

Série Clássicos da Saúde Coletiva

Ricardo Bruno Mendes Gonçalves

Saúde, Sociedade e História

Organizadores
José Ricardo Ayres
Liliana Santos

Colaboradores:

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

editora



rede.unida



HUCITEC
EDITORA

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 Antônio Ferla – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Àngel Martínez-Hernández – Universitat Rovira i Virgili, Espanha

Angelo Steffani – Universidade de Bolonha, Itália

Ardigó Martino – Universidade de Bolonha, Itália

Berta Paz Lorido – 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

João Henrique Lara do Amaral – Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Júlio César 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 Bôer 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

Márcia 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 Staevie 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

Túlio Batista Franco – Universidade Federal Fluminense, Brasil

Vanderléia Laodete Pulga – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

Vera Lucia Kodjaoglanian – Fundação Oswaldo Cruz/Pantanal, Brasil

Vera Rocha – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

Série Clássicos da Saúde Coletiva

Ricardo Bruno Mendes Gonçalves

José Ricardo Ayres

Liliana Santos

Organizadores

Saúde, Sociedade e História

1ª Edição

Porto Alegre/RS, 2016

Rede UNIDA

Comissão Executiva Editorial

Janaina Matheus Collar
João Becon de Almeida Neto

Projeto gráfica Capa e Miolo

Editora Rede UNIDA

Colaboradores:

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

Diagramação

Luciane de Almeida Collar

Arte da Capa

Imagem: Angelus Novus. Paul Klee, 1920

Acervo José Ricardo

Revisão

Denise Maria de Almeida

Copyright © 2016 by
José Ricardo Ayres e
Liliana Santos.

APRESENTAÇÃO

*José Ricardo Ayres
Liliana Santos*

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



DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO-CIP

Espaço para Ficha Catalográfica

Bibliotecária responsável:

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Brasileira Rede UNIDA
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre – RS Fone: (51) 3391-1252
www.redeunida.org.br

sua ampla 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.

Neste ano, em que celebramos o 70º 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 ação em um momento em que a Reforma Sanitária brasileira passa por um balanço crítico e atravessa um cenário de grandes desafios políticos.

Muitos foram os temas trabalhados por Ricardo, seguindo a trilha aberta por uma valorosa 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. Desconstruir a naturalização das práticas de saúde, convidando-nos ao estranhamento de seus dogmas conservadores e opressores, e apontar a socialidade e historicidade consubstanciadas nas tecnologias que maneja-

mos em nossos ofícios cotidianos, incitando-nos a explorar seus potenciais emancipatórios, em quaisquer escalas em que se apresentem, talvez possamos resumir assim a contribuição particular de Ricardo Bruno a essa tradição acadêmica. 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, o 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 profunda 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 inúmeros e preciosos 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 inúmeros pesquisadores dentro e fora do Brasil. Com base neste quadro, têm

sido explorados, 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 as 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, e seus alcances e articulações técnicas e política; 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 20 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. E 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 Ri-

cardo, desde suas diferentes perspectivas teóricas e diversos nichos de atuação prática.

Com exceção dos organizadores, discípulos diretos e indiretos de Ricardo, que se encarregam aqui muito mais de testemunhar a história de efeitos de seu trabalho que debatê-lo, os demais participantes foram convidados à tarefa nada simples de tomar para exame crítico esse trabalho, 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 problematizando com e para além das suas proposições alguns dos grandes temas tratados por Ricardo, esses grandes e queridos professores e colegas, 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 nutria grande respeito 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 Ricardo Bruno já devem estar com a curiosidade aguçada. Os que já conhecem esse pensamento, certamente estarão também impa-

cientes para visitar esse autor, sempre boa companhia – embora nem sempre fácil de acompanhar – 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 a 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, intocado por pensamentos.
Celan P. Atemkristall. Apud Gadamer HG. Quem sou eu, quem és tu? Rio de Janeiro: EDUERJ, 2005.

SUMÁRIO

PREFÁCIO	15
<i>Naomar de Almeida Filho</i>	
1. RICARDO BRUNO: História, processos sociais e práticas de saúde.....	55
<i>José Ricardo de C. M. Ayres</i>	
2. MEDICINA E HISTÓRIA: Raízes sociais do trabalho médico (1979).....	87
3. TEXTO E CONTEXTO: A Prática médica como trabalho - a narrativa de RB Mendes Gonçalves	185
<i>Everardo Duarte Nunes</i>	
4. REFLEXÃO SOBRE A ARTICULAÇÃO ENTRE A INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E A PRÁTICA MÉDICA A PROPÓSITO DAS DOENÇAS CRÔNICAS DEGENERATIVAS (1984)	207

5. REFLEXÃO A PROPÓSITO DO TEXTO DE RICARDO BRUNO MENDES GONÇALVES: 30 anos depois301

Dina Czeresnia

6. PRÁTICAS DE SAÚDE E TECNOLOGIA: Contribuição para a reflexão teórica (1988).....317

7. A TECNOLOGIA NO PENSAMENTO DE RICARDO BRUNO MENDES GONÇALVES.....419

Líliã Blima Schraiber

8. TRABALHO EM SAÚDE E PESQUISA: Reflexão a propósito das possibilidades e limites da prática de enfermagem (1988)

9. CONTRIBUIÇÕES DE RICARDO BRUNO PARA COMPREENDER A PRÁTICA E A PESQUISA EM ENFERMAGEM

Semiramis Melani de Melo Rocha e Regina Aparecida Garcia de Lima

10. PRÁTICAS DE SAÚDE: Processos de trabalho e necessidades (1992)

11. DA TEORIA DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE AOS MODELOS DE ATENÇÃO

Jairnilson da Silva Paim

12. SERES HUMANOS E PRÁTICAS DE SAÚDE: Comentários sobre “razão e planejamento” (1995)

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 Fontes de Souza Teixeira

14. PRÁTICAS DE SAÚDE E FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS: Os desafios contemporâneos e as contribuições da obra de Ricardo Bruno

Liliana Santos e Isabela Cardoso de Matos Pinto

**SOBRE OS ORGANIZADORES
SOBRE OS COLABORADORES**

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 ar-

gumentar 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 cumplidades, 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.101)

O saber epidemiológico é uma extensão do saber clínico; a prática epidemiologicamente instrumentalizada é uma extensão da prática clínica. (p.103-4)

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.281)

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, p.7-8)

Essas considerações iniciais me colocam numa situação difícil frente à 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 súpula 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. Finalmen-

te, o termo ‘rigor’ indica integridade intelectual de um autor, plena fidelidade frente a 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 natu-

reza 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.48).

