

UM ENSAIO SOBRE A IDEIA DE REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

Camila Furlanetti Borges

Tatiana Wargas de Faria Baptista

Ruben Araujo de Mattos

INTRODUÇÃO

Uma parte considerável do que se escreveu sobre as políticas públicas de saúde no Brasil nas últimas três décadas afirma a necessidade e a intenção de que se consolide a Reforma Sanitária. Geralmente essas políticas se referem ao movimento de reforma dos anos 1970, que é reconhecido como aquele que se desdobrou na criação e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Textos acadêmicos também têm sido dedicados a avaliar a implantação dessa reforma e do SUS e a revisar os processos, escolhas e princípios assumidos. Em ambos os casos, frequentemente esquece-se que o Brasil experimenta processos de reforma sanitária pelo menos desde que se tornou uma república. O que se poderia qualificar como novidade nesta Reforma Sanitária mais recente talvez seja o envolvimento nela de movimentos populares organizados. Nesse sentido, é possível que a participação social seja uma marca dis-

tintiva, mas para que possamos concluir isso é preciso recorrer a pesquisas históricas com recortes temporais que compreendam os diferentes momentos de reforma, com análises voltadas para o entendimento da participação obtida em cada conjuntura político-institucional da trajetória brasileira.

Neste capítulo, ensaiamos algumas reflexões sobre a denominada Reforma Sanitária dos anos 1970¹ tentando, ainda que sem nos aprofundarmos, resgatar seu caráter de ruptura em relação a reformas anteriores. Este texto parte de uma pesquisa de doutorado (Borges, 2012) que realizou uma análise arqueológica de documentos do campo da saúde pública do período 1950-1980,² para, com Foucault, ressituar essa reforma e “destruir as venerações tradicionais” (Foucault, 2007, p. 37).

O estudo arqueológico empreendido assumiu os discursos do campo da saúde pública como um saber – esse, como nível mais elementar que a ciência, é condição de possibilidade do conhecimento. Do que se depreende, em primeiro lugar, a negação da racionalidade científica e do seu critério de verdade como foco; e, em segundo, o ensejo de um modo de análise que destaca o caráter histórico do saber por sua capacidade de produzir conhecimento e positividade (Foucault, 2010a).

A arqueologia incide sobre as formações discursivas, cuja unidade elementar é o enunciado, com o fim de descrevê-las sistematicamente sem buscar interpretações, verdadeiros sentidos ocultos, coerências e viabilidades, mas investindo na descrição dos enunciados manifestos, cujas formas específicas acumulam-se no tempo e revelam regularidades.

Nos documentos analisados no estudo arqueológico de Borges (2012), vimos que foram produzidos discursos que encobriam estra-

¹ Para simplificar a redação, vamos nos referir apenas à “Reforma Sanitária”.

² Para a tese, foram tomados, como documentos de análise, artigos cujos autores se identificassem como sanitaristas, publicados em periódicos que existiram desde os anos 1950 com a maior extensão de tempo possível e em periódicos que, não existindo desde 1950, tenham tido grande circulação e regularidade pelo menos até 1980. Ao todo foram sete periódicos.

tégias de poder e de saber que materializaram arranjos de vida da população, escolhas, exercício de autonomia. Não há propriamente uma impossibilidade discursiva.³ As resistências, poderes e saberes populares frequentemente estão ausentes na ordem do discurso do campo da saúde, mas não são regularmente negadas. O efeito é de opacidade do protagonismo popular, opacidade de seus modos não normatizados de controlar as políticas, de fazer circular o exercício de governamentalidade, de participar não apenas das etapas da política regulada por instituições, mas também fazer emergir as insuficiências da saúde pública ou dos setores econômico-sociais do Estado no cotidiano dos processos de saúde e de adoecimento.

