamente é verdadeiro, mas tomar as coisas restritivamente nesse sentido equivale já a circunscrever as necessidades ao âmbito do que imediatamente pode ser obtido através do consumo imediato, ou seja, deslocar sua apreciação qualitativa referida ao devir do homem como ser natural que se amplia, diversifica e “enriquece”,⁵ para uma apreciação quantitativa infinita e ilimitada: mais consumo, de mais objetos. Ora, é precisamente esse o sentido que tomam, no capitalismo, aquelas necessidades “necessárias” especiais acima referidas: não são necessidades de ampliação quantitativa do consumo, pois essas, se não podem ser inteiramente satisfeitas, são, no entanto, perfeitamente funcionais, mas sim, necessidades de diversificação qualitativa do homem. Essas necessidades “necessárias” — “necessárias” porque têm de estar presentes, por força da própria lógica do desenvolvimento do capitalismo — não podem, entretanto, ser satisfeitas, salvo em um movimento de transcendência da estrutura de poderes que as geram. A elas se aplica o conceito de ‘necessidades radicais’ (Heller, 1986, p. 87).

As necessidades radicais expressam a confluência da causalidade (elas não vêm “de fora”, mas de dentro da própria estrutura histórica de re-produção da socialidade: traduzem suas tendências imanentes objetivas) com a teleologia (elas não são um tipo-ideal, mas um tipo empírico, idêntico à existência de seus portadores, que necessitam “necessariamente” a remoção dos obstáculos sócio-históricos à sua satisfação).

5 A temática do “enriquecimento” é tomada, no seu sentido de livre manifestação de todas as capacidades e sentimentos humanos, livre manifestação da atividade múltipla dos indivíduos, dos *Manuscritos econômico-filosóficos* (Marx, 1989), e também as análises que desta categoria fazem Ágnes Heller (1986, esp. capítulos IV e V) e István Mészáros (1981, capítulos VI, IX e X).

Se isto não permite a invalidação ética de nenhum componente individual da estrutura de necessidades “necessárias” historicamente dada, permite, entretanto, identificar critérios capazes de apontar, em necessidades orientadas positivamente para a manutenção das antinomias do capitalismo, “valores” negativos, antivalores, ao mesmo tempo que servem para diferenciar, dentro daquela estrutura, a base de objetividade a partir da qual se pode constituir o projeto para sua superação. Em outras palavras, facultam distinguir, ao nível da consciência dos sujeitos, os impulsos (*drives*, apetites, desejos, exigências) que os determinam como sujeito coletivo dotado de um dever (obrigação, inevitabilidade, inelutabilidade) de superação por referência à estrutura de necessidades “necessárias” e a estrutura de poderes que as re-produzem. Ou, em outros termos ainda, do conjunto de necessidades “necessárias”, sócio-historicamente produzidas, objetualizadas, conscientes, individuais, destaca-se um subconjunto que se opõe, porque opõe seus portadores, ao modo de re-produção histórico da socialidade; esse subconjunto, também foi sócio-historicamente produzido, também é objetualizado, também é consciente, também é individual, e configura, para seus portadores, mais do que uma necessidade, um *dever moral*, que traduz a necessidade (*besoin, need, Bedürfnis*) de efetivação das possibilidades imanentes de “enriquecimento humano” já configuradas, e se expressa na necessidade (*nécessité, necessity, notwendigkeit*) de constituir-se e expandir-se como sujeito ético de forma objetivamente congruente com sua gênese e diferenciação.

A constituição desse sujeito coletivo dotado de um dever — não de uma utopia, no sentido usual desse termo — implica a tendencial generalização do núcleo radical de suas necessidades “necessárias”, o que equivale à constituição efetiva de um novo valor histórico objetivo, por um lado, e à requalificação como antivalores objetivos, por outro lado, das necessidades que expressam tão somente a inércia da estrutura social. Se esses antivalores objetivos (no sentido de sua gênese e de sua configuração histórica, não de

nenhuma característica “em-si” que contenham) são identificáveis em princípio, por referência à estrutura sócio-histórica capitalista de re-produção da sociedade, são-no mais especificamente na fetichização das necessidades. Se a fetichização capitalista das necessidades, a culminância histórica do processo mais geral da alienação do homem, pode assim ser tomada como o critério objetivo geral de discriminação das dimensões de antivalor presentes tanto na estrutura de necessidades “necessárias” como, obrigatoriamente, nos processos de trabalho e elas correspondentes, haverá, entretanto todo um universo de mediações entre esse critério geral⁶ e suas formas particulares e individuais de objetivação, sempre se considerando que só esse último nível corresponde ao concreto, em relação ao qual o “geral”, se fixado em oposição a ele, não será mais do que uma abstração não razoável. Enquanto abstração razoável, contudo, tais generalidades servem, como se afirmou ao início deste texto, de começos de caminhos. Ou seja, presume-se que o movimento seja continuado em direção ao concreto, na descoberta das formas particulares (os sujeitos, os instrumentos, os objetos, suas representações simbólicas e interacionais, sua configuração sob a forma de normatividades e de legalidades jurídicas, etc.) assumidas por cada individualidade concreta, em si mesma e em suas relações de conjunto.

6 Marx trata assim, por exemplo, desses critérios gerais: “A lei da acumulação capitalista, mistificada em lei natural, na realidade só significa que sua natureza exclui todo decréscimo do grau de exploração do trabalho ou toda elevação do preço do trabalho que possam comprometer seriamente a reprodução contínua da relação capitalista e sua reprodução em escala sempre ampliada. E *tem que ser assim* num modo de produção em que o trabalhador existe para as necessidades de expansão dos valores existentes, ao invés de a riqueza material existir para as *necessidades de desenvolvimento* do trabalhador. Na religião, o ser humano é dominado por criações de seu próprio cérebro; analogicamente, na produção capitalista, ele é subjugado pelos produtos de suas próprias mãos” (Marx, 1968b, p. 727). Os grifos não estão no original; foram acrescentados aqui para reforçar a expressão da antinomia entre as necessidades “necessárias” (“[. . .] *tem que ser assim* [. . .]”) e as necessidades radicais (“[. . .] *necessidades de desenvolvimento*. . .”), em conexão com a superação possível da antinomia, contida no movimento de negação daquilo que é expresso como negativo na última frase do texto.

O esforço que se faz até aqui, primeiro no sentido de conceituar o ‘processo de trabalho’ em geral, depois no sentido de conceituar as ‘necessidades em geral’, como contrapartidas, ambos, de sua relação unitária, esse esforço tem, portanto, de ser perseguido. Daqui por diante, procurar-se-á prosseguir-lo através de uma dupla particularização. Em primeiro lugar, como já teria sido possível perceber, tanto nas últimas observações a respeito do processo do trabalho, quanto nas últimas observações a respeito das necessidades, será impossível prosseguir sem considerar, em ambos os casos, o modo de produção, isto é, as relações sociais organizadas conforme as quais os homens então “entram” nos processos de trabalho/reprodução das necessidades, que sem essa consideração permanecem excessivamente abstratos. Ora, está completamente fora de questão prosseguir nessa direção neste texto, por várias ordens de motivos: irrelevância para os fins propostos, extrema complexidade e, *last but not least*, incompetência do autor. No sentido de oferecer uma referência mínima, que seja apenas suficiente para introduzir a temática das práticas de saúde, procurar-se-á chamar a atenção, todavia, daqui para a frente, para as conexões entre os processos de trabalho/reprodução das necessidades e sua constituição sempre subordinada a modos históricos de produção. Em segundo lugar, far-se-á isso, restringindo a aproximação, até para dar viabilidade ao “mínimo” acima prometido, à consideração dos processos de trabalho em saúde e à re-produção das necessidades de saúde.

IV.

Tendo examinado as determinações gerais do processo de trabalho, e compreendido suas relações de consubstancialidade com o processo de re-produção das necessidades, será agora possível tomar o trabalho em saúde como objeto de atenção. É claro que não se pode, entretanto, pensar algo como o “trabalho em saúde em geral”:

todas as suas dimensões gerais estão contidas nos desenvolvimentos anteriores do texto, daqui para a frente só cabendo, em níveis ainda relativamente abstratos, mas não “gerais”, referir-se a formas históricas de sua realização. Observe-se bem que isso não quer dizer que o conjunto de aspectos da realidade que estão contemporaneamente associados às práticas de saúde como seus objetos — o corpo humano enquanto estrutura morfofuncional biológica, por exemplo — não sejam comuns (em si mesmos, não objetualizados) a todas as épocas históricas, nem que certos estímulos externos suficientemente fortes não provocassem sempre, em todas as épocas, a sensação subjetiva de dor, nem que esses corpos humanos não estivessem sempre em algum ponto de sua trajetória vital “natural” entre o nascimento e a morte. O que se quer dizer é que essas regularidades biológicas *não se constituem “naturalmente”* em aspectos do processo de trabalho em saúde, cujos agentes bem puderam procurar e recortar em outros fragmentos da realidade suas bases de objetivação, como se verá.

Entretanto, para que qualquer conjunto de fragmentos da realidade natural humana se viessem a constituir em objetos do trabalho em saúde, terá sido sempre necessário, obrigatório, que estivessem associados, sob a forma dos produtos deles passíveis de serem extraíveis, a necessidades necessárias em processo de constituição/reprodução/re-produção. Terá sido sempre preciso, portanto, que correspondessem a necessidades necessárias, e não a supostas necessidades “naturais”: *nesse sentido, não há nada, rigorosamente nada, que seja sempre, por si mesmo, parte ou substrato de uma necessidade de saúde “geral”*. Inversamente, tudo que vier a constituir-se em necessidade de saúde humana passará por esse conjunto de determinações genético-estruturais dentro do qual o homem vem a ser humano, isto é, indivíduo imediatamente sócio-histórico em sua individualidade, sendo a mais importante, mas não a única dessas determinações, a objetualização em processos de trabalho.

Aquilo que se disse acima a respeito do trabalho em saúde, negando a possibilidade de pensá-lo, *enquanto trabalho em saúde*, como trabalho em saúde em geral, vale para todos os outros processos de trabalho já determinados em suas especificidades, e para todas as outras necessidades, já configuradas especificamente em objetos. Enquanto processos específicos, por princípio não podem ser tomados “em geral”, enquanto processos “em geral”, tal como se fez nas seções anteriores deste texto, têm de ser abstraídos de suas especificidades. Essas ressalvas, quase óbvias, não são aqui postas com meras intenções de delimitação rigorosa, por formalidade lógica. Ocorre que, como se comentou logo na seção inicial deste texto, o trabalho em saúde costuma ser pensado preferencialmente como “trabalho em saúde em geral”, com o que se reduz a um acessório essa sua dimensão fundamental — a de trabalho —, fazendo repousar sua compreensão sobre outras dimensões, essas sim acessórias, tais como a “criatividade”, a “cientificidade”, o “humanismo”, a “naturalidade”, etc., etc. Nessa forma dominante de pensar — e agir — costuma-se dizer axiomáticamente que “a medicina é uma só”, ficando por conta do que é “externo” a ela (a sociedade, as necessidades, os interesses, a ignorância, o esclarecimento, etc.) que na realidade ela nunca seja de fato “uma só”, ao mesmo tempo que suas dimensões “internas” (seus agentes, seus procedimentos tecnologicamente articulados em um processo de trabalho, tudo enfim que a institui como prática social) são postas convenientemente “fora” do espaço e do tempo relativamente “sujos” da reprodução social, e “isentos” por referência às forças históricas que delimitam esse espaço e esse tempo.

Ora, enquanto processos de trabalho específicos, os processos de trabalho em saúde não contêm, como dados invariantes internos a si próprios, nenhum objeto “natural” e nenhuma necessidade “natural”. Seus objetos, e as necessidades que satisfarão, serão sempre humanamente naturais, isto é, social e historicamente determinados. Sua própria existência como processos de trabalho individualizados,

reiteradamente realizados por agentes sociais que então se definiriam como ‘trabalhadores em saúde’ dentro de uma divisão social do trabalho, mesmo essa existência não é “natural”, mas histórica e socialmente determinada. Isto não impede que na forma contemporaneamente presente de processo de trabalho em saúde nas sociedades capitalistas ocidentais, todas essas determinações sócio-históricas sejam negadas pela consciência atuante dos agentes do trabalho e pela consciência transindividual dos portadores de necessidades que ele atende: para além de consciências objetivamente inadequadas, consciências alienadas, essas formas de consciência importam como finalidade do processo de trabalho (F), por um lado, porque então compreendê-las significa compreender as bases objetivas da alienação, e como autoconsciência dos sujeitos sócio-históricos específicos que se constituem em sua relação não exclusiva com esses processos de trabalho, porque então se pode compreender as conexões entre um campo específico de práticas e a reprodução social, e identificar aí, simultaneamente, as necessidades radicais e os processos de trabalho que tendem à sua objetualização. Nesse sentido, pode-se então ousar pretender construir um projeto específico de práxis.

Será necessário pensar que critérios permitem então identificar, em processos de trabalho sócio-historicamente específicos, uma continuidade que permita identificar em sua diferença sua identidade abstrata de processo de trabalho em saúde. Só há um meio de fazê-lo, que não se reduza a já afastada possibilidade de partir de supostas bases “naturais” e chegar a um “processo de trabalho em saúde em geral”, ou não recaia no nominalismo de aceitar, sem mais, como processos de trabalho em saúde, todas as práticas cujos agentes assim as denominem. Será preciso recorrer, então, aos fundamentos ontológicos do conjunto da reflexão que vem sendo feita, que foram definidos através da trílice relação entre ‘homem’, ‘natureza’, e ‘trabalho’, para encontrar a partir daí os fundamentos ontológicos que permitam designar por “saúde” um certo conjunto

de aspectos dessa tríplice relação em seu desdobramento histórico. Com isso não se terá chegado a uma definição de saúde, no sentido usual do termo ‘definição’, o que seria contraditório com os próprios pontos de partida, mas a critérios ontologicamente fundados que viabilizem a discriminação das práticas de saúde não no nível geral, onde estarão esses critérios, mas no nível histórico específico, em que elas se constituem. É claro que tais critérios, enquanto permitem em seu conjunto uma compreensão do mundo real, constituem-se ao mesmo tempo na base de um ‘vir a ser’ voltado moralmente para um ‘dever ser’: no limite, ambiciona-se discriminar o que é prática de saúde verdadeiramente humana do que é prática de saúde alienada, voltada para a reprodução de formas objetivas do “vir a ser” humano que obstaculizam a plena expressão de suas potencialidades já efetivamente dadas.

No contexto delimitado pela tríplice relação a que se faz referência logo acima, o aproveitamento parcial da clássica reflexão de Canguilhem (1983) parece suficiente para estabelecer, pelo menos como um ponto de partida a ser retificado/ratificado, os critérios de fundamentação de uma concepção positiva de ‘saúde’. Esses critérios podem ser identificados, conforme Canguilhem, na ‘normatividade vital’, na identidade parcial entre ‘vida’ e capacidade de instituir normas, ou, conforme a recontextualização desse conceito que se propôs acima, na ‘normatividade humana’, necessariamente determinada sócio-historicamente, em que a própria atividade do trabalho se revelará como a atividade normativa por excelência (Mendes-Gonçalves, 1984, pp. 29-58). Será com base nesse critério, de natureza ontológica, mas não “geral” por referência a suas objetivações, que se identificará o trabalho em saúde em sua especificidade, bem como se poderia, em uma investigação histórica de grande amplitude que assim o pretendesse, identificar suas formas de objetivação que não assumem a condição de processos de trabalho. Neste texto, em que por relativa brevidade se estará sobretudo buscando compreender as determinações dos processos

de trabalho em saúde na atualidade, tratar-se-á muito superficialmente, e com o intuito principal da comparação, no que possa ser esclarecedora, de alguns poucos processos de trabalho em saúde presentes em sociedades pretéritas.

Antes ainda de fazê-lo, cabe um esclarecimento de grande importância: já que o processo de trabalho em saúde não se objetiva, via de regra, em um produto destacado, no tempo e no espaço das condições de sua geração (os momentos essenciais do processo de trabalho) e das condições de seu consumo, que problemas podem ocorrer ao pensá-lo como processo de trabalho, quando se sabe que a delimitação conceitual do processo de trabalho em geral baseou-se evidentemente na produção de bens materiais, que se destacam enquanto produtos, colocando toda a problemática essencial de sua apropriação? Há que reconhecer que, em formas de organização social baseadas na produção de ‘mercadorias’, todos os processos de trabalho cujo resultado se incorpora imediatamente no próprio vir a ser do homem individual, ou no vir a ser das condições objetivas de reprodução de suas relações sociais, como são os casos exemplares dos trabalhos em educação e saúde, não podendo tomar a forma imediata de mercadorias — e não podendo ser apropriadas, portanto — terão sempre um estatuto especial,⁷ por comparação com os processos de trabalho que se objetivam em bens materiais. Isto é particularmente verdadeiro no capitalismo, em que a produção de mercadorias é meio — absolutamente necessário, mas meio, ainda assim — para a produção de mais-valia e a acumulação de capital. Como processo de trabalho, entretanto, abstraindo sua dimensão nula de produção de valor e restringindo o raciocínio a sua dimensão de produção de resultados que correspondem a necessidades, como interação do homem com objetivi-

⁷ Mendes-Gonçalves (1984, pp. 101-43), onde se faz uma tentativa de examinar esse estatuto especial por referência às formas de organização da produção de serviços de saúde nas sociedades capitalistas contemporâneas, baseadas nos conceitos de ‘trabalho produtivo’ e ‘trabalho improdutivo’.

dades que discrimina e transforma, com vistas à re-produção de suas necessidades, os processos de trabalho em saúde e educação não se diferenciam dos outros, a não ser por suas especificidades.

A essas especificidades, cabe bem apreciá-las: se o objeto desses processos de trabalho é o ‘homem’, será com a condição de que seja apreendido em sua objetividade, e essa inclui, como um momento necessário, a subjetividade. O termo ‘subjetividade’ não é utilizado aqui para referir-se a nenhum pântano tenebroso de mistérios, trancado nas profundezas do ser e inacessível ao pensamento e à ação, mas às relações, mediadas por desejos, afetos, paixões, repulsas, ódios, normatividade e trabalho, que cada homem estabelece com a totalidade em que vem a ser, e com suas partes, incluindo ele próprio, e que fazem dele um sujeito. Tal como se afirmou anteriormente que os objetos naturais se objetualizam por referência a sujeitos que os discriminam, diz-se agora que os sujeitos se constituem como tais apenas em sua relação com objetos: ambos se constituem mutuamente no mesmo movimento. À subjetividade humana assim compreendida é então possível atribuir-se naturalidade, e compreender que, enquanto natureza humana, em vez de algo constituído para sempre em seu momento de “criação”, é algo que está em permanente vir a ser, é algo imediatamente sócio-histórico em sua própria individualidade. Esta característica objetiva do ‘homem’, a de ser naturalmente subjetivo, desdobra-se também em sua capacidade de ser normativo em relação à natureza e a si mesmo, em seu vir a ser, e apreendida como objeto de trabalho permite discriminar os processos de trabalho em saúde, e mesmo compreender sua redução, de que se tratará adiante, a processos de trabalho referidos à doença.

V.

Uma das mais antigas formas de trabalho social separado que parece ter existido está situada pelo menos ao redor do que se tenderia

a compreender, de acordo com os critérios acima delineados, como necessidade de saúde. Trata-se do trabalho de xamã, nomenclatura preferível às de “feiticeiro” ou de “pajé”, devido aos preconceitos culturais associados a estas últimas. O xamã executa o trabalho de mediação entre os homens e o universo, a cuja compreensão começa-se a ter acesso, após o penoso esforço que a antropologia moderna ainda não completou às últimas consequências. O universo (o todo) é conhecido e explicado em bloco, como que através de uma revelação (contida na noção de ‘mito’), ficando cada parte, cada fragmento da realidade, como a reiteração de um papel sempre igual em um drama sempre repetido. Nesse contexto, homens, coisas, animais e eventos naturais são todos concebidos como personagens, entidades com existência própria e diferenciada, capazes de intenções e desejos, embora desempenhem suas partes a partir de um *script* prefixado. O xamã é encarregado de mediar as relações entre o homem comum e esse vasto universo que inclui ele próprio, cheio de coisas animadas, porque se lhe atribui a capacidade de falar e entender as linguagens das coisas.

Parte dessas coisas animadas — entidades — recobre a noção de ‘mal’, não como porção separada e contrária à natureza, mas como porção integrada e essencial dela. Alguns dos eventos, que hoje são associados à ideia de “doença”, estão contidos nessa noção de ‘mal’, mas não todos, e outros eventos que hoje se julga nada terem a ver com a ‘doença’, são, no entanto, parte do ‘mal’. Devido dirigir-se ao mal e controlá-lo para a obtenção dos resultados visados pelo homem, o xamã vai aos poucos fixando uma pauta regular de intercâmbios, provavelmente muito variável de sociedade para sociedade, dentro da qual se integram, também variavelmente, aspectos da vida humana ligados à estrutura de normatividade que se vai construindo, e passa assim a ser responsável pela execução do trabalho separado de resolver problemas que, chamem-se ou não “doenças”, implicam restrições na capacidade humana de viver a vida tal e qual vinha sendo vivida, e assim avaliados como

negativos, constituem-se em necessidades de saúde. É importante não compreender as diferenças entre as delimitações do xamã por referência a essas demandas e as do médico moderno como devidas à ignorância maior ou menor: lembre-se que ao conceber o mal sob uma certa forma, o que o xamã está fazendo corresponde ao passo $\square \rightarrow OT$ do processo de trabalho, que não deve ser pensado como certo ou errado em si mesmo, mas fundamentalmente em sua adequação ao conjunto do processo de trabalho sócio-historicamente determinado de que faz parte. Isto é, o recorte $\square \rightarrow OT$ (a concepção tecnologicamente operante de “doença”) que o xamã faz, deve conter, como se viu anteriormente, mediadas pela agudeza do recorte, o projeto dos resultados, a eficácia dos instrumentos, a possibilidade da satisfação de uma necessidade contida em uma estrutura de necessidades que percorre todos os outros processos de trabalho, uma necessidade necessária cuja re-produção define objetivamente a subjetividade individual e transindividual do homem concreto dessa sociedade.

Essa necessidade não é pensável como “certa” ou “errada”, mas como necessidade sócio-historicamente determinada, que só mostra todo o seu significado no conjunto da sociedade em que o xamã vive e trabalha. E esta é a sociedade comunitária primitiva, não uma outra, em que outras concepções acerca dos objetos da natureza seriam naturalmente necessárias.

Têm-se a tendência de imaginar que um médico do futuro, desembarcado nessa sociedade de uma máquina do tempo — ou de um avião militar ou missionário — faria grande sucesso com sua capacidade efetivamente muito maior de curar doenças. Terrível engano, que explica o fenômeno cultural catastrófico, aparentemente misterioso, no qual o contato súbito de sociedades desse tipo com os produtos e os processos de trabalho de sociedades muito mais complexas, acarreta uma rápida e intensa desagregação social, com a morte física, inclusive, dos membros da sociedade mais simples. O que esse homem concreto precisa — sua necessidade necessária,

sócio-historicamente determinada — é efetivamente do trabalho do xamã, que lhe explica a natureza da entidade que o aflige e procura “exorcizá-la” através de procedimentos que não apenas se dirigem ao “doente”, mas ao mesmo tempo o integram à vida social como um indivíduo que, como os outros, sabe em que mundo está e mantém íntegros seus sentimentos de relação com esse mundo, isto é, reproduz-se como sujeito. Eventualmente, uma importância apenas secundária será atribuída ao fato de que esse “doente” se “cure” (conforme os padrões atuais de julgamento sobre o que é “curar-se”). É o padrão social de julgamento de que ele próprio é portador que importa, porque não apenas contém uma ideia concreta e objetiva do que é “cura”, mas toda a sua identidade no conjunto do que ele subjetivamente (enquanto sujeito) entende que seja o mundo.

A concepção de “doença” do xamã — uma entidade que se apossa de um indivíduo, ou que se agrega a ele, fazendo-o sofrer — desencadeia o passo $\square \rightarrow OT$ como um procedimento ritual que se pode intuitivamente compreender por analogia com procedimentos religiosos de reconhecimento de entidades espirituais que ocorrem no presente, desde que não se leve a analogia muito longe. O procedimento ritual de presentificação de entidades, no presente, é de natureza essencialmente religiosa, e mesmo quando visa obter resultados práticos — como, frequentemente, a “cura” de doenças — distingue-se do trabalho do xamã por duas razões: em primeiro lugar, porque inclui a noção de que as entidades às quais se dirige, e cuja intermediação solicita, não estão na realidade imediata, mas além dela, enquanto para o xamã, seu pensamento não propriamente religioso, mas mágico, concebe as entidades no mesmo plano de realidade imediata onde estão todas as outras coisas, e as *manipula* através dos rituais. Opõem-se aqui, portanto, religião e tecnologia (Lukács, 1965, p. 104). Em segundo lugar, porque enquanto prática religiosa, o apelo a entidades espirituais para a obtenção de objetivos “deste” mundo não configura senão uma prática marginal por referência às necessidades de saúde; marginal, não

porque seja — quando o for — mantida à margem, mas porque corresponde, no conjunto das necessidades necessárias dos próprios solicitantes, a um comportamento vivido contraditoriamente: anseiam curar-se, e precisam que isso se dê sob a forma socialmente válida, através do consumo do trabalho em saúde que, não obstante, não se mostra suficiente para isso; quando obtêm da prática religiosa esse resultado, deixam de obter, no mesmo movimento, a satisfação de todo um conjunto de necessidades simultâneas e consubstanciais que obteriam através do trabalho sem saúde. Os limites dessa analogia demonstram, outra vez, que o significado preciso de cada momento do processo de trabalho só se deixa apreender na sua relação com o conjunto do processo.

Uma vez reconhecida a doença-entidade, o que já não é pouco, de vez que a constituição histórica da linguagem, em conexão íntima com os processos de trabalho, assinala como um momento de grande importância tecnológica a ‘nomeação’ da coisa que se quer trabalhar, o que o pensamento mágico apreende como a aquisição de um poder sobre essa coisa, de posse, de OT, portanto, o trabalho deve agora dirigir-se à transformação OT→P, através do uso de instrumentos adequados. Esses últimos, como já se viu, devem condensar as características de OT e F (Lukács, 1965, p. 104). No caso do xamã, serem capazes de atingir (apropriar-se) a entidade-doença presente e de expulsá-la. Boa parte desses instrumentos de trabalho do xamã terão, portanto, qualidades imediatamente rituais, como a nomeação, já comentada, mas quando ele se valer de uma planta como parte de seu trabalho, não se suponha que faz uso das suas propriedades farmacológicas, mas perceba-se que é das propriedades rituais que ele se vale, pois são para ele as únicas que fazem sentido.

Não haveria nenhum sentido, a não ser o da mera erudição, em olhar para o trabalho do xamã se ele não oferecesse, em sua relativa simplicidade, chaves para a compreensão do presente, enquanto história em curso. Isto porque é relativamente fácil

compreendê-lo como “histórico”, já que a imensa distância que o separa do presente dificulta, pelo contrário, compreendê-lo em sua historicidade substantiva: na dimensão em que acumula saberes capazes de fazerem a sociedade mudar enquanto se reproduz. Tende-se a ver essas mudanças com facilidade nas épocas de crise, em que se aceleram, em que se tornam mais transparentes as forças tão humanas, só humanas, que precipitam a mudança e rompem de vez com a inércia histórica que terá caracterizado um determinado tipo de organização social. Tende-se, ao mesmo tempo, a não ver as mesmas forças de mudança se acumulando mais ou menos lentamente na reprodução social aparentemente estável que caracteriza a maior parte do tempo histórico, o que leva a compreender as revoluções, quando acontecem, como se fossem raios caídos de céus azuis. Ao mesmo tempo, ainda, tende-se a não ver esse acúmulo de forças nos espaços ainda mais particulares dos processos de trabalho e de re-produção cotidiana das necessidades, onde está sua matriz básica de geração. Por isso, salvo nos momentos de mudança, tudo parece passar-se como se a história tivesse acabado.