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. 125). 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.52).

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.109).

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, sequer pode ser concebido, fora de suas relações com a rica complexidade do mundo. Por isso, rigorosamente falando, não é “natural” pois tem que ser delimitado e separado do todo para entrar no processo de trabalho; “vem a ser um objeto somen-

te quando um sujeito o delimita e desprende” da realidade donde se origina e do contexto onde se insere (p.221).

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” (IDEM). 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 às custas de sua metabolização da natureza, ambos tornar-se-ão históricos” (p.?). Porém, a transformação do ser humano encontra limites também nas possibilidades de produzir para si novos “objetos naturais”, apesar da 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, “colo-

ca sob suspeição não a ciência da Patologia, mas a ideologia que a usa, distorcendo-a, como justificação.” (p.158-9).

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.156). 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.222). 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 funda-

mental na “coisa em si”, enquanto ente dotado de legalidade própria em “esferas autônomas de realidade”, incluindo a esfera do labor científico (p.140). 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 (IDEM).

Nesse peculiar percurso teórico, Ricardo Bruno desenvolve uma abordagem crítica das tecnologias na formação social capitalista, refutando perspectivas essencialistas que consideram os objetos ditos tecnológico como “coisas em si”, aos quais se pode atribuir “uma realidade dotada em si mesma de sentido essencial” (p.324). 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 (p.130-1).

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.149); mais tarde, reconhece “o trabalho como categoria fundamental da essência humana” (p.367). Enfim, de muitas maneiras, Ricardo destaca o trabalho (ou a produção) e a história (da luta de classes) como elementos centrais, presen-

tes 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.367).

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” (p.22-24). O conceito evidencia relações permanentemente revistas e revalidadas entre os produtores da ciência e os objetos de sua prática (p.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) intersubjetivamente definida no real e, portanto, articuladora de um objeto de conhecimento original (p.166). 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.27).

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.287). 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, socio-histo-

ricamente 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.287).

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 disponhamos 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.307). 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 nor-

mativa. 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 (IDEM).

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. ?). 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 (p. IDEM).

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 frente ao 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 corresponden-

tes 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.247).

Para estruturar com rigor e precisão uma epistemologia subsidiária de 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 colo-

cada 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 peculiar da prática, dada por sua condição de trabalho humano imbricado em uma estrutura social e pela natureza particularizada de seu objeto” (p. ?).

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.148) 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.?). Como estratégia metodológica, propõe-se a revelar os aspectos fundamentais das ciências (no plural) como práxis histórica e, ao fazê-lo, busca delimitar a di-

mensão 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 (p.183-4).

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 pragmática, 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.103).

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.200). 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.228). 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 radical, 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.198).

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 (p.149-30). 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 na sua totalidade” (p. ?), 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. 192).

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. ?).

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 como “frequentemente impotente para tematizar e trabalhar aspectos do real que se impõem como relevantes” (p.114).

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. ?). 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.308). 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. ?).

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 (p.129).

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 anti-essencialista, 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 socio-antropológicos dos lugares e olhares da ciência (LATOURET, 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.

_____. **A Clínica e a Epidemiologia**. 2. 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. **Teoria de las necesidades en Marx**. Barcelona: Península, 1998.

LATOURET, 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: Editorial EUDEBA, 1993.

1. RICARDO BRUNO: História, processos sociais e práticas de saúde¹

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 His-

¹ Texto originalmente publicado como Ayres, J. R. C. M. Ricardo Bruno: história, processos sociais e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n.3, p.905-912, 2015.

tória”, redigidas 20 anos depois. (BENJAMIN, 1987, p.222-232) 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.

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 frente à 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 vi-

sível 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 mandatário 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 ali difundidos. Espero que essas escolhas não enviessem demasiadamente a leitura de sua obra, empobrecendo a compreensão do seu sentido ge-

ral, 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 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 seu mestrado em 1979, publicado em livro alguns anos depois, e em 1986 seu 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, junto à Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). Conduziu regularmente grupos de estudo com a Es-

cola 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 junto ao Curso de Aperfeiçoamento e Desenvolvimento de Recursos Humanos (CADRHU), elaborado em 1987 a partir de parceria entre a Organização Pan-americana de Saúde, o Ministério da Saúde e diversas instituições acadêmicas, e ao Centro de Formação de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (CEFOP), 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 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 desta produção encon-

tra-se no Quadro 1. Sua influência foi, não obstante, muito expressiva e se faz sentir até hoje, com seus trabalhos sendo ainda citados quase 20 anos após sua morte. Partindo da consubstancialidade tecno-social 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).

(continuação)

1979. Enfoques alternativos para ações integradas de saúde em medicina de primeira linha – simplificação e participação (Mimeo).40 p.

1979. Mendes-Gonçalves, R. B. Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico. São Paulo [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Medicina da USP], 209 p.

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 p.

(continuação)

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: ABRASCO, PEC/ENSP, p. 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 p.

1986. Pellegrini FO., A. et al. Pesquisa em Saúde Coletiva. Estudos de Saúde Coletiva 4: 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 p.

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 Sanitarista, p. 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: 41-52.

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

(continuação)

1988. Mendes-Gonçalves, R. B. Práticas de saúde e tecnologia: contribuição para a reflexão teórica. Brasília: Organização Panamericana de Saúde (Série Desenvolvimento de Sistemas de Saúde No. 6), 68 p.

1988. Mendes-Gonçalves, R. B. Processo de trabalho em saúde. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva (Texto de apoio ao CADRHU). [mimeo] 22 p.

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, p. 27-39.

1989. Mendes-Gonçalves, R. B. Prefácio. In: Almeida Fo., 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. 1(1): 34-43.

(continuação)

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, p. 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, p. 37-63 (também editado em Espaço para a Saúde 1(1), em 1989). 1991. Mendes-Gonçalves, R. B. A saúde no Brasil: algumas características do processo histórico nos anos 80. São Paulo Em Perspectiva. 5(1):99-106.

1991. Mendes-Gonçalves, R. B. O processo tecnológico do trabalho em saúde. Divulgação em Saúde para Debate. 4:97-102 1991. Marsiglia, R. G.; Mendes-Gonçalves, R. B.; Carvalho, E. A. A produção do conhecimento e das práticas. Terapia Ocupacional. 2(2/3): 114-126.

1992. Mendes-Gonçalves, R. B. Cecília Donnangelo hoje. Saúde e sociedade 1(1):3-5.

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

(continuação)

1992. Mendes-Gonçalves, R. B. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: CEFOR (Cadernos CEFOR – Textos 1), 53 p. (versão ampliada do texto de apoio produzido para o CADHRU em 1988).

