

A saúde coletiva entre o super-homem e São Francisco de Assis

Collective health from superman to Saint Francis

Flavio A. de Andrade Goulart¹

Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas me parece mais uma “travessura” de nosso amigo Gastão Wagner...

Que não se chateie o autor e tampouco seus muitos amigos e admiradores, entre os quais me incluo. Mas devo admitir que toda vez que leio algo deste estimado sujeito acabo com uma sensação de ser cúmplice de uma autêntica travessura, dada a maneira lúdica com que nos oferece suas palavras, suas imagens e suas idéias. Gastão, afinal, é um escritor – não meramente um escriba de artigos, teses e relatórios, como tantos outros de nós – mas um criador de novelas, romances, quem sabe até de poesia. Vai uma ponta de inveja neste comentário, também.

Travessuras são jogos. Às vezes mostram o que apenas parece; às vezes escondem o que é de fato. Jogos de espelhos, labirintos, provocando ilusões óticas e filosóficas.

Vamos ao texto. O autor se revela, por vezes, nostálgico daqueles anos de desenvolvimento teórico da saúde coletiva, época de *incorporação de uma sofisticada trama de categorias sociológicas*, sucedido, malgrado seu, nos anos 90, por um *pensamento sistêmico bastante pragmático e instrumental*. Mas, o que é isso, companheiro: afinal não logramos escapar, pela luta, das trincheiras da resistência ao arbítrio, das visões dicotomizadas de mundo, que você muito bem critica mais adiante no mesmo texto? Foi assim que demos de cara com a realidade, inclusive com a realidade amarga (para alguns) de se construir de forma *pragmática e instrumental* aquele sistema de saúde pelo qual pugnamos em outros anos. Fazer o quê?

No mesmo tom, embora mais atenuado, o *objetivismo* da saúde coletiva contemporânea é deplorado. Mas o autor mesmo se encarrega de nos animar face a mais esta cruz que temos que carregar: afinal, ele nos lembra, ainda é insuficiente o pensamento social incorporado à nossa disciplina e há forças ocultas,

mãos invisíveis e pressões veladas a nos ameaçar, vindo das entranhas de alguns monstros redivivos na pós-modernidade. Será que a saúde coletiva, *nèe* saúde pública, tem salvação?

Sim, como quer GW, a salvação é possível e passa por libertar este *campo de saberes e de práticas* da carga positivista, objetivista, instrumental que o ofusca e o ofende. Que saúde coletiva passe a ser um saber (entre outros) sobre a produção de saúde e de doença, afastando-se da ridícula arrogância de querer ser “o Saber”. Mas esta declaração quase franciscana de humildade intelectual não encontra eco em outros momentos da *dèmarche* gastoniana, por exemplo, quando sonha com um campo de conhecimentos e de práticas que *produzisse não objetos/sujeitados, mas Seres com potencial para pensar* e mais, que pudesse *multiplicar as possibilidades de uma vida livre* para as pessoas, cabendo a seus membros, ainda, *argüir contra os economistas e os políticos*, trabalhando com autonomia relativa em relação ao Estado, aos partidos políticos, às ideologias e outras racionalidades técnicas. Uma saúde pública que desejasse, enfim, *diminuir o coeficiente de alienação das pessoas*. Uma missão, enfim, para um personagem certo. Convoquemo-lo: *shazam!*

O fato é que, contraditoriamente, aquela *transcendência* pretendida pela saúde pública tradicional, com todo seu viés autoritário, excludente, instrumental etc. fica substituída por uma *nova transcendência*, de feição pós-moderna e politicamente correta, porque assentada na emancipação do homem. É a *Saúde Pública da Libertação*? Li algo parecido em Boff & Betto, já faz alguns anos!

GW, sempre brilhante, não perde a verve em nenhum momento de seu texto, justiça seja feita! Apreciei muito sua discussão sobre o papel social do sanitarista, embora prefira chamá-lo especialista em saúde coletiva, mesmo que a titulação acadêmica seja muitas vezes superior ou inferior a este conceito *strictu senso*. Mas não dá para deixar de destacar o que o autor nos apresenta como autêntica “palavra de ordem”: que tais praticantes *assumam explicitamente uma visão de mundo fundada na radical defesa da vida* (ele ainda acrescenta *das pessoas com as quais trabalham*, mas sinceramente acho dispensável esse adendo). Sem querer fazer uma *advocacy* diabólica: não seria esta *radical defesa da vida* um compromisso ético, imperativo categórico de todo cidadão, de todo Ser pensante em sintonia com seu mundo?

¹ Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília
fgoulart@tba.com.br

Por que canalizar isto, até com o adjetivo *radical*, justamente para tal personagem, detentor, afinal, apenas *de um saber entre outros saberes*? Não seria exigir demais dele? Acaso representaria o sanitaria uma espécie de “reserva crítica da sociedade”, como GW parece querer erigi-lo? Palavras – desculpem – são palavras, também aquelas “de ordem”...

Creio que nosso autor fornece elementos interessantes para esta discussão do papel do especialista em saúde coletiva ao nos apresentar aquela identificação dos quatro modos de se produzir saúde: (a) a produção social; (b) a saúde coletiva; (c) a clínica e a reabilitação e (d) o atendimento emergencial. Acho o esquema interessante, porque de certa forma indica uma visão menos arrogante do papel deste profissional, afinal de contas dotado de capacidades apenas em relação a um de tais vastos campos. Mas creio que falta um modo importante a ser destacado ali, este também apenas indiretamente dependente de nosso especialista. Refiro-me àquelas práticas de saúde primordiais, que só o Sujeito – e ninguém mais – pode realizar, como usar a camisinha, o cinto de segurança, praticar o sexo seguro, praticar exercícios, ingerir picanha & cerveja moderadamente etc. De toda forma gostaria de ser esclarecido por que as urgências e emergências não são consideradas por Gastão como pertencentes ao campo da clínica?

Toda esta questão da responsabilidade da saúde pública pela *defesa da vida* e, mais adiante, a alusão a Sartre (*saúde considerada como um projeto*) me aguçou o apetite de que GW iria aprofundar uma questão que já anunciara em outros textos seus, qual seja a da inclusão dos *desejos das pessoas* no campo das necessidades atendidas nas propostas de intervenção coletiva em saúde. Com efeito, é preciso pensar de novo, sempre e mais uma vez, na questão do *objetivismo*, de que já nos falara o autor antes. O conceito de que dispomos de promoção da saúde, na sua vertente canadense e opasiana, não foge, sem dúvida, da assunção de que o que na realidade importa é uma *necessidade coletiva*, organizada por sujeitos idem, como o Estado e as instituições. Uma imagem de fácil aceitação, porque operativa e orgânica ao ideário do direito à saúde e da responsabilidade pública. Porém, sem dúvida, as coisas podem e devem ser tratadas de forma mais complexa, considerando que os Sujeitos nascem, vivem, adoecem e morrem individuais e que sua vida coletiva em muitos momentos não pas-

sa de uma abstração. Creio que temos realmente que pensar em uma saúde pública/coletiva capaz de operar conceitos e práticas de promoção e vigilância à saúde capazes de dar conta, por exemplo, de questões como estética corporal, prazer sexual, fruição da vida, desejo do ócio digno – da busca da felicidade, enfim. Só nos resta saber: como? Mas não custa tentar... Gastão, ainda desta vez, ficou nos devendo algo mais substancial nesta discussão que, afinal, é muito sua.

Reconstruir o núcleo de práticas e saberes da saúde coletiva: a seção final está repleta de boas intenções de propor o debate, mas parece se perder em palavras de *ordem* (e *progresso*), além de um tanto de *prescrição* e *pretensão*. O moralismo da saúde pública tradicional, vituperado em outro momento, volta travestido de certa prudência e correção política, mas continua pulsando nas idéias defendidas no texto, mesmo com cores revolucionárias e emancipatórias. Falam mais alto aqui expressões como *radical defesa da vida*, *autonomia* em relação ao Estado, aos partidos etc., a oposição aos economistas e aos políticos, a denúncia ao *pragmatismo dos que lutam pelo poder*, o compromisso com a *redução do coeficiente de alienação*, a *invenção da saúde*. Nada mais distante, enfim, da modéstia e da ruptura com a arrogância sanitaria herdada do século XIX. Mesmo a denúncia do “moralismo” e do “normativismo” da saúde pública em sua abordagem intervencionista sobre os estilos de vida pouco saudáveis contradiz o caráter, a meu ver também moral e normativo, das conclusões do artigo.

Mais uma questão levantada nesta seção: escolher entre *longevidade* e *prazer* pode até ser um direito dos sujeitos, sim, mas desde que estes pudessem se colocar em condições de simetria e igualdade face aos que lhes vendem o pacote de “prazeres”. Na sociedade de consumo as coisas são realmente mais complexas do que as aparências indicam. Assim, quem sabe, o próprio caráter de intervenção da saúde pública exercido sobre aqueles que fruem de tais “prazeres”, mas também sobre os que os proporcionam, em um mercado assimétrico de oportunidades, não seria defensável?

O grande problema ao se falar de um campo onde nós próprios habitamos e no qual, queiramos ou não, estão traçados alguns dos nossos limites, mesmo que sejam círculos de giz, é que as tendências ao circunlóquio e ao diálogo com o próprio umbigo sempre amea-

çarão nossa clarividência e nossa legitimidade em defendê-lo, atacá-lo ou mesmo, simplesmente, tentar explicá-lo. Discutir a saúde coletiva, a promoção da saúde, a vigilância e assuntos que-tais, estando onde estamos todos, me traz uma imagem digna de um quadro de Dalí ou Magritte: na plataforma de uma estação, esperamos um trem, para algum lugar; o trem se aproxima, com certeza, mas também a plataforma está em movimento; o relógio, ali naquela trave, gira a uma velocidade diferente dos relógios comuns e em certos momentos parece que vai derreter e cair no chão, em gotas... Gastão Wagner e todos os outros, ousados perscrutadores das fronteiras do campo da saúde pública/coletiva estarão, *a priori*, perdoados de suas ilusões e sempre terão nosso reconhecimento pela sua coragem de continuar indagando e se arriscando nesta *plataforma em movimento*. Principalmente quando ainda são capazes de nos oferecer seus argumentos com tanta elegância e erudição como este nosso escritor goiano-campineiro. Evoé!

Os dilemas e desafios da saúde coletiva: andando na vida num contexto *Morte e Vida Severina*

Dilemmas and challenges in collective health: braving an exodus through the desert

Eduardo Maia Freese de Carvalho ¹

No artigo ora em debate, o autor nos apresenta uma revisão e análise crítica sobre saberes e práticas da saúde coletiva, “aproveitando-se da história e da tradição da saúde pública.” De maneira provocativa, estimula o debate acadêmico, colocando em foco antigos dilemas e desafios da saúde pública e da medicina preventiva e social, e introduz algumas novas questões, buscando distinguir o campo e o núcleo dos saberes e práticas da saúde coletiva. Nesse sentido, retoma antigas e relevantes discussões do campo tais como: a existência de um objeto ou produto próprio da saúde coletiva, das finalidades, dos objetivos, do método, e da práxis ou de sua prática social.