Através de muitas particularizações, de muitas mudanças de sentido e de objetos aparentes, durante toda a história das sociedades ocidentais, até há cerca de dois séculos, os objetos de trabalho postos nos processos de trabalho em saúde tiveram sempre a característica de “entidades”. Um único período importante constituiu-se em exceção, e por isso, quando a medicina moderna constituiu-se como prática social, a partir do fim do século XVIII, tendeu a buscar nesse passado remoto todos os seus símbolos, como se ela fosse um movimento interrompido pelos azares da história, finalmente retomado. Esse período de exceção foi a Grécia clássica, e a medicina não é a única prática a ir lá buscar seus supostos ou verdadeiros antecedentes. Pela importância desse momento histórico, deve-se examiná-lo, mesmo que superficialmente.

Sociedade baseada no trabalho escravo e no comércio, a Grécia clássica não se diferenciaria de outras tantas da Antiguidade, no

que diz respeito a uma estrutura originalíssima de necessidades, sem a conjunção de vários fatores que resultam simultaneamente em uma forma peculiar de estrutura da propriedade, onde se inclui uma relativa igualdade de patrimônio entre cidadãos livres, uma liberdade e uma independência relativas das comunidades urbanas, se comparadas com as macroestruturas despóticas dos estados escravistas contemporâneos seus, com o conseqüente estabelecimento da democracia política — ainda que uma democracia de cidadãos donos de escravos —, por um lado, enquanto por outro se desenvolve de forma consciente e universal uma racionalidade capaz de romper com a estrutura mítico-religiosa, antropomórfica (“personalizadora”) do saber cotidiano e constituir as bases do conhecimento sistemático da natureza de caráter filosófico-científico, conforme Lukács (1965, p. 147), de modo que esse conhecimento pudesse depois, voltando a se incorporar à cotidianidade, ao nível dos processos de trabalho e de reprodução das necessidades, de onde terá emergido, vir a ser no futuro uma das mais poderosas forças humanas.

A medicina hipocrática, forma específica do processo de trabalho em saúde que se desenvolve nessa sociedade de modo que satisfaça as necessidades de saúde dos cidadãos livres, situa-se no eixo desse desenvolvimento quase sobrenatural da humanidade na sociedade grega. A concepção de natureza como estado de equilíbrio dinâmico da realidade, dentro da qual o homem se inclui, leva à concepção de ‘doença’ como reação espontânea natural (da natureza) ao desequilíbrio, com “intenções” de cura (Canguilhem, 1983, p. 18). Dado o lugar do homem dentro da natureza, essa concepção de “doença” só pode, lógica e tecnologicamente, estar subordinada a uma concepção positiva de “saúde”, não como estado neutro e silencioso do qual está ausente o desequilíbrio, mas como objetivo a ser alcançado através da compreensão e da adesão às regras verdadeiramente naturais, objetivo que é representado como constituindo a mais alta aquisição permitida ao homem como parte da

natureza. A ‘doença’ não é aqui um “ser”, mas um estado qualitativo da natureza; ao mesmo tempo, não é do homem, mas apenas está nele, na medida em que ele é parte da natureza.

Para proceder ao recorte do objeto do trabalho, o médico grego empreendeu a classificação, pela observação, do imenso rol de alterações naturais que faziam o homem sofrer, chamando a esse processo ‘clínica’. Anotou quantos tipos de alterações havia e como transcorriam, interpretando esses transcurtos como desenvolvimentos espontâneos do esforço da natureza por reequilibrar-se.

Seu plano de trabalho (F) passou a ser, nessa ordem de concepções, o de imitar, o de favorecer a natureza a encontrar o caminho do esforço bem-sucedido mais rápida e facilmente, ou mesmo, se possível, evitar os fracassos da natureza, transformando um esforço malsucedido em seu oposto. Reconhecer o tipo de desequilíbrio presente ($\square \rightarrow OT$), essa fase preliminar e indispensável do processo de trabalho, passou a chamar-se ‘diagnóstico’. Saber para onde o conjunto de processos de reequilíbrio se encaminha passou a ser a chave para a construção intelectual da finalidade, e chamou-se ‘prognóstico’. Para o médico contemporâneo, o termo ficou associado a uma espécie de previsão probabilisticamente fundamentada, que serve, sobretudo, para pesar os danos relativos das alternativas terapêuticas e da própria doença, a fim de tomar decisões; para esse médico grego, entretanto, sem prognóstico não há nenhuma possibilidade de trabalhar, pois nele se configuram os instrumentos de trabalho, que quererão ajudar a natureza, e não, como no caso do médico moderno, contrariá-la e dominá-la.

É compreensível que assim se satisfizessem as necessidades de saúde dos cidadãos livres da *polis*, tão proprietários quanto o médico do saber filosófico geral sobre a natureza, e por isso só muito inadequadamente associáveis à ideia de “pacientes”, que denota passividade; médico e paciente, lado a lado, deveriam empreender o esforço de favorecer o esforço curativo natural, dentro da mais ampla perspectiva de adequar o conjunto das atividades da

vida ao fluxo dinâmico da natureza. Ao mesmo tempo, os homens pertencentes às outras classes sociais, desde os escravos até os pequenos artesãos livres, satisfaziam suas necessidades de saúde através do consumo dos serviços de um outro trabalhador, diferente desse médico hipocrático. A diferença não deve ser tomada em primeiro lugar como expressão de injustiça, o que certamente é, mas como expressão de necessidades de saúde realmente diferentes. O “médico” que realizava esse outro trabalho, paradoxalmente mais próximo do processo de trabalho em saúde da época contemporânea, visava restabelecer a funcionalidade dos corpos trabalhadores em um sentido “ortopédico”, que reduzia sua prática às lesões do externo do corpo — cortes, lacerações, fraturas, abscessos — e herdava suas fracamente teorizadas noções de objeto e seus instrumentos da lenta acumulação originada nas práticas mágicas, e se beneficiava indiretamente de algumas aquisições da medicina hipocrática, desde que recontextualizadas. Esse “médico” prosseguiu em sua história de pequeno artesão pelos séculos afora, até vir a ser o cirurgião-barbeiro da Idade Média e se reencontrar um dia com os presumidos herdeiros de Hipócrates, no alvorecer da medicina clínica do presente. Já a medicina hipocrática, desaparecida sua base social concreta de necessidades, desapareceu deixando atrás de si, não obstante, uma série de saberes acumulados que, guardados marginalmente pelos árabes e pelos religiosos, dariam impulso à teorização racional dos objetos e instrumentos de trabalho, quando novas “necessidades sociais” viessem a servir de base objetiva para isso.

Se na Antiguidade Clássica, em uma parte muito pequena do mundo e referido a uma parcela muito pequena da população, desenvolveu-se um processo de trabalho em saúde no qual a doença deixou de ser, durante alguns séculos, uma entidade com vida própria, logo depois essa forma de concebê-la voltou a prevalecer até o século XVIII. A mais importante das concepções “ontológicas” de doença após o interregno grego foi a que se desenvolveu com o cristianismo, e dominou a Idade Média. Aqui a “doença” passou a

ser a provação, o preço a ser pago pelo paraíso, com caráter contraditoriamente negativo, e o núcleo da atividade terapêutica, por paradoxal que possa parecer, desloca-se da intervenção para a expectativa, para o acompanhamento solidário do transe do sofrimento para a morte e para a vida eterna. A corrente principal do trabalho em saúde no período, portanto, se for obedecido o critério de discriminação proposto, é menos constituída pelos cirurgiões-barbeiros ou pelos físicos, “médicos” do interno do corpo, do que pelo trabalho religioso de assistência, forma adequada de atendimento das necessidades. Por ser expectante e passiva, essa medicina cristã, bem como outras tantas esferas do trabalho humano, suscita um desenvolvimento tecnológico relativamente escasso, razão pela qual um preconceito muito difundido chama à Idade Média “idade das trevas”. É claro que, do ponto de vista predominante posteriormente, tamanha passividade parece realmente tenebrosa, mas para a re-produção das estruturas sociais medievais era a única perfeitamente adequada. Além disso, deixa como herança para as sociedades futuras uma característica do processo de trabalho que mal começa a ser posta em causa, na medida em que sua negação desponta como necessidade: sua organização sob a forma de ‘assistência’, com as assimetrias, hierarquias e poderes implicados, e o bloqueio das possibilidades de construção de uma necessidade positiva de saúde.

VI.

Com o início do período de transição para o capitalismo, desde o século XVI, põe-se em movimento o amplo esforço de construção da racionalidade moderna, impulsionado com vigor cada vez maior pelas transformações na base da estrutura social. De Copérnico a Galileu, através de Descartes, até Newton, o homem refez revolucionariamente sua concepção de universo, natureza e conhecimento; da expansão marítima e da exploração colonial, através da crise do

regime feudal até a Revolução Francesa, as estruturas da sociedade se partem e são substituídas por uma nova forma de relação entre os homens através do trabalho.

É importante ter em conta o movimento de constituição de uma nova forma de racionalidade porque é dentro dele que se encontra uma série de amparos e movimentos de constituição de uma nova forma de racionalidade médica, isto é, de uma nova forma de efetivar $\square \rightarrow OT$ e ao mesmo tempo $OT \rightarrow P$. Rigorosamente, seria preciso compreender que as práticas de saúde foram uma das frentes mais importantes de constituição da racionalidade moderna como um todo. Mas seria falso supor este movimento como sendo de natureza exclusivamente — ou mesmo, fundamentalmente — intelectual. Seu sucesso decorre antes da capacidade, demonstrada na prática, de dar conta de forma mais efetiva das novas “necessidades sociais” de saúde, emergentes com o capitalismo.

Simplificando a imensa variedade de novas necessidades, se tomadas em suas formas concretas, e procurando reconhecer apenas dois eixos principais, relativamente gerais, ao redor dos quais se estruturam essas necessidades, e ressaltando também que sua distinção em “dois” não deve ser levada às últimas consequências, pois na verdade são dimensões abstratas de uma mesma dinâmica geral, trate-se então de reconhecer as bases subjetivas das transformações dos processos de trabalho em saúde na transição para o capitalismo.

Em primeiro lugar, considere-se o significado social novo, original, que adquirem os corpos humanos, como sede da força de trabalho, com o advento do capitalismo. É claro que agora, como antes, o trabalho, como transformação da natureza, continuará a depender da presença de energia, e esta continuará a estar presente nos corpos dos homens, além de poder ser captada da natureza. Agora, porém, será preciso, será *necessário* que essa energia potencial, essa capacidade de trabalhar seja *livre*, propriedade exclusiva do seu portador, devendo ser vendido temporariamente o seu uso: tal é a natureza das novas relações de produção que se instalam.

Para o capital não são adequadas nem a servidão nem a escravidão, embora às sociedades capitalistas concretas possam interessar a manutenção parcial dessas relações aparentemente arcaicas. Essa força de trabalho livre, pronta para ser vendida e consumida nos processos de trabalho, deve estar disponível em quantidades e qualidades adequadas à nova dinâmica da produção social, muito mais vulnerável à sua carência relativa. Essa necessidade estrutural genérica está na raiz de todo um conjunto de práticas desencadeadas com o objetivo de efetivamente controlar a ocorrência de escassez de trabalho, e entre essas práticas situam-se as de saúde, dado que foi possível acionar certos trabalhos capazes de responder a essa demanda. Duas vertentes principais de atuação se abriram aqui para o trabalho em saúde, não excludentes: 1) controlar a ocorrência de doença (nesse plano, doença=incapacidade de trabalhar), evitando-a, o que corresponde a todo um modelo de processo de trabalho que se descreverá adiante e 2) recuperar a força de trabalho incapacitada pela doença, repondo-a no processo de trabalho, o que corresponde a um segundo modelo de processo de trabalho a ser também estudado adiante.

Em segundo lugar, mas não menos importante — na verdade apenas uma outra face do que foi dito acima — as sociedades capitalistas só se viabilizam à base de princípios político-ideológicos capazes de mantê-las relativamente estáveis, e entre esses princípios um era inteiramente novo em relação ao trabalho em saúde. Trata-se do princípio da igualdade (a *Égalité* de 1789). Não se está dizendo que as sociedades capitalistas são igualitárias, mas sim que essas sociedades se baseiam na aceitação da ideia de que a igualdade é não só desejável como possível, e que elas são o caminho mais rápido para atingi-la. Evidentemente, é possível demonstrar que a desigualdade básica é estrutural nas sociedades capitalistas, no plano do conhecimento, e, portanto, em um plano sujeito à discussão; no plano concreto da re-produção social, entretanto, tem sido possível manter e fundamentar essa ideologia, durante a maior

parte do tempo, à custa do consenso provisório arduamente obtido, às vezes apenas graças ao recurso à força física. A obtenção do consenso acerca das virtudes potenciais dessa forma de organização social, logo acima referida, não pode basear-se apenas em palavras, contudo, mas passa necessariamente por conflitos e negociações em que as concessões feitas são aceitas, ao menos durante um certo tempo, como provas suficientes daquelas virtudes. E as próximas negociações que vierem a ocorrer se darão sempre em um patamar renovado de realidades objetivas, que deve caracterizar-se, enquanto se mantiver em estrutura básica dessas sociedades, pela manutenção daquela desigualdade básica e ao mesmo tempo por ganhos efetivos das partes “mais desiguais”.

Nessa dinâmica político-ideológica derivada do princípio da igualdade ampliaram-se gradativamente, em escala quantitativa e qualitativa, os direitos garantidos às classes subalternas. Uma das vertentes nas quais esses direitos efetivamente se ampliaram e, em princípio, de forma funcional relativamente à estrutura básica dessas sociedades, é a do consumo. Outra vertente, complementar e indissociável dessa, é a própria concepção — habitualmente reformada e reatualizada nas constituições — acerca dos limites dos direitos sociais, dos direitos políticos, dos direitos de cidadania.

O trabalho em saúde reorganizou-se e desenvolveu-se nas sociedades capitalistas ao redor desses dois eixos acima citados: como forma de controlar a doença em escala social relativamente ampla e efetiva, como forma de recuperar a força de trabalho na mesma escala e, finalmente, como forma de ampliar efetivamente os direitos e o consumo das classes subalternas.

Tomem-se essas formas de articulação social do trabalho em saúde por aquilo que passa a significar dentro do processo de trabalho: as “necessidades sociais” a que deve corresponder. Quando a transição para o capitalismo se iniciou, todavia, nem essas necessidades nem a capacidade de, relativamente, satisfazê-las estava dada: os agentes sociais desse trabalho foram efetivamente capazes de

responder a essas demandas, em sua contínua transformação, na prática. Como a história humana continua, é uma tarefa potencial, aberta para o futuro, que continuem a ser capazes, mas só na prática poderão demonstrar isso, quer se mantenha a estrutura social básica, quer se modifique.

Fez-se referência a dois modelos abstratos, complementares, através dos quais o trabalho em saúde deu conta das necessidades de saúde próprias das sociedades capitalistas, um relativo ao controle da doença, outro à recuperação dos doentes. Examinemos melhor esses modelos.

No primeiro caso, era preciso transformar N (controle das doenças em escala social) em F (projeto para o trabalho). Para isso desenvolveu-se uma concepção, um recorte possível de \square sob a forma de OT, que contivesse potencialmente P. Trata-se da concepção da doença como fenômeno coletivo.

Lembre-se que OT não é um objeto natural, mas o resultado de um olhar armado de um projeto. Não há, rigorosamente, algo que possa ser eternamente e “verdadeiramente” chamado de “doença”, já se viram várias formas de proceder a esse recorte em momentos históricos anteriores. O novo recorte, a que se faz agora referência, derivou da experiência histórica com as epidemias e do desenvolvimento da capacidade de formalização matemática do raciocínio abstrato, própria da racionalidade científica moderna. Observou-se — não por ter aumentado a inteligência, mas por ter mudado o olhar — que contando os casos de doença e relacionando-os com o tempo, o espaço e com as características dos doentes e dos ambientes em que eles viviam, podiam ser tiradas duas conclusões: 1) era possível prever — e acertar nessa previsão — quantos casos ocorreriam em uma próxima unidade de tempo e em um espaço (geográfico e demográfico) delimitado; 2) era possível verificar a associação, entre a ocorrência de doença e um ou vários fatores presentes no homem ou no ambiente. O fundamental foi que essas duas conclusões permitiam recortar um OT (por exemplo, o

conjunto de casos de doença X em uma certa localidade) cujas características (as associações com fatores do homem ou do meio) se transformavam em possibilidades de transformar OT em P (diminuição ou estabilização do número de casos novos por ocorrer). Os instrumentos de trabalho que se desenvolveram foram então, dentre outros, o saneamento ambiental (= controle de fatores associados a doenças) e a educação em saúde (= evitar o contato com os mesmos fatores). As estatísticas de mortalidade da Inglaterra e do País de Gales, as mais antigas e confiáveis existentes, demonstram bem o substancial impacto desse trabalho na modificação do padrão de mortalidade, só inferior à melhoria dos padrões nutricionais (que resultaram de outras práticas, não das de saúde).

Esse grande modelo tecnológico do trabalho em saúde trazia incorporada, dentro dele, uma contradição complexa, entretanto. É que o “*fenômeno coletivo*”, pelo qual a doença era tomada, podia, e continua podendo ser tomado como “*natural*”, isto é, referido à espécie humana, concebida como um conjunto em si mesmo homogêneo de indivíduos, submetidos a diferenças ambientais externas causais; mas também podia, e continua podendo ser tomado como essencialmente social, isto é, referido à estrutura da sociedade como causadora da doença. As consequências políticas das duas posições, desde que incorporadas à prática, são evidentemente diferentes, bem como o são também as diferenças tecnológicas: a primeira tende a ser mais conservadora, embora muitas vezes tenha tido efeitos não tão conservadores assim; a segunda tende à negação potencial da estrutura social e ao esforço por sua superação — no limite, neste caso, para produzir saúde é preciso mudar a sociedade.

Paralelamente a esse grande modelo geral de organização do trabalho em saúde desenvolveu-se, notadamente a partir do século XIX, um outro, referido à necessidade de recuperação da força de trabalho. Assim como o modelo coletivo “*matou*” a doença-entidade substituindo-a pelo fenômeno coletivo, neste segundo caso também se procedeu à liquidação da concepção ontológica, recortando

agora a doença como alteração morfológica e/ou funcional do corpo humano. A doença, que tinha circulado como um ser em tantos espaços diferentes, passou a ter sede e desenvolvimento exclusivos no espaço do corpo biológico individual, como uma característica dele, uma forma patológica (em oposição à normal) de estar o corpo.

O surgimento dessa nova concepção instrumental — individualizante e biológica — no princípio do século XIX, não correspondeu, entretanto, imediatamente, ao completo desenvolvimento do processo de trabalho nela baseado. Isto porque a efetiva transformação de □ em OT precisou esperar pelo desenvolvimento da teoria OT, isto é, pelo desenvolvimento das ciências complementares da fisiologia e da patologia, como instrumentos capazes de realizarem na prática a teoria da doença enquanto alteração morfofuncional, isto é, capazes de realizarem na prática o diagnóstico (□→OT). Além disso, foi preciso esperar pelo século XX para o desenvolvimento dos instrumentos capazes de efetivarem na prática a transformação OT→P, basicamente consistentes no arsenal terapêutico farmacológico e nas técnicas de cirurgia, muito limitadas antes do aparecimento da anestesia. Daí que o predomínio deste segundo modelo seja um fenômeno típico do século XX, em que se tornou quase automático pensar no trabalho médico como equivalente a trabalho em saúde, enquanto o século XIX assistiu ao relativo predomínio do modelo anterior.

VII.

Veja-se então, mais de perto, as características do modelo clínico, baseado na clínica anatomopatológica, em seu desenvolvimento até a atualidade.

Comparado ao modelo epidemiológico, baseado na concepção de “doença” como fenômeno coletivo, ele apresentava grande vantagem potencial, que foi transformada na prática em realização quase plena. Trata-se de sua articulação mais integrada com as grandes

necessidades sociais de saúde próprias das sociedades capitalistas, conforme discutidas anteriormente. É fácil perceber como isso se deu: na mesma medida em que o princípio político-ideológico da igualdade é individualizante (todos — isto é, cada um — são iguais perante a lei), a medicina anatomoclínica também é individualizante: a doença pode ser admitida nesse modelo como até influenciada pela vida de relação do indivíduo doente, mas como fenômeno positivo é recortada exclusivamente no espaço do seu corpo individual. Por outro lado, esse corpo individual em que ela ocorre não é nenhum corpo concreto, socialmente determinado em suas relações, mas sim o corpo relativamente abstrato reduzido às suas dimensões biológicas. A medicina individual dirá que a doença tuberculose, por exemplo, é a mesma em todos os indivíduos tuberculosos, deixando de fora, nesse recorte, todas as variações como não sendo essenciais, e entre elas, as dimensões sociais de cada corpo individual. Em um só movimento, portanto, a clínica anatomopatológica “se casa” com o individualismo político-ideológico, que é a forma mais concreta de realização do princípio da igualdade, e com a naturalização do fenômeno assim recortado, que deixa de ser imediatamente social. O produto do processo do trabalho assim estruturado é um bem só consumível individualmente, com o que o acesso a ele se torna peça funcional nas negociações que parcialmente resolvem os conflitos sociais. Com isso, esse é o modelo que chega à dominância.

De início, todo o processo de trabalho é possível de ser desempenhado, em cada unidade, por um único trabalhador: o médico. Ele deve cuidar do diagnóstico ($\square \rightarrow OT$) e da terapêutica ($OT \rightarrow P$), e a relativa escassez de instrumentos usados nas duas fases permite que ele seja proprietário de todas as condições do processo, que cabem todas no seu cérebro, no seu corpo (olhos, nariz, mãos) e na sua maleta (estetoscópio, lancetas, sanguessugas).

O trabalho médico, contudo, como todos os demais, também é separável em seus momentos de projeto e execução, em seus momentos relativamente “mais intelectuais” e em seus momentos

relativamente “mais manuais”. E desde o início, inclusive para que fosse possível a construção da teoria das doenças, teve de desenvolver-se em locais de trabalho adequados à relação técnica médico-paciente, agora nuclearmente estabelecida entre o médico e o corpo do paciente. Esse local de trabalho, num sentido amplo também um instrumento de trabalho, constituiu-se num hospital moderno.⁸

Instituição relativamente grande e complicada, o hospital levou ao aparecimento de toda uma coleção de trabalhos “infraestruturais”, sem os quais não pode funcionar, e que se constituíram na primeira extensão do médico em um trabalhador coletivo. O mais importante desses trabalhos foi o do enfermeiro, encarregado sobretudo de funções relativamente “mais manuais”, associadas ao processo terapêutico, e de funções complementares, não obstante essenciais, à realização do processo como um todo. A preservação do núcleo “mais intelectual” (diagnóstico e prescrição, além de certas técnicas privilegiadas) manteve o médico como dominante e determinante do processo.

Mais tarde, o trabalho do enfermeiro também se dividiu, ficando com o profissional mais qualificado — enfermeiro propriamente dito — as funções “mais intelectuais” da parte “mais manual”, e restando para seus auxiliares as funções “menos intelectuais” da mesma parte.

Do ponto de vista exclusivamente e abstratamente técnico, nenhum desses postos de trabalho do trabalhador médico coletivo é dispensável, e, portanto, naturalmente subalternos seus agentes, mas a técnica não existe isolada de sua apropriação diferenciada na reprodução das diferenças de classe, e o controle dos momentos “mais intelectuais” do trabalho garante o poder sobre o conjunto do processo, além de outras hierarquizações sociais importantes. Reproduz-se dentro do trabalhador médico coletivo, dessa maneira, dentro de certos limites, o mesmo tipo de dinâmica geral caracterís-

⁸ Até o século XVIII os hospitais eram casas de exclusão e amontoamento de toda espécie de marginais, inclusive de moribundos, sendo excepcional a presença do médico em seu interior.

tica de reprodução social, acarretando contradições que opõem, de um lado, uma racionalidade puramente técnica, mas abstrata, e de outro lado, a necessidade de reprodução de relações sociais, em si mesma também abstrata. A rigor, esses dois polos contraditórios só existem em sua unidade, de tal forma que um põe limites à plena expressão do outro, já que se dá um através do outro: a divisão técnica do trabalho através da divisão social do trabalho, e vice-versa. A história social da medicina, olhada do ângulo da organização interna dessa prática, é história das soluções e impasses criados e recriados ao redor dessa contradição.

Ao mesmo tempo que se dividia internamente — “verticalmente”, em uma metáfora espacial — o trabalhador médico coletivo passou a se dividir também “horizontalmente”, em etapa histórica posterior. Essa divisão “horizontal” comporta dois tipos de expressão: a constituição de profissionais médicos especializados em parte dos processos diagnósticos e terapêuticos, e a agregação de outros profissionais com áreas de atuação complementares: o odontólogo, o fonoaudiólogo, o terapeuta ocupacional, o fisioterapeuta, o psicólogo, o assistente social, o cientista social e o administrador. Essa agregação obedece ora ao acrescentamento de outras funções complementares, semelhantes em estatuto à enfermagem, como é o caso dos paramédicos, ora às necessidades de ampliação do campo de jurisdição da medicina, como é o caso dos psicólogos, dos assistentes sociais e dos cientistas sociais. No caso destes últimos, um novo tipo de relacionamento contraditório aparece, e que dirá às vezes respeito à própria noção instrumental de “doença”. O que é afinal “curar-se”? Pode-se chamar de “cura” o que acontece com um tuberculoso tratado, ao mesmo tempo que os outros tantos adoecem, mas isso é discutível. Pode-se chamar de “cura” o que acontece com um atropelado tratado, ao mesmo tempo que sua família se arruína para que isso ocorra, mas isso é discutível. Pode-se também chamar de “cura” a ausência de ovos de um parasito intestinal em um exame de fezes realizado após o tratamento, mesmo

que se saiba que após algum tempo a infestação se restabelecerá por terem permanecido intactas suas causas, mas isso também é discutível. Afinal, o que é “curar-se”? Estranhando a natureza do produto, mesmo sem saber se está estranhando a natureza de concepção do objeto do trabalho (lembrar que OT é um projeto de P), e esses outros profissionais agregados ao trabalhador médico coletivo, por causa de suas às vezes distintas concepções acerca do fenômeno social humano ou fenômeno emocional humano, tendem mais facilmente a entrar em conflito, ora com o lado individualizante, ora com o lado biologizante da concepção de “doença” da clínica anatomopatológica.

Em princípio poder-se-ia pensar que esse conflito pudesse ser produtivo, suscitando o desenvolvimento de novas técnicas de intervenção; assim seria, se se tratasse apenas de uma dissensão técnica, mas por não poder sê-lo apenas, pois está necessariamente em jogo todo um conjunto de dimensões sociais, termina geralmente por esterilizar-se.

Uma outra dimensão ao mesmo tempo técnica e social do trabalho médico deriva do inevitável aprofundamento de sua integração ao conjunto dos trabalhos sociais. Mais e mais, no trabalho em saúde assim como em todos os outros, as condições particulares de realização do trabalho tornam-se solidárias de outros ramos da divisão social do trabalho e de suas exigências/necessidades. Ao discutir-se o passo $\square \rightarrow OT$ como passo do processo de trabalho no qual se faz um certo recorte (dentre muitos em tese possíveis) da natureza, foi feita uma referência de passagem ao fato de que a maior parte dos objetos do trabalho passarão a ser, com o aprofundamento da divisão do trabalho, objetos artificiais, produtos de outros processos de trabalho. O mesmo se dá com os instrumentos de trabalho, o que é particularmente importante para o trabalho em saúde, que passa a ter de incorporar, como “necessidade social” a que deve satisfazer, o consumo de instrumentos de trabalho produzidos em outros setores. É por demais conhecida a relação contra-

ditória, daí decorrente em consequência das características da indústria farmacêutica e da indústria de equipamentos de diagnóstico e de terapêutica, para que precise ser explicada aqui, mas é importante tomar essa relação de mútua dependência e delimitação como ilustrativa do que se afirmou, ao dizer ser impossível compreender o trabalho apenas por suas dimensões técnicas, enfatizando a necessidade de compreender as necessidades às quais está referido, bem como, por decorrência, suas características técnicas (aparentemente só técnicas) como determinadas por toda uma rede de articulações sociais históricas.