1994. Mendes-Gonçalves, R. B. “O médico e seu trabalho: limites da liberdade, (Resenha). História, Ciências, Saúde – Manguinhos. 1(1):176-177.

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 28(1): 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 p.

1995. Mendes-Gonçalves, R. B. Prefácio. In: Ayres, J. R. C. M. Epidemiologia e emancipação. São Paulo: HUCITEC, 1995, p. 13- 20.

1995. Mendes-Gonçalves, R. B. Epidemiologia e emancipação (Resenha). História, Ciências, Saúde - Manguinhos, 2(2): 138-141. (reprodução parcial do Prefácio a Epidemiologia e Emancipação).

(conclusão)

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, p. 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, p. 29-47.

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 sobre o 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 consubstanciada 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 se desenvolvendo no contexto da RSB. Na trilha destes 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 um 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 lhe 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 – inclusive 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, uma 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 frente às 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 colocado 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 um mero “intelectual orgânico da burguesia” ou a Medicina a uma construção ideológica estritamente voltada ao controle da força de traba-

lho 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 Lucién 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 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. Apostar em uma compreensão cientificamente sólida e politicamente consciente destas 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 um 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 BARNSELY PESSOA, 2010; CZERESNIA, 1996; MENDES-GONÇALVES, 1986;

SCHRAIBER; NEMES; MENDES-GONÇALVES, 1996; NEMES, 1996; AYRES, 1995; BARISON, 1995; TEIXEIRA, 1993; SCHRAIBER, 1990; 1993; DALMASO, 1991; GALLO, 1991; MENDES-GONÇALVES, 1986)

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 amadurecido a ponto de configurar uma Teoria do Processo de Trabalho em Saúde. (MENDES-GONÇALVES, 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 obstaculizar 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 um 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 sobre elas, 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 em que se foi aplicando, criticando e desenvolvendo a Teoria do Processo de Trabalho em Saúde, e à medida em 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, 1992; 1988)

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 uma 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 auto-crítica 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 so-

ciais – 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 reconstrutivas 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 nestas 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 um 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 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:

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. (MENDES-GONÇALVES, 1995b, p.14)

Referências

AROUCA, A.S.S. **O dilema preventivista:** Contribuição para a compreensão e a crítica da Medicina Preventiva. 1975. Tese (Doutorado em Medicina) - Faculdade de Medicina, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1975.

AYRES, J.R.C.M. **Ação comunicativa e conhecimento científico em epidemiologia:** Origens e significados do conceito de risco. 1995. Tese (Doutorado em Medicina) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.

AYRES, J.R.C.M.; MOTA, A. Medicina Preventiva. In: MOTA, A.; MARINHO, M.G.S.M.C. (Org.). **Departamentos da Universidade de São Paulo:** Memórias e Histórias. São Paulo: CD.G Casa de Soluções e Editora, 2012. p.124-137.

BARISON, E.M. **Processo saúde-doença e causalidade.** Uma arqueologia das relações entre a clínica e a saúde-pública. 1995. Tese (Doutorado em Medicina) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.

BENJAMIN, W. Teses sobre o conceito de história. In: _____. **Obras escolhidas I**. Magia e Técnica, Arte e Política. São Paulo: Brasiliense, 1987. p.222-232.

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 jan. 2015.

CZERESNIA, D. **Do contágio à transmissão**. Ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico. 1996. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 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. 1991. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1991.

DONNANGELO, M.C.F.; PEREIRA, L. **Saúde e sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

GALLO, E. **Razão e planejamento**: Reflexões sobre Política, Estratégia e Liberdade. 1991. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 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.

_____. **Medicina e história**. Raíces sociais do trabalho médico. 1979. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1979.

_____. **Práticas de saúde**: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: CEFOR, 1992. (Cadernos CEFOR – Textos 1).

_____. Prefácio. In: AYRES, J.R.C.M. (Org.) **Epidemiologia e emancipação**. São Paulo: Hucitec, 1995a. p.13-20.

_____. **Processo de trabalho em saúde**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1988 (mimeo).

_____. 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. p.13-31.

_____. **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.

_____. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**. Características tecnológicas do processo de trabalho da rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo. 1986. Tese (Doutorado em Medicina) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1986.

NEMES, M.I.B. **Avaliação do trabalho programático na atenção primária à saúde**. 1996. Tese (Doutorado em Medicina) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

NUNES, E.D. (Org.) **Medicina Social**. Aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Ed. Global, 1983.

SCHRAIBER, L.B. **Medicina liberal e incorporação de tecnologia**. As transformações históricas na autonomia profissional dos médicos em São Paulo. 1993. Tese (Doutorado em Medicina) - 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. p.29-47.

SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. (Org.). **Saúde do adulto**. Programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec, 1996.

TEIXEIRA, R.R. **Epidemia e Cultura: AIDS e Mundo Securitário**. 1993. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1993.



2. MEDICINA E HISTÓRIA: Raízes sociais do trabalho médico¹

A. A prática médica como trabalho

“A articulação da medicina com as demais práticas sociais constitui o ponto estratégico do qual melhor se pode aprender o seu caráter histórico.” (DONANNGELO; 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.

¹ Excertos do texto originalmente publicado como Mendes-Gonçalves, R. B. **Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico**. São Paulo, 1979 [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Medicina da USP] (p.11-86), e reeditado como Mendes-Gonçalves, R. B. **Medicina e história: raíces sociales del trabajo médico**. México D.F.: Siglo XXI Editores, 1984.

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 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 satis-

fação de necessidades 'materiais' e 'não-materiais' historicamente moldadas e produzidas [...]. (PEREIRA, 1965, p.31-32)

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 re-

lação 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 ante-presença 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. (GIANOTTI, 1973, p.27-28)

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 Gianotti (1973, p.28) que se encontra a explicitação desta ideia:

Mas a ideia (o projeto que preside o trabalho) [...] é tão somente carência, impulso de obter algo de que o organismo necessita. É de notar que o carência 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 insi-

ram 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; mal sucedida, 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”, na medida em que seu produto é um carecimento 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, p.64-65) 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 “contrainte” – 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 motiva², discrimina 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. (GIANOTTI, 1973, p.20-21) 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 a potenciá-la. (GIANOTTI, 1973, p.20-21) O instrumento, por sua vez, representa “o ponto de encontro da finalidade

² É conveniente ressaltar que não se trata de uma motivação de caráter psicológico, conforme já 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 do natural, mas efetiva do natural, concomitantemente, seu fim, que é conhecido por ele e que determina o modo e a maneira de seu fazer com 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, p.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).

do trabalho e do determinismo da natureza, o lugar de sua determinação recíproca” (GIANOTTI, 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. Isto 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 inclusive 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 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? (GIANOTTI, 1973, p.20-21)

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 em pelo menos em 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” variem³, em relativo contraste com os trabalhos que

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)

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 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 esta 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 sob a 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 metodológica, crítica e experimentalmente armada” (CANGUILHEM, 1971, p.176) e:

[...] por referência ao médico que a prática 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.1976)⁴

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

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.