Podemos recordar que numa das reuniões/oficinas organizadas pela Abrasco, na década de 1980, um dos textos básicos, colocava entre outras, a seguinte questão central sobre a medicina preventiva e social “A que será que se destina?”, na busca de identificar seu objeto. Dessa forma, reconhece-se também que a explicitação de uma determinada teoria e seus conceitos básicos tem implicações e efeitos. Assim sendo, torna-se evidente que para cada “modelo explicativo” (positivista ou não) do processo saúde-doença, deve-se pressupor uma determinada forma de intervenção na realidade.

Muito embora persista a discussão sobre a determinação do objeto na saúde coletiva, neste caso, parece existir um alto grau de consenso que, num espaço de tempo historicamente limitado (a partir dos anos 70), vários e diferentes autores latino-americanos, particularmente os brasileiros, (Arouca, 1975; Cordeiro, 1979; Donnangelo, 1976; Tambellini, 1978; Nunes, 1985-1995; Possas, 1989; Almeida Filho, 1989; Minayo, 1991; Paim, 1992 e Campos, 1997) contribuíram de forma efetiva, na busca de melhor compreender e delimitar o campo da saúde coletiva (teórico e prático), num processo em movimento de construção e desconstrução. Em uma primeira fase, este movimento se dá de forma radical, tanto paradigmaticamente, pelo “rechaço” ao modelo explicativo biomédico, muito embora até hoje hegemônico, quanto em seus efeitos na construção do sistema e modelos de atenção à saúde e sócio-sanitários. Com esta lógica, o paradigma positivista biomédico, centrado no modelo multicausal preventivista de Leavell e Clark, nos anos 60, demonstrou-se incapaz e impotente na explicação dos determinantes sociais do processo saúde-doença, sendo por este motivo fortemente contestado e rechaçado pelas correntes progressistas nos anos subsequentes. Em oposição ao modelo supracitado, são inegáveis as várias contribuições da chamada epidemiologia social e das ciências sociais, na compreensão dos determinantes sociais do processo saúde-doença e na identificação de perfis epidemiológicos em distintos espaços geopolíticos. Entretanto, destacamos que as ciências sociais não realizaram a “esperada” síntese paradigmática, promovendo uma articulação interdisciplinar entre os campos social e biológico. Por outro lado, consideramos que além do aprofundamento dos determinantes sociais, em relação às políticas de saúde, são também relevantes as contribuições

¹ Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisa Ageu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife.

para a construção do SUS, centradas nos princípios de cidadania compreendidos na universalidade, na equidade e na integralidade das ações.

O campo da saúde coletiva e a participação do Estado na construção do SUS

“Pós-modernos” à parte, em nosso olhar, princípios “doutrinários” do SUS são impossíveis de serem objetivados e operacionalizados sem contar com a participação de um Estado regulador e provedor destas políticas, diante da complexidade da realidade brasileira.

Consideramos como importante, no debate atual sobre o papel do Estado e suas relações com a sociedade, que no âmbito das políticas de saúde se evidencie o aprofundamento e a reflexão crítica acerca das funções e responsabilidades do Estado em relação ao planejamento, a regulação, a provisão, e a prestação direta de ações e serviços.

A discussão também atual sobre o espaço “público”, realizando a diferenciação não só do privado mas também do estatal, exige novas reflexões sobre as relações entre Estado e sociedade, considerando a democratização e a chamada “modernização” no campo da saúde (Almeida, 1999).

Em princípio, o conjunto dos fatos acima referidos já nos indicam que a saúde coletiva é um campo científico aberto e formulador, com múltiplos desafios que deve estar conectado às transformações que ocorrem no interior das sociedades. Podemos acrescentar que o processo de construção do SUS, através da municipalização, se constitui num espaço privilegiado para algumas correntes do pensamento científico e em particular do “construtivismo sociohistórico” que pode permitir reduzir diferenças entre sujeito e objeto, de limites ainda pouco previsíveis. Estes fatos permitem a perspectiva de produzir novos conhecimentos sobre os processos saúde/enfermidade/intervenção no **campo da saúde**, como proposto pelo autor, em consonância com o pensamento dialético, considerando-se que a saúde coletiva, possa ser entendida como uma parte do campo da saúde. Nessa lógica, o autor do texto em debate, nos aponta que “as concepções do denominado construtivismo sociohistórico são perfeitamente aplicáveis a saúde coletiva conforme o vem demonstrando cientistas e profissionais como Valla (1999) e

Vasconcelos (1999), ligados a denominada educação em saúde”.

Entendemos que talvez estejamos ainda longe de superar na práxis o hegemônico modelo biomédico de intervenção individual e curativo através da clínica e da saúde pública, também, centrado na lógica predominante de buscar controlar endemias/epidemias através de sucessivas medicalizações da população em áreas rurais e urbanas. Estas ações foram secundarizadas por atividades de caráter socio-sanitárias, como no caso da malária, da esquistossomose, da dengue, mas que se mostraram ineficazes, para controlá-las, para citar apenas exemplos clássicos. Por outro lado, verificamos ainda o emprego de alta tecnologia para o diagnóstico individual, mesmo com evidentes problemas na universalização e equidade destes serviços, mas que também demonstraram de baixo impacto nos problemas coletivos de saúde, particularmente, nas classes sociais excluídas do estado de bem-estar social, como no caso brasileiro.

A agenda da redefinição do papel do Estado voltado apenas para a globalização econômica, desprezando a globalização de áreas sociais, como educação e saúde, em processo no país, tem colocado novos desafios aos já existentes. Pensamos que um Estado estratégico com investimentos em políticas de saúde que visem a equidade social, deverá permitir avanços também nas concepções e práticas de promoção, prevenção e recuperação no campo da saúde e no campo e núcleo da saúde coletiva, com forte repercussão na “defesa da vida” (vide texto em debate).

Considerações finais

Sem a pretensão de responder às múltiplas e relevantes propostas para o debate em saúde coletiva, formuladas pelo autor, vamos contentar-nos em continuar a contribuir criticamente sobre algumas dessas questões, colocando alguns outros posicionamentos, que evidentemente também não estão isentos ideologicamente. Como referido anteriormente, existem diferentes “concepções científicas” e metodologias na busca plural de tentar compreender uma determinada realidade e a partir daí evidenciam-se distintas formas de intervir sobre esta realidade.

1) Existe uma explícita oposição entre o paradigma positivista que contempla o mode-

lo biomédico individual-preventivista na compreensão e interpretação do social, quando consideramos a tríade ecológica – agente, hospedeiro e meio ambiente – da história natural da doença, que reduz o social a apenas mais uma variável do meio ambiente. Ao contrário da chamada “epidemiologia crítica” ou do “paradigma social ou integral”, proposto por alguns atores da saúde coletiva, que privilegia disciplinarmente o campo social na determinação do processo saúde-doença. Neste último, o modelo explicativo está baseado em categorias como as classes sociais (Laurell e Breilh, 1979), as questões de gênero e/ou étnicas (Breilh, 1997) ou em modelos que privilegiam as categorias de reprodução social como Castellanos (1987) que considera como unidades de análise o universal, o particular e o singular em uma matriz que relaciona os níveis de manifestação do processo saúde-doença com níveis do conhecimento científico.

Apesar desta nítida oposição, como explicação do social no processo saúde-doença, no texto, o autor aponta para o fato de existir certa “arrogância” e um “movimento” por parte de alguns autores que entendem como sendo de “superação” as possíveis relações entre o modelo biomédico e o “paradigma social”, ou, mais ainda, verificam uma lógica de subordinação do modelo clínico ao modelo social. Portanto, as diferenças parecem estabelecidas, mas todos concordamos unanimemente que os saberes e práticas da clínica são fundamentais para realizar na instância individual o diagnóstico e as intervenções terapêuticas visando à recuperação da saúde. Dessa forma, pode explicitar-se a concepção de complementaridade e de certo “borramento dos limites disciplinares” como forma de permitir uma melhor definição e articulação **entre as partes do campo da saúde** e quiçás superar um falso debate, construindo um modelo de explicações dialéticas do processo saúde/doença/intervenção, de compreensão matricial, com distintos planos de inserção, como enfatizado pelo autor.

Samaja (1992) identifica como necessário, realizar uma “triangulação metodológica”, através da combinação de métodos, como sendo fundamental para uma compreensão dialética do trabalho interdisciplinar.

2) A promoção da saúde e a proteção específica já estão referidas, desde os anos 60, no modelo preventivista, circunscritos no nível da chamada prevenção primária, do mo-

delo da história natural da doença. Entretanto, vale referir que as práticas de promoção da saúde e de prevenção das doenças, só estão valoradas pela medicina preventiva e social como prática individual. Portanto, qual seria a práxis de promoção e a prevenção na qualidade de **campo** interdisciplinar da saúde coletiva? Políticas de bem-estar social (*welfare state*) com ações de impacto na saúde coletiva providas e reguladas pelo Estado? Qual a nova práxis dos epidemiologistas e dos gestores dos serviços de saúde? Estas questões ainda não resolvidas devem continuar a exigir esforços de formulação teórica e na prática cotidiana.

3) Quando consideramos, no contexto em debate, a formação de recursos humanos em saúde verificamos que estão explicitadas severas críticas “ao agente tradicional da saúde pública”, o sanitarista, considerado “como um especialista isolado que trabalhava em programas verticais com forte grau de imposição autoritária... na prática um assessor de luxo, inerte e impotente frente a dureza do estabelecido”. Pensamos, que o problema central não é crucificar uma especialidade do campo da saúde, de composição multiprofissional, mas entender também, esta crise. Identificamos esta como sendo uma crise existente, tanto no meio acadêmico, leia-se principalmente das escolas de saúde pública, quanto dos modelos de atenção à saúde e da própria organização dos serviços nos quais os sanitaristas estão “enclacados”. Esta crise assume contornos mais dramáticos nos países não-desenvolvidos ou em desenvolvimento, em francos processos de globalização econômica desprovidos de bem-estar social. Portanto, é razoável buscar entender este processo estrutural também através das relações entre estado e sociedade.

Na busca de compreender questões como as acima comentadas do campo da saúde coletiva, Rivera (1992), Machado (1995) e Gastão (2000) apontam que o grande desafio é a necessidade de flexibilizar posturas acadêmicas deixando de lado a ortodoxia da opção metodológica rígida e meramente acadêmica para uma real compreensão “do mundo da vida”. Nesse sentido “a vida cotidiana”, “o andar na vida”, aponta um sentido analítico e metodológico complementar ao considerar a ação individual através da ação comunicativa desenvolvendo trocas sobre os processos micro e normativos subjacentes e algumas vezes opostas a macroestrutura dos sistemas sociais (Machado, 1995).