Todo esse conjunto de fatores foi acrescido, na maioria das sociedades capitalistas, pela organização do próprio trabalho sob a forma de empresas prestadoras de serviços de tipo capitalista, elas próprias. Quaisquer que fossem os méritos — fala-se em aumento da produtividade e da competência técnica por efeito da competição estimulada pela necessidade de lucro, e outras vantagens do mesmo tipo, todas supostamente inerentes à iniciativa privada de forma exclusiva — o fato social iniludível é que a empresa capitalista tem de visar antes de mais nada o lucro, quer queira, quer não. O lucro do capital, investido diretamente em saúde, o lucro das empresas produtoras de bens e serviços consumidos no trabalho em saúde, a multiplicação dos postos de trabalho associados à necessidade de extensão permanente de cobertura de uma gama permanentemente ampliada de necessidades, tudo isso junto levou ao que costuma ser referido como “crise contemporânea da medicina”, querendo-se com isso dizer que o gasto social no setor tornou-se desproporcionalmente grande em relação a outras demandas e em relação ao benefício dele decorrente.

VIII.

Nesse contexto, uma nova forma de aproximação com o outro modelo de organização do trabalho em saúde, e epidemiológico,

passou a encontrar espaço para expressar-se. Durante todo o período em que o trabalho em saúde quase que se identificou exclusivamente com o modelo individual da clínica, o modelo epidemiológico não tinha desaparecido: apenas deixara o proscênio para recolher-se aos bastidores, mas permaneceu sempre desempenhando funções vitais, sobretudo no controle das doenças infecciosas, através do saneamento do meio, da vigilância epidemiológica e das imunizações, atividades que, como bem expressa o saber político popular brasileiro, “não dão voto”, mesmo que sejam muito eficientes.

Com a “crise” acima referida, teve origem uma aproximação na qual o modelo epidemiológico foi utilizado para dar conta também da assistência ao doente individual. Explique-se: em vez de simplesmente considerar que a solução do problema das doenças está contida na expansão e generalização e aperfeiçoamento do tratamento médico, passou-se a considerar a possibilidade de tomar o tratamento médico como uma das ferramentas, um dos instrumentos, nem sempre o melhor, ao lado de medidas incidentes diretamente no plano coletivo, para controlar a doença. “Controlar” deixou de ser apenas equivalente a “evitar”, “prevenir”, passando a significar “*evitar + tratar*”. Os mesmos modelos de raciocínio matemático sobre o coletivo já comentados anteriormente permitem, por exemplo, priorizar as ações em face de um determinado problema, determinar os rendimentos (em termos de custos e em termos de resultados) de cada ação e de cada conjunto de ações, conjuntamente sobre o indivíduo e sobre o coletivo.

A primeira vantagem é óbvia, tão óbvia que carrega consigo uma imensa tentação tecnocrática: em vez do “saco sem fundo” do raciocínio “mais doença → mais médicos”, pode-se dispor de um modelo conceitual viabilizador de um cálculo racional de custos e benefícios, de uma determinação racional acerca das características qualitativas e quantitativas desejáveis para os recursos humanos e materiais a serem empregados.

A segunda vantagem já não é tão óbvia: se esse modelo permite em tese uma racionalização modernizada das práticas de saúde que não tem em si mesma nenhuma contradição fundamental com a reprodução social como um todo, traz, no entanto, em seu bojo dois tipos de conflitos latentes cuja importância só é possível aquilatar em análises sobre sociedades concretas.

Em primeiro lugar, preste-se atenção ao fato de que o modelo altera, pelo menos potencialmente, as condições objetivas sobre as quais se estabelecem as hierarquias no interior do trabalho coletivo de saúde. No limite, o momento “mais intelectual” do trabalho se desloca no binômio diagnóstico/prescrição ao nível de cada indivíduo para a esfera do diagnóstico sobre o coletivo e a prescrição sobre o coletivo, isto é, do médico para o planejador em saúde, seja este último médico ou não quanto ao seu diploma de graduação, mas certamente não sendo mais médico quanto ao seu trabalho. Aqui, de novo, verifica-se a tese de que as características técnicas do processo de trabalho são ao mesmo tempo o suporte de suas características sociais, e que ao modificá-las, ou pretender modificá-las, se estará necessariamente atuando nessa esfera mais ampla.

Em segundo lugar, conforme já se salientou em outro momento deste texto, ao localizar-se sobre o coletivo o objeto do trabalho, é sempre mais difícil ocultar sua face propriamente social, além de meramente coletiva, o que torna o campo das práticas de saúde mais vulnerável à crítica social e à pressão social. As decisões respeitantes a essas opções serão sempre, portanto, decisões essencialmente políticas.

Deve-se enfatizar, contudo, que o tratamento dado à temática toda, neste texto, situou-se a um plano de abstração tal — o das sociedades capitalistas em geral, no máximo — que impede a sua aplicação automática a questões concretas de qualquer sociedade particular. Para isso, é necessário levar em consideração grande número de eventos de significado também particular, e eventualmente concluir pela pertinência apenas parcial das análises realizadas.

IX.

Dois conjuntos de questões restam para ser fixadas, nos sentidos apontados pelas últimas observações da seção anterior. Em primeiro lugar, em relação à vigência do conceito de ‘modelo’, para que se evite pensar o futuro com uma questão de “modelagem” adequada. Em segundo lugar, em relação à estrutura de necessidades necessárias e ao lugar das necessidades de saúde dentro dela, para que às “necessidades sociais” do capitalismo não se venha opor nenhum outro conjunto abstrato de necessidades “sociais”, capaz de transformar o homem, no máximo, em indivíduos despersonalizados, esmagado pela comunidade despótica de um capital social efetivado em forma estatal.

A primeira noção associada quase intuitivamente ao termo ‘modelo’ é a de norma, ideal a ser copiado, regra a ser implementada. Ora, não foi primariamente com esse sentido que o conceito de “modelo” foi utilizado neste texto, e não por acaso, mas porque não é correto usá-lo assim, sem que um conjunto muito grande de mediações em relação ao concreto seja interposto, e tão grande que alterará o conteúdo empírico do que se chamou ‘modelo’. Conceitualmente, ‘modelo’ aponta para a necessidade ineludível de *consistência prática* entre objetos do trabalho, instrumentos e a ação do agente do trabalho, para que o processo possa efetivamente objetivar-se em um produto. Não se pode tratar um indivíduo acometido por uma doença infecciosa de transmissão hídrica construindo uma rede geral de tratamento e suprimento de água; não se pode alterar previsivelmente o estado imunitário de uma população por referência a um agente infeccioso curando os doentes: ambas as impossibilidades tecnológicas são indicadoras negativas daquela consistência prática absolutamente necessária.

Seria simplificador, entretanto, situar apenas aí, na adequação técnica da relação estabelecida no interior do processo entre

agentes, instrumentos e objetos por referência aos produtos, todo o significado abrangido pelo conceito de ‘modelo’. Não se recupera a força de trabalho inutilizada por efeito da doença através de ações de vigilância epidemiológica; não se estabiliza a relação entre capital e população com antibióticos. Em outros termos, essas dimensões “externas” do processo de trabalho, que foram compreendidas como “necessidades sociais” do capitalismo em termos de saúde, devem encontrar correspondência adequada também com os momentos “internos” do processo, além de esses precisarem estar dispostos coerentemente entre si.

Dadas essas referências gerais, foram identificados modelos históricos, de organização tecnológica do processo de trabalho em saúde: o do xamã, o do médico hipocrático, o modelo clínico e o modelo epidemiológico, estes dois últimos concomitantes. Todos eles apresentam os requisitos conceituais apontados, de representarem possibilidades alternativas e realizadas de organização “interna” do processo de trabalho coerentemente articuladas à reprodução de estruturas de necessidades. Os dois últimos apresentam, nesse último sentido, uma peculiaridade em relação aos dois primeiros e a todos os outros que os antecederam: configura-se neles um momento histórico em que as práticas de saúde *devem necessariamente estar referidas a “necessidades sociais”*, isto é, a necessidades *de grupos* específicos de indivíduos que logram, exatamente por causa de sua objetivação pelo trabalho, alcançar o estatuto de necessidades “da sociedade”, *de todos* os indivíduos. Nesse sentido, tanto o modelo epidemiológico, mas explicitamente em suas primeiras formas concretas — a *Medizinischepolizei* alemã e a “medicina urbana” francesa — quanto o modelo clínico, sobretudo no século XX, através dos mecanismos sociais de expressão do acesso ao consumo, são “medicinas sociais” (Foucault, 1985, p. 79).

A concomitância dos modelos clínico e epidemiológico abre sempre a possibilidade de que sejam opostas radicalmente na prática, mas sua referência necessária àquele conjunto de necessidades

(as “necessidades sociais” do capitalismo) faz com que essa oposição seja sempre posta secundariamente à sua integração. Houve um tempo, até aproximadamente a passagem do século XIX para o século XX, em que essa integração se deu por mera justaposição de práticas, sendo nesse período a efetividade das práticas epidemiológicas muito maior do que a das práticas clínicas, em relação àquelas necessidades, no período subsequente, a “medicina social” vai estruturar-se sobretudo a partir das práticas clínicas, como se viu, ficando as práticas epidemiológicas em posição claramente suplementar.

Ora, as propostas de integração surgidas nas últimas décadas podem visar algo diverso de uma meramente “nova” relação suplementar entre os dois modelos, embora nem sempre o façam de modo consciente e explícito. Tratar-se-ia, nesse caso, de um modelo radicalmente novo, até por *ser um só*, e não uma composição de dois outros, como se pode perceber, por exemplo, nos esforços de construção da ação programática em saúde (Schraiber, 1990). Contudo, neste caso, como nos casos históricos antecedentes, o âmbito circunscrito pelo conceito de ‘modelo’ permanece o mesmo, não incluindo imediatamente e primariamente um caráter normativo, que pudesse resolver-se em julgamentos do tipo certo/errado. Um outro tipo de caráter normativo se impõe, todavia, mediado por um critério ético referido ao devir do homem, e só secundariamente referido às características tecnológicas que tornam um ou outro processo de trabalho coerente com um ou outro devir. Nesse sentido mediado, o conceito de ‘novo modelo’ implica uma dimensão moral, mas deriva-se da relação com o todo, e não de sua “pura” consistência tecnológica: ora, essa relação com o todo não cabe, a não ser parcialmente, na articulação entre as dimensões “interna” e “externa” do modelo, por duas razões: em primeiro lugar, porque são “ideais” as condições de sua elaboração, faltando-lhes a base de objetivação das necessidades necessárias — neste caso, radicais — que permitiria sua contraposição às “necessidades sociais”; em segundo lugar, porque o espaço onde se geram as práticas e representações acerca das

relações entre os processos de trabalho e a reprodução social deve ter sempre uma configuração política, irreduzível — embora frequentemente reduzida — a uma problemática técnica. Daí se segue que, se a um novo modelo se vier a aderir, por suas potencialidades, será apenas em sua dimensão de utopia produtiva, projeto concebido a partir das características objetivas do presente, onde convivem o futuro, enquanto potencialidade imanente, e o passado, enquanto inércia reprodutiva. Enquanto utopia produtiva, o novo modelo serve como baliza para a análise de situações concretas e para a descoberta das possibilidades objetivas de introdução de mudanças nessas situações orientadas para ele, que então irá, se chegar a ser, se efetivando como modelo real, certamente diferente do projeto que terá orientado seus começos.

Nesse sentido preciso, um ‘modelo’ é um ideal, mas um frágil ideal que se burocratiza e esteriliza quando tecnicamente despoliticizado, quer por seus opositores, quer sobretudo por seus defensores. Cabe antes até do que como “ideal” defini-lo como dever moral, e neste caso, escapando à contraditória pretensão de definir pelos indivíduos quais são suas necessidades justas, o dever moral se confunde com a busca das conexões entre o processo de trabalho, tal como possa ir-se orientando para o novo modelo, e a gênese das necessidades radicais de saúde.

Aqui reencontra-se o segundo e último conjunto de questões a ser tratado nesta última seção: a relação entre os processos de trabalho em saúde e as necessidades de saúde, tomadas desse ângulo particular que persegue a mudança social.

Quando foi discutida essa relação, na seção VI, particularizando para o capitalismo, tratou-se do conjunto dessas necessidades de saúde através de dois eixos temáticos referidos às estruturas de normatividade do homem comum: os significados econômicos da força de trabalho e os significados político-ideológicos da igualdade e sua repercussão sobre as pautas individuais de consumo. Ora, é evidente que, nessa maneira de expor as coisas, as necessidades de

saúde aparecem como “necessidades sociais”, necessidades “da sociedade”, e já se discutiu anteriormente que tal entidade — a sociedade — assim fixada por oposição aos indivíduos que a compõem, não passa de um fetiche. As “necessidades sociais” do capitalismo são as necessidades individuais do grupo de indivíduos que personifica o capital, que assume como “suas” as necessidades decorrentes de uma relação social que, assim, se re-produz. As necessidades individuais dos outros indivíduos, que não podem ser estas enquanto necessidades individuais, como é facilmente compreensível, se re-produzem então em um processo amplamente caracterizável como de dominação: esses outros indivíduos constituíram como suas, individuais, necessárias, carências específicas que reproduzem, menos ou mais contraditoriamente, aquelas necessidades individuais que se tornam dominantes. A ideia de “necessidades sociais” não é inteiramente falsa, portanto, ao cabo desse processo, pois se são representáveis assim é porque todas as necessidades individuais nelas se reconhecem. Mais contraditoriamente, por exemplo, quando modificações radicais nas condições objetivas de exercício da normatividade desencadeiam oposições violentas: esse é o caso exemplar da Revolta da Vacina (Costa, 1985). Menos contraditoriamente, por exemplo, quando o consumo de serviços médicos torna-se moeda corrente nas negociações do pacto populista, para ficar ainda na história do Brasil. Em qualquer caso, entretanto, será através de um amplo e multidimensional processo social que o indivíduo comum passará a ter como suas, gradativamente, necessidades necessárias referidas à saúde que se compõem coerentemente com as “necessidades sociais” e se confundem com elas, assim como verá interditas, por ilegitimidade, aquelas necessidades necessárias que escapam a essa coerência.

De todas essas necessidades necessárias referidas à saúde, aquela que mais coerentemente compõe com as “necessidades sociais” é a do consumo de serviços de assistência à doença — serviços médicos em sentido amplo. Já se discutiu como isto se dá pela redução

da saúde ao resultado de atos de consumo individual, e embora historicamente essa redução tenha privilegiado a doença como objeto de trabalho, com o que a saúde ficou necessariamente definida como negação, e portanto subordinada à definição de doença, na última década a própria saúde aparece pseudopositivamente como o resultado também do consumo daquilo que parece negar a doença: dietas especiais, exercícios, alimentos sucedâneos de alimentos “perigosos”, remédios protetores, etc. Em todos os casos, não se trata apenas de uma *redução de consumo*, o que é da lógica do modo de produção, mas de *uma redução ao indivíduo*, que faz com que, ao ser a necessidade necessária máxima de cada e todo indivíduo a posse do equivalente universal de todos os consumos, o dinheiro, a própria individualidade seja re-produzida cotidianamente através de sua redução a infinitos atos de consumo.

Não se deve confundir a argumentação, como se fosse o caso de ver algum proveito no não consumo de serviços de assistência médica, para que então se desse o pleno florescimento da genuína individualidade humana. É claro, patente, evidente e lógico que, em qualquer forma de organização social futura em que a humanidade mais rica do homem passa a expressar-se, uma das bases objetivas dessa riqueza será sempre dada pela possibilidade de cura das doenças, além do seu controle e além da diminuição do sofrimento individual provocado por elas. Entretanto, é muito diferente que a necessidade disso seja vivida como algo a ser satisfeito exclusivamente através do consumo individual, ou que, alternativamente, seja vivida como conjunto de práticas que, ultrapassando o consumo de um serviço, implica uma postura ativa e mediatamente social em relação ao andamento humano da vida. A consciência da necessidade do serviço individual de assistência, vivida praticamente como coisa que adquirida na maior quantidade possível resultará na “maior” — não seria lógico dizer “melhor” neste contexto — saúde possível para o adquirente, e só para ele, é solidária da má consciência diante da antinomia que necessariamente então

se põe. Essa antinomia está inscrita no fato de que, não sendo infinitamente multiplicáveis os serviços consumíveis, pois até mesmo dentro da lógica do capitalismo são “desproporcionalmente” caros, sua distribuição será necessariamente desigual, implicando, para cada indivíduo que possa beneficiar-se deles, a existência de outros indivíduos que deixam de se beneficiar. Cada “saúde” obtida implica “não saúdes” como efeitos necessários. Como no plano da vida social essa oposição implica limites e prejuízos para a própria “saúde” obtida, pois, embora não o saiba seu proprietário, ela depende objetivamente das “saúdes” dos outros, produz-se uma relação antinômica entre cada ato de consumo e os resultados visados, insolúvel em si mesma. Não há, entretanto, nenhuma originalidade nessa antinomia, que se reproduz, no capitalismo, em todos os campos de construção e re-produção dos indivíduos como seres sociais. Ela é talvez, apenas mais dolorosa, mas expressa o mesmo conjunto de inversões: de meios para a plena vivência da vida, os objetos do consumo se transformam em fins; de necessidades qualitativamente específicas, as necessidades desses objetos se transformam em “sacos sem fundo” cuja lógica é apenas quantitativa; de enriquecimento da personalidade individual resta apenas a dependência alienada, o empobrecimento objetivo e subjetivo do homem (Heller, 1986, p. 53).

Tudo o que se disse acima, referido ao modelo clínico, aplica-se ao modelo epidemiológico, *mutatis mutandi*. Nesse caso não é mais o indivíduo consumidor o polo conformador de necessidades e práticas, porém a comunidade abstrata do Estado, que pensa, necessita e age por ele, apesar dele, e contra ele, se necessário for. As qualidades úteis dos efeitos obtidos, tal como no caso do modelo clínico, diluem-se na sobredeterminação antinômica dos significados sociais dos mesmos efeitos: o indivíduo é protegido da doença para que melhor possa ser consumida sua força de trabalho pelo capital que o explora, o que necessariamente exclui a saúde de suas possibilidades vivenciais.

De pouco adianta, entretanto, a consciência parcial dessas antinomias, se o dever de superá-las não constitui um sujeito social

ativo que encarna o futuro imanente dessa realidade: aqui se encontra o tema crucial do sujeito da mudança histórica. Evidentemente, o tratamento que se pode dar a esse tema neste texto é muito parcial e unilateral, mas ao mesmo tempo é absolutamente necessário, de vez que as categorias teóricas que vêm sendo trabalhadas não apenas buscam um sujeito que as “utilize”, mas rigorosamente, na medida em que enquanto categorias expressam sua existência real como sujeito, exigem-no para sua própria existência teórica. A constituição do sujeito da mudança histórica consistindo na práxis coletiva que assume como *dever* a superação das condições objetivas que bloqueiam a satisfação das necessidades radicais, segundo Heller (1986, pp. 87-113), presume a necessidade da própria teoria como necessidade radical: como no capitalismo se estabelecem mediações entre a produção da teoria e sua utilização na práxis, entretanto, a teoria vê-se obrigada a “seguir a pista” das necessidades humanas concretas, e a só saber *ex post* sua qualidade de teoria verdadeiramente objetiva. Como as necessidades radicais não são fantasmagóricas, mas necessidades conscientes, individuais, sócio-historicamente geradas e referidas a objetivações, todas as esferas da práxis relacionam-se de algum modo com as antinomias nelas inscritas de modo positivo, isto é: as necessidades radicais são necessidades de objetos reais, estão referidas às “necessidades existenciais”, à cultura, ao descanso, ao relacionamento interpessoal afetivo e sexual, à educação, à saúde, etc. O sujeito histórico que encarna como dever coletivo sua realização constitui-se assim quando supera sua fragmentação em inúmeras necessidades particulares e as reúne em um todo orientado para a formação social, que necessita então superar em um todo.

A busca de um novo modelo para o processo de trabalho em saúde, para além da superação técnica das antinomias entre o individual e o coletivo, encontra aqui, na fusão com esse sujeito histórico, o seu teste de maioridade. Deve-se entender que esse sujeito histórico não existe antes e fora do seu contato ativo com os processos de

objetivação, como se se autoproduzisse através de uma profunda introspecção: ele vem a ser sujeito no mesmo movimento em que se objetiva na *práxis*, no mesmo movimento em que se autoconhece como portador de necessidades radicais e identifica os processos de trabalho que tendem — apenas — a ir ao encontro dessas necessidades. A primeira dessas identificações, como portador de necessidades, passa pela segunda, pelas formas possíveis de sua satisfação, e vice-versa, mesmo considerando que a satisfação de necessidades radicais é impossível por definição, constituindo-se antes em um processo de mudança estendido na história em que busca a realização e se perseguem sem data fixa de reencontro.

No campo das práticas de saúde configura-se em grau extremo a alienação das necessidades humanas — pense-se no congelamento de cadáveres para serem “ressuscitados” no futuro, pense-se na sinistra dialética dos transplantes de órgãos de jovens saudáveis mortos em acidentes epidemiologicamente previsíveis, pense-se no contraste entre o custo social das técnicas de alimentação parenteral e a mortalidade associada à desnutrição. O orgulho pela criatividade científica e tecnológica do gênero humano turba-se pela extrema pobreza de espírito e pela extrema miséria com que é obrigado a andar de par. Paradoxalmente, entretanto, este é também um dos campos em que o caráter antinômico do capitalismo é primeiro e melhor apercebido: já porque é a própria “necessidade social” do capitalismo que fundamenta, mesmo que de forma canhestra, a legitimidade das diferenças dentro do gênero humano, através de práticas, entre as quais as de saúde, que em qualquer dos seus modelos fundam-se biologicamente na abolição de diferenças substantivas entre os homens. Que os mesmos modelos, abstraindo as diferenças e desigualdades reais, colaborem para a reprodução de ideologias que não querem ver essas diferenças e desigualdades como estruturais, isto é apenas um lado da moeda; desde sua gênese nos séculos XVII e XVIII, as práticas de saúde do capitalismo foram sempre um campo hipersensível para a percepção do contraditório.

Construir um modelo é explorar o contraditório, desde a mera denúncia até a verificação das formas positivas de sua superação tendencial. Seria inadequado, contudo, buscar apreender *a priori* o que sejam necessidades radicais de saúde, pois essas só são apreensíveis no concreto, enquanto manifestação subjetiva de um sujeito em objetivação, impensáveis que são em si mesmas, fora de suas relações em estruturas de necessidades. O que a teoria permite são critérios tentativos para sua identificação. O primeiro desses critérios, de caráter geral, reside em ter todas as características das necessidades necessárias e ser ao mesmo tempo “impossíveis”, no sentido de que sua satisfação generalizada implica outro homem e outros processos de objetivação, mediados por relações sociais de outra natureza. Procurar identificá-las e satisfazê-las, não obstante sua “impossibilidade” imediata, é construir esse novo homem através de novos processos de objetivação. Sem deixar de advertir para o óbvio de que tal mudança é um processo social total, e não apenas um processo “sanitário”, como às vezes parece ser o pensamento de tantos messianismos da área da saúde, cabe buscá-las conforme os seguintes critérios:

a) Quando o tipo de indivíduo que se reproduz tendencialmente através de sua satisfação tenha suas dimensões individual e social não antagonizadas, como pode ser o caso de todas as necessidades epidemiológicas, desde que conscientes e individuais, pois só serão genuinamente do indivíduo quando os outros indivíduos forem um fim para ele, à medida que ele necessite para si o que necessita para os outros. De modo inverso, entretanto, quando ele necessita do controle epidemiológico dos outros como um meio para si próprio, para suas necessidades de dinheiro, poder e possessividade, a mesma necessidade aparente se configura então como alienada.

b) Quando o espaço de configuração das necessidades ultrapassa o espaço biológico do corpo e refere-se imediatamente à totalidade da personalidade individual viva, tais necessidades tendem para a radicalidade, pois ao superar a dicotomia corpo-indivíduo

tende-se a percebê-lo em sua forma imediatamente social, no mínimo através de sua vida de relação. O mesmo movimento aparente nega-se, contudo, quando ao biológico do corpo apenas somam-se outras esferas, igualmente instrumentalizadas, enquanto meios para ele, indivíduo, que permanece fora delas, utilizando-as para fins que estão fora delas, em coisas ou em seus equivalentes.

c) Quando os recortes de existência das necessidades ultrapassam o plano da individualidade abstrata para reencontrá-la em transindividualidades em que ele se reconhece. A necessidade aqui é do indivíduo enquanto mulher, enquanto homem, enquanto trabalhador, enquanto adolescente, enfim, enquanto subgênero de natureza sócio-histórica que aparece como valor transcendente à mera individualidade sem negá-la, mas afirmando-a como específica e concreta. Em sentido inverso, todavia, as mesmas necessidades aparentes podem conter apenas a exclusão do gênero humano pela absolutização de qualquer uma das suas manifestações concretas ou de todas elas.

d) Quando a necessidade de saúde toma a forma de enriquecimento consciente, em oposição à dependência da assistência, refletindo a individualidade concreta contra a do consumidor abstrato e anônimo. Ainda neste caso, há que diferenciar, porém, entre o enriquecimento da participação ativa e consciente e o empobrecimento da personalização de fachada, autoengodo de consumidor *VIP* que almeja a diferença como um fim em si mesma, e não pelo que possa ter de substantiva e qualitativa.

e) Quando a necessidade se relaciona com planos mais inclusivos de realização da vida individual e social e vem imediatamente referida a valores sócio-históricos objetivos de enriquecimento da humanidade. Este é o critério mais transparente, porque nesse caso a própria necessidade é já radicalizada por sua referência a outras radicalizações. No campo da saúde, tal é o caso das necessidades comunitárias, que expressam a consciência da saúde como *meio e fim* da vida humana, e não como instrumento, apenas contingente-

mente expresso sob uma forma fenomênica particular. Ainda aqui, porém, é preciso diferenciar o radical do pseudorradical; diferenciar a necessidade objetiva, mesmo que contingente, da necessidade retórica que, a despeito de qualquer objetividade, busca se impor dogmaticamente.

Os critérios tentativamente apresentados, antes de tudo como material para o debate, muito longe de pretensão equivocada de constituírem um decálogo exaustivo de regras fechadas, mostram em todos os casos os sinais da dificuldade de uma definição precisa e fixa. Devem servir no mínimo para a exclusão de uma lógica apriorística, que pudesse estabelecer um rol qualquer de necessidades radicais para serem sacralizados, e no máximo para sugerir em situações concretas — pois só nesse nível, o da plena concretude, aparecem necessidades reais, radicais ou não — caminhos para discutir e implantar mudanças nos processos de trabalho, de tal modo que essa prática fundamental, o trabalho, possa fundamentar objetivamente as opções de militância que o homem se coloca para a vida.

Referências

- CANGUILHEM, G. *Lo normal y lo patológico*. México: Siglo XXI, 1983.
- COSTA, N. R. *Lutas urbanas e controle sanitário*. Petrópolis-Rio de Janeiro: Vozes-Abrasco, 1985.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- GIANNOTTI, J. A. O ardil do trabalho. In: Idem. *Trabalho e reflexão: ensaios para uma dialética da sociabilidade*. 2.^a ed. São Paulo: Brasiliense, 1984.
- HELLER, A. *O cotidiano e a história*. São Paulo: Paz e Terra, 1989.
- HELLER, A. *Teoría de las necesidades en Marx*. Barcelona: Península, 1986.
- LUKÁCS, G. *Estética I*. Barcelona: Grijalbo, 1965, vol. 1.
- MARX, K. *L'idéologie allemande*. Paris: Éditions Sociales, 1968a.
- MARX, K. *O capital*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1968b. T. 1, vol. 1.
- MARX, K. Introdução à crítica da economia política. In: Idem. *Marx: vida e obra*. 5.^a ed. São Paulo: Nova Cultural, 1991 (Coleção Os Pensadores).
- MARX, K. *Manuscritos econômico-filosóficos*. Lisboa: Edições 70, 1989.