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. Isto 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

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)

são 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 extremada deste fato, pelo menos no jargão técnico utilizado no Brasil, 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 patolo-

gia, 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, p.64-65) 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 a recobrir e explicar

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 anátomo-fisiológico se equivoca, 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 esse converte 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 previa, 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, p.60-61)

“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 retomar 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, p.86-87)

A norma científica tem sempre que se curvar diante da norma “vital”. Uma limitação motora de carácter 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 arti-

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.

culações 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.

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 carácter 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 anátomo-fisiológico. 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 determina-

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

ções 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 anátomo-fisiológico, 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 anátomo-fisiológico 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 man-

tê-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 inúmeras 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 toma-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 anátomo-fisiológico natural ganhasse por sua existência acidental neste ou naquele tipo de sociedade, – observação que remete a um tema já tratado sob 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 em 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. (DONNAN-GELO; PEREIRA, 1976, p.25-26)

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 que 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 dirige 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. Esta 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 anátomo-fisiológicas, 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 anátomo-fisiológica” que não expressam mais do que a gravidade da transgressão das normas conforme o julgamento que se dá no próprio ser humano que as instituirá. 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 deste 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 em possibilidades diferenciadas de realização por parte 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 posse⁸. 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 analisada fora dessas relações constituindo-se, portanto em

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)

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.

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

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)

também, portanto, a ideia de relações de produção, e, por via dessas últimas, o político-ideológico, articulando-se (não “sobrepondo-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, p.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 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 aquela 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 refe-

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

rentes à situação da força de trabalho na estrutura produtiva, à sua determinação estrutural de classe¹¹, sobredeterminam as estruturas de normatividade que se referem ao caráter útil específico da força de trabalho. (POULANTZAS, 1975, p.14) Desta 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, daqueles assalariados de grandes indústrias, pois o significado das estruturas de normatividade referentes às classes sociais só pode ser apreendido no mesmo

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)

espaço dessas, e este é o espaço da sociedade, não o do indivíduo¹².

A medicina, ao apreender estas 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 esta 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 seu curso se

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, p.17-18)

abrevie e não sofra intercorrências, condições que se obtém 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 dispender 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 que-

rer 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 instauradas¹³, 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

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 a aquela que institui normas. No pleno sentido da palavra, normativo é aquele que institui normas.” (CANGUILHEM, 1971, p.92)

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 especificidade de seu objeto. Uma orien-

tação 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, p.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 supra estrutura os materiais que lhe são trazidos pelas diversas classes que atende.

¹⁴ Especialmente capítulos II e V.

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.

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. Desta 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, desen-

volvimento 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 supra estruturais estão amplamente fundamentadas na sua legitimação como técnica potencialmente dotada da capacidade de resolver todos os problemas referentes ao estado de saúde do homem¹⁵, significa nada menos do que desampara-la de sua talvez mais sólida base de sustentação. Significa questioná-la pelo lado em

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)

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 um 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 supra-estruturas, redutíveis integralmente – 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 ten-

tar 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 em 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

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 da fadiga humana, 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).

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 obscurecimento 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 representa na elaboração de suas supra-estruturas. Todavia, apesar de ancorada na prática, a ciência guarda em relação às determinações que daí lhe advém 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 reveste¹⁷.

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).

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 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 se distingue 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 ou-

tras um conceito qualquer sem proceder às devidas mediações. Ilustrando com um exemplo tomado de Arouca (1975, p.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 se torna 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 instau-

ração 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 em 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* GIANOTTI, 1973, p.21) Essa coisa apropriada como instrumento revela-se, assim como o objeto, uma coisa humanizada:

[...] Ao transformar o 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 isolados da natureza para que uma denominação 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. (GIANOTTI, 1973, p.21-22)

O trabalho médico se apropria 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 potencializam 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 domi-

nar 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 a constituírem um só instrumento, sempre que se trata do trabalho médico, não do trabalho de inves-

tigação 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 necessária 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

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.

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 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 frente à 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, p.23-24)

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, à 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 e 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 *polis* e aqueles 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 face à

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 se adequar 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 homem¹⁹, 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 naturae*”), de-

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)

envolvendo uma posição solidária com o doente face a 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 também reduzir uma luxação acidental, provocada pela prática esportiva nos ginásios. A ‘cura pelos medicamentos’ estava assim associada à ‘cura pela mão’. (NOGUEIRA, 1977, p.65-66)

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, p.40-48), 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 representa-

ções 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 termos de desenvolvimento técnico. E é importante notar, para evitar uma 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 aonde 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 este 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 se dava na direção do aperfeiçoamento de materiais de manipulação direta, desvinculado da-

queles 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, tal como era ensinado nas faculdades era a garantia de uma posição privilegiada na divisão social do trabalho), de outro, de natureza conceitualmente simplificada de seu objeto; como consequência o desenvolvimento dos meios de trabalho refere-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 capitalismo mercantilista. Tanto a medicina interna se reorienta 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 “fundam 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, p.37, 67-68)

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 guardem 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 mode-

lo 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 mesmo²⁰, no que o homem se distingue das

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

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 as relações entre conhecimento e práticas ocupem em seu trabalho uma 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

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 indícios 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)

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.

Contra-pondo, 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

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)

da doença²² viabilizada pela anatomia patológica²³:

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

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 de 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 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.” Idem, p.177.

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 anátomo-clínico. 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, 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

nica 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 anátomo-patológicas: 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, p.185-186, 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 doen-

ça 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 auto-curação 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 17 medicamentos contra os ardores do amor, a maio-

ria tirados das receitas vegetais tradicionais; mas o 15º 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 mágia 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 estabe-

lecem e reproduzem. Neste sentido, o instrumento de trabalho serve à prática médica antes de mais nada como meio de adequá-la às suas funções infra-estruturais e supra-estruturais, 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 se dirigia 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 acima²⁴, os agentes diretos da produção estabelecem relações de propriedade econômica e de posse com os instrumentos e objetos de trabalho, relações essas que podem variar²⁵, 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-trabalhados.

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.”

res (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 ter 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 apontada²⁶.