No país, os núcleos de saúde coletiva (NESC's), criados na década de 1980, nas instituições de ensino superior e os Departamentos de Medicina Preventiva e Social voltados para a formação de recursos humanos e a pesquisa no campo de saúde coletiva em articulação com os serviços de saúde, com raríssimas exceções, não se consolidaram, não geraram novos conhecimentos, ou não conseguiram se “reciclar”, apesar de muitos dos fundadores e seguidores da saúde coletiva terem permanecido, por algum tempo, em cargos estratégicos na estrutura do Estado em instâncias federais, estaduais, ou municipais. Entretanto, acreditamos que estas últimas décadas não devem ser consideradas perdidas. Em um espaço de tempo histórico muito limitado houve mudanças significativas, não somente no campo das ciências (políticas, econômicas e sociais) mas também, nas relações de produção sociais e individuais, ocorrendo verdadeiras macro e micro revoluções e reformas nas múltiplas e diferentes sociedades e nos indivíduos ao andar na vida. Portanto, a saúde coletiva também não poderá estar asséptica e imune “andando na vida” num contexto *Morte e Vida Severina* como no “dizer” do poeta pernambucano João Cabral de Melo Neto.

Referências bibliográficas

- Almeida CM 1999. Reforma do Estado e reforma do sistema de saúde: experiências internacionais e tendências de mudanças. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4 (2):263-286.
- Almeida Filho N 1989. *Epidemiologia sem números, uma introdução crítica à ciência epidemiológica*. Editora Campus, Rio de Janeiro, 108 pp.
- Arouca SS 1975. *O dilema preventivista: contribuição para compreensão e crítica da medicina preventiva*. Tese de doutorado, Departamento de Medicina Preventiva, Unicamp, Campinas.
- Breilh J 1979. *Economía, medicina y política*. CEAS, Ed. Universitaria, Quito.
- Breilh J 1997. Nuevos conceptos y técnicas de investigación. *Série Epidemiologia Crítica*, nº 3, 3ª edição. CEAS, Quito. 366pp.
- Campos GWS 1991. *A saúde pública e a defesa da vida*. Ed. Hucitec, São Paulo. 175 pp.
- Castellanos PL 1987. Sobre el concepto salud-enfermedad: un punto de vista epidemiológico. In *Congreso Mundial de Medicina Social*. Medellin, Colômbia. (Mimeo).
- Cordeiro H 1979. *A questão democrática na área da saúde: proposta para um debate*. Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro. (Mimeo).
- Donnangelo MCF 1976. *Saúde e sociedade*. Tese de doutorado. FM/USP, São Paulo.
- Laurell AC 1977. *Alguns problemas teóricos e conceituais da epidemiologia social*. Universidade Autónoma do México – UAM-X.
- Laurell e Breilh 1979. Alguns problemas teóricos y conceptuales de la epidemiologia social. *Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud* 6(1):79-89.
- Leavell H e Clark EG 1976. O que é medicina preventiva. In *Medicina preventiva*. Ed. McGraw-Hill do Brasil, São Paulo.
- Machado MH 1995. Macro-micro: os novos desafios da sociologia e os efeitos no campo da saúde, pp. 83-93. In Canesqui AM (org.), *Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva*. Ed. Hucitec-Abrasco, São Paulo-Rio de Janeiro.
- Merhy EE e Onocko R 1997. *Agir em saúde, um desafio para o público*. Ed. Hucitec, São Paulo. 385 pp.
- Minayo MC 1991. Um desafio sociológico para a educação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica* (ABEM), 15(1):25-32.
- Nunes ED 1985. Tendências e perspectivas das pesquisas em ciências sociais em saúde na América Latina: uma visão geral. In *As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas*. OPAS, Brasília.
- Nunes ED 1995. As ciências sociais e a saúde: o pensamento recente de alguns pesquisadores, pp. 53-62. In Canesqui AM (org.), *Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva*. Ed. Hucitec-Abrasco, São Paulo-Rio de Janeiro.
- Paim JS 1992. La salud colectiva y los desafios de la práctica. In *La crisis de salud pública: reflexiones para el debate*. OPAS, Washington.
- Possas C 1989. *Epidemiologia e sociedade: heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil*. Ed. Hucitec, São Paulo. 271 pp.
- Rivera FJV 1992. O planejamento situacional: uma análise reconstrutiva, pp. 41-92. In Gallo FJV, Rivera & MH Machado (orgs.). *Planejamento criativo e novos desafios em política de saúde*. Ed. Relume Dumará, Rio de Janeiro.
- Samaja J 1992. La combinación de métodos: pasos para una comprensión dialéctica del trabajo interdisciplinario. *Educación Médica y Salud*. Vol. 26, nº 1 OPAS/OMS.
- Tambellini AM 1978. O trabalho e a doença (org.). *Saúde e Medicina no Brasil*, ed. Graal, Rio de Janeiro.

Saúde pública e saúde coletiva: saberes, interdisciplinaridade e política

Public health and collective health: knowledge, interdisciplinarity and politics

Carlos Botazzo ¹

Neste artigo é realizado o comentário crítico ao texto de Gastão Wagner de S. Campos “Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas”. São abstraídas algumas categorias de análise e são oferecidas algumas perspectivas de compreensão do campo teórico da saúde coletiva vista simultaneamente como campo de práticas e de investigação, sendo esta última vertente situada como inclusiva das ciências humanas na perspectiva foucaultiana.

Registrar neste espaço os comentários ao texto de Campos é evento dotado de múltiplos significados. Primeiro, porque desde já não dispensa a (in-)formalidade do agradecimento à Revista e sobretudo à estimada editora; depois, porque de fato é privilégio a oportunidade desse debate público e, mais, por tratar-se de comentar um dos mais férteis autores em nosso meio.

Eis o que essas palavras iniciais ocultavam: dados os recursos teóricos de que dispõe o autor, a empreitada poderia vir a se revelar extenuante. Tal só não ocorrerá por completo, inviabilizando a tarefa, porque a Revista, sabiamente, impõe o limite do papel.

Parte do peso, assim, pode ser imputada à envergadura teórica, mas acima de tudo à imaginação sociológica de que Campos é dotado. Sabemos o que Wright Mills quis dizer com isso: aquele que recusa a fragmentação da vida, que recusa a determinação política exógena da sua existência, a imposição dos burocratas e dos militares, aquele que busca orientar-se de acordo com os valores que ama, aquele que ousa experimentar os horizontes mais largos à sua frente, a estes então Wright Mills diz serem dotados dessa “qualidade de espírito que lhes ajuda a usar a informação e a desenvolver a razão, a fim de perceber, com lucidez, o que está ocorrendo no mundo e o que pode estar acontecendo dentre deles mesmos” (W. Mills, 1965).

Assim me pareceu, e ainda outra vez, terminada a leitura do artigo de Campos. É que – reconhecamos – o autor pulsa entre a racio-

nalidade da ciência numa ponta, e na outra pela melhor das emoções, ou, como diria E. Morin, fica entre a prosa e a poesia, isto é, entre as duas linguagens que o ser humano produz, “uma, racional, empírica, prática, técnica; outra, simbólica, mítica, mágica” (Morin, 1999).

Os comentários

Impossível, dada a dimensão caleidoscópica das abordagens que o tema sugere, realizar qualquer comentário *in-extenso* e por isso abstraí três ou quatro pontos que possam ser dotados da relevância – imagino eu – necessária a este debate.

Valia que antes me detivesse no vestíbulo do texto. Campos o ultrapassa em poucos segundos e conduz o leitor para outros “distantes horizontes” e, no entanto, penso que nele residem algumas preciosas chaves de interpretação. De fato, Campos pensa a tradição da saúde pública e a história dela; pensa o campo científico e o movimento ideológico, para em seguida reconhecer os bloqueios que a uma reconstrução crítica estaria colocando certa institucionalização, para concluir afirmando uma crise de identidade que aparece como fragmentação e diluição. Com essas últimas palavras Campos desmancha no ar a solidez aparente da saúde coletiva. Restam-lhe a tradição e a história da saúde pública como recomeço.

É porque, define o próprio Campos, “busca-se um método de reflexão para analisar a saúde coletiva”, que então essas preocupações foram colocadas logo ao início, e também porque, nas breves passagens seguintes, o problema terminará de ser construído. E então vêm elencados os “sintomas de dilemas” e depois se fecha esse rol de mazelas epistemológicas com as ambigüidades e as ubiqüidades do conceito, o borramento de limites entre as disciplinas etc.

É preciso cautela daqui por diante e justo porque esses enunciados todos serão explicados, isto é, desdobrados ao longo da argumentação que sustenta a construção teórica do artigo. Mas eles contêm tantos pares conceituais opostos entre si que me parece justificado iniciar o questionamento do texto a partir deles, já admitindo que citar é de certa forma interpretar (Lukács, 1989).

Assim:

1) Em Campos, a saúde coletiva é inicialmente concebida na ocupação do intervalo posto entre a racionalidade científica e a ideo-

¹ Instituto de Saúde de São Paulo, Núcleo de Cidadania e Saúde Mental.

logia. Parecem termos polares e opostos. Dependendo de como se interprete ideologia, não o são. De fato, o uso do termo parece sugerir não apenas o mundo das idéias mas, antes, o de *certas idéias*, uma particular *visão de mundo*, e por isso *deformada*. No entanto, há outros significados: o de estudo das origens e da formação das idéias e também o modo idealista de investigar o mundo, concebido como *idéia pura*. Vê-se que apenas na primeira acepção há oposição entre ideologia e racionalidade, já que não se pode conceber irracionalidade no trabalho de investigação, seja de que natureza for. Assim, aquela ideologia é a que sustenta práticas políticas conformes aos seus postulados. Então temos: ciência e política ou racionalidade e vontade. Para Israel (2000), estes são os termos por entre os quais pulsam os grandes movimentos sociais reformadores ou revolucionários; em certa medida são também eles modos de conduzir a administração do Estado e da sociedade. Daí Israel afirmar que o reino da vontade (emoção, subjetividade) é igualmente o reino da política e sempre comporta certo grau de irracionalidade, seja no processo decisório ou na intervenção e seus resultados. Há similitude entre essa formulação e aquela outra apresentada por Morin. Este último ainda diferenciará racionalidade de racionalização: “a racionalidade pesquisa e verifica a adequação entre o discurso e o objeto do discurso, mas a racionalização se fecha em sua própria lógica... esta forma de delírio que, a partir de um postulado ou de uma constatação limitada, tira conseqüências lógicas absolutas, perdendo, neste processo, o suporte empírico” (Morin, 1999). Devemos nos perguntar se não cabe aqui todo o movimento da Reforma Sanitária Brasileira, expressão prático-teórica dessa saúde coletiva que se busca epistemologizar.