- MARX, K. Principes d'une critique de l'économie politique. In: *Œuvres Économiques II*. Paris: Gallimard, 1968c.
- MENDES-GONÇALVES, R. B. *Medicina e historia: raízes sociais del trabajo médico*. México: Siglo XXI, 1984.
- MÉSZÁROS, I. *Marx: a teoria da alienação*. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.
- SCHRAIBER, L. B. (org.). *Programação em saúde hoje*. São Paulo: Hucitec, 1990.

DA TEORIA DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE AOS MODELOS DE ATENÇÃO

JAIRNILSON SILVA PAIM

Comentar um texto de Ricardo Bruno exige uma reflexão responsável diante do rigor acadêmico do autor, mas, ao mesmo tempo, constitui uma experiência prazerosa, a partir do ato de estudar, que estimula novas leituras. O seu estilo de escrever, ao mesmo tempo denso, profundo, fundamentado e instigante, pode provocar resistências iniciais ou mesmo inconsistências na interpretação, mas, seguramente, representa um convite renovado para pensar e agir em novas bases. Mais que um texto teórico, trata-se de uma reflexão filosófica comprometida com a práxis. A sua elaboração, inspirada em Marx, permite um desenvolvimento da teoria do processo de trabalho, revelando outras dimensões desse processo não realçadas pelo filósofo.

Essas são as primeiras percepções que compartilho com o leitor do presente capítulo ao reler “Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades” de Mendes-Gonçalves (1992). Contudo, acrescentaria ainda a satisfação de escrever algo sobre o trabalho de uma pessoa afetuosa, um querido amigo a quem dedicava grande apreço e admiração, que sabia estimular a crítica entre seus interlocutores.

Ao ordenar as ideias que exporei a seguir a primeira preocupação foi evitar a elaboração de uma resenha, apesar da liberdade assegurada pelos organizadores deste livro aos autores convidados. Não que a relevância do estudo e a sua complexidade deixassem de requerer a sistematização de uma síntese e uma argumentação sobre a sua atualidade. Mas pelo que se encontra no texto e pelo que conheci de Ricardo certamente ele desejaria algo mais. Portanto, os comentários a seguir procuram situar este trabalho por referência a outras contribuições do autor, sublinhando a importância de uma escola de pensamento em saúde no Brasil, iniciada pela professora Maria Cecília Ferro Donnangelo, bem como o contexto em que foi produzido e pontuando, na medida do possível, certos desdobramentos em tempos subsequentes.

Sobre o conceito de práticas de saúde e o contexto brasileiro

A emergência da Medicina Social no Brasil e o seu desenvolvimento na Saúde Coletiva e na Reforma Sanitária Brasileira (RSB) fundamentaram-se nos conceitos de determinação social do processo saúde-doença e de *práticas de saúde* (Paim, 2008). Este é concebido e delimitado inicialmente no livro *Saúde e sociedade*, de Donnangelo & Pereira (1976) a partir dos momentos do processo de trabalho. Posteriormente, ao investigar as raízes sociais do trabalho médico, Mendes-Gonçalves (1979) examina com profundidade o conceito de processo de trabalho em Marx e contribui para a elaboração de uma teoria do processo de trabalho em saúde.

Essa teoria vai ser acionada de um lado para a investigação sobre os centros de saúde de São Paulo com o foco no estudo das tecnologias ou nos modelos tecnológicos operatórios de práticas de saúde e, de outro, na práxis desenvolvida por professores, pesquisadores, técnicos e alunos no Centro de Saúde Escola Samuel Pessoa,

vinculado ao Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP (Mendes-Gonçalves, 1994).

Essas produções, tendo em conta a autonomia relativa da academia, tão preciosa para a pesquisa, a crítica, a inovação e a tecnologia, faziam sentido com os esforços para a viabilização do projeto da RSB e a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Apenas a título de contextualização cabe registrar que em 1985 interrompe-se o ciclo dos governos militares instaurados em 1964, ampliam-se as Ações Integradas de Saúde (AIS) e buscam-se novos modelos de atenção, enquanto em 1986 é realizada a histórica 8.^a Conferência Nacional de Saúde, em 1988 é promulgada a Constituição Cidadã e em 1990 é sancionada a Lei Orgânica da Saúde. O texto *Práticas de Saúde e tecnologia: contribuição para a reflexão teórica*, a contribuição do autor no Encontro Ítalo-Brasileiro de Saúde em 1989 e os trabalhos apresentados pelo grupo do Centro de Saúde Escola, durante o 2.^o Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, nesse mesmo ano são algumas das ilustrações da organicidade entre a obra de Ricardo Bruno e a RSB (Mendes-Gonçalves, 1991; 1988; Schraiber, 1990).

No caso do texto ora comentado não é possível deixar escapar o fato de ter sido elaborado para o então Centro de Formação dos Trabalhadores da Saúde (Cefor) da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, cuja prefeita eleita era uma mulher, nordestina, socialista e na época um dos quadros promissores do Partido dos Trabalhadores. Para além do simbolismo de pensar os processos de trabalho visando a um Centro de Recursos Humanos de uma Secretaria Municipal de Saúde constata-se um comprometimento com a práxis, na perspectiva de constituir sujeitos capazes de enfrentar novos desafios postos pelo processo na RSB. Assim, na apresentação do texto de Ricardo Bruno pelo Cefor destacava-se a busca de uma integração crítica entre ensino e trabalho visando à construção de novas concepções e práticas na rede de serviços de saúde. Desse modo, os esforços empreendidos iam ao sentido da construção do

Sistema Único de Saúde e de um modelo de atenção voltado para os problemas e necessidades da população.

Práticas de saúde e a teoria do processo de trabalho

Como referido anteriormente, a elaboração teórica pioneira acerca de práticas de saúde fundamentava-se no conceito de processo de trabalho (Donnangelo & Pereira, 1976). Este, resumidamente, constitui-se mais por momentos que por componentes ou etapas, em face da articulação entre os distintos elementos: objeto, meios de trabalho e trabalho propriamente dito. Ainda que esse conceito tenha sido desenvolvido em estudos posteriores por Mendes-Gonçalves (1994; 1988; 1979), é justamente no texto ora comentado que o autor aprofunda a sua elaboração teórica em diferentes níveis de abstração, acionando representações gráficas para ilustrar os caminhos do pensamento numa complexidade crescente e convidando o leitor para acompanhá-lo nas idas e vindas, entre os pontos de partida e os pontos de chegada, assim como na viagem de volta ao concreto pensado ou, nas suas palavras, “começos de caminhos”:

Presume-se que o movimento seja continuado em direção ao concreto, na descoberta de formas particulares (os sujeitos, os instrumentos, os objetos, suas representações simbólicas e interacionais, sua configuração sob a forma de normatividades e de legalidades jurídicas, etc.) assumidas por cada individualidade concreta, em si mesma e em suas relações de conjunto (Mendes-Gonçalves, 1992, p. 23).

Ainda assim, não se trata de tarefa fácil nem didática. Tenho adotado este texto nos seminários de doutorado e, mesmo neste nível, os alunos registram certa dificuldade de compreensão, não só decorrente do estilo do autor, mas especialmente pela densidade

do conteúdo, pelo alto nível de abstração, pela fundamentação marxista e, sobretudo, pelas representações gráficas utilizadas que lembrariam modelos matemáticos ou fórmulas químicas. Como professor, no entanto, aconselho a ler e reler pausadamente o texto, retomando parágrafos anteriores quando necessário, a visitar algumas das referências fundamentais para entender o raciocínio do autor e a não se impressionar com as representações gráficas, pois elas são apenas recurso para ilustrar o desenvolvimento da reflexão, além de evitar repetições de frases e palavras. Não é raro ouvir de alunos tempos depois acerca do significado do texto para pensar saúde e suas práticas, bem como a sua contribuição na elaboração do quadro teórico de referência para suas teses. Nestes comentários, porém, procuro evitar uma abordagem didática do texto para não banalizá-lo nem comprometer o rigor com o qual foi produzido. Pelo tanto que conheci sobre os graus de exigência acadêmica de Ricardo certamente não me perdoaria se o fizesse.

Inicialmente, ao partir da ideia geral de trabalho o autor admite a existência de diferentes tipos, destacando o trabalho em saúde, realizado por diferentes agentes, entre os quais o médico. Reconhece certo equívoco do pensamento quando se considera tal trabalho desvinculado das injunções materiais, mas não como mera ideologia, buscando compreendê-lo tendo em conta certas características do trabalho em saúde e ressaltando a articulação das práticas de saúde ao conjunto das práticas sociais. Ao tempo em que examina as práticas de saúde considerando a sua dimensão básica de trabalho, não só pela sua objetividade e enquanto ferramenta para a transformação da realidade e para a redução do seu caráter alienado e alienante, ressalta que as práticas sociais e as práticas de saúde, em particular, não se reduzem a tal dimensão. Ao examinar as determinações gerais do processo de trabalho e ao tomar o trabalho em saúde como foco de atenção recusa-se, entretanto, em pensar algo como “trabalho em saúde em geral”, insinuando a busca da investigação de suas especificidades.

Apesar do seu empenho em elaborar uma teoria do processo de trabalho em saúde, inspirada na teoria do “trabalho humano em geral”, o autor alerta para a necessidade de manter uma vigilância sobre a mesma uma vez que reconhece que “as teorias não são propriamente adequadas em si mesmas, mas *tornam-se* adequadas na medida em que as práticas tornam-se adequadas e impõem sua retificação” (Mendes-Gonçalves, 1992, p. 2, grifos do autor).

Enquanto processos de trabalho específicos, os processos de trabalho em saúde podem ser investigados nas sociedades capitalistas ocidentais na atualidade, buscando compreender as bases objetivas da alienação, assim como “as conexões entre um campo específico de práticas e a reprodução social”, diante da possibilidade de ousar construir um projeto de práxis (Mendes-Gonçalves, 1992, p. 26).

O “algo” que havia “antes” e “outro algo” que há “depois”

Na delimitação do trabalho humano duas ideias são centrais: transformação e energia. Elas se encontram conjugadas em um único processo que é distinto das transformações naturais ou casuais, ou seja, no caso do processo de trabalho a mudança é intencional. Este caráter teleológico implica identificar certo carecimento que o “algo depois” terá satisfeito. Como esse carecimento está vinculado a um dado objeto é sobre ele que será realizado o trabalho e consumida certa energia.

Mesmo correndo o risco de desviar da ordem de exposição e de antecipar algumas das conclusões do texto em discussão, no caso da saúde este carecimento pode se expressar enquanto necessidade e o “objeto” pode ser identificado como o corpo anatomofisiológico ou uma população (“corpo social”) dividida em classes sociais. E essa necessidade de saúde pode se apresentar sob diferentes dimensões: doença, agravo, risco, vulnerabilidade, ‘qualidade de vida’, etc.

Não obstante o objeto faça parte da natureza (ainda que também social no caso da saúde), ele não é dado. Só se torna propriamente um objeto na medida em que um sujeito o delimita, “sendo o modo pelo qual se dá essa delimitação e esse desprendimento guiado pelo olhar que antevê em um certo fragmento da natureza um certo resultado potencial” (Mendes-Gonçalves, 1992, p. 7). Trata-se, portanto, do *objeto do trabalho*. Para apreendê-lo e transformá-lo diante de uma dada intenção (projeto) são acionados *meios de trabalho*.

A energia gasta no uso dos meios de trabalho para obter o efeito desejado (finalidade) expresso num dado projeto (produto e/ou satisfação de necessidade) consiste no “conjunto de qualidades humanas naturais que podem ser ativadas para obter transformações, que é designado força de trabalho” (Mendes-Gonçalves, 1992, p. 9). Esta atividade intelectual e mecânica que implica consumo de energia representa o *trabalho* propriamente dito. Assim, os carecimentos transformados em finalidades guiam os processos de trabalho, mas esses processos não envolvem apenas um indivíduo:

Só através de relações entre si os homens-indivíduos-trabalhadores ‘entram’ nos processos de trabalho [. . .] e quando o processo termina deve haver como resultado, ao mesmo tempo: produtos, re-produção ampliada das forças naturais dominadas, reprodução das relações sociais referidas aos objetos e instrumentos e, dentro e através disso tudo, re-produção dos próprios indivíduos-trabalhadores (Mendes-Gonçalves, 1992, p. 15).

O fragmento acima não só aponta as relações sociais sob as quais é realizado um dado processo de trabalho, mas também revela a sua reprodução, implicando tais indivíduos necessariamente como seres sociais. Portanto, o “outro algo” que há “depois” vai

além de produtos e satisfação de necessidades que no caso da saúde poderia ser traduzido por mais vacinas, mais medicamentos, mais consultas, mais exames ou, alternativamente, menos doenças, redução de danos, controle de riscos, diminuição da vulnerabilidade, mais saúde e melhor “qualidade de vida”. Os processos de trabalho em saúde e as relações sociais estabelecidas também contribuem para a constituição dos sujeitos-trabalhadores e, em última análise, para a reprodução social.

Evidentemente que a delimitação conceitual do processo de trabalho inicialmente empreendida pelo marxismo tomou como referência a produção de bens materiais. O seu desdobramento teórico para chegar à saúde implica voltar-se para a prestação de um serviço (em vez da produção de uma mercadoria) que é utilizado ou consumido no próprio ato de produção. Ou seja, uma consulta não circula como ocorre como um medicamento ou vacina. Do mesmo modo, sendo o objeto desses processos de trabalho o homem, ainda que remetido ao corpo anatomofisiológico, a apreensão da sua objetividade inclui, também, a subjetividade. Essas especificidades reconhecem, portanto, relações “mediadas por desejos, afetos, paixões, repulsas, ódios, normatividade e trabalho, que cada homem estabelece com a totalidade em que vem a ser, e com suas partes, incluindo ele próprio, e que fazem dele um sujeito” (Mendes-Gonçalves, 1992, p. 28).

Contudo, mesmo que o autor em estudos anteriores e neste, especialmente, reconhecesse certas especificidades do trabalho em saúde e já indicasse que os meios de trabalho utilizados poderiam abranger tecnologias materiais e não materiais para se aproximar e transformar o objeto, sua contribuição não passou incólume aos que adjetivaram sua obra de “estruturalista”, quando teria negligenciado a interação entre os sujeitos, assim como outras tecnologias consideradas fundamentais para o trabalho em saúde.

Necessidades de saúde e modelos tecnológicos

As contribuições científicas do grupo da USP, particularmente a produção teórica de Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves, fornecem, também, elementos adicionais para a elaboração de uma teoria de necessidades em saúde. A teoria das necessidades em Marx, sistematizada por Agnes Heller (1986), aponta necessidades e poderes do homem, enquanto ser natural e social e parte de uma totalidade (Mészáros, 2006). Assim, “as necessidades aparecem como aquilo que precisa ‘necessariamente’ ser satisfeito para que esse ser continue sendo um ser” (Mendes-Gonçalves, 1992, p. 19). Mesmo com essa definição preliminar pode-se admitir algo além das necessidades de saúde, alimentação, habitação, educação, segurança, vestuário, serviços, etc. Para que um ser continue sendo um ser pode necessitar ser amado, valorizado, reconhecido, liberto, etc. Pode, enfim, precisar do gozo estético e sexual ou ter necessidade de filosofias. Enfim, para além das necessidades naturais, devem ser consideradas as necessidades sociais e as necessidades radicais (Heller, 1986).

No caso da saúde, também as necessidades são definidas social e historicamente de sorte que, entendidas como dimensões referidas ao objeto de trabalho, podem requerer novos instrumentos de trabalho e distintos trabalhos propriamente ditos para serem satisfeitas:

Deve-se notar que essa sócio-historicidade é a contrapartida da sócio-historicidade dos processos de trabalho, que criam os objetos para as necessidades, enquanto [. . .] o inverso é verdadeiro, já que as novas necessidades criam os sujeitos para os novos processos de trabalho (Mendes-Gonçalves, 1992, p. 20).

Para além das necessidades dos indivíduos o conjunto estruturado de relações pode ser o sujeito de necessidades de modo que

se considerem as “necessidades da sociedade” ou necessidades sociais. Essa antinomia necessidades sociais/necessidades individuais precisa ser compreendida não só pelo uso valorativo aparentemente positivo das chamadas “necessidades sociais de saúde” como mais relevantes que as necessidades individuais, particularmente no discurso da Saúde Pública ou mesmo da Saúde Coletiva, mas também pela referência negativa à “necessidade social” do capital ou do Estado capitalista. Tais dilemas são também ressaltados pelo autor no fragmento a seguir:

Para superar positivamente a antinomia ‘necessidades sociais’/necessidades individuais, não basta a rejeição da categoria ‘necessidades sociais’, mas é preciso descobrir o modo de afirmação do movimento sócio-histórico das necessidades como valor positivo, que possa orientar a atividade essencial — a necessidade — de estabelecer normas, a objetivação moral, de modo que o reconhecimento das necessidades como individuais não acarrete sua ‘subjativização’ em infinitos e relativos ‘valores’ equivalentes, e a paralisia da práxis teleologicamente orientada para a socialidade dos mesmos indivíduos (Mendes-Gonçalves, 1992, p. 21).

A citação serve para indicar movimentos e geração de necessidades que não podem ser satisfeitas na estrutura histórica que as produziu. Assim, muitas das necessidades geradas pelo capitalismo não podem ser atendidas nessa ordem social, pois requerem a diversificação qualitativa do homem. Estas podem ser denominadas necessidades radicais, a serem revisitadas mais adiante (Heller, 1986).

Buscando ilustrar a historicidade das práticas de saúde o texto discute algumas formas mais antigas de trabalho social voltado para a saúde realizado pelo xamã, não como mera erudição, mas para compreender o presente, enquanto história em curso. Con-

templa na Antiguidade Clássica a medicina grega ou medicina hipocrática até alcançar o cirurgião-barbeiro da Idade Média quando se configura a “medicina cristã”. Segundo o autor, “quando a medicina moderna constituiu-se como prática social, a partir do fim do século XVIII tendeu a buscar nesse passado remoto todos os seus símbolos, como se ela fosse um movimento interrompido pelos azares da história” (Mendes-Gonçalves, 1992, p. 31).

Na transição do feudalismo para o capitalismo desde o século XVI verifica-se a construção de uma racionalidade moderna e, particularmente, novas formas de racionalidade médica com uma variedade de necessidades, incluindo “necessidades sociais” de saúde vinculadas ao novo modo de produção. Na medida em que para o capital a escravidão e a servidão já não interessavam, mas sim a força de trabalho livre, os corpos humanos adquiriam novo significado social, enquanto sede da força de trabalho. Esta precisava estar disponível em quantidades e qualidades adequadas para ser vendida e consumida nos processos de trabalho, possibilitando a identificação de duas vertentes não excludentes para o trabalho em saúde: o controle da ocorrência de doença no âmbito coletivo e a recuperação da força de trabalho acometida pela doença.

Ao lado dessas condições objetivas, as sociedades capitalistas adotaram princípios político-ideológicos que favorecessem a sua estabilidade a exemplo da igualdade, não obstante a desigualdade estrutural básica gerada pelo modo de produção. Assim, ampliaram-se os direitos para as classes subalternas, a exemplo dos direitos civis, políticos e sociais que propiciaram certas necessidades funcionais à esfera do consumo.

No caso da saúde, a concepção da doença como fenômeno coletivo recorrendo à experiência das epidemias e do desenvolvimento da formalização matemática e da estatística vai permitir certa previsão da ocorrência das doenças, de um lado, e a associação entre tal ocorrência e certas características ou fatores ligados ao homem e ao ambiente, de outro. Este modelo tecnológico do trabalho em

saúde pode reconhecer a doença como fenômeno coletivo, mas natural, ensejando intervenções mais pontuais e conservadoras, ou ainda como fenômeno coletivo, essencialmente social, tendendo “à negação potencial da estrutura social e ao esforço por sua superação — no limite, neste caso, para produzir saúde é preciso mudar a sociedade” (Mendes-Gonçalves, 1992, p. 37). Essas diferentes posições com consequências políticas distintas se expressam na América Latina do final do século XX entre a Saúde Pública convencional e o movimento da Medicina Social.

Visando à recuperação da força de trabalho desenvolvem-se outra concepção e outro modelo de organização do trabalho em saúde centrados na doença como alteração morfológica e/ou funcional do corpo humano. Segundo o autor, essa nova concepção instrumental — individualizante e biológica — necessitou do desenvolvimento das ciências da fisiologia e da patologia para a intervenção. Diante das limitações do arsenal terapêutico e das técnicas de cirurgia, antes do aparecimento da anestesia e dos antibióticos, o modelo tecnológico correspondente só vai se efetivar e se tornar hegemônico no século XX. Trata-se do *modelo clínico* em contraste com o *modelo epidemiológico*, resumido no parágrafo anterior.

Nesse texto o autor analisa as características e discute profundamente os dois modelos, indicando que o *modelo clínico* mais se integra com as necessidades das sociedades capitalistas, não só pelo seu caráter individualizante, mas especialmente mediante suas articulações com o capital (hospital moderno, equipamentos, indústria farmacêutica, empresas médicas, especialização “vertical” e “horizontal” do trabalhador médico coletivo, etc.). Esta é uma das formas específicas de a medicina se articular com a estrutura social, ainda que mecanismos político-ideológicos contribuam para embasar tais vínculos. Já o modelo epidemiológico, não obstante depender da clínica para definição de casos e sem poder dispensar a dimensão biológica presente no adoecer, especialmente nas ações convencionais da vigilância epidemiológica, encontra mais dificul-

dade de escamotear o social e, conseqüentemente o político, em face do antagonismo e ao conflito:

A localizar-se sobre o coletivo o objeto do trabalho, é sempre mais difícil ocultar sua face propriamente social, além de meramente coletiva, o que torna o campo das práticas de saúde mais vulnerável à crítica social e à pressão social. As decisões respeitantes a essas opções serão sempre, portanto, decisões essencialmente políticas (Mendes-Gonçalves, 1992, p. 44).

Como advertia Ricardo Bruno, o social não é dócil, comportando, portanto, diferentes projetos em disputa. E esses desafios postos para a Saúde Coletiva, enquanto campo científico e âmbito de práticas sociais exigem, permanentemente, rigor teórico e crítica para fundamentarem a práxis.

Algumas anotações sobre modelos de atenção

O texto é finalizado abordando questões relativas à vigência do conceito de “modelo”. Entre as preocupações do autor encontra-se a de evitar pensar o futuro como “modelagem” e adotar a noção de modelo como algo exemplar, regra, norma, ideal a ser seguido ou copiado. Para ele a consistência prática entre os objetos, instrumentos de trabalho e a ação do agente para que o processo resulte num dado produto é o que, conceitualmente, o termo modelo indica. Foi nessa perspectiva que, ao longo do texto, identificou modelos históricos de organização tecnológica do processo de trabalho em saúde, a saber: xamã, médico hipocrático, clínico e epidemiológico.

Ao destacar a concomitância dos modelos clínico e epidemiológico na passagem do século XIX para o século XX, mediante a integração por justaposição de práticas, sugere a possibilidade de

criação de algo radicalmente novo, por ser um só e não a composição daqueles dois. Refere-se nesse caso aos esforços para o desenvolvimento da “ação programática em saúde” (Schraiber, 1990). Aqui também explicita certa preocupação quando reconhece que o modelo pode ser um “frágil ideal” que corre o risco de se burocratizar ou se esterilizar quando a técnica é despolitizada, seja pelos seus defensores ou pelos seus opositores.

Assim, a produção teórica de Ricardo Bruno ensinou não apenas a experimentação de práticas no Centro de Saúde-Escola (Schraiber; Nemes; Mendes-Gonçalves, 1996). Permitiu, também, um conjunto de investigações sobre práticas de saúde e inovações no âmbito dos serviços. Nesse particular, registro minha dívida intelectual em relação ao autor desde quando participei na gestão de uma secretaria de saúde e buscava realizar parte do projeto da Reforma Sanitária na construção do Sistema Único de Saúde, propondo modelos de atenção como a oferta organizada e a distritalização que realçavam a dimensão tecnológica das práticas de saúde (Paim, 1993).

Desse modo, tenho discutido modelos de atenção vigentes (médico assistencial privatista, atenção gerenciada e sanitária) e propostas alternativas (ações programáticas de saúde, vigilância da saúde e acolhimento, entre outras), procurando distinguir os modelos de atenção referidos ao cuidado e ao *conteúdo* das práticas de saúde, dos modelos de organização de serviços ou de gestão que têm a ver com o *continente* em que se realiza o trabalho em saúde, a exemplo da regionalização, das redes e das centrais de regulação (Paim, 2012). Tal como Ricardo Bruno, rejeito a noção de modelo do senso comum quando o concebe como norma, padrão, forma, exemplo, molde.

Tentando ultrapassar o senso comum, tenho utilizado o termo *modelo* como representação simplificada da realidade (modelo pictórico, modelo matemático, modelo teórico, modelo diagramático, etc.) ou como racionalidade (razão de ser) que orienta a organização das práticas de saúde, a exemplo de uma racionalidade voltada para

necessidades ou de uma racionalidade dirigida para a demanda, cujo significado está muito vinculado à economia de mercado. Orientando esses caminhos para a investigação sobre modelos de atenção encontramos uma relevante bússola representada pela teoria do processo de trabalho em saúde fortalecida pelo trabalho desse autor e que fundamenta novas reflexões (Schraiber; Vilasbôas & Nemes, 2014; Teixeira & Vilasboas, 2014). Nesse sentido, defino modelos de atenção como combinações tecnológicas estruturadas para a intervenção sobre problemas e necessidades de saúde.

Comentários finais

A politização das técnicas e tecnologias que integram o processo de trabalho de saúde passa por uma permanente discussão e análise das *necessidades de saúde* que não podem ser reduzidas a necessidades de serviços de saúde, ou ao consumo de medicamentos ou de serviços médicos. Nesse caso, a própria teoria pode ser considerada, também, uma necessidade radical:

Como as necessidades radicais não são fantasmagorias, mas necessidades conscientes, individuais, sócio-historicamente geradas e referidas a objetivações, todas as esferas da *práxis* relacionam-se de algum modo com as antinomias nelas inscritas de modo positivo, isto é: as necessidades radicais são necessidades de objetos reais, estão referidas às “necessidades existenciais”, à cultura, ao descanso, ao relacionamento interpessoal afetivo e sexual, à educação, à saúde, etc. O sujeito histórico que encarna como dever coletivo sua realização constitui-se assim quando supera sua fragmentação em inúmeras necessidades particulares e as reúne em um todo orientado para a formação social, que necessita então superar em um todo (Mendes-Gonçalves, 1992, p. 49).

Pena que o autor não tenha tido a oportunidade em vida de acompanhar a revisita que a teoria das necessidades tem passado. No entanto, conseguiu compreender no seu tempo que as necessidades radicais nascem na sociedade capitalista, porém não podem ser satisfeitas nos seus limites, representando fatores de superação dessa sociedade. Agnes Heller (1996), ao rever a teoria, ressalta que as necessidades radicais aparecem sempre que as relações sociais estejam baseadas na subordinação e na hierarquia, quando há possuidores e excluídos do poder, quando o direito de propriedade está garantido para uns, mas não para outros e quando se usam os indivíduos como mero meio. Os que buscam transcender tais sociedades são os que têm necessidades radicais. Desse modo existem necessidades radicais que são plurais e constantemente surgem movimentos para satisfazê-las, tais como “o núcleo do movimento da autogestão, da revolução da forma de vida e dos movimentos feministas” (Heller, 1996, p. 78).

Identificar e constituir sujeitos da práxis ou sujeitos da antítese nas formações sociais e em determinadas conjunturas na perspectiva da revolução do modo de vida ou de uma reforma geral, tal como fora insinuado pela Reforma Sanitária Brasileira, representa uma aposta teoricamente fundamentada e possivelmente coerente com a do texto em questão (Paim, 2013). A fusão com este sujeito histórico vai além das antinomias entre o individual e o coletivo:

Ele vem a ser sujeito no mesmo movimento em que se objetiva a práxis, no mesmo movimento em que se autoconhece como portador de necessidades radicais e identifica os processos de trabalho que tendem — apenas — a ir ao encontro dessas necessidades (Mendes-Gonçalves, 1992, p. 49).