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, aquela compreendida pelos “físicos”, correspondia com maior ênfase a função supra-estrutural de “propagação” e “dinamização ideológica para toda a so-

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

cidade”, 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) A esse significado “externo” corresponde o desenvolvimento de uma “patologia” em que a enfermidade tem necessariamente uma concepção ontológica²⁷, 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

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, p.43,74).

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.

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.

²⁸ Cf. Nota anterior do Editor => Mantemos?

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. 1975. Tese (Doutorado em Medicina) - Faculdade de Medicina, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1975.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 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. p.290-291.

DONNANGELO, M.C.F.; PERERA, L. **Saúde e sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

FOUCAULT, M. **História da loucura**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1978.

_____. **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. p.11-34.

GIANOTTI, J.A. **O ardil do trabalho**. São Paulo: Estudos CEBRAP 04, 1973.

GRAMSCI, A. **Antologia**. Madrid: 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, p.VII-XXX.

MARX, K. Introduction générale à la critique de l'économie politique. In: Marx, K. **Oeuvres – Économie I**. Paris: Galimard, 1965, p.235-266.

MARX, K. **O capital**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1968. T. 1, v. 1.

NAVARRO, V. Allende's Chile: a Case Study in the Breaking with Underdevelopment. In: _____. **Medicine under capitalism**. New York: PRODIST, 1976, p.33-66.

NOGUEIRA, R.P. **Medicina interna e cirurgia: a formação social da prática médica.** Rio de Janeiro, 1977. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1977.

PEREIRA, L. **Trabalho e desenvolvimento no Brasil.** São Paulo: Difusão Europeia do Livro, 1965, p.31-32.

POULANTZAS, N. **As classes sociais no capitalismo de hoje.** São Paulo: 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: BERINGUER, G. **Medicina y sociedad.** Barcelona: Editorial Fontanella, 1972.

3. 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 Maria Cecília Ferro Donnangelo, 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.

1. 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, p.10-11) 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: história e medicina 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. (CANGUILHEM, 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, p.22-24) 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 francês

[...] 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 conferência feita por Henry E. Sigerist (1891-1957), em 1933, sobre *A profissão de médico através das idades*, sendo que 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 an-

tropológica” 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 ‘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, juntamente 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, p.59-60)

Para Ricardo Bruno a historicidade da prática médica, nesta dissertação, será a dos agentes dessa prática, especificamente no âmbito da produção capitalista, partido 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’ (GIANOTTI, 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, p.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 por parte 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.

2. O contexto

Ao iniciar a contextualização pelos acontecimentos mais próximos à época de defesa da dissertação, lembro que exatamente 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 o 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. No período de 1976-79 foram defendidas 13 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 se adensar nos anos seguintes, participe de uma 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 no 5, que baixado em dezembro desse ano, 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, p.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 Estados Unidos e Freidson (1970), cujos trabalhos haviam sido 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 Bruno, e sim na interface com a sociologia do trabalho. Estudiosos da antropologia e sociologia da saúde, como Queiroz (1991, p.318-319), 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], neo-marxistas 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 a sua dissertação, ver, por exemplo, as referências à coletânea organizada pelo antropólogo argentino Eduardo L. Menéndez (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 nesta dissertação, mas, sem dúvida, a voz que ecoa fortemente, não somente pelo fato de ser a orientadora, 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 se 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 ‘História e Medicina’, 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**. Florianópolis : 2015. Disponível em: http://www.snh2015.anpuh.org/resources/anais/39/1427819243_ARQUIVO_ALMEIDA-S-NH2015.pdf. Acesso em: 01 ago. 2016.

AROUCA, A.S.S. **O dilema preventivista**: Contribuição para a compreensão e a crítica da Medicina Preventiva. 1975. Tese (Doutorado em Medicina) - Faculdade de Medicina, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1975.

AYRES, J.R.C.M. Ricardo Bruno: história, processos sociais e práticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, 2015. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000300905&Ing=en&nrm=iso. Acesso em: 01 ago. 2016.

BAEHR, P. **Founders, classics, canons: modern disputes over the origins and appraisal of sociology's heritage**. New Brunswick (USA): Transaction Publishers, 2002.

BURNHAM, J.C. How the Idea of Profession Changed the Writing of Medical History. **Medical History**, p. 1-195, 1998. Supplement 18.

CANGUILHEM, G. Dialectique et philosophie du non chez Gaston Bachelard. In: _____. Études d'histoire et de philosophie des sciences. Paris: J. Vrin, 1975, p. 196-172.

_____. **O normal e o patológico**. Tradução de 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, v. 20, n. 3, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000300002. Acesso em: 01 ago. 2016.

DONNANGELO, M.C.F. **Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho**. São Paulo: Pioneira, 1975.

_____. 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.

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**. New York: Dodd, Mead & Company, 1970.

GIANOTTI, 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: Jorge Zahar Editores, 1997.

MACHADO, R. **Ciência e saber: a trajetória da arqueologia de Foucault**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1982.

MACHADO, R., et al. **Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MELLO, L.S. **Elementos literários na arquitetura narrativa de Marx**. 2014. Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Instituto de Ciências Sociais/Departamento de Sociologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

MENDES-GONÇALVES, R.B. Cecília Donnangelo hoje. **Saúde soc.** São Paulo, v. 1, n. 1, p. 2-5, 1992. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12901992000100002. DOI: 10.1590/S0104-12901992000100002. Acesso em: 01 ago. 2016.

_____. **Medicina e historia: raíces sociales del trabajo médico**. México: Siglo XXI Editores, 1984.

_____. **Medicina e história. Raízes sociais do trabalho médico**. 1979. Dissertação (Mestrado em Medicina). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 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. p. 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, v. 25, n. 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: 01 ago. 2016.

TAMBELLINI AROUCA, A. **Contribuição à análise epidemiológica dos acidentes de trânsito**. Campinas, 1976. [Tese de Doutorado – Universidade Estadual de Campinas].



4. REFLEXÃO SOBRE A ARTICULAÇÃO ENTRE A INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E A PRÁTICA MÉDICA A PROPÓSITO DAS DOENÇAS CRÔNICAS DEGENERATIVAS.¹

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 a esgotá-la. 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.

¹Texto 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, p. 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: Hucitec-Abrasco, 1990, p. 39-86.

O que se pretende é procurar captar o *sentido de conjunto* da questão das doenças crônicas degenerativas por referência à prática social em que se coloca como questão, a prática médica – escusado o gosto pelo jogo de palavras, o recurso ao qual só tema aqui a função de exacerbar ao máximo a diferença de perspectivas.

Partindo desta maneira de colocar as coisas, não há inclusive 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 sub-

jetividade, 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, na medida em 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” *cuja 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. Neste 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 com ele.