Que não se confunda: a sombra é lançada sobre o caráter autônomo do povo e não sobre o próprio povo e sua vida, dado que ele é apresentado por seu modo incivilizado, faltoso e derrotado no jogo político. Julga-se a consciência sanitária do povo ou se atribuem pretensões e necessidades à população. Manifestam-se enunciados de distintos interesses, de diálogo político, de contendas entre interesses de igualdade universalizante e de diferenças singularizantes. Mas há também uma desigualdade no exercício da função específica de sujeito do enunciado, na ocupação desse lugar discursivo, que é uma das formas de violência típicas das práticas discursivas em geral. As relações discursivas põem em evidência a heterogeneidade dos discursos e “determinam o feixe de relações que o discurso deve efetuar para poder falar de tais ou tais objetos” (Foucault, 2010a, p. 51). E essas relações definem tanto as possibilidades de enunciação quanto a delimitação que confere sentido e valor de verdade aos ditos.

Nesse sentido, o que motivou este trabalho de revisão dos discursos da Reforma Sanitária é a desigualdade que se reproduz, inclusive na distribuição dos enunciados nos âmbitos do campo

³ “Pode haver – e, sem dúvida, sempre há –, nas condições de emergência dos enunciados, exclusões, limites ou lacunas que delineiam seu referencial, validam uma única série de modalidades, cercam e englobam grupos de coexistência, impedem certas formas de utilização. Mas não se deve confundir, nem em seu *status*, nem em seu efeito, a ausência característica de uma regularidade enunciativa e as significações encobertas pelo que se encontra formulado.” (Foucault, 2010a, p. 125)

da saúde, ou seja, a diferença existente no poder de proliferação de enunciados específicos – no caso, os enunciados que materializam a questão comumente verbalizada como “expropriação da saúde”. Foi nesse caminho, de exploração dessa desigualdade discursiva, que encontramos condições para estranhar e recolocar o caráter de ruptura da Reforma Sanitária.

SOBRE O QUE COMUMENTE SE CHAMA “EXPROPRIAÇÃO DA SAÚDE”

Uma referência importante na Reforma Sanitária brasileira, seminal nas discussões sobre expropriação da saúde, é a obra *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*, de Ivan Illich. Segundo Illich, todo o conjunto de instituições médicas, nos seus distintos níveis, retira “do cidadão o domínio da salubridade no trabalho e o lazer, a alimentação e o repouso, a política e o meio” (1975, p. 44) e elimina da vida cotidiana a possibilidade de escolhas. Ou seja, “a soma de atos preventivos, diagnósticos e terapias que visam a doenças [...] reduz necessariamente o nível global de saúde da sociedade inteira ao reduzir o que constitui justamente a saúde de cada indivíduo: a sua autonomia pessoal” (1975, p. 15) – isso constitui a expropriação da saúde, apontada, naquele momento,⁴ como manifestação da crise da medicina.

Apesar de se referir diretamente à medicina, Ivan Illich atribui o movimento de medicalização da vida e expropriação da saúde a toda extensão de profissões voltadas para a “manutenção dos corpos” e que transformam em paciente qualquer um, mesmo que não esteja doente. Por esse movimento,

[...] a saúde deixou de ser a propriedade natural de que cada homem é presumivelmente dotado até que seja

⁴ *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina* foi originalmente escrito em 1973 e publicado, primeiramente, na Inglaterra em 1974 e, em seguida, na França em 1975. A primeira tradução brasileira data de 1975 e foi feita com base na edição francesa.

provado que ele está doente. Ela se transformou nesse sonho inacessível, nessa promessa sempre longínqua a que cada um pode pretender em virtude dos princípios de justiça social. (Illich, 1975, p. 73)

O autor analisa a expropriação da saúde em termos de autonomia e heteronomia dos indivíduos. Explica que a medicalização da sociedade, ao mesmo tempo em que produz uma gama de excluídos dos modos de tratamento exigidos, constrói o abandono dos métodos caseiros e dos hábitos de cuidado entre familiares e vizinhos, fazendo crer que “*Curar não é mais [...] a atividade do doente e se torna cada vez mais o ato daquele que se encarrega do paciente*” (Illich, 1975, p. 78; grifado no original). E aquele que se encarrega do doente é um profissional que exerce o monopólio da medicina contemporânea. Ou seja, a expropriação da saúde é um desequilíbrio entre as formas autônoma e heterônoma de tratamento, com a profissionalização e a especialização dessa forma fazendo subsumir aquela.