Esses são alguns dos desafios postos para os agentes das práticas de saúde na medida em que se constituam como sujeitos críticos e transformadores, tal como teorizado por Mario Testa (2007),

reconhecendo-se que essa mudança corresponde a um processo social total e não apenas a um processo “sanitário”, como adverte Ricardo Bruno. Do mesmo modo, o caráter alienado e alienante das práticas de saúde nas sociedades capitalistas não pode ser superado no âmbito das consciências individuais, mas somente no terreno concreto da práxis social (Mészáros, 2006).

Referências

- DONNANGELO, M. C. F. & PEREIRA, L. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976.
- HELLER, A. *Una revisión de la teoría de las necesidades*. Barcelona: Paidós, 1996.
- HELLER, A. *Teoría de las necesidades en Marx*. Barcelona: Península, 1986.
- MENDES-GONÇALVES, R. B. *Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico*. Mestrado em Medicina. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 1979.
- MENDES-GONÇALVES, R. B. *Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades*. São Paulo: Cefor, 1992. (Cadernos Cefor, Texto 1).
- MENDES-GONÇALVES, R. B. *Práticas de saúde e tecnologia: contribuição para a reflexão teórica*. Brasília: OPS, 1988. (Série de Desenvolvimento de Serviços de Saúde, vol. 6).
- MENDES-GONÇALVES, R. B. O processo tecnológico do trabalho em saúde. *Divul. saúde debate*, vol. 4, n.º 97, pp. 97-102, 1991.
- MENDES-GONÇALVES, R. B. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1994.
- MÉSZÁROS, I. *A teoria da alienação em Marx*. São Paulo: Boitempo, 2006.
- PAIM, J. S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. (orgs.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, pp. 459-91.
- PAIM, J. S. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador-Rio de Janeiro: Edufba-Fiocruz, 2008.
- PAIM, J. S. Reforma Sanitária Brasileira: eppur si muove. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 29, n.º 10, 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001000012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 4-7-2016.
- PAIM, J. S. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In:

- MENDES, E. V. (org.). *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1993, pp. 187-220.
- SCHRAIBER, L. B. (org.). *Programação em saúde, hoje*. São Paulo: Hucitec, 1990.
- SCHRAIBER, L. B.; VILASBÔAS, A. L. Q. & NEMES, M. I. B. Programação em saúde e organização das práticas: possibilidades de integração entre ações individuais e coletivas no Sistema Único de Saúde. In: PAIM, J. S. & ALMEIDA-FILHO, N. *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 83-93.
- SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B. & MENDES-GONÇALVES, R. B. *Saúde do adulto: Programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec, 1996.
- TEIXEIRA, C. F. & VILASBÔAS, A. L. Q. Modelos de atenção à saúde no SUS: transformação, mudança ou conservação. In: PAIM, J. S. & ALMEIDA-FILHO, N. *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook, 2014, pp. 287-301.
- TESTA, M. Decidir en salud, quién? cómo? y por qué? *Salud Colectiva*, Lanús, vol. 3, n.º 3, pp. 247-57, 2007. Disponível em <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652007000300003&lng=es&nrm=iso>. Acesso em 4-8-2016.

SERES HUMANOS E PRÁTICAS DE SAÚDE: COMENTÁRIOS SOBRE “RAZÃO E PLANEJAMENTO”¹

RICARDO BRUNO MENDES-GONÇALVES

Quando uma época parece ter exaurido as promessas que a constituíram, quando as escolhas morais dos indivíduos parecem desamparadas da segurança e do conforto que lhes proporcionavam as normas que perderam legitimidade e deverão ser transgredidas “[. . .] l’Espérance, comme un chauve-souris, s’en va battant les murs de son aîle timide et se cognant la tête des plafonds pourris”² (Baudelaire, 1918, p. 114), o Espírito tem dois caminhos, então, a prosseguir. Ou bem, corajosamente lançando-se no interior de si mesmo busca arrancar, dos desvãos em que se tiverem perdido, os valores que à falta de objetivação convincente terão deixado de ter expressão humana, para recriá-los com base em suas

1 Texto originalmente publicado como R. B. Mendes-Gonçalves. Seres Humanos e práticas de saúde: comentários sobre “Razão e planejamento”. In: E. Gallo, (org.). *Razão e planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade*. São Paulo: Hucitec, 1995, pp. 13-31.

2 “[. . .] a Esperança, qual morcego espavorido, as asas tímidas nos muros vai batendo e a cabeça roçando o teto apodrecido”. C. Baudelaire. *As flores do mal*. Trad. Ivan Junqueira). Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2012. Disponível em <[http://bedigital.soaresbasto.pt/cops-master/ebooks/Charles%20Baudelaire/As%20Flores%20do%20Mal%20\(4\)/As%20Flores%20do%20Mal%20-%20Charles%20Baudelaire.pdf](http://bedigital.soaresbasto.pt/cops-master/ebooks/Charles%20Baudelaire/As%20Flores%20do%20Mal%20(4)/As%20Flores%20do%20Mal%20-%20Charles%20Baudelaire.pdf)>, p. 399. Acesso em 2-10-2016

raízes corrompidas, ou então cede às tentações do conservadorismo sempre à espreita e vai refugiar-se nas pseudoéticas do irracionalismo e do pragmatismo, das quais obtém o material perverso para uma mórbida embriaguez.

Não tenho dúvidas de que o caminho escolhido por Edmundo Gallo é o primeiro, e com ele me solidarizo tanto quanto puder. Quero nestes comentários esforçar-me por identificar, de modo mais enfático do que no texto original, se possível, embora também de modo muito menos sistemático e articulado, alguns dos temas com que o autor se defronta em suas opções, com o objetivo de concretizar essa solidariedade a que me proponho. O fio condutor deste meu trabalho será então, valendo-me da liberdade proporcionada pelo comentário, pinçar certos aspectos que julgo centrais no movimento que o autor percorre: centrais no sentido de caracterizarem, para além de vários outros sentidos do mesmo movimento, sua crítica ao planejamento como norteada também, no interior da perplexidade que nos desafia neste final de século, pela busca da Esperança.

Imagino que essa proposição possa ser sentida como curiosamente arcaica e ingênua, mas não vejo maneira melhor de apontar para um sentido que deva ser recriado para a vida em um momento histórico no qual o desmoronamento de todos os absolutos deixa tão poucos espaços para a Fé e abre tantos para o Desespero. A Esperança não é um estado de espírito dogmático do qual partimos para a vida, mas um ponto de chegada em permanente fuga ou, tomando inspiração nas referências teóricas em que se ampara o autor, é a condição ideal na qual os seres humanos podem ter motivações reais ao se dirigirem comunicativamente aos outros seres humanos. Nesse sentido, a Esperança é a virtude que se objetiva na práxis construtivista. Para supô-la ingênua ou arcaica é preciso adotar exatamente o predomínio exclusivo da razão instrumental, isto é, é preciso adotar exatamente os pontos de partida que o autor denuncia em seu trabalho, seguindo a trilha sinalizada por

Habermas. Por essas razões creio justa minha proposta, e não desrespeitosamente arbitrário o procedimento que recortará o texto.

Entretanto, se a Esperança não se confunde com um estado de graça, revelado de uma vez por todas, é só porque pode e deve constituir-se através de uma operosa e dolorida aquisição. Em outros termos, a Esperança deve ser pensada como conjunto teórico e prático de objetivações que se vão articulando e sobrepondo, substituindo e superando, refletindo e criticando. Minha pretensão é colaborar para a identificação desses caminhos exclusivamente no plano teórico, contudo, e por razões óbvias, o que me obrigará a algumas ousadias, forçado que serei a olhar para além da esfera específica de objetivações em que de início se estabelece o diálogo com o texto de Edmundo Gallo (1995) — a esfera da Saúde.

Ao mesmo tempo, a restrição ao plano teórico deve estabelecer claros limites: menos o usual descompromisso com a prática, disfarçado sob o argumento de que essa última não está ocorrendo aqui e agora, o que configura uma confortável situação entre parênteses, do que a premissa metateórica radical de que o teórico não deve — sob pena de trair-se a si mesmo e à sua teoria — pretender ocupar nenhum lugar privilegiado ao nível da prática, apenas por ser teórico, pois como qualquer outra pessoa, nesse nível, ele deve ser somente mais um dos que argumentam, decidem, agem e assumem as responsabilidades inerentes a seus atos.

Não faço tais afirmações sobre os limites do teórico à moda de um preâmbulo meramente protocolar, portanto, mas até e principalmente por me solidarizar com o que me parece ser a principal referência teórica operativa no texto do autor, a filosofia de Habermas, o que me exige o esforço que é preciso tributar ao novo, dada minha relativa imaturidade com relação a essa teoria.

Apenas uma clara distinção entre as atitudes teórica e prática me parece coerente com uma teoria que se dirige à razão universal, e não a um grupo social específico que seja idêntico à base fundamental da própria teoria, como é o caso da filosofia de Marx, e a

matriz de seu aspecto trágico. Isso porque ou bem presume-se e encontra-se, constitui-se um espaço real para argumentar, decidir, agir e responsabilizar-se — e não um espaço virtual intrateórico, cristalizado por qualquer que seja a teoria — ou a destinação da teoria habermasiana à razão universal seria apenas um jogo de palavras que substituiria, na passagem do discurso à ação, os personagens humanos vivos dessa última por seus fantasmas idealizados. A teoria deve servir — se servir — para que saibamos, mesmo que apenas em um consenso provisório, o que somos, como somos, o que podemos ser, como podemos ser, o que devemos ser, como devemos vir a ser, e então nos disponhamos às relações discursivas e práticas; mas a teoria não serve, não deve servir para fixar essas relações: assim fazendo estaria negando a pluralidade e a si mesma, pois sem pluralidade a razão comunicativa é um absurdo lógico.

Enquanto teoria da razão e filosofia da história, a de Habermas exige da práxis humana um renovado grau de risco, se assim for: ao mesmo tempo que oferece uma interpretação do humano e de um modo de fazer desenvolver-se sua essência, nega-se radicalmente a supor toda absolutização do humano e de sua essência. Por isso não pode fixar-se em nenhuma forma clássica de utopia, como o comunismo, por exemplo, mas deve permanecer rigorosamente aberta à pluralidade. Não pretendendo, contudo, ser um relativismo histórico radical, para escapar a ele precisa fixar-se sobre um pilar extremamente improvável: a necessidade de emancipação de todos os seres humanos. Se por um lado isso afasta, ou pelo menos diminui a margem para a aparição de tendências manipulatórias — mesmo as mais esplendidamente bem-intencionadas — por outro implica uma tal dose de otimismo acerca do desenvolvimento da essência humana que a caracteriza, enquanto teoria, como absolutamente irrelevante e desinteressante para todos aqueles seres humanos que não tendo já superado, em seu processo de individualização, o plano dos meros interesses particulares, não necessitam efetivamente emancipar-se.

Com isso, colocam-se dois graves problemas, que é preciso defrontar: em primeiro lugar, como o destinatário da teoria é a razão universal, e esta não sendo nenhuma entidade supra-humana mas sim a universalização individualizada da razão em cada ser humano, como escapar do destino de teoria sem suporte, sem portador, que afeta a teoria marxiana, se são escassos os seres humanos efetivamente portadores da necessidade de emancipação? Em segundo lugar, como escapar à outra maldição da teoria de Marx, ou seja, como fazer para superar a contradição inerente à situação em que os seres humanos que aceitam a teoria, até por já serem portadores da necessidade de emancipação, só podem pretender levá-la aos grupos-objetivo a que se dirijam em uma perspectiva “desde cima e desde fora”, e a teoria ela própria exige uma situação dialógica de igualdade para fazer sentido?

Quer-me parecer que, se tanto Habermas quanto Marx depositam o futuro de suas teorias na superação da situação de “em-si” que caracteriza tanto o proletariado como classe como a comunicação distorcida pela dominação, pela situação “para si”, que significa para ambos a realização de sua missão histórica, há uma dose muito maior de Fé no primeiro caso, que transparece na fixação utópica do comunismo como atualização aqui e agora de um mundo emancipado, enquanto ocorre uma dose muito maior de Esperança no segundo, em que a razão comunicativa não se coloca mais do que a realização de si mesma, como meio — e não como fim — para futuros permanentemente abertos e plurais. Por outro lado, essa interpretação só subsiste se se mantém claramente distintas as atitudes teórica e prática sem eliminar as teorias (também no plural!), sem condenar a prática a guiar-se apenas por normas meramente instrumentais, isto é, pragmáticas.

Essas razões são suficientes, pelo menos para quem se haja criado teoricamente a partir da filosofia de Marx, para acolher como um feito progressivo a filosofia de Habermas. Mas não me parecem suficientes para aceitar integralmente sua teoria, mesmo em

uma leitura imatura. Devo lembrar, entretanto, para evitar a completa abstenção no julgamento, que essa teoria, à medida que permanece aberta, sobretudo em relação aos seus aspectos substantivos, convida à argumentação, não apenas para retificar-se progressivamente, mas mesmo para constituir-se como teoria, no sentido forte do termo. A distinção entre as atitudes teórica e prática cobra aqui os seus mais difíceis direitos: não se trata de uma teoria científica que estivesse submetendo-se a teste experimental para “confirmar-se” ou ser rejeitada; neste caso, diferentemente, enquanto teoria filosófica, deve ser aceita ou recusada por razões teóricas e não por sua “comprovabilidade” prática. Não se “prova” a liberdade nem a justiça, por exemplo; aceitamo-las como valores mesmo e sobretudo nas situações em que elas se encontram mais restringidas.

As observações feitas até aqui me permitem apresentar um pequeno conjunto de critérios de leitura para o texto de Edmundo Gallo (1995), que então proponho:

1.º) Deve o autor percorrer sua trajetória no estreito fio a que a Esperança obriga, tratando de resolver as contradições que aparecem entre os deveres de manter íntegro o princípio da pluralidade e de exercer integral e sinceramente a crítica teórica. Nunca transigir nesta última significa nunca fazer dela um meio para fixar as consciências e as necessidades dos outros.

2.º) A contradição acima aludida implica, para ser superada, a identificação teórica clara do destinatário da teoria, pois se toda Esperança resulta da elevação de um valor — neste caso, a emancipação dos seres humanos — à condição de possível histórico objetivo, só se realiza, enquanto Esperança, no ato prático do encontro com o destinatário. No caso do nosso autor, cujo discurso se dirige primariamente a teóricos e a trabalhadores das instituições de saúde, é forçoso que ele encontre meios para que sua leitura não seja domesticável, para que o exercício da razão comunicativa não seja paradoxalmente transformado em exercício da participação manipulada. A responsabilidade de todo teórico por sua teoria o obriga

a isso; o risco da domesticação resulta do fato de que a área da saúde se encontra inteiramente impregnada da racionalidade teleológica, e a leitura tendencialmente mais frequente tomará a ação comunicativa como um meio regido por um fim já conhecido, esvaziando-se com isso toda a força da proposta.

3.º) A responsabilidade por sua teoria, que também resulta de argumentações, opções e atos (e que não se dão apenas no interior da consciência particular do teórico), se serve de justificativa para o afirmado no critério anterior, impõe que, como parte dela própria, além do seu destinatário ela contenha, ainda que implícito ou esboçado, o modo de sua divulgação. A tradição do marxismo mesmo que não a de Marx ele próprio, vinculou essa exigência à teoria da organização para a ação, a ela reduzindo-a. A crise do partido (não me refiro a nenhum em particular, mas à sua teoria como a de um modo de divulgação) impõe já repensar esse ponto para qualquer teoria, mas no caso da opção teórica do autor a necessidade é mais radical, pois se o destinatário não se confunde com um grupo social ao qual a organização para a ação pudesse correr o risco de substituir-se, nem mesmo a tentação anterior, de identificar o modo de divulgação com a necessidade do partido está dada como possível. Definitivamente fique claro que não procuro mais do que afirmar a necessidade de inovar coerentemente neste aspecto específico, mas nada afirmo acerca das possibilidades e limites destas ou daquelas organizações para a ação, que julgo também necessárias e insubstituíveis quanto às ações estratégico-rationais. Há um tipo de ação, entretanto, que de acordo com a teoria adotada não pode ser viabilizada por nenhuma espécie de partido predefinido em seu interior: esta é exatamente a ação comunicativa. São os seres humanos que devem decidir como organizar-se para esse fim, na concretude da prática, e presumivelmente decidirão de modos diversos e variantes, mas nunca de modo “teoricamente adequado *a priori*”. Relativizando a tradição do marxismo oficial, contudo, não deixaremos de lado o problema posto:

como proceder para fazer chegar a teoria aos seus consumidores potenciais, aos seres humanos que se reconhecerão nela? Nem a *paideia* socrática, clássica, nem a ilustração monológica do *Émile* parecem respostas suficientes, por exemplo, por serem contraditórias com o conteúdo da teoria, que exige a manutenção do diálogo desde o início. Em todo caso, penso que o critério me parece legítimo.

Devo advertir que, em minha concepção, os critérios de leitura sugeridos não devem ser tomados ao modo de requisitos metodológicos, cuja satisfação garantisse a cientificidade do produto, nem tampouco como exigências de qualidade ao texto: pelo contrário, esforcei-me por formulá-los a partir da comunicação estabelecida com o texto, para induzir e facilitar uma leitura proveitosa em certa direção. Há muitas outras direções possíveis e necessárias que foram deixadas de lado, e que no sentido apenas do meu interesse provisório, foram deixadas de lado por serem secundárias, mas que não o são em si mesmas, de modo algum.

Nem o texto que suscita estes comentários, nem nenhum outro que contenha as suas qualidades, obviamente, conseguem passar imunes às críticas postas por suas próprias premissas: minha intenção é, auxiliando esse tipo específico de crítica, contribuir para a fecundidade que o texto já possui sozinho, exatamente no sentido em que ele se coloca: talvez seja um dos modos de exercício da razão comunicativa, ou mesmo um dos modos de divulgação de sua teoria, a que me leva a essa advertência.

Por outro lado, sempre há o risco de pelo menos uma parte dos problemas que qualquer texto nos coloca decorrem menos de sua própria construção do que de suas referências teóricas. Gostaria agora de apresentar dois conjuntos de questões inter-relacionadas que podem ter esse papel de “obstáculo epistemológico”, especialmente na aplicação da teoria defendida e explorada por Edmundo Gallo (1995) ao campo da saúde.

Em primeiro lugar, a teoria da ação comunicativa parece-me inclinada a um compromisso exagerado com a negação das

positividades contra as quais veio a ser construída. Destas, talvez a principal seja o assim chamado “paradigma da produção”: na tradição do marxismo ortodoxo o desenvolvimento das forças produtivas seria a pulsão histórica que conduziria à emancipação, tanto pela constituição do proletariado (a substância do trabalho se convertendo em sujeito histórico, com todas as tendências emancipatórias implícitas) quanto pelo desenvolvimento tecnológico, base para as transformações estruturais. Ora, nem o proletariado real parece representar, enquanto tal, as necessidades de emancipação, nem a tecnologia, além de não parecer tampouco ter efeitos emancipatórios, deixou de ser transformada no oposto disso, na base do sistema de dominação, de “colonização do mundo vivido”. Assim compreendido, o “paradigma da produção” é claramente insuficiente para constituir-se em força libertadora dos seres humanos, e é justo e necessário que se vá buscar alhures essa força; no sistema de comunicação.

No trajeto, todavia, se endossa a identidade que o marxismo oficial terá feito entre produção (capitalista) e trabalho (humano): as topologias da ação habermasianas, que o autor toma como são, separam radicalmente comunicação e trabalho (agir comunicativo e agir instrumental), atribuindo ao segundo apenas o primado de regras técnicas derivadas do saber empírico (ciências). Como lembra Agnes Heller (1984), não é forçoso socorrer-se do texto de Marx para procurar alternativas mais satisfatórias, já que o próprio conceito aristotélico de trabalho não o reduz a esse aspecto poiético, mas inclui a *noesis*, a formação da faculdade de pensar: “a obediência a normas absolutamente técnicas não é, segundo Aristóteles, *tekhne*, não é trabalho do homem livre, mas *banauasis*, o trabalho dos escravos” (Heller, 1984, p. 305). Além da metabolização social da natureza exterior (*poiesis*), o trabalho é também a metabolização social da natureza interior (*noesis*): “ao cooperar com outros de acordo com o plano, desfaz-se o trabalhador dos limites de sua individualidade e desenvolve a capacidade de sua espécie” (Marx, 1968, p. 378). Ou ainda:

Quão elevada nos parece a concepção dos antigos, que via no homem — ainda que dentro de uma estreita limitação nacional, religiosa ou política — o fim da produção, em contraste com o mundo moderno, em que, pelo contrário, é a produção o fim do homem, e a riqueza o fim da produção! Senão vejamos: o que é, *in fact*, a riqueza despojada de sua estreita forma burguesa senão a universalidade, impulsionada pelo intercâmbio universal das necessidades, das capacidades, dos gozos, das forças produtivas, etc. dos indivíduos? O que vem a ser senão o desenvolvimento total do domínio do homem sobre as forças naturais, tanto as da natureza mesma com as da própria natureza humana; a absoluta potencialização de sua capacidade por obra do esforço de seus dotes criadores, sem outra premissa que o desenvolvimento histórico precedente, que leva a converter em fim em si essa totalidade do desenvolvimento, isto é, o desenvolvimento de todas as forças humanas enquanto tais, sem medi-lo por uma pauta preestabelecida, e em que o homem não se reproduzirá com algo unilateral, mas como uma totalidade, em que não tratará de seguir sendo o que já é e o que terá sido, mas se incorporará ao movimento absoluto do devir? (Marx, 1985, pp. 345-6).

Nesse último excerto se reconhece, inconfundível, o “paradigma da produção”, mas também não se reconhecerá, ao lado do trabalho, a universalidade, a socialidade, a historicidade, a consciência e a liberdade que compõem a totalização de sua essência? E igualmente a clara distinção entre trabalho e produção capitalista?

Essas ressalvas não estão aqui senão para acentuar que, tendo de fato se tornado hostilmente contrários o trabalho das mãos e o trabalho do cérebro no plano de cada produtor individual, há muito boas razões para que a teoria não veja mais nada de relevante no “paradigma da produção”, enquanto potencial de emancipação. A unidade entre *poiesis* e *noesis* de fato dissolveu-se do ponto de vista do

trabalhador, mas será isto consequência inerente à racionalidade instrumental, ou antes consequência de uma forma histórica de organização da vida social em que a racionalidade instrumental terá deixado de ser racional-finalista do ponto de vista do trabalhador?

As questões derivadas da separação radical entre o trabalho (onde *poiesis* e *noesis* se separam) e produção (onde permanecem unidas, ainda que distorcidas, de uma perspectiva de desenvolvimento da essência humana, de emancipação) são importantes, a meu ver, em um duplo sentido: em primeiro lugar, se o trabalho pode não ser *banausis*, implicaria necessariamente a presença de uma racionalidade finalista não meramente instrumental mas, dado que deve permanecer sendo trabalho coletivo, comunicativa, o que implica que todos os participantes discutissem todos os fins concretos do trabalho como igualmente interessados nele, e não como antagonicamente contraditórios. A vitalidade dessa premissa revela-se em sua relação com a possibilidade de re-humanização do trabalho de sua sociedade futura, com a reconquista do poder criativo que ele apresentou durante quase toda a história passada da humanidade, com a recuperação de sua capacidade de modelar, imediata e não distorcidamente, a natureza interior dos seres humanos. Mas revela-se também no presente, em termos do oferecimento de um espaço mais do que virtual para a conquista do destinatário da teoria: todas as experiências de autogestão ou de gerência participativa têm sido avaliadas ainda sobretudo do ponto de vista da produtividade e, portanto, inexoravelmente, do capital. Mas se bem avaliadas do ponto de vista do desenvolvimento da essência humana, então auxiliaram a tarefa de fazer a razão comunicativa “descer” do relativo descompromisso prático com os homens e as mulheres de carne e osso, sensibilidades e desejos, necessidades e interesses, motivações e vontades.

Nesse caso, a teoria me pareceria mais convincente, e não exatamente “deformada”, pois que a separação radical entre o agir comunicativo e o agir racional com relação a fins me parecem partir

de equívocos, tanto ao supor a ação instrumental como idêntica à obediência exclusiva a regras técnicas do “mundo objetivo”, como ao supor a ação estratégica como idêntica à obediência exclusiva a regras sociais: não há aqui nenhuma crítica à tipologia em si, mas à esquizofrenia que a externalidade recíproca necessária entre os tipos de ação implica para o ser humano: não é desejável que a sociedade futura conserve uma divisão social do trabalho em que uns pensem, dialoguem e realizem consensos plurais, enquanto outros manipulem regras sociais com vistas a interesses necessariamente particulares e, outros ainda, trabalhem; não será possível, de outra parte, interromper sistematicamente o trabalho para promover amplas e irrestritas sessões de comunicação não distorcidas. A verdadeira grandeza da filosofia de Habermas, e o núcleo de sua fecundidade ao ser tomada para a saúde por Edmundo Gallo, não estão na oposição entre as ações teleológicas, mas na revalorização radical da dimensão comunicativa de quaisquer ações para promover o desenvolvimento da essência humana, na elevação da argumentação racional à condição de valor inestimável enquanto força de pulsação histórica.

Em segundo lugar, porque se são necessariamente medidas as conexões entre o trabalho na produção material e o desenvolvimento da essência humana, em outras áreas de trabalho essas mesmas conexões dispõem-se de modo imediato: trata-se, me parece, dos trabalhos diretamente comprometidos com a reprodução do ser humano em sua dimensão sócio-histórica, entre os quais se destacam, em superficial primeira apreciação, os trabalhos em educação, saúde, comunicação social, arte e filosofia. Em todos esses casos, a presença de seres humanos como objetos de trabalho implica de modo evidente a contemporaneidade e a interconexão das dimensões teleológicas, normativas, expressivas e comunicativas: o processo de constituição socializada da natureza interior dos trabalhadores salta aos olhos, ainda nos casos extremos de alienação e aversão às necessidades dos outros; o trabalho e os outros seres

humanos como fins impõem sua objetividade mesmo no interior das formas de consciência e de prática mais comprometidas com interesses particulares.

As possibilidades de práxis construtivista, já dadas no interior do trabalhador coletivo em saúde não devem, nesse sentido, ser menosprezadas: é certo que ainda predominam fortemente as dimensões instrumentais e estratégicas no interior das experiências realizadas, é certo também que a instituição da comunicação intersubjetiva emperra em obstáculos objetivos que conhecemos mal, mas é muito significativo que seja exatamente nos momentos em que a dimensão comunicativa consiga melhor expressar-se que mais nitidamente apareçam, então, os conflitos corporativos, as ameaças à preservação do estatuto social anteriormente obtido e garantido, as divergências acerca dos aspectos parciais do trabalho pensadas em termos de suas finalidades humanas. Tudo parece passar-se como se trabalhadores “adequados”, que estavam seguindo “adequadamente” os modelos progressistas de participação, de repente se “rebelassem”, escapassem ao controle desejável. É claro que, além dos interesses particulares, pessoais ou de grupo, contrariados por essa “rebelia”, a fortíssima tradição autoritária e elitista dos organizadores do processo de participação é a principal responsável por essa desqualificação das necessidades e interesses dos outros, que se configuram finalmente e objetivamente como alteridade, que se constituem em alcance, afinal, de uma comunicação minimamente adequada.