Isto posto, digam-se algumas palavras a respeito do plano de exposição, que possam inclusive 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 ulteriormente 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 daquele 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 se não 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 que tolerar, antes que tudo, e se necessário reforçar tais reações hedonistas e terapêuticas espontâneas. A técnica médica imita a ação médica natural. (CAN-GUILHEM, 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 com-

patível 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 pretensível 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 torna-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 um 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 a dar-lhe 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 editores: 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, inclusive, no limite, no sentido estritamente terapêutico deste último termo. É o que se tentará fazer a seguir, mesmo sem pretender sequer se aproximar 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 um mero conhecimento do real, mas *constitui o real*: fá-lo ao recortá-lo de um certo modo e oferece-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 re-

produção daquela articulação, e essa característica fundamental em nada é alterada por sua menor ou maior cientificidade, dado este, de resto, amplamente 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 estraté-

gicos para o andamento desta reflexão. O conjunto de 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 aquela 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 preten-

de 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 avalia-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 dire-

ção 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

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

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, e com isto 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 “biologismo”.

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 biologismo 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 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 so-

brevivência, 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, p.227-278)

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 me-

dicina 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 supra-referida. 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 supra-estrutural daquele saber.

Ao mesmo tempo em 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 reconhece-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 orgâ-

nica – tomando 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 em

que se 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 derivado dessa mesma matriz básica: o conceito de Doença.

Para levar um pouco mais adiante esta contribuição, pretender-se-á daqui por diante explorar um pouco mais a especificidade do conceito particular de “doença crônica degenerativa” e das práti-

cas 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 circunscreve-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 destas 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 dian-

te 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 demo-

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 aferram 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 disto, por analogia com o universo da cultura, esta 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.

grafia 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:

1º) 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 mediam a ex-

posição ao estímulo nóxico e a doença: a explicação é, portanto, mediata. Pode-se dizer, portanto, 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 se expressa 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.

2º) O que permite, o que autoriza a imputação de um nexos 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 aquelas 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 im-

⁵ Ver, a propósito: POPPER, K. **A Lógica da Pesquisa Científica**. São Paulo: Editora Cultrix – EDUSP, 1975, Parte I, Capítulo I. SUSSER, M. **Causal Thinking in the health Sciences: concepts and strategies of epidemiology**. New York: Oxford University Press, 1973. SUSSER, M. Procedures for establishing causal associations. In: STEWART, G. T. (ed.). **Trends in epidemiology**. Springfield, Ill: Charles C. Thomas, 1972. p.23-101.

putar a umas associações o caráter de causais, a outras o de moduladoras, a outra o de interferentes, a outra 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 espiram 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.

3º) 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:

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 – provém 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, p.15-16, 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 crôni-

cas degenerativas”, essas indicações gerais parecem suficientes para justificar a colocação de que se trata antes de uma particularização, por referência à Clínica e a 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 e Pugh (1970, p.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 pode 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 2.400 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 2.000 anos subsequen-

tes. 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 200 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 inten-

ção de ver o passado como um presente em que as coisas estavam tão-somente mal vistas, 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 enun-

ciável. 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 e 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 inúteis, tenham sido incapazes durante 2.400 anos de caracterizar um ambiente insalubre, de acordo com as conceituações moderna.

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 a formação 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. Nestes 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 antecederesse 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. Fou-

cault (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.

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 prática 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 em 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 aquelas dos médicos que atuavam sobre os indivíduos.

Esta 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 frente a 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 frequentemente 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-so-

⁶ Esta ideia é desenvolvida por DONNANGELO, M.C.F.; PEREIRA, L. Saúde e sociedade. São Paulo: Livraria Duas Cidades, 1976. Capítulo II, Parte 1.

mente 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 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.

Isto quer dizer que, ao ter produzido concepções sobre o social de uma certa qualidade 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.

Esta 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 nisto 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 tomar 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 epidemio-

lógico 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 que em que algum social teve que 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, intrans-

missibilidade, 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 nexo 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 porque 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 em 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 este 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 sob os fatores de risco, desde quando sua distribuição obedece a uma racionalidade não apreendida ou apreendida como natural, “saudável”, 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 em 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, p.207-208)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 metodoló-

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

gicos, 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.

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 uma somatória 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 excluem parcialmente, não se anulam. É preciso que uns e outros renunciem ao preconceito cientificista de que só há uma explicação 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 elaboraram 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 esta 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. Afirmar tal coisa equivale a recair uma 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 montadas sobre categorias sociais. A desnutrição é o melhor exemplo. Embora o termo possa ter um significado tão médico como aqueles 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 deste 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

anteriores 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 reduzam 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 aquelas 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 aquele 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:

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).

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 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 vegetar 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, p.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 crônico 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 tem 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 soluções 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, isto 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 aqueles 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 ba-

lizamento 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 investigação 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. Rep. 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 Medicine. In: ALOISI, M. et al. **Medicine y sociedad**. Barcelona: Libros de Confrontación, 1972. p.287-310.

DONNANGELO, M.C.F.; PEREIRA, L. **Saúde e sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

FORATTINI, O.P. **Epidemiologia geral**. São Paulo: Editora Edgard Blucher/EDUSP, 1976.

FOUCAULT, M. O nascimento da Medicina Social. In: _____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979. p. 70-98

_____. **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 Ed. 1983. p. 133-158.

_____. Algunos problemas teóricos y conceptuales de la epidemiología social. **Rev. Centro-americana de Ciencias de la Salud**, v. 3, n. 6, p. 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: Editora Cultrix/EDUSP, 1975.

ROBBINS, S.L. **Pathology**. Philadelphia: 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**. Oxford University Press, New Yor, 1973.

SUSSER, M. Procedures for establishing causal associations. In: STEWART, G. Y. (Ed.). **Trends in Epidemiology**. Springfield: Charles C. Thomas Publisher, 1972. p.23-101

Bibliografia Complementar⁹

CARVALHEIRO, J.R. Processo Migratório e Disseminação de Doenças. In: ABRASCO. **Textos de apoio de ciências sociais I**. Rio de Janeiro: PEC/ENSP, 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. Tese (Doutorado em Medicina) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1981.

LITVOC, J. **Doença de Chagas e processo migratório no Estado de São Paulo**. 1977. Dissertação

⁹ Nota do editor: Textos incluídos pelo autor na bibliografia, mas não citados no corpo do texto.

(Mestrado em Medicina) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. 1977.

MENDES-GONÇALVES, R.B. **Medicina e história**: raízes sociais do trabalho médico. 1979. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1979.