A civilização médica opera a expropriação da saúde ao invadir e abalar a eficácia da “função higiênica das culturas tradicionais”, que é baseada no confronto do homem com a dor, na construção de sentido para a doença pelo homem e pelos seus próximos. Portanto, trata-se também da perda de certa socialização dos processos de sofrimento que leva à individualização da doença e da cura. E uma das consequências disso é a impessoalidade nas relações e no trato das questões de saúde.

Essa impessoalidade já é tematizada nos documentos de saúde pública analisados, sendo enunciada de diferentes formas. Às vezes aparece no apontamento de um deslocamento

“casa do paciente → consultório médico → hospital”,

que teria alterado a relação entre médico e paciente, tornando-a “mais formal, mais impessoal e mais fragmentária” (Mascarenhas e Piovesan, 1961, p. 183), relacionando-se a impessoalidade nas práticas de intervenção sobre processos de saúde e de adoecimento com a espacialização dos serviços de saúde.

A impessoalidade aparece também quando é evocado o espaço íntimo como proteção em relação ao caráter político do Estado, geralmente desqualificado: “A experiência mostra que este serviço [de natureza estatal] tende a tornar-se mecânico. Parece que a proteção da saúde do indivíduo e o tratamento de suas doenças são questões muito íntimas para serem confiadas ao mecanicismo impessoal e compulsório do Estado” (Pascale, 1950, p. 102).

Segundo Ivan Illich, o enfrentamento da impessoalidade das instituições médicas, em quaisquer dos seus níveis de atuação, do corpo à corporação –, passa por sua desprofissionalização – o que “não implica o desaparecimento dos terapeutas especializados” –, ou seja, pela ruptura do monopólio médico sobre os atos e saberes. Tal enfrentamento desmascararia o

[...] mito de que o progresso técnico exige especialização constante das tarefas, das manipulações sempre mais abstrusas e de uma permanente e crescente demissão do homem obrigado a se tratar à revelia em instituições impessoais, em vez de depositar sua confiança em si mesmo e em seus semelhantes. (1975, p. 156-157)

A impessoalidade nas relações de saúde, por essa via, estaria relacionada à supremacia da forma de tratamento heterônoma sobre a autônoma.

Outro modo de enunciar o desequilíbrio entre a heteronomia e a autonomia refere-se à discussão sobre o arranjo dos estabelecimentos de saúde como um sistema integrado: “A preocupação dos sanitaristas com a integração dos serviços é legítima. É uma condição necessária mas não suficiente. A integração não se dá no nível dos serviços, mas no nível das relações que esses serviços estabelecem com a população no desenvolvimento de uma prática comum” (Melo, 1976, p. 14). E a denúncia da expropriação fica mais evidente quando se enuncia que “a condição necessária e suficiente dessa integração só será dada na prática com a população, considerando seus modos de vida” (Melo, 1976, p. 14).

A expropriação da saúde é enunciada especialmente nas adjacências entre o tema do planejamento, que funciona como interface ou mediação entre os setores econômico e social do Estado, e o diálogo político. Por exemplo, quando se declara que o consumidor dos serviços de saúde apresenta características distintivas dos consumidores de outros bens, pois: 1) não possui “o conhecimento necessário para julgar a necessidade que tem de um determinado serviço de saúde”; 2) não distingue necessidade – conceito mais amplo e variável, de acordo com o contexto socioeconômico e cultural e com a percepção dos indivíduos – e demanda – conceito econômico –, positivando um conflito entre a noção do direito à saúde e o ponto de vista econômico; e 3) não faz coincidir “necessidades sentidas e não sentidas” (Araújo, 1977, p. 101).

Além disso, nos documentos que enunciam o conflito entre a noção do direito à saúde e a perspectiva econômica, ganha positividade a função vazia da população no diálogo político. De um lado, roga-se que “é fundamental uma participação popular. [...] É chegada a hora de falar o doente sobre o que ele é e como quer ser medicado. A população agora não só tem o direito, mas o dever de falar” (Novaes, 1977, p. 71). De outro lado, declara-se a expropriação da saúde como uma estratégia política: “Política que substitui a voz da população pela sabedoria dos tecnocratas e pelas pressões dos diversos setores empresariais” (Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, 1980a, p. 11).