Não devemos esperar que as instituições em que se realiza a prática alcancem um grau suficiente de racionalização, para que então possam emergir as condições da argumentação racional e da boa comunicação; pelo contrário, a força da proposta talvez esteja, se é no sistema de comunicações que devemos buscar a força histórica que pode conduzir à emancipação, no poder atribuído à boa comunicação para conduzir à racionalização institucional. Assim sendo, me parece que a identificação de “rebeldias”, de “excessos”,

de “transgressões” não passa da recusa simultânea da boa comunicação e da constituição democrática da autoridade (autoridade técnica porque autoridade social constituída no interior de um processo racional-argumentativo) que podem conduzir ao significado substantivo da racionalização institucional, se não entendermos por essa expressão algo como o funcionamento bem lubrificado e automático de uma máquina, mas sim uma das formas de objetivação não discursiva da emancipação. E a emancipação, se não se confunde com um ideal abstrato-genérico, mas como uma Esperança universal concreta, então há de ser objetivada não discursivamente.

Além das condições específicas do trabalho em saúde, entre outros, para propiciar avanços no sentido da constituição objetiva dos espaços da ação comunicativa, nos sentidos já apontados, há um outro, ainda relativamente mais inexplorado, mas cujas promessas teóricas são mais decisivas: trata-se evidentemente da presença essencial dos consumidores de serviços de saúde, dos educandos, dos receptores de mensagens, dos fruidores das objetivações estéticas, dos necessitados de filosofias.

Pelo menos nos quatro primeiros casos, o predomínio quase exclusivo das racionalidades instrumental e estratégica na montagem histórica dessas áreas de objetivação levou a presença desses personagens, enquanto presença de indivíduos dotados de necessidades e motivações, a ser anulada enquanto copresença discursiva. Mas ainda assim, como sabemos, não de forma absoluta: não são balelas ideológicas, nem compromissos de natureza eticamente técnica que explicam os *sentimentos* contraditórios que afetam os trabalhadores desses setores quando cogitam da interrupção do trabalho como ação racional-estratégica: não se trataria, antes, da força imperativa de natureza moral, vinculada ao fato de que, em todos esses casos, malgrado as evidências e trágicas distorções, o trabalho se comprometera em algum nível com uma racionalidade já comunicativa?

Essas observações acerca do que me parecem ser exageros na rejeição do “paradigma da produção” não invalidam minha absoluta

— ainda que provisória — aceitação do fundo mais substantivo da crítica habermasiana ao marxismo oficial e, sobretudo, da proposta de superação. Apenas quis apontar para alguns aspectos em que a rejeição parece — como que confundindo a criança com a água do banho — perder oportunidades de enriquecimento da teoria, e principalmente no aspecto em que ela mais me incomoda: na redução do ser humano a um sujeito ilustrado, cognitivo, discursivo, interacional, em detrimento de sua totalização como ser sofredor, dotado de sensações, sensibilidades e necessidades. Para mim, há aqui iluminismo demais. Convido aos leitores a, percorrendo o texto de Edmundo Gallo, verificarem se essas razões não são também válidas para o autor.

Se procurei deter-me em certos aspectos da leitura, foi por respeitar minhas próprias limitações: foi tomando o trabalho como categoria fundamental da essência humana que me aproximei, desigualmente, das outras categorias igualmente fundamentais, a saber, a socialidade, a historicidade, a consciência, a universalidade e a liberdade, em meus próprios trabalhos teóricos e em minha prática de educar (Heller, 1987). Não quero deixar de comentar, entretanto, um outro aspecto do texto, que diz respeito, principalmente, às duas últimas categorias arroladas logo acima.

Trata-se do fato de que todo debate baseado exclusivamente em argumentos racionais — que estou disposto a aceitar como ideia de valor reitora — só pode acontecer *depois* que as partes interessadas se dispuserem a ouvir uma à outra, se reconhecerem como iguais (portadoras do mesmo direito à *isegoria*), e concordarem com as regras da argumentação.

Depois problemas me preocupam aqui, na medida em que o texto possa incorrer, senão seguramente em intenções, por vezes na forma, no perigo de induzir a leituras maniqueístas, sobretudo na relação entre ação estratégica e ação comunicativa, pois não vejo como qualificar senão como ação que, não sendo instrumental (embora contenha aspectos e dimensões instrumentais), nem sendo

comunicativa (embora contenha aspectos e dimensões comunicativas), visa *forçar* uma das partes a dispor-se ao diálogo, sempre quando essa disposição não se dando ocorre em bloqueio absoluto na comunicação. Penso na greve, no ato público, na operação tartaruga, na passeata, na manifestação de massas, e no seu poder estratégico específico, vinculado a uma racionalidade que manipula regras sociais com vistas a exercer a influência sobre um oponente, que visa um fim, portanto, e se autoavalia em função da consecução desse fim, desde que este consiste em obter condições para a comunicação.

Em sociedades despóticas esse tipo de ação ou bem é cancelada pela repressão indireta aos possíveis efeitos visados, executada *a posteriori*, ou bem é imediatamente reprimida, ou então coincide com a revolução política. Nas sociedades democráticas, em que a ação comunicativa pode ser aceita como conducente de forma gradual à emancipação, prevalecem ainda, contudo, sistemas de dominação que podem caracterizar-se, mesmo que não em todas as circunstâncias, pela recusa à argumentação puramente racional. Decerto que a opção dos dominados pela ação comunicativa constitui-se no vértice da proposta, mas mesmo supondo que não houvesse nenhuma dificuldade em conquistá-los para essa opção, não vejo como se possa dizer o mesmo em relação aos dominantes. Na medida em que uns e outros, dominantes e dominados, são igualmente portadores de razão, são igualmente necessários à ação comunicativa, há necessidade de que *vontades*, autoimpostas ou forçadas de fora, se disponham a realizar a proposta.

Não vejo como essas vontades possam concretizar-se em tempo hábil, para que a Esperança não se desloque para a eternidade, senão através de ação e de força racional-estratégicas, que tenham, por fim estabelecer as condições para a ação comunicativa. É possível que devamos classificar como especiais essas ações, mas aqui, outra vez, o tema da exclusão recíproca dos tipos de ação, uns em relação aos outros, ou a carência teórica de uma teoria da totalização, me parece trazer mais obscuridade do que clareza para a proposta.

Em segundo lugar, mas não com menor importância, já que as dimensões estritamente teleológicas do agir humano não são um luxo, nem uma mera forma de bloqueio da emancipação, mas traduzem em diversos sentidos a necessidade absoluta de criar condições para que possam haver necessidades humanas quaisquer, um programa emancipatório tem de acertar suas relações com as ações teleológicas tomando o tempo como variável independente. Tão menos independente quanto maior vier a ser o desenvolvimento das forças produtivas, pelo menos de forma potencial, mas sempre independente.

Há decisões, e creio serem as mais importantes para a positividade do processo de emancipação da essência humana, que podem amadurecer através de procedimentos rigorosamente argumentativo-rationais.

Há outras, contudo — e conflito moral é paradigmático nesse sentido — que devem ser tomadas já, aqui e agora, sob pena de perempção.

Há outras ainda, entre as quais se incluem as que dizem respeito às condições de sobrevivência biológica da espécie, ou de sobrevivência sócio-histórica dos indivíduos e das sociedades que mesmo não precisando ser imediatas, apresentam margem estreita de oportunidade. Se a interação comunicativa, menos do que como dimensão nobre dos diversos tipos de agir, inclusive do moral, do produtivo, da defesa, da política, tender a ser pensada como exclusiva, me pergunto quais tipos substantivos de decisão sobram então para ela, e ainda uma vez, inclino-me a considerar que a redução da totalidade real concreta, em que todos os aspectos particulares contêm em si referências, não apenas conscientes, mas estruturais, uns aos outros, a uma tipologia que recuse a categoria teórica da totalidade, apresentará sérios problemas quando aplicada aos seres humanos, ainda que possa ser extremamente sedutora no âmbito mais abstrato em que os seres humanos sejam pensáveis apenas como portadores de razão.

Como se pode ver, as reservas que apresentei, se efetivamente cabíveis são importantes, e solicitam o andamento da reflexão, mas é sintomático da fecunda qualidade da proposta do autor que qualquer andamento da reflexão vá na direção posta por ela, e não na direção da invalidação. Gostaria de encerrar estes comentários através de uma referência ao campo da saúde, e especialmente da Saúde Coletiva, que demonstra, ao meu ver, o que estou sugerindo.

Não são poucas as reflexões acumuladas no campo da Saúde Coletiva, desde o renascimento d'*O normal e o patológico* de Georges Canguilhem, que tocam, direta ou indiretamente, uma questão central para a própria constituição desse campo como aplicação transdisciplinar à pesquisa, como matriz de normatividades discursivas e práticas, como área de trabalho que pretende no mínimo contribuir para modificações ponderáveis na disposição das práticas de saúde na sociedade: trata-se da relação entre individual e coletivo, em todos os planos em que possa ser apreendida. Não sendo aqui o lugar adequado para que me disponha a resenhar todos esses planos e as contribuições feitas ao seu conhecimento teórico e aplicado, desejo apenas destacar um deles, para efeito de articulá-lo à discussão proposta por Edmundo Gallo.

Trata-se agora, por particularização, da relação entre sistema de necessidades de saúde,³ e sistema de práticas de saúde, enquanto relação expressiva de uma forma de oposição entre individual e coletivo.

Para colocar o problema, que me seja ainda uma vez permitido valer-me de um exercício de Marx. Neste caso, não como um argumento de autoridade, pois não pretendo demonstrar o que o texto afirma, mas simplesmente porque eu não ousaria — e não saberia fazê-lo, se ousasse — tentar dizer de outro modo o que me parece ali dito com tanta clareza e poesia. Vejamos:

³ Heller (1979), a propósito do conceito marxiano de necessidades, da alienação das necessidades humanas, de sua constituição sob forma de um sistema.

Importa, acima de tudo, evitar que a ‘sociedade’ se considere novamente como uma abstração em confronto com o indivíduo. O indivíduo é o *ser social*. A manifestação da sua vida — mesmo quando não surge diretamente na forma de uma manifestação *comunitária*, realizada conjuntamente com outros homens — constitui, pois uma expressão de uma confirmação da *vida social*. A vida individual e a vida genérica do homem não são *diferentes*, por muito que — e isto é necessário — o modo de existência da vida individual seja um modo mais *específico* ou mais *geral* da vida genérica, ou por mais que a vida genérica constitua uma vida individual mais *específica* ou mais *geral* [. . .] o homem — muito embora se revele assim como indivíduo *particular*, e é precisamente esta particularidade que dele faz um indivíduo e um ser comunal individual — é de igual modo a *totalidade*, a totalidade ideal, a existência subjetiva da sociedade enquanto pensada e sentida. Ele existe ainda na realidade como a intuição e o espírito real da existência social, como uma totalidade da manifestação humana da vida. Sem dúvida, o pensamento e o ser são *distintos*, mas formam ao mesmo tempo uma *unidade*. A *morte* parece ser uma dura vitória da espécie sobre o indivíduo e contradizer sua unidade; mas o indivíduo é unicamente um ser *genérico determinado*, como tal, sujeito à morte (Marx, 1989, pp. 195-6).

As práticas de saúde, não apenas enquanto comportam racionalidades de tipo teleológico, mas à medida em que excluem, pela forma concreta de operação dessas racionalidades, as dimensões em que se imporia uma racionalidade comunicativa, engendraram-se conjuntamente com a expansão e a consolidação de um sistema de necessidades (humanas, individuais, sócio-historicamente determinadas, especificamente objetualizadas, moralmente normatizadas), necessidades “de saúde”.

Na proporção em que esse sistema de necessidades apreende o consumo dos serviços com um fim em si mesmo, e não como um meio (um entre outros) para o alcance de um certo padrão qualitativo da vida do ser humano, ao mesmo tempo que o sistema de prática apreende os indivíduos duplamente como meios — meios para o próprio sistema de práticas, já que a racionalidade operante visa a existência dos seres humanos como fim para o desenvolvimento de sua existência, em vez de visar a sua existência como meio para o desenvolvimento de sua essência, — nessas proporções, ocorre uma inversão total no que seriam as qualidades emancipatórias das necessidades e das práticas.

Na proporção em que se faz equivaler, no sistema de necessidades de saúde, o alcance da finalidade (saúde) e uma relação quantitativa abstrata com o consumo de serviços, que por isso se transforma em fim, ao mesmo tempo que o sistema de práticas se baseia, todo ele, em uma racionalidade quantitativa adequada ao processo de valorização do capital que nele se verifica, e que constitui seu fim verdadeiro, — nessas proporções, ocorre uma inversão total entre o que seriam os aspectos qualitativos (emancipatórios) e quantitativos (alienantes) dos sistemas de práticas de necessidades.

Na proporção em que o sistema de necessidades se reduz e homogeneiza, abstraindo-se as individualidades e as particularidades, o que viabiliza sua inversão entre meios e fins e sua quantificação ao mesmo tempo que o sistema de práticas se reduz à produção de padrões tendencialmente homogêneos e mecanizados de serviços, — nessas proporções, ocorre uma redução dos múltiplos sentidos emancipatórios presentes na relação entre práticas e necessidades de saúde a um único sentido: possuir.

Na proporção em que o sistema de necessidades de saúde se estrutura sobre a ideia de “sistema de interesses”, particulares ou gerais (de classes, de grupos), — nessa proporção permanece alienado de suas condições objetivamente dadas de realização humana, pois

que só pode propor e fazer exigências “funcionais” à reprodução do mesmo sistema que o gerou.

Na medida em que todas essas características dos sistemas de práticas e de necessidades repousam sobre o pressuposto de que o indivíduo *não* é o ser social, mas que a “sociedade” se opõe a ele de fora de sua individualidade, como um poder estranho a ela, cria-se e reproduz-se uma antinomia absoluta entre indivíduo e doença, indivíduo e morte, e estas aparecem para ele como “dura derrota”, as práticas de saúde assumindo o papel de uma arena na qual luta desesperadamente para preservar-se contra a “sociedade”, contra os outros indivíduos.

As formas críticas de consciência que se objetivam na relação com o sistema de práticas, como as do movimento de mulheres pela saúde, por exemplo, permanecem, conscientemente ou não, prisioneiras do pesadelo de terem de a ele se submeter quando a “derrota” ameaça aproximar-se. Isto é, diante da doença e da imediatez da morte, a redução à racionalidade teleológica estrita esvazia a consciência individual, e, portanto, social, de suas premissas emancipatórias. O que vem confirmar a intuição de que, reduzida a situações dialógicas ideais, a ação comunicativa não encontra espaços para sua objetivação. Como supor, por outro lado, que a emancipação das práticas e das necessidades de saúde possa dar-se exclusivamente à custa das racionalidades instrumental e estratégicas, se os aspectos de alienação e dominação acima apontados devem-se, embora não exclusivamente, ao predomínio exclusivo dessas mesmas racionalidades?

Como supor, finalmente, que a Saúde Coletiva possa participar desse movimento emancipatório, a não ser encontrando os meios para a superação da oposição entre indivíduo e “sociedade”? Se este fosse meramente um problema de alienação, enquanto “consciência equivocada”, então uma perspectiva ilustrada restrita poderia encontrar aqui seu lugar. Mas não é: a consciência da oposição entre o indivíduo e “sociedade” pode ser alienada, mas não é equivocada.

Na medida em que sua desalienação coincida com sua subtração à dominação, então posso entrever possibilidades reais, *práticas*, de emancipação.

Por isso entendo que a proposta elaborada por Edmundo Gallo é atual e desafiadora. Há que encontrar, não através de um discurso monológico, por mais esclarecido que possa ser, mas pelo estabelecimento de um diálogo prático, que inclua simultaneamente as ações instrumentais (o trabalho em saúde) e estratégicas (o planejamento em saúde) como seu campo privilegiado de aplicação, os caminhos para essa nova forma da Esperança.

Para terminar estes comentários, julgo importante chamar a atenção para o fato de que o trabalho de Edmundo Gallo é mais um, entre outros cada vez mais numerosos e diversificados, em que se verifica na Saúde Coletiva o recurso a uma atitude filosófica. Entre muitas outras explicações possíveis para a emergência dessa nova tradição, talvez devamos incluir a insuficiência prática da atitude científica para dar conta do conjunto da natureza objetiva de seus objetos e das motivações com que são aproximados e construídos, mas, em todo caso, devemos lembrar que ocorre um fenômeno semelhante e paralelo nas ciências naturais para não falar nas humanidades.

Talvez apenas porque tanto as ciências “duras” como as ciências sociais estejam amortizando, sob a forma de “ciência normal”, os ganhos de fases pretéritas, mas talvez também porque a própria natureza da época que estamos vivendo solicite um renascimento do saber sintético, explicitamente marcado por seus compromissos éticos. Em todo caso, é preciso que reconheçamos que a filosofia é a maior herança que nos foi subtraída nos processos sócio-históricos em que uma racionalidade exclusivamente teleológica veio tornar nosso viver cotidiano tão paradoxalmente distante do desenvolvimento da essência humana. Estamos talvez constituindo uma nova necessidade de filosofia, simultaneamente tributária de compromissos técnicos, científicos, militantes e morais, mas nós devemos

advertir que essa é uma árvore perigosa, cujos frutos entorpecem tanto quanto vitalizam. Ninguém que queira ser herdeiro de Sócrates deve esquecer a que obriga a filosofia: sua exigência de coerência entre o pensamento e a vida não deixa muitos espaços para o descompromisso.

É um bem, é belo e é verdadeiro o que o autor anuncia em seu esforço. Possamos unirmo-nos a ele para que não tenha o poeta que voltar a dizer de nossas vidas que

Rien n'égale en longueur les boiteuses journées, Quand sous les lourds flocons des neigeuses années L'Ennui, fruit de la morne incuriosité, Prend les proportions de l'immortalité⁴ (Baudelaire, 1918, pp. 111-2).

Referências

- BAUDELAIRE, C. *Les fleurs du mal*. Paris: Galimard, 1918.
- GALLO, E. (org.). *Razão e planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1995.
- HELLER, A. *Crítica de la ilustración*. Barcelona: Península, 1984.
- HELLER, A. *Sociología de la vida cotidiana*. Barcelona: Península, 1987.
- HELLER, A. *La théorie des besoins chez Marx*. Paris: Union Générale d'Éditions, 1979.
- MARX, K. *O capital*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1968, t. 1, vol. 1.
- MARX, K. *Grundrisse – lineamientos fundamentales para la crítica de la economía política – 1857-1858*. México: Fondo de Cultura Económica, 1985.
- MARX, K. *Manuscritos econômico-filosóficos*. Lisboa: Edições 70, 1989.

⁴ “Nada iguala o arrastar-se dos trôpegos dias, Quando, sob o rigor das brancas inverniais, O tédio, taciturno exílio da vontade, Assume as proporções da própria eternidade” (Ch. Baudelaire. *As flores do mal*. Trad. Ivan Junqueira. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2012. Disponível em <[http://bedigital.soaresbasto.pt/cops-master/ebooks/Charles%20Baudelaire/As%20Flores%20do%20Mal%20\(4\)/As%20Flores%20do%20Mal%20-%20Charles%20Baudelaire.pdf](http://bedigital.soaresbasto.pt/cops-master/ebooks/Charles%20Baudelaire/As%20Flores%20do%20Mal%20(4)/As%20Flores%20do%20Mal%20-%20Charles%20Baudelaire.pdf)>, p. 391. Acesso em 2-10-2016.

13

CRISE, CRÍTICA E ESPERANÇA NA
CONSTRUÇÃO DA COERÊNCIA ENTRE
PENSAMENTO E VIDA: A ATUALIDADE
DA REFLEXÃO DE RICARDO BRUNO
MENDES-GONÇALVES SOBRE
“RAZÃO E PLANEJAMENTO”
DE EDMUNDO GALLO

CARMEN TEIXEIRA

O texto de Ricardo Bruno intitulado “Seres humanos e práticas de saúde: comentários sobre «Razão e planejamento»” faz parte de um livro organizado por Edmundo Gallo, que contém sua dissertação de mestrado, defendida em 1991, da qual o próprio Ricardo foi orientador.

O primeiro aspecto que vale a pena comentar é, portanto, a posição em que Ricardo se coloca para comentar o texto de Edmundo, tendo ocupado, ao longo do processo de elaboração, esse lugar por vezes tão delicado no colóquio que se desenvolve entre orientador e orientando durante um curso de mestrado ou doutorado.

O texto é resultado de um diálogo que provavelmente se desdobrou em conversações, indicações de leituras, interpretações e debates, aproximações e distanciamentos, que constituem esse tecido

relacional que envolve muito mais do que os dois sujeitos implicados na elaboração de um produto final de um curso de pós-graduação, na medida em que ambos convocam à mesa de conversas, outros autores com os quais confabulam, construindo pouco a pouco o conhecimento sobre um tema específico, no caso, uma prática social, o planejamento em saúde.

Debruçar-me sobre esse texto é, portanto, adentrar na intimidade dessa conversa, procurando escutar os ecos que reverberam nas palavras que tentam registrar o essencial do pensamento que se conformou ao longo do curso, e amadureceu no intervalo entre a produção da dissertação e a publicação do livro. Intervalo de quatro anos, que provavelmente foi povoado por outras tantas experiências e reflexões sobre os temas caros ao pensamento do autor, ancorado firmemente na teorização sobre o trabalho em saúde, como ele próprio assinala adiante:

[. . .] foi tomando o trabalho como categoria central da essência humana que me aproximei, desigualmente, das outras categorias igualmente fundamentais, a saber, a socialidade, a historicidade, a consciência, a universalidade e a liberdade (Mendes-Gonçalves, 1995, p. 24).

O segundo aspecto que me parece importante destacar é a complexidade do texto. Mesmo para os leitores acostumados ao estilo de RB, já evidente em suas primeiras publicações no final dos anos 70, esse texto, escrito quinze anos depois de sua dissertação de mestrado *Raízes sociais do trabalho médico*, revela o quanto seu pensamento ganhou em densidade teórica e quão afiada se tornou sua crítica.

É com esse espírito crítico que RB guia o leitor do seu texto a empreender a leitura do trabalho de Edmundo Gallo, não sem antes colocar as bases epistemológicas em que se fundamenta o “pequeno conjunto de critérios de leitura” com o qual, coloca-se, a

partir daí, no lugar do professor que guia um aluno pelos tortuosos caminhos do pensamento que seu orientando seguiu, de modo que nos permitisse dialogar com ele, coerentemente com o referencial teórico adotado por EG, qual seja, a teoria da ação comunicativa de J. Habermas (Mendes-Gonçalves, 1995, p. 15).

Desse modo, com a delicadeza e a elegância que lhe eram peculiares, Ricardo, anuncia sua compreensão acerca da crise da modernidade e aponta os possíveis caminhos do pensamento diante do desencanto com os ideais e valores que marcaram a época em que a confiança no progresso da ciência e de sua contribuição para a construção de um mundo melhor embalava os pesquisadores de todas as áreas, entre elas a de Saúde.

Adotando uma perspectiva epistemológica construtivista, crítica a opção conservadora pelas “pseudoéticas do irracionalismo e do pragmatismo”¹ e afirma sua solidariedade com a opção adotada por EG, que, “corajosamente”, busca resgatar e recriar os “valores perdidos”. Defende, portanto, esta opção, comentando que apesar de parecer “arcaica e ingênua”, ele não vê maneira melhor de recriar sentidos para a vida “em um momento histórico no qual o desmoronamento de todos os absolutos deixa tão poucos espaços para a Fé e abre tantos para o Desespero (Mendes-Gonçalves, 1995, p. 14).

Nessa perspectiva, reafirma a importância da Esperança, enquanto “condição ideal na qual os seres humanos podem ter motivações reais para se dirigirem comunicativamente aos outros seres humanos”, sugerindo, ademais, que a Esperança deva ser pensada como “conjunto teórico e prático de objetivações que se vão articulando e

1 Para uma aproximação ao debate contemporâneo sobre o tema, ver C. Delacampagne. A razão em questão In: *História da filosofia no século XX*. Rio de Janeiro: Zahar, 1997, pp. 263-73. Análises mais específicas do pensamento de autores representativos dessas correntes, podem ser encontradas em: K. Kozicki. A política na perspectiva da filosofia da diferença. In: M. Oliveira; O. A. Aguiar & L. F. N. A. S. Sahd (orgs.). *Filosofia política contemporânea*. Petrópolis: Vozes, 2003, pp. 141-60; J. P. Giraldelli & M. C. B. Martins. Neopragmatismo política e direito: uma introdução. In: M. Oliveira; O. A. Aguiar & L. F. N. A. S. Sahd (orgs.). *Filosofia política contemporânea*. Petrópolis: Vozes, 2003, pp. 161-87.

sobrepondo, substituindo e superando, refletindo e criticando” (Mendes-Gonçalves, 1995, p. 14).

Nesses trechos revela-se a concepção de RB acerca do ser humano, em sua infinita possibilidade de recriação de sentidos para a existência, não como mero exercício especulativo, de construção teórica descomprometida com a ação, mas como ser cuja inserção na prática histórica e social, o coloca, inapelavelmente, no âmago de relações discursivas, comunicativas, que contemplam argumentação, decisão, ação e responsabilização pelos seus atos.

Posta sua solidariedade com o caminho escolhido pelo orientando, qual seja o da crítica teórica aos pressupostos do planejamento em saúde, especialmente a “razão instrumental” que marca seu exercício, Ricardo Bruno (Mendes-Gonçalves, 1995, p. 17) mergulha na reflexão sobre a teoria habermasiana,² comentando em que esta se distancia do marxismo clássico, especialmente no que se refere à crítica à teoria do partido, no que esta tem de diretivo e excludente, chamando a atenção para que “são os seres humanos que devem decidir como organizar-se [. . .] na concretude da prática e presumivelmente decidirão de modos diversos e variantes, mas nunca de um modo «teoricamente adequado *a priori*»” (Mendes-Gonçalves, 1995, p. 18).

Com isso, RB explicita também sua concepção acerca da Política, expressando uma posição radicalmente democrática, que se coaduna com a importância da ação comunicativa, espaço de expressão de vontades, construção coletiva de projetos e articulação de compromissos. Assim, chama a atenção para que como

² Para uma introdução ao pensamento de Habermas, ver C. Delacampagne. A razão em questão In: *História da filosofia no século XX*. Rio de Janeiro: Zahar, 1997, pp. 273-8, e também L. B. L. Araújo. Moral, direito e política: sobre a teoria do discurso de Habermas. In: M. Oliveira; O. A. Aguiar & L. F. N. A. S. Sahl (orgs.). *Filosofia política contemporânea*. Petrópolis: Vozes, 2003, pp. 214-35. Ver também J. C. Souza. Introdução aos debates Rorty e Habermas: filosofia, pragmatismo e democracia. In: *Filosofia, racionalidade, democracia: os debates Rorty-Habermas*. São Paulo: Editora Unesp, 2005, pp. 13-49.

[. . .] o discurso de Gallo se dirige primariamente a teóricos e trabalhadores das instituições de saúde, é forçoso que [o leitor] encontre meios para que sua leitura não seja domesticável, para que o exercício da razão comunicativa não seja paradoxalmente transformado em exercício de participação manipulada (Mendes-Gonçalves, 1995, p. 17).

Aí encontro, eu, leitora, não só do texto de EG, mas de vários outros textos que se dedicam à teoria e metodologia do Planejamento em saúde, especialmente em sua vertente “estratégica” e “situacional”, o cerne da reflexão e da ação dos planejadores, a preocupação com a Política, o Poder, em sua multiplicidade de formas de expressão, no âmbito das práticas, das instituições, do Estado e da sociedade civil. E também, me vejo diante dos riscos que todo planejador que propõe um “planejamento participativo” enfrenta, ao criar espaços de discussão nos quais se disputa concepções diversas acerca da saúde e do que são “necessidades de saúde”, disputas que se amplificam e reverberam no debate acerca das políticas e dos modos de produção, distribuição e gestão dos serviços de saúde.

Essa possibilidade, aliás, é também o cerne da crítica feita por Javier Uribe Rivera (1995) à forma como Carlos Matus (1993) incorpora a “ação comunicativa”, em sua teoria do planejamento situacional, subordinando-a à ação estratégica, mantendo a primazia da razão instrumental que informa ao planejador interessado em construir a viabilidade política do plano, tratando de convencer (os oponentes) e cooptar (os indiferentes) aos objetivos e estratégias de ação propostos, perspectiva que o autor desenvolve em textos posteriores, a exemplo da obra póstuma *Teoria do jogo social* (Matus, 2007).