MONTEIRO, C.A. **A epidemiologia da desnutrição proteico-calórica em núcleos rurais do Vale do Ribeira**. 1979. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1979.

PEREIRA, J.C.M. **A explicação sociológica na Medicina Social**. 1983. Tese (Livre-Docência) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1983.

SILVA, L.J. **Evolução da Doença de Chagas no Estado de São Paulo**. 1981. Tese (Doutorado em Medicina) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1981.

SILVA, L.M. **Desnutrição e estrutura social brasileira**: um ensaio de interpretação. 1979. Tese (Doutorado em Medicina) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1979.

5. REFLEXÃO A PROPÓSITO DO TEXTO DE RICARDO BRUNO MENDES GONÇALVES: 30 anos depois

Dina Czeresnia

Ricardo Bruno Mendes Gonçalves foi colaborador e construiu uma linha de trabalho próxima a Maria Cecilia Ferro Donnangelo. 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 lado, sua atualidade se sobrepõe através da 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 biologicismo 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 se desenvolve 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 conseqüente 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 ocorri-

das 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 x coletivo; biológico x social; natureza x cultura; sujeito x objeto; interno x externo; quantitativo x 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 pro-

curaram 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, a '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 conceitos de organismo, interação, adaptação. (BARBEROUSE; MORANGE; PRADEAU, 2009) No contexto dessa discussão, natureza e cultura (na-

ture x nurture) demonstram-se muito mais imbricadas do 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 delinquências humanas, sexismo, violência, eugenia, etc. Hoje essa ligação é, ao contrário, repensada em termos da vitalidade, do valor da vida e do seu futuro. Os teóricos sociais se dão conta de que reconhecer a condição ‘carnal’ do homem não é reacionária e de que é necessário repensa-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 desenvolvimentos que progressivamente se especializaram e se desenvolveram em separado. Conceber uma cosmologia que abarque essa multiplicidade 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 epidemiológicas. Por exemplo, particularmente baseados na epigenética, estudos 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 consistente do que a genética para entender diferenças na suscetibilidade a doenças na vida adulta como hipertensão, diabetes, doenças coronarianas. (LILLYCROPET; BURDGE, 2012; KUZAWA; SWEET, 2009)

Contextos sociohistóricos 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, mantém-se grandes in-

congruências 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. Rer 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. (Ed.) **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**, v. 87, n. 4, p. 325-341, 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.**, v. 21, n. 1, p. 2-15, 2009.

LILLYCROP, K.A.; BURDGE, G.C. Epigenetic mechanisms linking early nutrition to long term health. **Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism**, v. 26, n. 5, p. 667-676, 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: HUCITEC - ABRASCO, 1990. p. 39-86.

_____. 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. p. 31-88.

ROSE, N. The Human Sciences in a Biological Age. **Theory, Culture & Society**, UK, v. 30, n. 1, p. 3-34, 2013.



6. PRÁTICAS DE SAÚDE E TECNOLOGIA: Contribuição para a reflexão teórica¹

*“Doch leider sind auf diesem Sterne eben
die Mittel Kärzlich und die Menschen roh.”²*

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.

¹Texto originalmente publicado como Gonçalves, R. B. M. Práticas de saúde e tecnologia: Contribuição para a reflexão teórica. Brasília: OPS, 1988. (Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde, No. 6).

² Nota dos Editores: Referência a trecho de “A ópera dos 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. Brecht, B. A ópera dos três vinténs (tradução de Wolfgang Bader e Marcos Rosa Santa, versificação das canções de Wira Selanski), p. 50. Disponível em: <http://docslide.com.br/download/link/os-tres-vintens>. Acessado em 01/10/2016.

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 heterogeneidade conceitual, em que a própria noção de ‘tecnologia’, além de suas relações nas totalidades mais inclusivas das práticas em que opera, assumem os significados mais variáveis sem que sejam explicitadas as divergências teórico-metodológicas que orientam as análises. Isto acarreta o efeito de produzir muito frequentemente um diálogo de surdos, por um lado, ao mesmo tempo em 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 dos senso comum; em segundo lugar, pelos efeitos de obscurecimento e deslocamento promovidos pela redução de uma realidade essencialmente sócio-política 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 a assemelhá-lo 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 penosamente 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 em 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 desenvolvida 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 provisório 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 detonar 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 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 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 predominante 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 a 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, passando 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 determinações 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 retificação e a despolitização “tornem” a questão da eficácia em questão concreta (pseudo-concreta, portanto), com um salto pirotécnico do laboratório de pesquisa à realidade dos processos produtivos, que passam a ser como que a somatória (por justaposição de pseudo-realidades 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 equivalesse à noção que os leigos em culinária têm dessa arte, se é permitida essa analogia prosaica: entretanto, os integrantes não se somam mantendo-se enquanto tais no produto final, mas integram-se dissolvendo-se em uma síntese original que espalha a maestria 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 produtivos 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 pseudo-concretos e dotados em si mesmo de pleno e completo sentido. Resumindo, é fundamental tomar como instrumento analítico (e, portanto, abstrato) a consideração da qualidade diferentemente 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 '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', à 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 os 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 houves-

se 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 relevante apenas ao nível abstrato (e não autônomo) de colaboração 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 “desenvolvimento” 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 faz, 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 e 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 global, oposta àquela referida acima a propósito da ‘eficiência’, de que a deficiên-

cia 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, substituído 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 características 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 os 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 ti-

pos 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 encontra-se 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 à 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 genéricas 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, dife-

rente 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 elemen-

to 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, produtivi-

dade, 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 onde 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 o termo ‘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 mo-

tor 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 em 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 despolitização, 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 trans-individuais e supra-biológicas 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 esta 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; isto não o desqualifica como possível objeto, mas desqualifica a redução que a partir daí se possa pretender fazer – e que se faz muitíssimo frequente-

mente – 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 superam as limitações acima apontadas.

Os cientistas sociais ousaram se obrigar 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 se propor 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 contrafaçções 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 se transmuda 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 em 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 anátomo-fisiológico' 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 inva-

riante (a normalidade morfo-funcional) mas uma variante histórico-social: a normatividade, após compreender que a primeira é uma específica forma de expressão da segunda. À 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 esta forma de aproximação contém para dar conta de práticas que seriam de outra forma sempre demarcadas etnocentricamente por seus aspectos aparentes de ignorância e superstição 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, à 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, deve-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 re-produzem. 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 este deve 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 apreendidos analiticamente em duas dimensões: as referentes à infra-estrutura econômica e as referentes à supra-estrutura político-ideológica, sempre que se consideram essas distinções apenas intelectuais como correspondentes a dimensões de uma única totalidade histórica.