2) Por isso, a ambigüidade e a imprecisão do conceito, sinalizada por Campos, e anteriormente apresentada por Donnangelo (1981) e Nunes (1996), dentre outros. A ambigüidade, segundo Piaget (1970), é própria das estruturas complexas ou caóticas, como as denomina a física. Seria também o caso da saúde, e sobretudo, como queremos, o desta saúde coletiva. Por um lado, é possível constatar que sob esta denominação abrigam-se múltiplas formas de trabalho em saúde. Os trabalhadores da saúde, esses que atendem os outros trabalhadores em suas carências, orgulham-se da denominação: já não fazem saúde pública, an-

tes preferem denominá-la ‘coletiva’. Seria preciso interrogá-los para saber da subjetividade por trás dessa preferência semântica. Aqui, é mesmo a constatação “de que o nosso objeto é bem-sucedido”, como diz Schraiber (1999), ao menos no modo como expandiu-se a incorporação de modelos assim definidos em todos os sistemas locais de saúde em escala nacional. Os que se vêem dessa forma parecem estar imbuídos do propósito de realizarem uma saúde democrática e popular. Ela incorpora o sujeito do conhecimento ao processo de trabalho em graus diferenciados. Ela vive da oposição entre poderes. Nos lugares onde a dimensão pública da vida acha-se relevada, ela parece desabrochar com mais facilidade; quando a dimensão pública da vida se abastarda, torna-se mais grosseira a luta pela sobrevivência e também a prática da saúde coletiva, tanto numa escala macro social quanto micro, no nível nacional ou no nível da comuna. O caso da cidade de São Paulo, neste sentido, é exemplar. Nunca tomamos o céu de assalto por completo. Por mais que o queiramos, não seria por meio de uma palingenesia que resolveríamos essa contradição. Por outro lado, o trabalho de investigação se desentrola em direção a esta mesma ambigüidade, não obrigatoriamente acompanhando os mesmos movimentos. Se inúmeras práticas de saúde abrigam-se sob a denominação, são igualmente inúmeros os modos de investigar e os objetos a eles conexos. Aqui vale lembrar que as práticas sociais, mesmo influenciadas pela ciência, não são científicas; antes, constituem-se em objetos de ciência. E neste campo menos está em jogo o direito da saúde coletiva em dar-se como ciência; o que se deve levar em conta é o fato de que existe.

3) Menos, portanto, que a prática concreta de atores sociais nos serviços é a da *investigação* desse movimento, é desta outra *ação prática* que trata o presente debate. E caberia perguntar: o que seria próprio da saúde coletiva? Ou, qual seria o objeto desta saúde? Lembrando a constituição das ciências humanas em Foucault (1990), poderia perguntar se não seria do *modo de ser do homem* que ela trata. Para Foucault, o modo de ser do homem, constituído como objeto de investigação por entre as tramas do desenvolvimento capitalista a partir do século XVIII, se dá simultaneamente como ser que está vivo, trabalha e fala, isto é, na concretude de sua existência por inteiro. Marx já afirmara que homens fazem história mas

para isso antes devem estar vivos, o que equivale dizer *vivos biologicamente*. Daí que para Marx (1974) o primeiro ato histórico dos homens seja o de produzirem sua subsistência. Viver e trabalhar ou existir pelo trabalho, e representar, simbolizando, o mundo vivido: essas categorias não podem ser alienadas desse campo teórico. É como ser vivo, dirá Foucault, que o homem cresce, “que tem funções e necessidades, que vê abrir-se um espaço cujas coordenadas móveis ele articula em si mesmo... produzindo objetos e utensílios, trocando aquilo de que tem necessidade, organizando toda uma rede de circulação em torno da qual perpassa o que ele pode consumir e onde ele próprio se acha definido como elemento de troca, aparece ele em sua existência imediatamente imbricado com outros; enfim, porque tem uma linguagem, pode constituir para si todo um universo simbólico, em cujo interior se relaciona com seu passado, com coisas, com outrem, a partir do qual pode imediatamente construir alguma coisa com saber... esse saber que tem de si mesmo...” (ibid). Lukács comenta extensamente a atividade do sujeito cognoscente como idéia de proletariado que “desenvolveu a consciência de si e da sociedade”, isto é, a consciência que tem de si é simultaneamente a consciência das relações sociais que estabelece e de seu viver nelas como produtores numa sociedade capitalista (Lukács, 1989). Não seria demasiado admitir, como propõe Gorender (1999), que formemos junto com os demais trabalhadores, que somos trabalhadores de um certo tipo e com específica qualificação intelectual e científica, modo que vejo de radicalizar a inseparabilidade entre sujeito e objeto. Como possibilidade de investigação, a saúde coletiva seria uma instância de produção de conhecimento sobre a saúde e o bem-estar da sociedade, quero dizer, como seria para nós mesmos a experiência social da vida vivenciada em nossos próprios corpos. Assim, a saúde coletiva que se busca epistemologizar implica imediatamente uma *teoria do problema da saúde* que incorpore o sujeito cognoscente (movimentos sociais, movimento sanitário), o Estado (relações de poder, políticas de saúde, políticas de produção e consumo etc.), a desmedicalização da saúde, a dissolução das fronteiras disciplinares e o desarranjo de sua hierarquia. Daí a dificuldade em compreender a idéia de núcleo sustentada por Campos, em tudo contraposta a essa dispersão.

4) De certa maneira se poderia afirmar a identidade da saúde coletiva como parte constituinte das ciências do homem. Foucault situara as ciências humanas na confluência das ciências empíricas (a biologia, a sociologia, a economia política etc.), das matemáticas e da reflexão filosófica, e nela inscreveu uma instigante noção de interdisciplinaridade. Não deve ser incômoda para nós a importação do raciocínio. Ele nos permitirá o encaminhamento do último problema que se pretende sucintamente examinar, qual seja, a do desenho de objetos em saúde coletiva. Três aspectos devem preliminarmente ser realçados: 1º) seria próprio da saúde coletiva não as ciências empíricas (a biologia ou a sociologia), mas a representação delas ou o que pode delas ser tomado de empréstimo; 2º) objetos sociais não são coisas, mas relações entre homens e 3º) conseqüentemente, o objeto é ao mesmo tempo ele em relação com um sujeito e somente nesta relação ele cria existência ou vem à luz. São propostos três pares conceituais antitéticos: função e norma; conflito e regra e significado e sistema, articulados ao viver, ao trabalhar e ao falar. O homem é um ser que tem funções, recebe e reage a estímulos (fisiológicos, sociais, inter-humanos, culturais), se adapta, evolui, responde (ou submete-se) às exigências do meio, dos desequilíbrios etc.; tem condições de existência, enfim, e a possibilidade de encontrar normas médias de ajustamento (que lhe permitem exercer suas funções). Na esfera do trabalho, o homem aparece com suas necessidades e desejos, tem interesse e visa a lucros (ou a um salário maior), opõe-se a outros homens numa irreduzível situação de conflito; nesta superfície emergem regras, que mascaram, afastam, dilatam, limitam o conflito. Como linguagem, as condutas do homem sempre querem dizer alguma coisa, seja em seus gestos, em seus mecanismos e até em seus fracassos: neste lugar tudo tem sentido; e tudo o que o homem deposita ao seu redor – ritos, objetos, hábitos, discursos, ele mesmo – como rastros deixados à esteira de sua passagem, tudo isso forma um sistema de sinais (Foucault, 1990). Por entre a repartição confusa dessas temáticas podem ser localizados múltiplos objetos de conhecimento. É deste modo “que todas as ciências humanas se entrecruzam e podem sempre interpretar-se umas às outras, que suas fronteiras se apagam, que as disciplinas intermediárias e mistas se multiplicam indefinidamente, que seu objeto próprio acaba por

dissolver-se” (idem). Se esta é uma formação possível para as ciências humanas, bem poderia ser para as teorias sobre a saúde e a doença.

Comentários finais

Salus: o homem por inteiro, o que não pode ser contido por uma única disciplina (Nunes, 1996 e Minayo, 1991) não se encontraria melhor abrigado junto ao conhecimento que é o *conhecimento de si* daquele que fala, trabalha e vive? Se esta pergunta fosse respondida satisfatória e afirmativamente, os problemas decorrentes do uso de distintos métodos e o do recorte de objetos nas práticas de investigação encontrariam uma possibilidade de encaminhamento, desde já dispensando qualquer forma exterior de promoção ou de vigilância. Assim concebidas, as ciências humanas permitem igualmente a dissociação entre consciência e representação. Se, por um lado, “a função, o conflito, a significação constituem, realmente, a maneira como a vida, a necessidade, a linguagem são reduplicadas na representação, mas sob uma forma que pode ser perfeitamente inconsciente”; por outro lado, “nem a norma, nem a regra, nem o sistema são dados à experiência cotidiana: atravessam-na, dão lugar a consciências parciais, mas não podem ser inteiramente aclaradas senão por um saber reflexivo” (idem). As ciências humanas se alojam, pois, nesta dimensão tomada das relações consciente-inconsciente, não sendo a representação “senão um fenômeno de ordem empírica que se produz no homem e que se poderia analisar como tal”.

Toda ciência existe numa configuração epistemológica: sobre um mesmo solo ela existe ao lado de outras configurações do saber, e o fato de que um saber não seja ciência não autoriza a que seja reduzido ou visto como uma impostura.

Se tudo pode ser pensado na ordem do sistema, da regra e da norma, posso pensar o homem e sua existência, posso resgatar os discursos não-significantes do paciente e as representações que faz do seu corpo e da sua saúde o trabalhador – sua sexualidade ou suas condutas desviantes – posso incluir nessa esfera as práticas não hegemônicas, posso colocar em cena a autonomia das pessoas e a dos grupos sociais diante dos serviços ou das regulações sanitárias do Estado. Nesta esfera me oponho, junto com outros homens, à dominação

e ao império das normas, das regras e dos sistemas, sem que me preocupe a questão da cientificidade dessa disposição.

Na forma das ciências humanas, o saber sobre si é parte integrante e, mais que isso, seria a verga mestra do território arqueológico onde se enraíza a saúde coletiva. Nesta esfera situam-se as novas perspectivas – na verdade situam-se já desde algum tempo – e nesta esfera emergem os novos objetos e o que deles poderá ser falado.

Gostaria de manter separados os mundos da prestação de serviços e o da investigação. São a mesma coisa como origem e determinação, porque ambos dizem respeito ao modo de ser do homem e da saúde dele. Mas o trabalho que realizam um e outro, os objetos que elegem, os meios de trabalho e os resultados que apresentam são diferentes lá e cá. É desse modo que consigo interpretar o material proposto por Campos. Ele abre um extraordinário leque de problemas a ser investigado, comportando desde os menos formalizados, os mais empíricos ou os mais positivos, até os que exigem a aproximação com a reflexão filosófica. São umbrais ou limiares diferenciados de saber, inclusivos às formações discursivas. É Campos quem nos convida a ultrapassá-los.