Esse aspecto também foi objeto da crítica de Mario Testa (1985) à proposta teórica e metodológica de Matus, sendo um dos aspectos que diferenciam a visão de cada um desses autores com relação à Política e à Estratégia. Como sabemos, Testa abandona, a partir dos textos publicados em *Pensar em saúde* (Testa, 1991) e

Pensamento estratégico e lógica da programação (Testa, 1995), a noção de Imagem-Objetivo, passando a defender que o principal da ação política (e do planejamento) é o desencadeamento de processos, assumindo, assim, a incerteza que rege a vida social, especialmente no mundo contemporâneo.

Os limites e possibilidades da prática de planejamento nas instituições de saúde, portanto, estão demarcadas pela articulação de “racionalidades”, e “lógicas”, que tornam o ofício do planejador um desafio que exige não só flexibilidade metodológica (Rivera & Artmann, 1999) senão que acurada capacidade de análise política (Federico, 2015; Paim, 2015) algo que só se desenvolve com a prática, com a acumulação e reflexão sobre a experiência vivida. No caso brasileiro, os riscos de subordinação ao conservadorismo político e à inércia burocrática são imensos, ainda mais em instituições atravessadas pelo patrimonialismo, clientelismo, amadorismo, corrupção e outros tantos problemas que caracterizam o Estado e a administração pública (Paim & Teixeira, 2007).

Além da reflexão sobre o Planejamento, a leitura do texto de RB permite que se pincem outros trechos de extrema atualidade para o debate no campo da Saúde Coletiva a exemplo de suas observações sobre a relação individual e coletivo, tema que Ricardo comenta a partir da “relação entre sistema de necessidades de saúde e sistema de práticas de saúde” (Mendes-Gonçalves, 1995, p. 27). Usando um longo excerto de Marx (1968), RB destaca que “o indivíduo é o ser social” e argumenta que “as práticas de saúde engendram-se conjuntamente com a expansão e consolidação de necessidades humanas (humanas, individuais, socio-historicamente determinadas, especificamente objetualizadas, moralmente normalizadas), necessidades de saúde (Mendes-Gonçalves, 1995, p. 28).

Daí, desafia o leitor a pensar como a Saúde Coletiva pode participar de um movimento emancipatório — entendendo por emancipação, nesse caso, a superação da racionalidade instrumental e estratégica que pressupõe que o indivíduo não é o ser social,

racionalidade que impregna as práticas de saúde que reproduzem “uma antinomia absoluta entre indivíduo e doença, indivíduo e morte” (Mendes-Gonçalves, 1995, p. 29).

Esse desafio incita-nos a refletir e aprofundar o debate sobre questões que atravessam o campo da Saúde Coletiva desde os primórdios de sua constituição, ou seja, a mudança dos modos de organização do processo de trabalho em saúde, a superação do modelo médico fundamentado na hegemonia da clínica (individual) em direção à articulação de saberes e práticas que contemplem a promoção da saúde (coletiva) a prevenção de riscos (ambientais, sociais, culturais, etc.) e a oferta de serviços assistenciais diferenciados de acordo com o “sistema” de necessidades e demandas específicas dos diversos grupos da população, delimitados em função de suas condições e modos de andar a vida.

E que, ademais, levem em conta a intersubjetividade que permeia a relação entre os agentes das práticas e os “consumidores de serviços de saúde, educandos, receptores das mensagens, fruidores das objetivações estéticas, dos necessitados de filosofia” (Mendes-Gonçalves, 1995, p. 23), na senda aberta por RB e trilhada brilhantemente nos últimos anos por Ayres (2009; 2008; 2005; 2004; 2001).

Essa questão relaciona-se intimamente com outro aspecto que pode ser rastreado na leitura do texto de Gallo (1995, pp. 46-54), qual seja, os “dilemas da Reforma Sanitária Brasileira”, decorrentes da opção estratégica pela atuação do movimento sanitário no âmbito do Estado, apartando-se dos movimentos sociais. De fato, a análise crítica de Gallo aponta o distanciamento que ele observava, já em 1991, no âmbito da Saúde Coletiva, entre o processo de produção de conhecimentos (a construção de uma nova abordagem ao processo saúde-doença, baseada em sua determinação social) e a prática política (construção de uma proposta para o setor saúde articulada a um projeto socialista para a sociedade). Para Gallo, “essa defasagem entre teoria e prática acabou levando —

pela proeminência da dimensão instrumental — a uma nova práxis conservadora que urge ser superada” (Gallo, 1995, p. 48).

A pertinência e atualidade dessa crítica é inegável. Os caminhos e descaminhos do processo de Reforma Sanitária conduziram, de certa forma, a seu insulamento, ao distanciamento com relação aos novos e “novíssimos” movimentos sociais e, conseqüentemente, ao estreitamento de suas bases de sustentação política (Gohn, 2014; Paim, 2008; 1997). Por outro lado, no campo da Saúde Coletiva, ao tempo em que se verifica a incorporação de uma pluralidade de perspectivas teóricas, observa-se uma tendência a certa “despolitização”, ou melhor, à diversificação do espectro político e perda da centralidade do projeto da Reforma Sanitária Brasileira como elemento articulador e identitário.

As observações, as críticas e advertências contidas no texto de RB são preciosas. Dele escutamos o convite ao estudo dos autores clássicos e contemporâneos que podem iluminar a reflexão sobre os objetos da pesquisa em Saúde Coletiva e, principalmente, sobre as práticas de saúde, favorecendo o estabelecimento do “diálogo prático que inclua, simultaneamente, as ações instrumentais (o trabalho em saúde) e estratégicas (o trabalho em saúde)” (Mendes-Gonçalves, 1995, p. 29), agregando-se a estas as ações comunicativas (ação política no campo da saúde e na sociedade).

Concluindo, vale ressaltar uma última recomendação de Ricardo (Mendes-Gonçalves, 1995, p. 30): a necessidade de uma atitude filosófica, “tributária de compromissos técnicos, científicos, militantes e morais”. Concordo com ele. Mais que nunca, precisamos reconhecer que

[. . .] a filosofia é a maior herança que nos foi subtraída nos processos sócio-históricos em que uma racionalidade exclusivamente teleológica veio tornar nosso viver cotidiano tão paradoxalmente distante da essência humana (Mendes-Gonçalves, 1995, p. 30).

Ainda que nos advirta que “a filosofia [. . .] é uma árvore perigosa, cujos frutos entorpecem tanto quanto vitalizam”, precisamos provar seus frutos, assumindo a rebeldia que levou Eva a comer a maçã (Mendes-Gonçalves, 1995, p. 30).

Assim, congratulo-me com a iniciativa de Ricardo Ayres e Liliana Santos. Oferecer, aos jovens leitores do campo da Saúde e das Humanidades em geral, os textos de Ricardo Bruno, é renovar a Esperança que ele nos lega no texto que me coube comentar. Esperança de que nos subterrâneos da liberdade de expressão de que gozam hoje esses jovens, esteja se urdindo as tramas de uma revolta, que pode vir a se tornar o embrião de um projeto de sociedade mais simples, menos violenta, mais solidária, menos hedonista, mais amorosa, mais humana.

Referências

- AYRES, J. R. C. M. O Cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde Soc.*, São Paulo, vol. 13, n.º 3, pp.16-29, 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21-8-2016.
- AYRES, J. R. C. M.. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 10, n.º 3, pp. 549-60, 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21-8-2016.
- AYRES, J. R. C. M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saúde soc.*, São Paulo, vol. 18, pp. s11-23, 2009. Suplemento 3. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000600003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21-8-2016. Sem citação.
- AYRES, J. R. C. M. Para comprender el sentido práctico de las acciones de salud: contribuciones de la Hermenéutica Filosófica. *Salud Colectiva*, Lanúss, vol. 4, n.º 2, pp. 159-72, 2008. Disponível em <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73140207>>. Acesso em 21-8-2016.
- AYRES, J. R. C. M.. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 6, n.º 1, pp. 63-72, 2001. Disponível

- em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21-8-2016.
- ARAÚJO, L. B. L. Moral, direito e política: sobre a teoria do discurso de Habermas. In: OLIVEIRA, M.; AGUIAR, O. A. & SAHD, L. F. N. A. S. (orgs.). *Filosofia política contemporânea*. Petrópolis: Vozes, 2003, pp. 214-35.
- DELACAMPAGNE, C. A razão em questão. In: *História da filosofia no século XX*. Rio de Janeiro: Zahar, 1997, pp. 233-84.
- FEDERICO, L. *Análise política em saúde: a contribuição do pensamento estratégico*. Salvador: Edufba, 2015.
- GALLO, E. (org.). *Razão e planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1995.
- GIRARDELLI, J. P. & MARTINS, M. C. B. Neopragmatismo política e direito: uma introdução. In: OLIVEIRA, M.; AGUIAR, O. A. & SAHD, L. F. N. A. S. (org.) *Filosofia política contemporânea*. Petrópolis: Vozes, 2003, pp. 161-87.
- GOHN, M.G. *Sociologia dos movimentos sociais*. 2.^a ed. São Paulo: Cortez, 2014.
- KOZICKI, K. A política na perspectiva da filosofia da diferença. In: OLIVEIRA, M.; AGUIAR, O. A. & SAHD, L. F. N. A. S. (orgs.). *Filosofia política contemporânea*. Petrópolis: Vozes, 2003, pp. 141-60.
- MARX, K. *O capital*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1968, t. 1, vol. 1.
- MATUS, C. *Política, planificação e governo*. 2.^a ed. Brasília: Ipea, 1993.
- MATUS, C. *Teoría del juego social*. Buenos Aires: Ediciones de la Universidad Nacional de Lanús, 2007.
- MENDES-GONÇALVES, R. B. Seres humanos e práticas de saúde: comentários sobre “Razão e planejamento”. In: GALLO, E. (org.). *Razão e planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1995, pp. 13-31.
- OLIVEIRA, M.; AGUIAR, O. A. & SAHD, L. F. N. A. S. (orgs.). *Filosofia política contemporânea*. Petrópolis: Vozes, 2003.
- PAIM, J. S. Análise política em saúde: um pensamento estratégico para a ação estratégica. In: FEDERICO, L. (org.). *Análise política em saúde: a contribuição do pensamento estratégico*. 1.^a ed. Salvador: Edufba, 2015, vol. 1, pp. 279-83.
- PAIM, J. S. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira In: FLEURY, S. (org.) *Saúde e democracia: a luta do Cebes*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997, pp. 11-24.
- PAIM, J. S. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador-Rio de Janeiro: Edufba-Fiocruz, 2008.
- PAIM, J. S. & TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do

- Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Ciênc. saúde coletiva*, vol. 12, pp. 1819-29, 2007. Suplemento.
- RIVERA, F. J. U. *Agir comunicativo e planejamento social: uma crítica ao enfoque estratégico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- RIVERA, F. J. U. & ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde; flexibilidade metodológica e agir comunicativo. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 4, n.º 2, pp. 355-65, 1999.
- SOUZA, J. C. *Filosofia, racionalidade, democracia: os debates Rorty-Habermas*. São Paulo: Ed. Unesp, 2005.
- TESTA, M. *Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1995.
- TESTA, M. *Pensar em Saúde*. Porto Alegre: Intermédica, 1991.
- TESTA, M. Planejamento de saúde: as determinações sociais. In: NUNES, E. D. *As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas*. Brasília: OPS, 1985, pp. 335-67.

14

PRÁTICAS DE SAÚDE E FORMAÇÃO
DE PROFISSIONAIS: OS DESAFIOS
CONTEMPORÂNEOS E AS
CONTRIBUIÇÕES DA OBRA DE
RICARDO BRUNO

LILIANA SANTOS
ISABELA CARDOSO DE MATOS PINTO

Sou metade agonia, metade esperança.

— JANE AUSTEN, escritora inglesa do
século XVIII.

A leitura dos textos de Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves nos mobiliza principalmente no que diz respeito à contemporaneidade da sua produção. Desafios apontados por ele continuam a nos inquietar, na medida em que questões como a necessidade de mudanças nas práticas de saúde, na organização do processo de trabalho e nos perfis profissionais permanecem na agenda da Saúde Coletiva, o que nos mobiliza a resgatar a teoria do processo de trabalho em saúde (Mendes-Gonçalves, 1992; 1988; 1979) e a questionar os processos formativos.

Ricardo Bruno entende os processos de trabalho na saúde inseridos nas relações sociais, submetidos, portanto, a determinados meios de produção. Para o autor, o trabalho desenvolve-se com

a mediação de meios de produção, que são as tecnologias, materiais ou imateriais, orientadas por projetos. Os processos de trabalho, dessa forma, estabelecem-se em uma teia complexa e nem sempre explícita de intencionalidades dos distintos agentes que compõem o campo da Saúde. Nesse meio, as necessidades de saúde são compreendidas como objetos de trabalho, focos da ação, sobre os quais são desenvolvidas determinadas atividades, resultando em produtos, no caso, a melhoria da qualidade de vida e do estado de saúde de indivíduos ou coletividades ou mesmo a promoção da saúde de forma mais ampla. Para compreender os processos de trabalho nessa perspectiva, torna-se necessário, para além da descrição de etapas ou procedimentos e técnicas adotadas pelos distintos profissionais, analisar a composição de campos de força e interesse que definem escolhas tecnopolíticas. Escolhas, portanto, mediadas por poderes e sensibilidades de distintas dimensões (Mendes-Gonçalves, 1992).

Dessa forma, torna-se necessário compreender a complexidade dos processos de trabalho e do conjunto de saberes (tecnologias imateriais) que são mobilizados na produção das ações de saúde. Desse contexto, surgem alguns questionamentos: que conhecimentos são mobilizados na organização dos processos de trabalho em saúde? Como esses conhecimentos são produzidos? Qual o papel das instituições de ensino na produção e disseminação desses conhecimentos? Como esses conhecimentos são difundidos nos cursos de graduação? Quais os desafios apontados à formação de profissionais? Nosso texto busca refletir sobre essas questões do mesmo lugar mencionado na epígrafe: metade agonia e metade esperança, evidenciando pistas deixadas por Ricardo Bruno, demarcando contextos e desafios.

As práticas de saúde e os limites da formação dos profissionais

Ao estudar o trabalho médico, Ricardo Bruno, fundamentado na teoria marxista e inspirado nos estudos anteriores de Cecília

Donnangelo, inaugura sua importante contribuição ao afirmar que toda prática médica é uma prática social e, por conseguinte, se insere em um conjunto de relações que são determinadas e determinantes de certas ordens sociais. Ao mesmo tempo, e partindo do mesmo referencial teórico, analisa a prática médica como um processo de trabalho, inscrito na história, produto e produtor da estrutura social vigente (Mendes-Gonçalves, 1979).

Ricardo Bruno destaca a medicina como uma das atividades mais antigas da humanidade e ao mesmo tempo a inscreve como prática social conectada à satisfação de necessidades humanas de saúde (materiais ou imateriais). O trabalho em saúde, portanto, passa a ser compreendido a partir de sua inserção nas relações sociais e seu objeto se confunde com a própria condição humana, o que define, em grande parte, sua complexidade e a diversidade de objetos e produtos possíveis quando se trata de extrapolar este trabalho para além da medicina. E ao reconhecer as necessidades sociais de saúde como seu objeto deve entendê-las como “aquilo que precisa necessariamente ser satisfeito para que um ser continue sendo um ser” (Mendes-Gonçalves, 1992, p. 19). Nesse sentido, a diversidade de necessidades, por si só já definiria a complexidade do trabalho na saúde. Agrega-se a esta a complexidade a diversidade de interesses e perspectivas que atravessa cada olhar profissional.

Vale destacar que a constituição das demais profissões da área da saúde se configurou historicamente em torno das concepções mais tradicionais da medicina científica, buscando aproximar-se e ao mesmo tempo diferenciar-se das especificidades e lugar social ocupado pela medicina. Ainda que a formação dos agentes das práticas de saúde seja determinada por um conjunto de interesses, ela é condicionada pelas forças que se movem nas instituições de ensino, seja no sentido da reprodução ou da transformação do sistema de serviços de saúde. Essas forças no âmbito da academia, por sua vez, podem articular-se com aquelas que pretendem reproduzir o *statu quo* na sociedade e nos serviços de saúde, com outras que

apostam na transformação social e na reorientação das políticas públicas para a garantia do direito à saúde, ou ainda oscilarem na tensão entre reprodução e transformação, posto que nenhuma instituição se constitui de forma estática ou perene.

Santana, Campos & Sena (1999) registram a histórica e profunda dissociação entre a dinâmica do ensino superior das profissões da Saúde e a dinâmica das necessidades de saúde da população. Seu estudo estabeleceu que as necessidades tomadas como centrais nos processos formativos seriam aquelas vinculadas às estratégias e demandas do mercado de produtos e serviços, em detrimento do que Heller (1986) denomina necessidades de autoconservação e/ou qualitativas. Os espaços de ensino das profissões da área de Saúde vêm reproduzindo os modos hegemônicos de fazer saúde, bem como mantendo ordens e processos que perpetuam condições desiguais de acesso às ações e serviços de saúde, ainda que a saúde tenha sido institucionalizada como direito universal.

Assim, embora haja significativos esforços para aproximar formação, trabalho e necessidades de saúde da população, o enfoque hegemônico do ensino de Saúde predominante no Brasil privilegia ainda o tratamento da doença com base na especialização e em arsenais tecnológicos “de ponta”, tanto do ponto de vista da indústria farmacêutica, quanto dos insumos e equipamentos diagnósticos e terapêuticos (tecnologias materiais).

A atualidade da contribuição de Ricardo Bruno

Ao definir o trabalho em saúde em uma arena complexa na qual interagem as tecnologias, os interesses, sujeitos e necessidades, Ricardo Bruno insere de forma definitiva a categoria processo de trabalho nos estudos da área de saúde. Tomando como ponto de partida a análise do trabalho médico, o autor abre caminho para uma reflexão mais ampla acerca do trabalho na saúde a partir de sua contribuição à enfermagem (Mendes-Gonçalves, 1988).

Ricardo Bruno aprofunda suas reflexões acerca da prática médica e suas relações com a prática científica, bem como delinea aproximações e afastamentos da práxis técnica e científica de enfermagem no texto “Trabalho em saúde e pesquisa: reflexão a propósito das possibilidades e limites da prática de enfermagem” (Mendes-Gonçalves, 1988). O ponto de partida para o referido texto é o resgate das origens da medicina contemporânea e associação de sua prática à ideia de ciência aplicada, orientada pelo método científico e pelas lógicas da ciência pura. Aproxima assim a prática médica à prática científica, que foi se constituindo historicamente com o *status* de “verdade”, dotada de poderes e força social que lhe garantem, embora com as transformações da contemporaneidade, lugar de destaque ante as demais práticas de saúde. No texto citado, Ricardo Bruno indaga duplamente as representações sociais acerca da cientificidade das práticas de saúde, tanto do ponto de vista dos agentes do trabalho em saúde, quanto da sociedade mais ampla, quando se imagina que determinados trabalhos sejam mais ou menos científicos que os demais.

Por que e para que isso acontece? Deixando de fora deste texto a tentativa de encaminhar respostas para a primeira dessas duas perguntas, que tem a ver com o modo como se relacionaram na história concreta do Ocidente a ciência e a medicina, as investigações acumuladas e que podem sugerir respostas para a segunda pergunta indicam como principal suporte o *papel representado pelas concepções científicas sobre o corpo, a vida, a doença e a morte que subjazem às práticas de saúde*, na constituição de um conjunto sempre reatualizado de concepções integradas sobre o mundo que constituem o que se costuma chamar “ideologia”, enquanto força material agregadora na sociedade em processo de permanente reprodução (Mendes-Gonçalves, 1988, p. 29; grifo nosso).

Nesse sentido, é importante compreender as relações entre o trabalho médico e o trabalho na saúde de forma mais ampla, visto que a racionalidade médica orienta, ainda na contemporaneidade, a ação e a formação de profissionais da saúde em sua maioria (Almeida Filho, 2014; Santos; Ceccim & Ferla, 2009; Carvalho & Ceccim, 2009; 2008; Almeida Filho, 2008).

Em seu trabalho “Ricardo Bruno: história, processos sociais e práticas de saúde”, Ayres (2015) destaca a caracterização desenvolvida por Ricardo Bruno em seu trabalho *Medicina e história* (Mendes-Gonçalves, 1979) no qual evidencia a dupla posição dos médicos nas sociedades capitalistas:

De um lado, pertencem à elite intelectual que formula os projetos sociais hegemônicos, baseados na legitimidade e poder prático das ciências médicas. De outro lado, são trabalhadores que produzem serviços e, enquanto tal, são dominados não apenas pelas relações de produção que progressivamente definem seus modos de trabalho e de vida (por regimes de formação e emprego, remuneração, *status* social, etc.), mas também pelo progressivo poder da tecnologia em determinar o valor das ciências (das quais os médicos seriam os supostos senhores) e o lugar dos profissionais nos processos de trabalho em saúde concretamente operados. Ora, é exatamente nesta situação contraditória que Ricardo Bruno enxerga as potencialidades emancipadoras de uma prática teórica que se dedique a explorar o modo como as tecnologias se relacionam com as ciências da saúde e seus sujeitos (Ayres, 2015, p. 909).

Destacamos aqui a importância da contribuição de Ricardo Bruno para as análises que vimos fazendo acerca do trabalho médico e do trabalho na saúde, de forma mais ampla. O mergulho nas reflexões do autor nos permitiu estabelecer distinções entre a natureza dos objetos das práticas de cada profissão o que, por conseguinte,

determina suas configurações e o próprio conjunto de conhecimentos que lhes dá sustentação científica, técnica e política para a organização dos processos de trabalho.

Inspiradas nessa reflexão, poderíamos seguir elencando objetos distintos que por sua vez definiriam práticas científicas e tecnológicas distintas e processos de formação diferenciados, em estreita relação com determinadas lógicas corporativas (Pazeto, 2005), em que pese o conjunto de esforços empreendidos na década de 2000, que agrega reformulações em diretrizes curriculares nacionais e uma série de políticas públicas voltadas para a reorientação da formação profissional em saúde (Dias; Lima & Teixeira, 2013).

Entretanto esse caminho não seria coerente com a proposta de Ricardo Bruno, que problematiza a divisão técnico-científica e social do trabalho em saúde, induzindo-nos a pensar possibilidades de mudança na formação dos agentes das práticas de saúde que privilegiem a articulação de saberes e práticas de modo que rompa com a fragmentação do cuidado e a reprodução das relações de poder entre os agentes das diversas práticas profissionais e destes com os usuários dos serviços.

Ricardo Bruno tece, ainda, reflexões acerca dos dilemas na relação entre ciência pura e aplicada na área da saúde, destacando possibilidades da medicina e da enfermagem e apontando a Saúde Coletiva como área fecunda para a integração de saberes do ponto de vista epistemológico e metodológico, além de se apresentar como área que, por natureza é interdisciplinar e “investigativa”, agregando múltiplas expressões da ciência (pura, aplicada ou operacional) e integrando uma concepção ampliada de saúde.

Evidentemente que essa proposta não se aplica exclusivamente aos enfermeiros, mas é igualmente óbvio que ocupam postos de trabalho estratégicos para levá-la adiante, sobretudo se se pautarem menos por anseios corporativos ou ligados no desenvolvimento de padrões satisfatórios de “identidade profissional”

e mais por um compromisso efetivo com a saúde da população a que servem. Colocar e desenvolver essas propostas, contudo, não se constitui em um problema teórico: as características da conjuntura atravessada pela sociedade brasileira favorecem as ações e decisões presumivelmente requeridas, constituem-se em oportunidade histórica privilegiada, nesse sentido, para o estabelecimento de novas bases para a prática. Aproveitar essa conjuntura ou perdê-la, eis o problema. As soluções escapam ao âmbito do possível em um raciocínio da espécie do desenvolvido aqui: é a vida, aberta à ação e à omissão (Mendes-Gonçalves, 1988, pp. 38-9).

Cabe, então, aprofundar uma análise sobre a transformação da formação dos agentes das práticas profissionais. E, aproveitar as pistas deixadas por Ricardo, agindo com ousadia, para perceber e enfrentar as dimensões da vida desses sujeitos que determinam a forma como apreendem o objeto, os meios que utilizam e as relações que estabelecem. Tudo isso ancorado em diferentes visões de mundo e “projetos de felicidade” (Paim, 2002; Ayres, 2001).

**Desafios contemporâneos:
é preciso mudar? Que apostas fazemos?**

Fê na vida, fê no homem, fê no que virá. . .

— GONZAGUINHA

Assim, resgatamos a questão que nos inspirou durante a produção deste texto: “Se Ricardo Bruno estivesse vivo hoje, o que nos diria sobre a formação dos profissionais da saúde?”. Tratamos de aproveitar a revisita aos seus textos e mergulhar no exercício cuidadoso de leitura, o que nos permitiu extrair algumas de suas preciosas reflexões e relacioná-las com autores que vêm nos inspirando no desafio cotidiano de pensar e produzir a formação de profissionais

da saúde de forma inovadora, levando em consideração as contribuições da Saúde Coletiva e principalmente seus compromissos com a Reforma Sanitária Brasileira.

Apostas diversas vêm sendo feitas em relação às mudanças na formação e às formas de conceber a produção do conhecimento, buscando diminuir os hiatos entre a concepção biomédica, orientadora da prática médica hegemônica, centrada na doença e na cura e de outro as práticas de saúde pautadas por uma concepção mais ampla de saúde e conseqüentemente conectadas às noções de determinação social e processo saúde-doença.

Sendo socialmente construído, o objeto das práticas de saúde requer, dentre outras coisas, certa complexidade de compreensão, o que não se contempla com as formas tradicionais de organização do ensino na saúde. Para além das importantes mudanças formais e metodológicas, a formação profissional carece de articulação destes com as organizações e sistemas de saúde, bem como com os movimentos sociais. Nesse sentido, destaca-se a necessidade de compreensão mais alargada acerca do objeto das práticas, quer seja composto pelo processo saúde-doença-cuidado e suas mediações com a cultura, a história, a economia e as subjetividades, o que traz aos formadores o desafio de romper com práticas acadêmicas verticalizadas e adotar modelagens pedagógicas centradas na análise das necessidades de saúde, bem como na capacidade e autonomia dos estudantes enquanto construtores de itinerários formativos singulares.

O confronto com distintas concepções acerca da saúde e com distintas práticas e modos de cuidar proporciona a análise crítica dos processos de trabalho e, por conseguinte, uma formação profissional que articula produção científica e práxis profissional. Da mesma forma, docentes e estudantes envolvidos no trabalho interdisciplinar contribuem para a formulação de objetos de trabalho igualmente plurais, o que reverbera na produção científica, que passa a ser mais complexa e abrangente. O caráter investigativo das práticas de Saúde Coletiva, de acordo com Ricardo Bruno

(Mendes-Gonçalves, 1988), dá aos trabalhadores a possibilidade de produzir conhecimentos a partir dos processos de trabalho:

Recuperar-se uma articulação mais orgânica entre o trabalho e a investigação, eis o problema posto em linguagem mais simples. As razões éticas que podem justificar essa proposta não estão em questão aqui, mas supondo que sejam avaliadas e aceitas, então a tarefa pode ser iniciada. A tese que se apresenta é a de que essa rearticulação passa por movimentos de aproximação bilaterais, mas estando a dinâmica principal do processo dada ao movimento de aproximação que possa ocorrer a partir do trabalho (Mendes-Gonçalves, 1988, p. 38).