Em suma, nos discursos da saúde pública que constam dos documentos analisados, há um encobrimento que se manifesta, de um lado, nas estratégias de “poder-saber” que materializam arranjos de vida do povo, resistências, escolhas e exercício de autonomia; de outro lado, há uma desigualdade no exercício da função de sujeito do enunciado pelo povo e na rarefação dos enunciados que a denunciam. E essa rarefação não deve ser lida como uma “falta de autonomia”, mas como um determinado arranjo de forças na disputa política. É nesse ponto que cessam as contribuições de Illich e avançam as de Foucault.

CHEGA DE “EXPROPRIAÇÃO”: PASSEMOS À “BIOPOLÍTICA”

Foi fortemente incorporada pelas referências textuais da Reforma Sanitária a leitura de Illich de que a medicalização da vida produz expropriação ao transformar qualquer indivíduo em paciente, ao profissionalizar e monopolizar a medicina contemporânea e ao produzir, progressivamente, iatrogenia. A isso chamavam “crise da medicina”. Foi relativamente encoberta a análise de Foucault⁵ de que a ideia de crise da medicina é falaciosa, pois a medicina moderna, desde que surge no século XVIII, apresenta-se iatrogênica e atua como uma autoridade social.

Poder-se-ia dizer que atualmente está surgindo o que, na realidade, já se vinha preparando desde o século XVIII, quer dizer, não uma teocracia, mas uma *somatocracia*. [...] É justamente o nascimento dessa somatocracia, *que desde o começo viveu em crise*, o que me proponho a analisar. (Foucault, 2010b, p. 171; grifos nossos)

Illich propunha a desmedicalização da sociedade dizendo que “somente substancial redução do *output* global da empresa médica poderá permitir aos homens o reencontro da autonomia e, através dela, da saúde” (Illich, 1975, p. 96). Propunha o enfrentamento às formas heterônomas impostas pela medicina contemporânea e um fortalecimento do poder autônomo gerador de saúde que é inerente a toda cultura tradicional. Esse fortalecimento passaria pela recuperação da higiene tradicional, que

[...] é constituída prioritariamente de regras para comer, dormir, amar, divertir-se, cantar, sofrer e morrer. Sem dúvida, a superstição faz parte dessas regras, mas, na

⁵ Essa análise foi feita por Foucault por ocasião da primeira conferência proferida em outubro de 1974, no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj). Até recentemente, essa conferência havia sido publicada apenas em espanhol, em duas diferentes edições datadas de 1976, e em francês, no volume 3 de *Dits et écrits*. Somente em 2010 foi publicada em português, na revista *Verve*, volume 18, com tradução de Heliana Conde.

maioria dos casos, mesmo o ato de exorcismo e magia é consumado neste quadro com uma forma de produção descentralizada e autônoma. (Illich, 1975, p. 124)

Ao receituário de Illich, Foucault responde afirmando que não é possível contrapor à medicina qualquer projeto que não seja pautado no próprio saber médico. Para Foucault, Ivan Illich e seus seguidores contrapõem, à medicina,

[...] uma arte desmedicalizada da saúde, a higiene, a alimentação, o ritmo de vida, as condições de trabalho, a moradia etc. Ora, o que é atualmente a higiene senão uma série de regras estabelecidas e codificadas por um saber biológico e médico, quando não é a própria autoridade médica, em sentido estrito, a portadora ou o centro de elaboração? (Foucault, 2010b, p. 184)

É desse modo que Foucault quebra a doçura da crença de que é possível a “desmedicalização” e volta a nos lembrar que o campo da saúde é animado pela medicina social, cujas características remontam ao século XVIII, quando do surgimento da medicina moderna. “Em certo sentido, a ‘medicina social’ não existe, porque toda a medicina já é social” (Foucault, 2010b, p. 172).

Essa não se restringe a responder às demandas de enfermos e enfermidades, mas responde à saúde: “a medicina que se dedica a outros campos que não as doenças e segundo um sistema de relações que não é dirigido pela demanda do doente é um velho fenômeno que faz parte das características fundamentais da medicina moderna” (Foucault, 2010b, p. 183). Ademais, essa medicina se tornou motivo de intervenção do profissional enquanto autoridade social, com fins de normalização de largos aspectos da vida, e “começa a não mais ter campo exterior” (Foucault, 2010b, p. 183), por já não ser apropriação apenas de profissionais médicos, mas por configurar um saber muito mais amplo.