Referências bibliográficas

- Donnangelo MCF 1981. *A pesquisa na área da saúde coletiva – década de 70*. Fundap, São Paulo. (Mimeo).
- Foucault M 1990. *As palavras e as coisas*. Martins Fontes, São Paulo.
- Gorender J 1999. *Marxismo sem utopia*. Ática, São Paulo.
- Israel G 2000. *Le jardin du noyer. Cauchemars postmodernes et tyrannie de la technoscience*. Éditions du Seuil, Paris.
- Lukács G 1989. *História e consciência de classe*. Delfos, São Paulo.
- Marx K 1974. *La ideología alemana*. (5ª ed.). Grijalbo, Barcelona.
- Mills CW 1965. *A imaginação sociológica*. Zahar, Rio de Janeiro.
- Minayo MCS 1991. Interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido. *Medicina, Ribeirão Preto*, v. 24, n. 2, abr./jun., 70-77.
- Morin E 1999. *Amor, poesia, sabedoria*. Bertrand Brasil, Rio de Janeiro.
- Nunes ED 1996. A questão da interdisciplinaridade no estudo da saúde coletiva e o papel das ciências sociais, pp. 95-113. In Canesqui AM (Org.) *Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva*. Hucitec/Abrasco, São Paulo.
- Piaget J 1970. *O estruturalismo*. Difel, São Paulo.
- Schraiber LB 1999. Fórum de coordenadores de saúde coletiva de São Paulo (oficina). Águas de Lindóia, São Paulo, VI Congresso Paulista de Saúde Pública, informação pessoal.

Algumas contribuições ao texto “Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas”

Some contributions to the text “Public health and collective health: field and core area for knowledge and practice”

Soraya Almeida Belisário ¹

Inicialmente, gostaria de agradecer à *Revista Saúde e Ciência Coletiva* a oportunidade de participação, e cumprimentar o autor pelo artigo denso, instigante, que levanta importantes questões acerca do núcleo da saúde coletiva.

Muitos são os aspectos a serem abordados neste artigo. Contudo, a título de contribuição, gostaria de, neste breve espaço, tecer algumas considerações sobre os profissionais atuantes em saúde coletiva, entre eles o sanitário, por considerar ser esta uma categoria com particularidades inerentes à sua área de atuação.

A saúde coletiva permite distintas concepções e abordagens, suscitando uma série de reflexões e indagações.

Várias são as aproximações feitas no sentido de estabelecer sua identidade como campo de prática e saber, percebendo-se, em sua análise, consensos e dissensos. Sua consolidação enfrenta obstáculos de natureza epistemológica, institucional e político-ideológica, o que faz pensar ser este um campo em constituição. No Brasil, apresenta características e especificidades particulares advindas das condições que propiciaram sua emergência e desenvolvimento, tornando também particulares os profissionais que nela atuam, representados por uma diversidade de profissões.

Estes, por sua vez, possuem orientações, formações, denominações e interesses diversos, trazendo em comum sua inserção no mercado do setor público de saúde de um lado e, de outro, nas instituições acadêmicas de saúde pública, saúde coletiva e denominações congêneres. Compartilham, também, o fato de serem, em muitos momentos, profissionais não apenas executores, mas formuladores e condutores das políticas públicas de saúde.

Se, na qualidade de profissionais individuais, possuem seus interesses corporativos,

ao atuarem em saúde coletiva perdem parte de seus laços paradigmáticos com a profissão de origem, trabalham essencialmente em organizações públicas de saúde, são eminentemente assalariados, seu trabalho se dá em equipe e seu aporte teórico é multidisciplinar.

O sanitário, ocupação ambígua, recebeu ao longo de sua história e constituição diferentes definições, bem como lhe foram atribuídos diferentes papéis, que se modificaram nos diversos momentos políticos e institucionais pelos quais passou a saúde pública e, mais amplamente, a saúde coletiva. Esses momentos demarcaram diferentes faces, com características campanhista, desenvolvimentista, racionalizadora-modernizante, generalista e gerencial, a mais contemporânea delas.

Sua abordagem nos remete muitas vezes à categoria médica, provavelmente por ter sido esta a primeira profissão a demandar pelo reconhecimento da atividade sanitária como uma especialidade.

Desde os primórdios de sua formação, os médicos-sanitários lutaram junto ao Estado pelo reconhecimento, “regulamentação” da especialidade, numa tentativa de alcançar os degraus necessários à sua profissionalização. Reivindicavam reconhecimento profissional, delimitação de um território exclusivo, um saber específico, um Ministério da Saúde Pública e uma escola. A formação em saúde pública se iniciou na década de 1920, com a instituição do curso de higiene e saúde pública, dirigido à formação de especialistas médicos para atuarem nos serviços de saúde.

Os sanitários, a princípio médicos, foram paulatinamente incorporando saberes e práticas em sua área de atuação, passando a conviver sob o mesmo teto com diversas categorias profissionais e a compartilhar outras áreas do conhecimento.

A metamorfose pela qual passou a especialidade descaracteriza-a como especialidade médica, retirando dessa categoria a direcionalidade técnica do processo, e transforma a saúde pública em uma ocupação multiprofissional.

O caráter multiprofissional, através da incorporação de outros profissionais, tornou-se evidente e inevitável a partir da década de 1970, quando houve uma multiplicação, sem precedentes, na formação de sanitários.

Período caracterizado pela resistência político-ideológica, pela incorporação de um novo referencial teórico, por propostas de mudanças no setor saúde e que produz a necessi-

¹ Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.

dade de aceleração na capacitação de profissionais e na preparação de uma massa crítica para atuar na execução de programas prioritários em saúde coletiva, numa perspectiva de atuação política.

Também, nesse período, se incrementou a outra via de formação de especialistas, esta essencialmente dirigida a médicos, as Residências em Medicina Preventiva e Social (RMPS).

Esta perspectiva sofre transformações nos anos 80, a partir do novo quadro político-institucional estabelecido e das inovações tecnológicas, quando novas demandas são colocadas para este personagem. Estas apontavam para um conhecimento mais especializado, mais técnico.

Procura-se superar o momento em que o sanitarista se apresenta como integrante de uma “massa crítica”, com perfil de generalista em saúde pública (inserção horizontal), e buscase o perfil de um profissional apto a solucionar problemas das várias disciplinas que compõem a saúde coletiva, resultado da divisão técnica de seu trabalho e das novas demandas institucionais a ele impostas (inserção vertical).

No interior da saúde coletiva, estes profissionais, agora ampliados e indo além dos limites estabelecidos aos tradicionais sanitaristas, recriam suas possíveis identidades, numa tendência segmentar – epidemiólogo, planejador, cientista social, gerente.

Atuar em saúde coletiva é atuar em um campo em constituição interdisciplinar, cujo corpo de conhecimento pertence a várias categorias profissionais e que oferece diversas possibilidades de formação (especialização, residência, mestrado e doutorado). Nestas várias instâncias de formação observa-se um processo de revisão, de crítica, de discussão em relação à sua conformação como área pós-graduada, de dificuldade de delimitação de seus conteúdos.

No bojo desse processo, as RMPS, afeitas à formação médica, vêm passando por dilemas, dentre eles a dificuldade em estabelecer o perfil do profissional a ser formado, a constatação de seu progressivo e, talvez, irreversível esvaziamento, a não-visualização deste profissional por parte do mercado e a discussão de sua manutenção como via de formação de especialistas médicos.

Nessa perspectiva, acredita-se ser esta uma especialidade atípica para a categoria médica. Esta se vê junto a outros profissionais compartilhando os mesmos saberes e práticas, não

detentora de um corpo esotérico de conhecimento, de um território exclusivo, de um mercado de trabalho que não a diferencia dos demais sanitaristas. Tais questões ocasionam um provável afastamento da especialidade, por parte deste profissional.

Os desafios vivenciados nos anos 90, as mudanças tecnológicas, o lugar secundário reservado às questões sociais e a persistência de um grave quadro sanitário fazem pensar na necessidade de conformação de uma nova face que vá além da gerencial.

Acredita-se que esta nova face, em processo de construção, deverá contemplar sua inserção tanto horizontal quanto vertical.

Referências bibliográficas

- Belisário SA 1993. *Médico-sanitarista: as muitas faces de uma ocupação*. Dissertação de mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro. 182 pp.
- Canesqui AM 1995. As ciências sociais, a saúde e a saúde coletiva, pp. 19-35. In Canesqui AM (org.). *Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva*. Editora Hucitec-Abrasco, São Paulo-Rio de Janeiro.
- Canesqui AM 1997. Os novos rumos das ciências sociais e saúde, pp. 11-28. In Canesqui AM (org.), *Ciências sociais e saúde*. Editora Hucitec-Abrasco, São Paulo-Rio de Janeiro.
- Donnangelo MCF 1983. A pesquisa na área da saúde coletiva no Brasil – a década de 70. *Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil*. vol. 2:19-35.
- Labra ME 1985. *O movimento sanitarista nos anos 20 – da conexão sanitária internacional à especialização em saúde pública no Brasil*. Tese de mestrado. Fundação Getúlio Vargas/EBAP, Rio de Janeiro. 409 p.
- Machado MH 1995. Sociologia das profissões – uma contribuição ao debate teórico, pp. 13-33. In Machado MH (org.). *Profissões de saúde: uma abordagem sociológica*. Fiocruz, Rio de Janeiro.
- Minayo MC e Costa OS 1998. Rumos e desafios: encerrando um processo de avaliação da pós-graduação “strictu sensu” em saúde coletiva (1994-1997). *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 3, n. 1:83-93.
- Minayo MC 1997. Pós-graduação em saúde coletiva: um projeto em construção. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 2, n. 1/2: 53-71.
- Nunes ED 1996. Saúde coletiva: revisitando a sua história e os cursos de pós-graduação. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 1, n. 1:55-69.

Por uma controvérsia solidária: apontamentos iniciais

For a solidary controversy: initial annotation

Paulo Eduardo Elias¹

Porque o pós-moderno celebratório reduz a transformação social à repetição acelerada do presente e se recusa a distinguir entre versões emancipatórias e progressistas de hibridização e versões regulatórias e conservadoras, tem sido fácil à teoria crítica moderna reivindicar para si o monopólio da idéia de uma sociedade melhor e da ação normativa (Santos, 2000).

No andamento do cotidiano, nem sempre se apresenta a oportunidade da discussão de cunho mais acadêmico com tão destacado membro de uma vertente significativa no cenário da produção da área de saúde coletiva. Assim, se o desafio e a tarefa são de dimensões grandiosas a recompensa lhe é proporcional, particularmente quando a leitura suscita um contínuo diálogo com o autor, seja nas aproximações concordantes seja nas discordâncias ou também nas inúmeras indagações provocadas pelo texto.

Inicialmente, cabe o reconhecimento e o tributo ao autor, pelo esforço e a persistência em dotar a saúde coletiva brasileira de meios para dar conta da indispensável transformação das práticas de saúde, buscando enfatizar a construção de uma ética profissional comprometida com a defesa da vida.

O articulista desenvolve o seu texto através de dois painéis superpostos: o que trata das questões mais propriamente epistemológicas sobre a estruturação da saúde coletiva como campo de conhecimento e de práticas, seguindo-se um rol de possibilidades para a prática profissional.