Dessa forma, as categorias trabalho e processo de trabalho retomam centralidade, tanto do ponto de vista da pesquisa, quanto da formação, constituindo-se em possibilidades de integração entre a produção científica, a formação profissional e as práticas de saúde. Assim, tornam-se necessários a composição e o fortalecimento de um conjunto de ideias e ações que abram linhas de análise e transformação críticas diante das lógicas e práticas estereotipadas, percebidas tão sensivelmente no cotidiano dos espaços de formação e nas práticas de saúde. Apostas diversas vêm sendo feitas em relação às mudanças na formação e nas formas de conceber a produção do conhecimento, buscando diminuir os hiatos existentes e as lacunas identificadas na conformação dos perfis dos profissionais de saúde necessários ao modelo de atenção à saúde afinado com o movimento pela Reforma Sanitária Brasileira. Nesse sentido, vale destacar mudanças recentes adotadas nas Universidades que constituem avanços importantes para a formação e desafios permanentes para garantir a implantação da nova arquitetura acadêmica. Destacaremos duas inovações, cujo projeto desenhado caracteriza-se pela ousadia e cuja implementação exige um movimento de desconstrução e reconstrução muitas vezes inviabilizado por resistências e incertezas diante do novo.

A criação dos Bacharelados Interdisciplinares em Saúde, cujo marco conceitual repousa nas epistemologias não cartesianas, integrando os saberes das artes e das humanidades ao universo da pesquisa e da formação; nas teorias críticas da sociedade e na pedagogia emancipatória, viabiliza a construção de referências para pensar e agir diante da complexidade dos problemas da contemporaneidade (Almeida Filho & Coutinho, 2011).

A criação dos Cursos de Saúde Coletiva, conectada ao movimento da Reforma Sanitária Brasileira constitui-se como aposta importante na formação de sujeitos críticos e propositivos diante dos desafios de consolidação do Sistema Único de Saúde, na mesma medida em que aproxima formação e o cotidiano dos serviços de saúde. Talvez aí se encontre uma diferença importante entre as formações universitárias mais tradicionais e sedimentadas na área de Saúde e as ofertas da Saúde Coletiva à formação em saúde de maneira ampla.

Desafio, surpresa, inquietação, agonia, esperança e compromisso nos atravessaram durante a elaboração deste texto, talvez elementos presentes de forma viva na obra de Ricardo Bruno e certamente molas propulsoras para pensarmos e agirmos cotidianamente na defesa da saúde como direito de cidadania.

Referências

- ALMEIDA FILHO, N. Nunca fomos flexnerianos: Anísio Teixeira e a educação superior em saúde no Brasil. *Cad. saúde pública*. Rio de Janeiro, vol. 30, n.º 12, pp. 2531-53, 2014.
- ALMEIDA FILHO, N. & COUTINHO, D. Nova arquitetura curricular na universidade Brasileira. *Cienc. Cult.*, São Paulo, vol. 63, n.º 1, jan. 2011. Disponível em <http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252011000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21-8-2016.
- AYRES, J. R. C. M. Ricardo Bruno: história, processos sociais e práticas de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 20, n.º 3, pp. 905-12, 2015. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php?script>

- =sci_arttext&pid=S1413-81232015000300905&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21-8-2016.
- AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 6, n.º 1, pp. 63-72, 2001. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21-8-2016.
- CARVALHO, Y. M. & CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (orgs.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Fiocruz, 2006, pp. 149-82.
- CECCIM, R. B. & FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, vol. 6, n.º 3, pp. 443-56, 2009. Disponível em <<http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/upload/revistas/r219.pdf>>. Acesso em 21-8-2016.
- DIAS, H. S.; LIMA, L. D. & TEIXEIRA, M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 18, n.º 6, pp. 1613-24, 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000600013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21-8-2016.
- DONNANGELO, M. C. & PEREIRA, L. *Saúde e sociedade*. 2.ª ed. São Paulo: Duas Cidades, 1979.
- HELLER, A. Teoría, praxis y necesidades humanas. In: Idem. *Teoría de las necesidades en Marx*. Barcelona: Península, 1986.
- MENDES-GONÇALVES, R. B. *Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico*. Mestrado em Medicina. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 1979.
- MENDES-GONÇALVES, R. B. *Práticas de saúde: processo de trabalho e necessidades*. São Paulo: Cefor, 1992 (Cadernos Cefor, 1).
- MENDES-GONÇALVES, R. B. Trabalho em saúde e pesquisa: reflexão a propósito das possibilidades e limites da prática de enfermagem. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM (Belo Horizonte, MG). *Anais*. Belo Horizonte: Centro de Estudos e Pesquisa em Enfermagem, 1988, pp. 27-39.
- NUNES, E. D. Juan César García: a medicina social como projeto e realização. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 20, n.º 1, pp. 139-144, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000100139&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21-8-2016.
- PAIM, J. S. *Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios*

- agudos*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1994.
- PAZETO, A. E. Universidade, formação e mundo do trabalho: superando a visão corporativa. *Ensaio: aval. pol. públ. Educ.*, Rio de Janeiro, vol. 13, n.º 49, pp. 487-96, 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-40362005000400006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21-8-2016.
- PEDUZZI, M. & SCHRAIBER, L. B. Processo de trabalho em saúde. In: PEREIRA, I. B. & LIMA, J. C. F. (orgs.) *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2.ª ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. Acesso <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/>>.
- SANTANA, J. P.; CAMPOS, F. E. & SENA R. R. de. Formação profissional em saúde: desafios para a universidade. In: SANTANA, J. P. & CASTRO, J. L. (orgs.). *Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde: CADRHU*. Natal: EDUFRN, 1999, pp. 109-23.
- SANTOS, B. S. & ALMEIDA FILHO, N. *A Universidade no século XXI: para uma universidade nova*. Coimbra: Almedina, 2008.

TÍTULOS PUBLICADOS NA COLEÇÃO “SAÚDE EM DEBATE” ATÉ DEZEMBRO DE 2012

- Saúde e Assistência Médica no Brasil*, Carlos Gentile de Mello
Ensaio Médico-Sociais, Samuel Pessoa
Medicina e Política, Giovanni Berlinguer
O Sistema de Saúde em Crise, Carlos Gentile de Mello
Saúde e Previdência: Estudos de Política Social, José Carlos de Souza Braga & Sérgio Góes de Paula
Saúde nas Fábricas, Giovanni Berlinguer
Ecologia: Capital, Trabalho e Ambiente, Laura Conti
Ambiente de Trabalho: a Luta dos Trabalhadores Pela Saúde, Ivar Oddone et al
Saúde Para Todos: um Desafio ao Município — a Resposta de Bauru, David Capistrano Filho (org.)
Os Médicos e a Política de Saúde, Gastão Wagner de Sousa Campos
Epidemiologia da Desigualdade, César G. Victora, Fernando C. de Barros & Patrick Vaughan
Saúde e Nutrição das Crianças de São Paulo, Carlos Augusto Monteiro
Saúde do Trabalhador, Aparecida Linhares Pimenta & David Capistrano Filho
A Doença, Giovanni Berlinguer
Reforma Sanitária: Itália e Brasil, Giovanni Berlinguer, Sônia M. Fleury Teixeira & Gastão Wagner de Sousa Campos
Educação Popular nos Serviços de Saúde, Eymard Mourão Vasconcelos
Processo de Produção e Saúde, Asa Cristina Laurell & Mariano Noriega
Trabalho em Turnos e Noturno, Joseph Rutenfranz, Peter Knauth & Frida Marina Fischer
Programa de Saúde dos Trabalhadores (a Experiência da Zona Norte: Uma Alternativa em Saúde Pública), Danilo Fernandes Costa, José Carlos do Carmo, Maria Maeno Settimi & Ubiratan de Paula Santos
A Saúde das Cidades, Rita Esmanhoto & Nizan Pereira Almeida
Saúde e Trabalho. A Crise da Previdência Social, Cristina Possas
Saúde Não se Dá, Conquista-se, Demócrito Moura
Planejamento sem Normas, Gastão Wagner de Souza Campos, Emerson Elias Merhy & Everardo Duarte Nunes
Epidemiologia e Sociedade. Heterogeneidade Estrutural e Saúde no Brasil, Cristina Possas
Tópicos de Saúde do Trabalhador, Frida Marina Fischer, Jorge da Rocha Gomes & Sérgio Colacioppo
Epidemiologia do Medicamento. Princípios Gerais, Joan-Ramon Laporte et al.
Educação Médica e Capitalismo, Lília Blima Schraiber
Saúde Loucura 1, Antonio Lancetti et al.
Desinstitucionalização, Franco Rotelli et al.
Programação em Saúde Hoje, Lília Blima Schraiber (org.)
Saúde Loucura 2, Félix Guatari, Gilles Deleuze et al.
Epidemiologia: Teoria e Objeto, Dina Czeresnia Costa (org.)
Sobre a Maneira de Transmissão do Cólera, John Snow
Hospital, Dor e Morte Como Ofício, Ana Pitta
A Multiplicação Dramática, Hernán Kesselman & Eduardo Pavlovsky
Cinco Lições Sobre a Transferência, Gregorio Barembliitt
A Saúde Pública e a Defesa da Vida, Gastão Wagner de Sousa Campos
Epidemiologia da Saúde Infantil, Fernando C. Barros & Cesar G. Victora
Juqueri, o Espinho Adormecido, Evelin Naked de Castro Sá & Cid Roberto Bertozzo Pimentel
O Marketing da Fertilidade, Yvan Wolffers et al.
Lacantóças, Gregorio Barembliitt
Terapia Ocupacional: Lógica do Trabalho ou do Capital? Lea Beatriz Teixeira Soares
Minhas Pulgas, Giovanni Berlinguer
Mulheres: Sanitaristas de Pés Descalças, Nelsina Mello de Oliveira Dias
Epidemiologia — Economia, Política e Saúde, Jaime Breilh
O Desafio do Conhecimento, Maria Cecília de Souza Minayo
Saúde Loucura 3, Herbert Daniel et al.
Saúde, Ambiente e Desenvolvimento, Maria do Carmo Leal et al.
Promovendo a Equidade: um Novo Enfoque com Base no Setor da Saúde, Emanuel de Kadt & Renato Tasca
A Saúde Pública Como Política, Emerson Elias Merhy
Sistema Único de Saúde, Guido Ivan de Carvalho & Lenir Santos
Reforma da Reforma, Gastão Wagner S. Campos
O Município e a Saúde, Luiza S. Heimann et al.
Epidemiologia Para Municípios, J. P. Vaughan
Distrito Sanitário, Eugênio Vilaça Mendes
Psicologia e Saúde, Florianita Braga Campos (org.)
Questões de Vida: Ética, Ciência, Saúde, Giovanni Berlinguer
Saúde Mental e Cidadania no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde, Maria E. X. Kalil (org.)
Mario Tommasini: Vida e Feitos de um Democrata Radical, Franca Ongaro Basaglia
Saúde Mental no Hospital Geral: Espaço Para o Psíquico, Neury J. Botega & Paulo Dalgalarroendo
O Médico e seu Trabalho: Limites da Liberdade, Lília Blima Schraiber
O Limite da Exclusão Social. Meninos e Meninas de Rua no Brasil, Maria Cecília de Souza Minayo
Saúde e Trabalho no Sistema Único do Sus, Neiry Primo Alessi et al.
Ruído: Riscos e Prevenção, Ubiratan de Paula Santos (org.)
Informações em Saúde: da Prática Fragmentada ao Exercício da Cidadania, Ilara Hammerty Sozzi de Moraes
Saúde Loucura 4, Gregorio Barembliitt et al
Odontologia e Saúde Bucal Coletiva, Paulo Capel Narvai
Manual de Saúde Mental, Benedetto Saraceno et al.
Assistência Pré-Natal: Prática de Saúde a Serviço da Vida, Maria Inês Nogueira
Saber Preparar Uma Pesquisa, André-Pierre Contandriopoulos et al.
Pensamento Estratégico e Lógica da Programação, Mario Testa
Os Estados Brasileiros e o Direito à Saúde, Sueli G. Dallari
Inventando a Mudança na Saúde, Luiz Carlos de Oliveira Cecilio et al.

Uma História da Saúde Pública, George Rosen
Drogas e Aids, Fábio Mesquita & Francisco Inácio Bastos
Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde, Ricardo Bruno Mendes Gonçalves
Epidemiologia e Emancipação, José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres
Kaçoá e Planejamento, Edmundo Gallo, Ricardo Bruno Mendes Gonçalves & Emerson Elias Merhy
Os Múltiplos Brasis: Saúde e População na Década de 80, Maria Cecília de Souza Minayo (org.)
Da Saúde e das Cidades, David Capistrano Filho
Sistemas de Saúde: Continuidades e Mudanças, Paulo Marchiori Buss & Maria Eliana Labra
Aids: Ética, Medicina e Tecnologia, Dina Czeresnia et al.
Aids: Pesquisa Social e Educação, Dina Czeresnia et al.
Maternidade: Dilema entre Nascimento e Morte, Ana Cristina d'Andretta Tanaka
Construindo Distritos Sanitários. A Experiência da Cooperação Italiana no Município de São Paulo, Carmen Fontes Teixeira & Cristina Melo (orgs.)
Memórias da Saúde Pública: a Fotografia como Testemunha, Maria da Penha C. Vasconcellos (coord.)
Medicamentos, Drogas e Saúde, E. A. Carlini
Indústria Farmacêutica, Estado e Sociedade, Jorge Antonio Zepeda Bermudez
Propaganda de Medicamentos: Atentado à Saúde? José Augusto Cabral de Barros
Relação Ensino/Serviços: Dez Anos de Integração Docente Assistencial (IDA) no Brasil, Regina Giffoni Marsiglia
Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil, Carlos Augusto Monteiro (org.)
Dilemas e Desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva, Ana Maria Canesqui
O "Mito" da Aridez Física e Saúde, Yara Maria de Carvalho
Saúde & Comunicação: Visibilidades e Silêncios, Aurea M. da Rocha Pitta
Profissionalização e Conhecimento: a Nutrição em Questão, Maria Lúcia Magalhães Bosi
Saúde do Adulto: Programas e Ações na Unidade Básica, Lília Blima Schraiber, Maria Ines Baptista Nemes & Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves (orgs.)
Nutrição, Trabalho e Sociedade, Solange Veloso Viana
Uma Agenda para a Saúde, Eugênio Vilaça Mendes
A Construção da Política Nacional de Medicamentos, José Ruben de Alcântara Bonfim & Vera Lúcia Mercucci (orgs.)
Ética da Saúde, Giovanni Berlinguer
A Construção do SUS a Partir do Município: Etapas para a Municipalização Plena da Saúde, Sílvio Fernandes da Silva
Reabilitação Psicossocial no Brasil, Ana Pitta (org.)
SaúdeLoucura 5, Gregorio Baremlitt (org.)
SaúdeLoucura 6, Eduardo Passos Guimarães (org.)
Assistência Social e Cidadania, Antonio Lancetti (org.)
Sobre o Risco: Para Compreender a Epidemiologia, José Ricardo de Mesquita Aires
Ciências Sociais e Saúde, Ana Maria Canesqui (org.)
Agir em Saúde, Emerson Elias Merhy & Rosana Onocko (orgs.)
Contra a Maré à Beira-Mar, Florianita Braga Campos & Cláudio Maierovitch
Princípios Para Uma Clínica Antimanicomial, Ana Marta Lobosque
Modelos Tecnocráticos em Saúde: o Debate no Campo da Saúde Coletiva, Aluísio G. da Silva Junior
Políticas Públicas, Justiça Distributiva e Inovação: Saúde e Saneamento na Agenda Social, Nilson do Rosário Costa
A Era do Saneamento: as Bases da Política de Saúde Pública no Brasil, Gilberto Hochman
O Adulto Brasileiro e as Doenças da Modernidade: Epidemiologia das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis, Ines Lessa (org.)
Malária e Seu Controle, Rita Barradas Barata
O Dengue no Espaço Habitado, Maria Rita de Camargo Donalísio
A Organização da Saúde no Nível Local, Eugênio Vilaça Mendes (org.)
Trabalho e Saúde na Aviação: a Experiência entre o Invisível e o Risco, Alice Itani
Mudanças na Educação Médica e Residência Médica no Brasil, Laura Feuerwerker
A Evolução da Doença de Chagas no Estado de São Paulo, Luis Jacintho da Silva
Malária em São Paulo: Epidemiologia e História, Marina Ruiz de Matos
Civilização e Doença, Henry Sigerist
Medicamentos e a Reforma do Setor Saúde, Jorge Antonio Zepeda Bermudez & José Ruben de Alcântara Bonfim (orgs.)
A Mulher, a Sexualidade e o Trabalho, Eleonora Menicucci de Oliveira
Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil, Loren Galvão & Juan Diaz (orgs.)
A Educação dos Profissionais de Saúde da América Latina (Teoria e Prática de um Movimento de Mudança) — Tomo 1 "Um Olhar Analítico" — Tomo 2 "As Vozes dos Protagonistas", Marcio Almeida, Laura Feuerwerker & Manuel Llanos C. (orgs.)
Vigilância Sanitária: Proteção e Defesa da Saúde, Ediná Alves Costa
Sobre a Sociologia da Saúde. Origens e Desenvolvimento, Everardo Duarte Nunes
Ciências Sociais e Saúde para o Ensino Médico, Ana Maria Canesqui (org.)
Educação Popular e a Atenção à Saúde da Família, Eymard Mourão Vasconcelos
Um Método Para Análise e Co-Gestão de Coletivos, Gastão Wagner de Sousa Campos
A Ciência da Saúde, Naomar de Almeida Filho
A Voz do Dono e o Dono da Voz: Saúde e Cidadania no Cotidiano Fabril, José Carlos "Cacau" Lopes
Da Arte Dentária, Carlos Botazzo
Saúde e Humanização: a Experiência de Chapecó, Aparecida Linhares Pimenta (org.)
Consumo de Drogas: Desafios e Perspectivas, Fábio Mesquita & Sérgio Seibel
SaúdeLoucura 7, Antonio Lancetti (org.)
Ampliar o Possível: a Política de Saúde do Brasil, José Serra
SUS Passo a Passo: Normas, Gestão e Financiamento, Luiz Odorico Monteiro de Andrade
A Saúde nas Palavras e nos Gestos: Reflexões da Rede Educação Popular e Saúde, Eymard Mourão Vasconcelos (org.)
Municipalização da Saúde e Poder Local: Sujeitos, Atores e Políticas, Sílvio Fernandes da Silva
A Cor-Agem do PSF, Maria Fátima de Souza
Agentes Comunitários de Saúde: Choque de Povo, Maria Fátima de Souza
A Reforma Psiquiátrica no Cotidiano, Angelina Harari & Willians Valentini (orgs.)
Saúde: Cartografia do Trabalho Vivo, Emerson Elias Merhy
Além do Discurso de Mudança na Educação Médica: Processos e Resultados, Laura Feuerwerker

Tendências de Mudanças na Formação Médica no Brasil: Tipologia das Escolas, Jadete Barbosa Lampert
Os Sinais Vermelhos do PSF, Maria Fátima de Sousa (org.)
O Planejamento no Labirinto: Uma Viagem Hermenêutica, Rosana Onocko Campos
Saúde Paidéia, Gastão Wagner de Sousa Campos
Biomedicina, Saber & Ciência: Uma Abordagem Crítica, Kenneth R. de Camargo Jr.
Epidemiologia nos Municípios: Muito Além das Normas, Marcos Drummond Júnior
A Psicoterapia Institucional e o Clube dos Saberes, Arthur Hyppólito de Moura
Epidemiologia Social: Compreensão e Crítica, Djalma Agripino de Melo Filho
O Trabalho em Saúde: Olhando e Experienciando o SUS no Cotidiano, Emerson Elias Merhy et al.
Natural, Racional Social: Razão Médica e Racionalidade Científica, Madel T. Luz
Acolher Cabeço: Uma Experiência de Mudança do Modelo Assistencial, com Base no Processo de Trabalho, Túlio Batista Franco et al.
Educação Médica em Transformação: Instrumentos para a Construção de Novas Realidades, João José Neves Marins
Proteção Social. Dilemas e Desafios, Ana Luíza d'Ávila Viana, Paulo Eduardo M. Elias & Nelson Ibañez (orgs.)
O Público e o Privado na Saúde, Luíza Sterman Heimann, Lauro Cesar Ibanhes & Renato Barbosa (orgs.)
O Currículo Integrado do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina: do Sonho à Realidade, Maria Solange Gomes Dellaroza & Marli Terezinha Oliveira Vanucchi (orgs.)
A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica, Gustavo Tenório Cunha
Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: Sujeito e Mudança, Sérgio Resende Carvalho
Saúde e Desenvolvimento Local, Marco Akerman
Saúde do Trabalhador no SUS: Aprender com o Passado, Trabalhar o Presente e Construir o Futuro, Maria Maeno & José Carlos do Camo
A Espiritualidade do Trabalho em Saúde, Eymard Mourão Vasconcelos (org.)
Saúde Todo Dia: Uma Construção Coletiva, Rogério Carvalho Santos
As Duas Faces da Montanha: Estudos sobre Medicina Chinesa e Acupuntura, Marilene Cabral do Nascimento
Perplexidade na Universidade: Fruições nos Cursos de Saúde, Eymard Mourão Vasconcelos, Lia Haikal Frota & Eduardo Simon
Tratado de Saúde Coletiva, Gastão Wagner de Sousa Campos, Maria Cecília de Souza Minayo, Marco Akerman, Marcos Drummond Jr. & Yara Maria de Carvalho (orgs.)
Entre Arte e Ciência: Fundamentos Hermenêuticos da Medicina Homeopática, Paulo Rosenbaum
A Saúde e o Dilema da Intersetorialidade, Luiz Odorico Monteiro de Andrade
Olhares Socioantropológicos Sobre os Adoecidos Crônicos, Ana Maria Canesqui (org.)
Na Boca do Rádio: o Radialista e as Políticas Públicas, Ana Luíza Zaniboni Gomes
SUS: Ressignificando a Promoção da Saúde, Adriana Castro & Miguel Malo (orgs.)
SUS: Pacto Federativo e Gestão Pública, Vânia Barbosa do Nascimento
Memórias de um Médico Sanitarista que Virou Professor Enquanto Escrevia Sobre..., Gastão Wagner de Sousa Campos
Saúde da Família, Saúde da Criança: a Resposta de Sobral, Anamaria Cavalcante Silva
A Construção da Medicina Integrativa: um Desafio para o Campo da Saúde, Nelson Filice de Barros
O Projeto Terapêutico e a Mudança nos Modos de Produzir Saúde, Gustavo Nunes de Oliveira
As Dimensões da Saúde: Inquérito Populacional em Campinas, SP, Marilisa Berti de Azevedo Barros, Chester Luiz Galvão César, Luana Carandina & Moisés Goldbaum (orgs.)
Avaliar para Compreender: Uma Experiência na Gestão de Programa Social com Jovens em Osasco, SP, Juan Carlos Aneiros Fernandez, Marisa Campos & Dulce Helena Cazzuni (orgs.)
O Médico e Suas Interações: Confiança em Crise, Lília Blima Schraiber
Ética nas Pesquisas em Ciências Humanas e Sociais na Saúde, Iara Coelho Zito Guerriero, Maria Luisa Sandoval Schmidt & Fabio Zicker (orgs.)
Homeopatia, Universidade e SUS: Resistências e Aproximações, Sandra Abrahão Chaim Salles
Manual de Práticas de Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada, Gastão Wagner de Sousa Campos & André Vinicius Pires Guerrero (orgs.)
Saúde Comunitária: Pensar e Fazer, Cezar Wagner de Lima Góis
Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: Desenho Participativo e Efeitos da Narratividade, Rosana Onocko Campos, Juarez Pereira Furtado, Eduardo Passos & Regina Benevides
Saúde, Desenvolvimento e Território, Ana Luíza d'Ávila Viana, Nelson Ibañez & Paulo Eduardo Mangeon Elias (orgs.)
Educação e Saúde, Ana Luíza d'Ávila Viana & Célia Regina Pierantoni (orgs.)
Direito à Saúde: Discursos e Práticas na Construção do SUS, Solange L'Abbate
Infância e Saúde: Perspectivas Históricas, André Mota & Lília Blima Schraiber (orgs.)
Conexões: Saúde Coletiva e Políticas de Subjetividade, Sérgio Resende Carvalho, Sabrina Ferigato, Maria Elisabeth Barros (orgs.)
Medicina e Sociedade, Cecília Donnangelo
Sujeitos, Saberes e Estruturas: uma Introdução ao Enfoque Relacional no Estudo da Saúde Coletiva, Eduardo L. Menéndez
Saúde e Sociedade: o Médico e seu Mercado de Trabalho, Cecília Donnangelo & Luiz Pereira
A Produção Subjetiva do Cuidado: Cartografias da Estratégia Saúde da Família, Túlio Batista Franco, Cristina Seretna Andrade & Vitória Solange Coelho Ferreira (orgs.)
Medicalização Social e Atenção à Saúde no SUS, Charles D. Tesser (org.)
Saúde e História, Luiz Antonio de Castro Santos & Lina Faria
Violência e Juventude, Marcia Faria Westphal & Cynthia Rachid Bydlowski
Walter Sidney Pereira Leser: das Análises Clínicas à Medicina Preventiva e à Saúde Pública, José Ruben de Alcântara Bonfim & Sílvia Bastos (orgs.)
Atenção em Saúde Mental para Crianças e Adolescentes no SUS, Edith Lauridsen-Ribeiro & Oswaldo Yoshimi Tanaka (orgs.)
Dilemas e Desafios da Gestão Municipal do SUS: Avaliação da Implantação do Sistema Municipal de Saúde em Vitória da Conquista (Bábia) 1997-2008, Jorge José Santos Pereira Solla
Semiótica, Afecção e o Trabalho em Saúde, Túlio Batista Franco & Valéria do Carmo Ramos
Adoecimento Crônico Infantil: um estudo das narrativas familiares, Marcelo Castellanos
Poder, Autonomia e Responsabilização: Promoção da Saúde em Espaços Sociais da Vida Cotidiana, Kênia Lara Silva & Roseli Rosângela de Sena
Política e Gestão Pública em Saúde, Nelson Ibañez, Paulo Eduardo Mangeon Elias & Paulo Henrique D'Angelo Seixas (orgs.)
Educação Popular na Formação Universitária: Reflexões com Base em uma Experiência, Eymard Mourão Vasconcelos & Pedro José Santos Carneiro Cruz (orgs.)

O Ensino das Práticas Integrativas e Complementares: Experiências e Percepções, Nelson Filice de Barros, Pamela Siegel & Márcia Aparecida Padovan Otani (orgs.)
Saúde Suplementar, Biopolítica e Promoção da Saúde, Carlos Dimas Martins Ribeiro, Túlio Batista Franco, Aluisio Gomes da Silva Júnior, Rita de Cássia Duarte Lima, Cristina Setenta Andrade (orgs.)
Promoção da Saúde: Práticas Grupais na Estratégia Saúde da Família, João Leite Ferreira Neto & Luciana Kind
Capitalismo e Saúde no Brasil nos anos 90: as Propostas do Banco Mundial e o Desmonte do SUS, Maria Lucia Frizon Rizzotto
Masculino e Feminino: a Primeira Vez. A Análise de Gênero sobre a Sexualidade na Adolescência, Silmara Conchão
Educação Médica: Gestão, Cuidado, Avaliação, João José Neves Marins & Sérgio Rego (orgs.)
Retratos da Formação Médica nos Novos Cenários de Prática, Maria Inês Nogueira
Saúde da Mulher na Diversidade do Cuidado na Atenção Básica, Raimunda Magalhães da Silva, Luiza Jane Eyre de Souza Vieira, Patrícia Moreira Costa Collares (orgs.)
Cuidados da Doença Crônica na Atenção Primária de Saúde, Nelson Filice de Barros (org.)
Tempos Turbulentos na Saúde Pública Brasileira: Impasses do Financiamento no Capitalismo Financeirizado, Áquilas Mendes
A Melhoria Rápida da Qualidade nas Organizações de Saúde, Georges Maguerez

SÉRIE "LINHA DE FRENTE"

Ciências Sociais e Saúde no Brasil, Ana Maria Canesqui
Avaliação Econômica em Saúde, Leila Sancho
Promoção da Saúde e Gestão Local, Juan Carlos Aneiros Fernandez & Rosilda Mendes (orgs.)
Ciências Sociais e Saúde: Crônicas do Conhecimento, Everardo Duarte Nunes & Nelson Filice de Barros
História da Clínica e a Atenção Básica: o Desafio da Ampliação, Rubens Bedrikow & Gastão Wagner de Sousa Campos