Ao nível infra-estrutural 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 gastando nas relações inter-setoriais 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 face às 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 conexas 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 tecnoló-

gica das práticas de saúde, baseado na apreensão e na transformação do objeto de trabalho em sua dimensão individual.

Um segundo conjunto de determinações infra-estruturais, 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 a 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 em 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 conseqüente 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 – essas 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 conseqüência de formas de produção dessa última, também progressivamente penetradas pelo conjunto das determinações sociais.

Ao nível supra-estrutural, 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 anti-feudal. Não se

trata de concepções quaisquer sobre igualdades e liberdade, mas daquelas 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 que se haver com a heterogeneidade legítima das formas concretas de normatividade. Evidentemente, isto 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 a 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 supra-estrutural, 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 em 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 reposto 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 norma-

idade', 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 executável. A normalidade do corpo anátomo-biológico, 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 re-determina o conjunto de necessidades sociais: este é um tema familiar no campo das prá-

ticas em saúde, em que habitualmente se reduz 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 em que é possível afirmá-la como correspondendo, em outro nível, à realidade última do objeto de trabalho e a realidade suposta desses mesmos objetos. Isto ocorre à medida em 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; à 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’ morfo-funcional 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 em 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 proces-

so 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 anátomo-biológico, 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 arqui-conhecido 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 manter 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 coe-

rência 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 importância 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 sócio-geográfico, 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 justificação associando-a a ideias tão metafísica 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 justificação.

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 elaboração do conceito de ‘doença’ com base na clínica anatomopatológica, ao tempo em que os médicos lidavam ainda em sua prática com uma coleção de entidades-doenças com existência própria, desenvolveu-se um grande modelo de organização tecnológica das práticas de saúde que não circunscreveu seu objeto ao corpo anátomo-fisiológico 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 determi-

nações infraestruturais próprias da alteração no estatuto da força-do-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 *Mèdecine 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 circunscreveu, 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 “esclarecimen-

to” 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 prosclênio 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 se objetivar 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 prevenindo 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 frequente 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 este 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 artificialidade, 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 em 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 supra-individuais, 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 um 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 “desagráveis”, 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 a mudar 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 *Mèdicine Sociale* francesa

da primeira metade do século XIX: não guarda com a reprodução da totalidade histórica uma relação de polaridade isenta de ambiguidade 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 trans-individual e supra-biológico, portanto histórico e social.

Fez-se referência à *Mèdicine 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 clínico-patológicos, 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 *Mèdicine Sociale*.

É óbvia a fraqueza lógica do primeiro tipo de proposição, à 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 clínico-patológico, desde que, reduzida a socialidade dos fenô-

menos 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.

Isto 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 demo-

crática 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 clínico-patológico 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-clínico-patológico.

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 re-produção social, bem como do ponto de vista mais trabalhoso de aprender 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 clínico-patológico’, ressaltando sua diferença parcial e conceitual por referência às oposições - coletivo x individual, social x biológico e histórico x natural -, também devem ser compreendidos adequadamente como conceitos, recursos intelectuais com os quais explicar a realidade de 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 factual 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 clínico-patológico 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 clínico patológico, 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 daqueles 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 indus-

trial. 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) isto 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 este 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, alguma até estruturalmente mais importantes. Trata-se então de uma crise de custos.

Em segundo lugar, porque não obstante a sua legitimação, o modelo clínico-patológico 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 propõe 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 se transformar 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 clínico-patológico, 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.

À medida em que a tarefa é simplificada e 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,

ca, 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 chegar 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 po-

lítica 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 sócio-geográficos que se considerem, havendo uma escala ótima para a qual a maioria dos problemas estariam melhor 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 às mesmas. 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 capaci-

dade 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 qualidade dos mesmos 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 controle. 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.

Referências³

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. p.199-210. Publicación n. 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. p. 307-322.

BRECHT, B. **A ópera dos três vinténs** (tradução de Wolfgang Bader e Marcos Rosa Santa, versificação das canções de Wira Selanski), p. 50. Disponível em: <http://docslide.com.br/download/link/os-tres-vintens>. Acessado em 01/10/2016

BREILH, J. **Epidemiologia: economia – medicina y política**. Santo Domingo: SESPAS, 1980.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1982.

³ 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 a 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.

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.p.133-140. Publicación n. 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.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____. **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**, v. 18, n. 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**, v. 1, n. 1, p. 55-110, 1982.

JÉQUIER, N. **Tecnologia apropiada problemas y promesas**. Washington: OPAS, 1979.

LOPEZ-ACUÑA, D. Perspectivas de la investigación epidemiológica em el control y vigilancia de las enfermedades. In: **Usos y perspectivas de la epidemiología**. Washington: OPS/OMS, 1984.p.161. Publicación n. 84-47.

McKEOWN, T. **El papel de la medicina**: sueño, espejismo o némesis? México: Siglo XXI, 1982.

MENDES-GONÇALVES, R.B. **Medicina e historia:** raíces sociales del trabajo médico. México: Siglo XXI, 1984.

_____. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde:** características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo. 1986. Tese (Doutorado em Medicina) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1986.

NOGUEIRA, R.P. **Capital e trabalho nos serviços de saúde.** Brasília: [s.d.]. (mimeo).

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Tecnologia apropriada para la salud.** Washington: OPAS/OMS, 1981.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA 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 medicine du capital.** Paris: Maspéro, 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 sociologia de la medicina.** Bogotá: Gustavo Molina, 1974.

TOLIPAN, R. Tecnologia e produção capitalista. **Estudos CEBRAP**, v. 11, p. 35-60, 1975.

WHITE, K.L. La epidemiología contemporánea: perspectivas y usos. In: **Usos y perspectivas de la epidemiologia.** Washington: OPS/OMS, 1984.p.211 Publicación n. 84-47.

7. A TECNOLOGIA NO PENSAMENTO DE RICARDO BRUNO MENDES GONÇALVES

Lilia Blima Schraiber

Em 1958, a propósito do encantamento dos homens com suas próprias fabricações, Arendt (2001, p.10-11) 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, 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. (ARENDR, 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 telescópio 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 aquela 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

reduzida 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. (MENDES-GONÇALVES, 1994, p.11 do original)

Escrito em 1988, logo após a conclusão, em 1986, de sua tese de doutoramento, o texto ora em tela está claramente influenciado pelas reflexões ali 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 mesurado 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”; seguido 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.5)

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.26) 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 micro sociais, 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” são recriações, e não reflexos 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 deveriam ser tomados como apenas reflexos 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. ed. Rio de Janeiro: Ed 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.

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: Cia das Letras, 1989.