Também é inegável o mérito do texto ao tocar em questões fundamentais para o debate acerca da constituição da saúde coletiva como campo de conhecimento científico e de práticas. Contudo, o desenvolvimento crítico que se lhe apresenta, ao transitar com certa liberalidade entre termos e conceitos, torna-se obscuro em certas passagens e enseja interpretações extremamente inquietantes. O desdo-

bramento deste postulado impõe pelo menos três ordens de questões.

A primeira refere-se à omissão do texto quanto à neutralidade da concepção acerca do real como premissa para qualquer forma de conhecimento científico. Trata-se da acesa polémica sobre a posição do sujeito na produção do conhecimento (Gonçalves, 1994). Tal fato ganha maior relevância na medida que uma certa concepção da saúde coletiva corresponde à ênfase em uma dupla fundamentação: nas ciências naturais e nas ciências humanas. Esta formulação repõe o intenso debate epistemológico sobre as possibilidades de unidade entre as ciências naturais e as ciências humanas, tal como empreendido por Kuhn e Taylor (Lacey, 1997).

Esta primeira questão guarda conexão direta com a segunda que diz respeito ao requisito posto pelo autor da elaboração de uma teoria sobre a produção de saúde.

Em primeiro lugar, cabe assinalar o descompasso entre o requisito a essa teoria e a crítica ao positivismo que permeia o texto. Isto porque, a teoria no sentido de representação sistemática de regularidades, leis e estruturas, constitui o ideal maior da ciência positivista.

Em segundo lugar, o mesmo desafio constitui tarefa imensa, praticamente irrealizável, para um campo de conhecimento tão recente e de bases teórico-conceituais tão frágeis como a que se apresenta na saúde coletiva (Cohn, 1989). Ademais, o conceito corrente de teoria a vincula a dar suporte para uma determinada ciência, ao mesmo tempo em que busca dar explicação a um grande número de fatos. No caso da saúde coletiva, como abarcar em uma mesma matriz explicativa fenômenos tão díspares, tais como os produzidos no interior das células e outros engendrados a partir de determinadas dinâmicas sociais? Isto posto, cabe indagar sobre a procedência de se buscar o estatuto de ciência para um campo de saberes e práticas com as características presentes na saúde coletiva.

Ao contrário do que sugere o artigo em tela, talvez a chave para esta questão deva ser procurada nas formas possíveis de articulações das bases científicas que delimitam campos na saúde coletiva: as ciências naturais e as ciências humanas. Segundo Lacey, são as condições sociais o elemento de mediação das relações recíprocas entre as ciências naturais e as ciências humanas, ao manter as suas práticas quanto aos espaços sobre os quais elas for-

¹ Departamento de Medicina Preventiva/FMUSP e Centro de Estudos de Cultura Contemporânea/CEDEC.

necem entendimento. E também dá pistas promissoras ao apontar a centralidade da regulação através do controle social como elemento decisivo na constituição da dominância entre as duas ciências, apresentando assim distintas possibilidades. Nas situações em que o controle se expressa como valor social dominante é grande a pressão para estender o modelo de ciência natural moderna para as ciências humanas. Na situação inversa, isto é, naquela em que o controle não se encontra na condição de valor dominante, a teoria ganha significância e concorre para realçar os espaços ligados à promoção do projeto social. No entanto, dado o escopo deste comentário, vale mencionar os assinalamentos de Cohn (1968), ao tratar da sociologia acerca das relações entre empirismo e criticismo como requisito para uma ciência do social mais fecunda.

A terceira questão, também esta relacionada com a anterior, se refere ao reconhecimento do lugar do social na determinação do processo saúde/doença. Ao centrar fogo na crítica à vertente marxista-estruturalista, Campos a realiza de maneira pouco desenvolvida. Assim, de um lado, sugere a autonomização das práticas sociais frente aos mecanismos de regulação social (no que consiste cidadãos com liberdade relativa?) e de outro assinala a negação do princípio da determinação social do processo saúde/doença.

A insuficiência crítica é denotada pela disjunção destas duas proposituras com outras categorias marxistas empregadas no texto, tais como valor de uso e valor de troca. A se manterem intocadas tais formulações, impõe-se a arguição da concepção de social adotada pelo autor, bem como a indicação da categoria explicativa do processo saúde/doença a qual o artigo se refere.

Em suma, a abordagem crítica realizada dá margem para uma leitura do trabalho que salienta um deslocamento do social na determinação do processo saúde/doença (e portanto das ciências humanas) ao mesmo tempo que reforça a explicação biológica e salienta a subjetivação como o primado da individualização dos sujeitos sociais. Aduz a esta possibilidade o convite à ação realizado na parte final do trabalho, na qual os profissionais de saúde são alçados a porta-vozes da necessidade dos interditados. Segundo Santos (2000) não podemos pensar mais em nome dos excluídos e dos discriminados já que o outro foi silenciado na parcela do seu pensamento que não

coincidia com o desenvolvimento hegemônico. A possibilidade alternativa consiste na recusa da neutralidade em benefício da explicitação de valores como condição indispensável à realização da objetividade na análise dos fatos sociais.

Por fim, fica para reflexão duas indagações suscitadas pela parte final do trabalho. Que implicações existem ao se conceber a saúde como um produto, um fim, um resultado ou um objetivo? Como conciliar a defesa da vida como imperativo ético-moral com o reconhecimento da saúde como valor de uso e portanto como uma dimensão imanente da mercadoria? Vale lembrar que uma das grandes conquistas dos trabalhadores neste século consistiu na possibilidade histórica que resultou na desmercantilização de determinados bens sociais, tais como saúde, educação e previdência, engendrados pelo Estado de bem-estar social (Laurell, 1995).

É grande a tentação em prolongar a presente interlocução com o autor, convidando-o para outros debates, tais como as relações entre termo (como bandeira, palavra de ordem voltada ao indispensável chamamento à ação política) e conceito (elaboração teórica voltada para a explicação/compreensão dos fenômenos). Qual o dimensionamento de cada um dos dois elementos na produção bibliográfica da área e quais suas implicações para a consolidação da saúde coletiva como campo de conhecimento científico e orientador de práticas sociais?

Claro está que há inúmeros outros pontos de concordância com o autor, dentre os quais o assinalamento ao caráter ambíguo e ubíquo do conceito de saúde coletiva e o desvario controlista que informa muitas de suas práticas. No entanto, penso que para melhor atender aos desígnios que me foram solicitados, é o diálogo crítico de parte a parte que se impõe. Acima de tudo, mantenho a convicção de compartilhar com o autor os grandes ideais postos pelo socialismo há mais de um século: a construção de estruturas sociais e políticas condizentes com a realização plena do ser humano. E se, segundo Santos, a solidariedade é o reconhecimento do outro na igualdade e na diversidade, a controvérsia solidária funda-se precisamente neste reconhecimento.

Referências bibliográficas

- Cohn A 1989. Caminhos da reforma sanitária. *Lua Nova* 19:123-140.
- Cohn G 1968. A sociologia e a arte da controvérsia. *Revista Civilização Brasileira* 19/20:229-250.
- Gonçalves RB 1994. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde*. Editora Hucitec-Abrasco, São Paulo-Rio de Janeiro.
- Lacey H 1997. Interpretação e teoria nas ciências naturais e nas ciências humanas: comentários a respeito de Kuhn e Taylor. *Trans/Form/Ação* 20:87-106.
- Laurell AC 1995. *Estado e políticas sociais no neoliberalismo*. Editora Cortez, São Paulo.
- Nunes ED 1999. *Sobre a sociologia da saúde*. Editora Hucitec, São Paulo.
- Santos BS 2000. *A crítica da razão indolente – Contra o desperdício da experiência*. Editora Cortez, São Paulo.

Saúde coletiva: entre a rigidez do pensamento e as incertezas do mundo real

Collective health: between the stiffness of thinking and the uncertainties of the real world

Maurício L. Barreto ¹

A saúde coletiva no Brasil caracteriza-se como um campo científico e um movimento (Paim & Almeida-Filho, 1999) criado com o objetivo de construir novos conhecimentos sobre os imensos e complexos problemas de saúde da sociedade e elaborar alternativas no sentido de resolvê-los. Não tenho dúvidas de que os seus fundadores foram sábios e conseguiram estabelecer interligações profícuas entre o campo e o movimento em um intrincado exercício de engenharia política e científica. Em poucas décadas, a saúde coletiva, como campo científico, teve um crescimento importante, refletido no número de grupos acadêmicos voltados para esta área do conhecimento e envolvidos na produção científica e tecnológica. No momento, aproxima-se de 25 o número de programas de pós-graduação espalhados pelo país. Na qualidade de movimento, foi extremamente ativo para conseguir firmar na Constituição de 1988 e em seus desdobramentos legais o reconhecimento da saúde como um fenômeno socialmente determinado e como um direito de todo o cidadão e um dever do Estado, princípios fundamentais para a cria-

ção de um sistema nacional (único) de saúde justo, efetivo e equânime.

Porém, no decorrer destas poucas décadas muitas mudanças ocorreram na ciência, na sociedade e na política brasileira. Nos últimos anos vemos alguma inflexões que fogem das expectativas iniciais. O campo científico desenvolve-se e, ao fazer isto, distancia-se do movimento. O movimento, por outro lado, rapidamente ganha novas conformações. Os diálogos (e muitas vezes os monólogos) dão-se agora entre parceiros muito mais diversificados, onde a busca de unidade é agora um exercício muito mais complexo, exigente e de difícil alcance. No campo acadêmico, vemos a re-organização e diversificação do campo da saúde coletiva e de seus componentes disciplinares. Nas ciências sociais da saúde, antes povoada de escassos sociólogos e educadores, agora transitam antropólogos, historiadores, filósofos, economistas, etc.; cada grupo com seus métodos, linguagens e preocupações peculiares. Os epidemiologistas dividem-se entre os poucos que ainda têm preocupações residuais com os determinantes sociais da doença e a grande maioria, com interesses em torno dos cânones da epidemiologia moderna. Os planejadores, antes centrais no campo, passam a ter papel de menor visibilidade. Os diferentes métodos e linguagens passam a exigir esforços de interdisciplinaridade antes não imaginados.

No plano mais geral da sociedade, intensifica-se o movimento de reorganização das práticas científicas, o qual entre outras características envolve o modelo de financiamento, estimulador da competitividade entre indivíduos e instituições. Em época de um extremo pragmatismo, o produto científico resume-se a publicações em revistas indexadas e o pensar sobre o objetivo social da ciência passa a ser uma atitude exótica!

Ainda no ponto de vista acadêmico podemos nos perguntar qual o significado deste conhecimento tão diverso, na medida que, como é natural a todo conhecimento científico, assume cada vez mais caráter especializado e restrito a aspectos de extrema especificidade com relação aos objetos tratados. Nesse contexto é que se fazem necessárias novas sínteses que, à luz dos novos conhecimentos, dos novos debates epistemológicos, políticos e sociais, atualizem sínteses anteriores, que criem novos marcos que redirecionem não só a prática acadêmica e científica, como também o próprio

¹ Instituto de Saúde Coletiva/UFBA.

objetivo último desta prática, em termos de seus efeitos reais e potenciais sobre a organização social.

Como, então, em uma situação concreta que se caracteriza por uma tão complexa diversidade, poderão vir a ser forjadas novas sínteses? Um papel importante têm os membros deste corpo que, ao contribuírem nesta direção, poderão (ou não) ter sucesso em apresentarem de forma clara as aspirações de parcelas importantes de membros deste campo. Documentos, tal qual este aqui em debate e outros (Paim & Almeida-Filho, 1999; Barreto, 1999; Nunes; 1998; Carvalho, 1996), somente para citar alguns dos mais recentemente apresentados, têm aparecido na nossa literatura e buscam trazer tais sínteses, enquanto não houver forma de mensurar de imediato o quanto tais esforços podem despertar maior interesse na comunidade da área, em geral. Algumas disciplinas, com destaque para a epidemiologia, produzem documentos (Planos Diretores) que traçam estratégias para o seu desenvolvimento e ao fazerem isto buscam pautar os interesses das suas respectivas comunidades. No interior dos organismos de ciência e tecnologia, comitês científicos têm buscado interagir com a comunidade científica da área, gerando experiências coletivas.

Neste quadro de relativa diversidade e crescimento quando olhamos sob o ponto de vista científico (e de seus indicadores científico-métricos), podemos perguntar sobre o outro lado, sobre o movimento e, mais que isto, sobre a nossa própria realidade sanitária. São imensas as dificuldades para a construção de um efetivo Sistema Único de Saúde. A conformação das forças políticas do país e seu sistema de alianças, as profundas desigualdades sociais, regionais, étnicas que permanecem inalteradas são entraves para a realização dos princípios estabelecidos na Constituição de 1988 e que tornam, muitas vezes, ineficiente a potencial contribuição dos conhecimentos e experiências, gerados fora ou dentro dos meios acadêmicos, para mudar esse estado de coisas.

Uma sociedade populosa, dispersa em uma extensa área geográfica, marcada por um processo histórico, econômico e social que tem como uma das principais características as profundas desigualdades sociais e regionais, que é culturalmente diversificada e com problemas de saúde que variam em um espectro que vai daqueles resultantes da carência mais absoluta, àqueles resultantes da mais abastar-

da afluência, constitui, em si só, um desafio para o entendimento e, muito mais ainda, para pensar e implementar qualquer intervenção. Em resumo, a saúde coletiva tem imensos desafios que ultrapassam os seus já amplos limites.

Há (muitos) anos, durante o meu curso de mestrado, tive a oportunidade de assistir a uma série de palestras do professor Artur Gianotti, em Salvador. Entre as novidades que, com esforço, captei de suas apresentações, lembro-me de uma frase que, com sua ênfase habitual ele pronunciou: “Nós pensamos como os gregos!” Como é do seu estilo, sem dar muitas explicações para tanto, ou se as deu foram além da minha parca erudição, o que não permitiu, naquele momento, o meu entendimento. Possivelmente, para a assistência de iniciados da platéia aquilo era apenas uma reafirmação de algo comum, mas, para mim, transformou-se em um foco de questões e curiosidade pelos anos que se seguiram. Afinal de contas, que os gregos tinham sido muito importantes na cultura ocidental eu já sabia, mas pensar como eles...

Mais recentemente, li um livro bastante interessante, curioso e provocativo, de autoria de um psicólogo (Dörner, 1996), o qual chama a atenção para o fato de que apesar dos nossos conhecimentos e boas intenções, mesmo em alguns momentos em que temos a possibilidade e os meios de mudar aquilo que desejamos no mundo, nem que seja através da manipulação de modelos razoavelmente simples, nós, com frequência, falhamos. O autor infere que isto deve-se a uma série de problemas, tais como: a complexidade e a característica dinâmica dos fenômenos sobre os quais intervimos, a pouca transparência de muitos fenômenos e de suas causas, mas também a nossa própria ignorância ou as hipóteses equivocadas com relação ao fenômeno que queremos intervir.

No ínterim, aderi ao entendimento de que positivismo não é um termo a ser utilizado no singular (Bryant, 1985). Devido a sua diversidade de sentidos faz mais senso usá-lo no plural – positivismos. Sendo que a sua forma singular – positivismo, tal como utilizado no nosso e em outros meios intelectuais, aproxima-se mais da idéia do positivismo instrumental da sociologia de origem americana, a qual é bastante diversa de outras tradições intelectuais, principalmente de origem européia, onde a *positividade* tem conotações bem mais *positivas*.

Para deixar de pensar como os gregos, Susser (1996), um eminente sanitaria, recentemente propôs que os epidemiologistas pensassem como os chineses e ofereceu a metáfora das “caixas chinesas” para fugir das “caixas pretas”, metáfora da epidemiologia moderna; para interligarmos as idéias deste mundo confuso, nos são colocados a *complexidade* e os *modelos dinâmicos*; para tratarmos da diversidade das linguagens e métodos das nossas diversas disciplinas nos é proposta a *transdisciplinaridade*; para vermos o mundo dos seres reais que nele habita e nos despirmos da arrogância e da indiferença, nos são propostos velhos sentimentos: a *compaixão*, a *consternação* e a *humildade*. Para enfrentarmos os reais problemas do mundo uma boa dose de *pragmatismo* com *solidariedade* será sempre necessária (Kim et al., 2000).

Referências bibliográficas

- Barreto ML 1999. Por uma epidemiologia da saúde coletiva. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 1:104-130.
- Bryant CGA 1985. *Positivism in social theory and research*. Macmillan, Londres.
- Carvalho AI 1996. Da saúde pública às políticas saudáveis – saúde e cidadania na pós-modernidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 1:104-121.
- Dörner D 1996. *The logic of failure*. Metropolitan Books, Nova York.
- Kim JY Millen JV Irwin A e Gershman J 2000. *Dying for growth. Global inequality and the health of the poor*. Common Courage Press, Monroe.
- Nunes E 1998. Saúde coletiva: história e paradigmas. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, 3:107-116.
- Paim JS & Almeida-Filho N 1999. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista de Saúde Pública* 32:299-316.
- Susser M & Susser E 1996. Choosing a future for epidemiology. Part I: Eras and paradigms. *American Journal of Public Health*, 86:668-673.

O autor responde

The author replies

Gastão Wagner de Sousa Campos

A construção de uma filosofia da prática em saúde

A pós-modernidade tem aspectos positivos e negativos; como tudo. Quase todas as metaexplicações entraram em crise; exceto a hegemônica (neoliberal) que ainda se apresenta com ares de discurso único. Um efeito positivo dos vários desmoronamentos que vêm ocorrendo foi o de abrir corações e mentes. Aceita-se com mais facilidade culturas, experiências e saberes distintos. Descobriu-se que todo fenômeno é complexo; todo conceito, polissêmico; e todo campo de saber, interdisciplinar. Muito bom, mas e daí? Nem a globalização, nem o fechamento fanático ao mundo, estes dois fenômenos simultâneos, têm fornecido elementos para caminhar-se adiante. Mais um paradoxo, entre outros, desse nosso tempo.

Adotei um método para lidar com esse fluxo maluco e contraditório de informações, com essa ciranda perversa de destruição de valores pensosamente construídos. Recuso tanto a passividade dos que aderem à onda (ao modo dominante de ser e de enxergar o mundo), quanto a paranóia dos que se fecham em dogmas e seitas. Ao contrário: não há como fugir ao contexto ou à história; então, procuro absorver a todas essas influências de forma analítica (ou crítica), praticando o modelo sugerido pelos modernistas brasileiros já nos idos de 1922: a antropofagia. Que venham o estrangeiro, o desconhecido, a novidade: abrir-se a tudo, porém, junto, analisar de modo crítico, assimilar parte e expelir o resto. Os mestres Oswald de Andrade e Mário de Andrade: cientistas, políticos, artistas, temos, todos, muito a aprender com eles. Um método dialético, um método para orientar a pesquisa, a política, a gestão, as práticas profissionais e a própria vida em geral. As operações de recusa e de assimilação crítica articuladas. Nova síntese a cada volta do processo: procedendo-se desta maneira o sujeito modifica-se – quem assimila algo de novo não é mais o mesmo – ; e muda também o significado atribuído ao objeto analisado, já que ao recusar-se parte dele, se lhe altera o sentido.

Contudo, não há como valer-se deste método analítico sem apoiar-se na tradição e na his-

tória. A análise do cotidiano, daquilo que se apresenta ao sujeito depende de conceitos, de métodos e de teorias previamente construídas, senão seria uma abertura ingênua ao mundo. Lembre-se da radical abertura de Heidegger ao fenômeno e ao outro, e de como ele quebrou a cara desvelando-se com imensa generosidade metodológica diante do nazismo! Por isto não joga o passado fora em nome de um futuro que ainda não ocorreu.

Há muito o que criticar e muito o que aprender com a tradição da saúde pública. Oswaldo Cruz, Mário Magalhães, Samuel Pessoa, Reinaldo Ramos Walter Leser e tantos outros, e tantas experiências. Sim, resgatá-las, não somente pelo saudosismo, Goulart!, mas porque têm ensinamentos. E a saúde coletiva, então? O que conservar e o que recusar? Com certeza, muita coisa. De qualquer forma, todo pensamento comprometido com algum tipo de prática (política, clínica, sanitária, profissional) está obrigado a reconstruir depois de desconstruir. E a saúde coletiva é um campo comprometido com a prática. Os achados científicos têm repercussão quase que imediata sobre os modos com que se lida com a saúde e com a doença. E vice-versa. Criticar, desconstruir, sim.; mas que sejam explicitadas as sínteses. Sempre há alguma síntese nova, senão seria a repetição do mesmo. Exposição reiterativa. Quando se desconstrói algo, coloca-se algo no lugar ainda que não de maneira explícita. E é este o jogo perverso da pós-modernidade: teóricos inventam que não há mais teorias – quando eles pensaram valendo-se de algum método, de alguma teoria, que ficaria então como o último e eterno exemplar da espécie. O anúncio do fim da história obedeceu a mesma lógica. Houve Freud e a psicanálise; houve Marx e o marxismo; e houve muito mais: houve um imenso progresso (esta é a palavra mesmo ainda que muitos a considerem *demonde* e politicamente ultrapassada) na elucidação do “real” e do mundo da vida. E não venham os pós-modernos fingir que não houve tudo isso e que já não se descobriu muitos pedaços de verdade. Uma coisa é reconhecer que não há verdade absoluta; e que nenhuma teoria ou que nenhum método dão conta de explicar, ou de desvelar, ou de compreender o real. Outra, supor que não há o real, ou que não há coeficientes de verdade, ou que toda verdade é relativa (parcial sim, com certeza), e que não adianta o esforço para se construir métodos de análise do mundo. Nenhuma teoria é oni-

explicativa. Sempre sobra algo, sempre há uma falha, aspectos ocultos, velados. Sempre sobra um pedaço do objeto que os sujeitos e teorias não conseguem explicar e muitas vezes sequer enxergar. Mas isso já está claramente descrito em vários autores modernos: está em Sartre, Merlau-Ponty, Lacan e em Gramsci, a quem, coitado, quase expulsaram do movimento comunista porque escreveu – com todas as letras – que nem o marxismo escapava dessa impotência relativa, dessa incapacidade de falar de todo o real, porque sempre haveria limitações ao conhecimento advindas do sujeito (seu contexto e sua história) e do método empregado.

Então, meus caros Paulo Elias, Botazzo, Eduardo de Carvalho, Soraya e Goulart, primeiro, obrigado pelo carinho e respeito com que me acolheram. Refletir sobre o que vocês escreveram ajudou-me bastante. Mas continuemos com o debate. Sim, de fato, para repensar a saúde coletiva, apoiei-me na tradição, nos clássicos e em descobertas empíricas, mas não fiquei parado nelas. Reconstruí conceitos e a relação entre eles (e o que seria um método ou uma teoria senão uma trama de conceitos, suas relações e o modo de aplicá-los à realidade?); e, com certeza, vocês perceberam, alterei o sentido de alguns conceitos clássicos e tentei aplicá-los à saúde coletiva. Vocês me cobram, com razão, maior fundamentação para as piruetas que pratiquei. Parte disto está em minha recente tese de livre-docência *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. Um trabalho centrado em três idéias clássicas que procurei recompor: a de valor de uso; de constituição do sujeito; e de democracia em instituições. Trabalhei a hipótese de que durante os processos de produção de bens ou serviços (com um certo valor de uso) ocorre, de modo simultâneo, a co-produção de sujeitos e de instituições. E que, assim sendo, porque não se montar sistemas de gestão objetivando tanto a produção de bens e serviços, quanto dos sujeitos e dos coletivos organizados para a produção?

Paulo Elias argüiu-me sobre o sentido com que empreguei a categoria valor de uso. Sim, Marx valeu-se dela para analisar a mercadoria, suas duas faces: um valor de troca, outro de uso. Bem, não encontrei em Marx qualquer restrição ao seu emprego em outros objetos. O resultado do trabalho em sistemas públicos, ainda que dentro de uma formação capitalista, o SUS por exemplo, que faces teria? Qual o interesse em produzir bens ou serviços em sistemas públicos? Bem, Paulo, penso que os ser-

viços que produzimos – consultas, assistência, cuidado, aulas, pesquisas, programas etc. – não podem ser caracterizados como mercadoria. No entanto, eles existem e existem porque têm uma dupla face: por um lado, um valor de uso (capacidade potencial de atender a necessidades sociais); por outro, têm função de controle social. Este duplo caráter explica a produção de bens e serviços em serviços públicos. Neste sentido, a categoria analítica valor de uso tem grande valor de uso em investigação, em política e em gestão. A pergunta – os bens ou serviços têm valor de uso? – é uma questão com grande potencial analítico. Toda mercadoria ou todo produto resultante dos sistemas públicos têm um certo valor de uso; ou seja, têm a potencialidade de atender a alguma necessidade social. São os interesses corporativos e econômicos (de mercado) que generalizaram uma manobra ideológica que procuram equivar o valor de uso, de um bem ou serviço, com necessidades sociais. Então se diz: “consulta médica ou coca-cola são necessidades sociais”; quando na verdade são bens que têm uma capacidade potencial (um certo valor de uso) de atender a desejos e a necessidades sociais: de não morrer, de se curar, de matar a sede de modo prazeroso. O valor de uso de um serviço ou de um bem é socialmente produzido. É co-produzido, portanto. Eu não escrevi, Paulo, que somente os trabalhadores de saúde iriam definir necessidades. Ao contrário, necessidade e valores de uso são constituídos por uma luta de influência entre saberes, interesses econômicos, interesses e necessidades da população, a prática política e profissional, a mídia. É com toda esta multiplicidade de determinantes que se constroem valores de uso e necessidades sociais. Não estou negando a determinação social, estou apenas questionando sua dominância em toda e qualquer situação. Co-produção, todo o tempo. Ao contrário de certa tradição, sempre reconheci que necessidades de saúde resultam tanto da oferta de serviços, quanto da demanda, da pressão social e das lutas políticas por direitos. A demanda reflete tanto o discurso hegemônico imposto pelas máquinas sociais, quanto o desejo e interesse das pessoas de não morrerem, de sofrerem menos, de mitigarem a sede de modo prazeroso e lúdico etc. O *marketing* já descobriu isso há muito tempo. Sugiro também que o valor de uso da saúde coletiva está na defesa da vida das pessoas, e que sua especificidade nuclear é fazê-lo quando há doença ou

o risco de adoecer-se. E que as equipes, bem como o sistema público de saúde, também influenciam as resultantes desse jogo. Por que não fazê-lo, então, de forma deliberada e segundo o interesse público? E, de fato, isso não está assim expresso em Marx, ou em outros autores que lhe sucederam, estou reconstruindo conceitos, com certeza.

Goulart ironizou minha sugestão de que a saúde coletiva contribua para a constituição do sujeito. Pois bem, considero que a gestão e as práticas profissionais têm capacidade de modificar o sujeito e os padrões dominantes de subjetividade. Têm um potencial pedagógico e terapêutico, portanto. Seja para criar dependência e impotência; ou seja para co-produzir autonomia, ampliando a capacidade de análise e de co-gestão dos sujeitos. Este é um tema atual: tomemos o caso da adesão aos tratamentos de tuberculose ou AIDS. A ênfase no tratamento supervisionado não indicaria, por parte do discurso sanitário, uma tendência para infantilizar as pessoas? Por que não se investir, durante o tratamento supervisionado, na reconstrução da cidadania e subjetividade destes pacientes com dificuldade de defender a própria vida? São duas posturas diferentes, que produzem modos de intervenção diferentes. Seria possível alterar a função controle social, inerente à gestão e às práticas profissionais, modificando-a para uma função paidéia? Paidéia é uma noção grega e indica a formação integral do ser humano. A sugestão: reorientar as práticas de saúde pública voltando-as para ampliar a capacidade de análise e de co-gestão dos sujeitos. Capacidade para se lidar com as limitações impostas pelo contexto e com as nossas próprias. Uma prática construtiva, processual, e que procure, na medida do possível, facilitar que os sujeitos reconheçam e expressem seus interesses e desejos, para em seguida recompô-los segundo o interesse e necessidades de outros, segundo o contexto e segundo as imposições institucionais. A saúde pública tem um componente normativo, legal; ela impõe limites e constrangimento em função da saúde do público. E não há como alterar isto. O que se pode é, de maneira articulada, desenvolver-se ações que envolvam tanto o saber e as prioridades definidas pelos técnicos e pela lei, quanto também assegurem algum espaço para que as pessoas possam recompô-las. E isto não é tarefa sobre-humana, para algum super-homem. Eles produzem dependência: os outros são coitados e super-

homem um herói. Nem para São Francisco: ele produz conformismo, apatia; ele é santo e os outros coitados, dependentes de sua caridade. Co-produzir sujeitos, com capacidade de análise e de co-gestão de suas próprias vidas e das instituições, é coisa para os humanos. Todo dia, toda hora, fazemos isto; alguma coisa entre a constituição de pessoas dependentes ou autônomas. A clínica, a saúde pública, a gestão produzem modos de ser. É uma constatação, Goulart. É isso, simples. Mudar o cotidiano e perguntar-se: os alunos, pacientes e comunidades, com quem trabalhamos, estão ganhando ou não em capacidade de análise e de co-gestão? Pode-se trabalhar nesse sentido desde ontem, em um campo de concentração, ou em consultório, ou seja lá em que *setting* se esteja operando.

Eduardo de Carvalho questionou-me sobre o papel do Estado. Respondo-lhe com o tema da democracia institucional. Não nego a importância do Estado no financiamento e regulamentação legislativa da saúde coletiva. O Estado é a instituição das instituições. Somente argumento sobre as formas de democratizá-lo. Ampliar o poder da sociedade civil e das equipes de saúde, sem privatizar: co-gestão do Estado; co-gestão da saúde coletiva; e não autogestão do Governo ou do dos trabalhadores.

Carlos Botazzo, adorei o jogo que você fez com o título dos meus romances, obrigado. Sobre o núcleo: sim, você tem razão, é um conceito reativo ao modismo da transdisciplinaridade e à idéia, por exemplo, de que haveria uma inteligência coletiva que apagaria as profissões, as especialidades, etc. Há uma tendência salutar em diminuir as diferenças de saber e de poder entre profissionais de saúde e usuários. Ótimo. Contudo, enquanto houver necessidade de trabalhadores cuidando profissionalmente de outros, a esta diferença proponho denominar-se núcleo. A saúde coletiva é interdisciplinar, certo. Mas não é igual que a

sociologia, ou sequer é apenas ciências humanas. Às características que distingam a saúde coletiva da sociologia, ou da medicina, a isto denomino Núcleo. É útil, tem seu valor de uso.

Soraya Belisário pegou-me pelo lado histórico. E como ser dialético sem apoiar-se na história? No meu artigo faltou a análise histórica que ela faz sobre a profissão do sanitarista que, no Brasil, começou médica e depois se ampliou, e se ampliou tanto que ficou meio sem identidade, em crise, fragmentando-se em múltiplas sub-especialidades. Em seu mestrado ela realizou uma investigação instigante sobre o tema. Maurício Barreto apresentou-nos uma síntese realista do contexto atual da saúde coletiva com o qual concordo em linhas gerais, exceto quanto à pergunta, que ele não fez, mas que me inquieta: o contexto é este, certo, porém seria possível modificá-lo ou deveríamos realisticamente adaptar-nos a ele? Nesse sentido, em campos como o da política, ou o da própria saúde coletiva, ou o da medicina, quão legítimo seria separar o movimento e a ciência? Alguma diferença e autonomia existe entre o saber e a prática, com certeza, o tema do núcleo de um e de outro: o compromisso imediato com a atenção, de um lado; e o direito de refletir com certa imunidade às pressões do cotidiano, pelo lado da ciência. Contudo, ainda quando ocorra, na realidade, este afastamento, isto não dependeria também de intervenções com um sentido deliberado? Outros sentidos para esta relação não poderiam ser construídos? Entre a humildade passiva e a arrogância voluntarista diante do instituído há milhares de possibilidades. Sugeri-las não seria uma tarefa da ciência? Quanto à ciência, não me sinto autorizado a responder. Agora, para qualquer filosofia da prática, o tema da intervenção, com certeza, é um elemento capital.

Obrigado, editores e debatedores, aprendi muito entre o pedido para preparar o artigo, o estudo, o exame atento dos comentários e a elaboração desta resposta. Valeu!