Se desde o século XVIII até os dias de hoje, a medicina dirige-se tanto ao indivíduo quanto à população, enquanto prática social ela também se configura como uma estratégia biopolítica. Trata-se de

uma razão de Estado que, desde por volta de fins do século XVIII, debruça-se sobre questões de “como ser governado, por quem, até que ponto, com que fim, por que métodos” (Foucault, 2008a, p. 119), dirigindo-as aos “problemas específicos da população”. E quando aborda o governo da população, Foucault faz entender que

[...] aquilo com que o governo se relaciona não é, portanto, o território, mas uma espécie de complexo constituído pelos homens e pelas coisas [...] são os homens, mas em suas relações, em seus vínculos, em suas imbricações com essas coisas que são as riquezas, os recursos, os meios de subsistência [...]. São os homens em suas relações com estas outras coisas que são os costumes, os hábitos, as maneiras de fazer ou de pensar. (Foucault, 2008a, p. 128)

Mas quais objetivos tem o governo?

[...] a população vai aparecer por excelência como meta final do governo, porque, no fundo, qual pode ser a finalidade deste último? Não é certamente governar, mas melhorar a sorte das populações, aumentar suas riquezas, sua duração de vida, sua saúde. [...] agindo diretamente sobre ela por meio de campanhas ou também, indiretamente, por meio de técnicas que vão permitir, por exemplo, estimular, sem que as pessoas percebam muito, a taxa de natalidade, ou dirigindo nesta ou naquela região, para determinada atividade, os fluxos de população. É a população, portanto, muito mais que o poder do soberano, que aparece como o fim e o instrumento do governo. (Foucault, 2008a, p. 139-140)

A biopolítica inaugura a população como problema ao mesmo tempo político, científico, biológico e de poder (Foucault, 1999), e conforma a arte de governo típica daquilo que Foucault evoca como medicina social, que, por seu turno, é objeto não apenas do governo do Estado, mas de governantes e governados. Por isso, não faz sentido acusar a ausência de autonomia do povo, pois as normas médicas, sendo apropriadas para além da medicina, conformam um sistema

que é operado também pelos saberes populares. E, então, Foucault sentencia que não há como romper com a medicina:

[...] a medicina não deve ser rechaçada nem adotada enquanto tal; que a medicina faz parte de um sistema histórico; que ela não é uma ciência pura; que faz parte de um sistema econômico e de um sistema de poder; e que é necessário trazer à luz os vínculos entre a medicina, a economia, o poder e a sociedade para determinar em que medida é possível retificar ou aplicar o modelo. (2010b, p. 193)

Portanto, quando destacamos que os discursos analisados produzem um encobrimento dos modos de vida do povo e das funções enunciativas que acusam uma expropriação, a única conclusão, *a priori*, é a reafirmação de que esse encobrimento e essa expropriação são apenas expressões diferenciais de força na circulação do poder. E é a partir dessa afirmação que propomos colocar em suspenso o caráter inaugural da Reforma Sanitária. Nosso objetivo é desmistificar o discurso do campo da saúde na sua pretensão revolucionária, tal como é corrente atribuir ao denominado movimento pela Reforma Sanitária dos anos 1970, especialmente por conta do projeto de ampliação de direitos e universalização da saúde pública. Trata-se de reconhecê-lo, ordinariamente, meramente como um saber em relação de força com outros saberes, cuja prática discursiva não é uma fonte de benevolência, mas uma guerra política.

SE NÃO REVOLUCIONAMOS, PODEMOS CHEGAR A ALGUM LUGAR?

Torna-se imperativo reafirmar nossas intenções na guerra política, assumindo que nossos enunciados são o exercício de uma autoridade legitimada como medicina social. Nesse sentido, se qualquer denúncia de expropriação da saúde e projeto de desmedicalização permanecem sendo discursos dessa medicina, produzir encobrimentos e expropriações também é estratégia,

é posicionamento político nessa guerra em que a saúde figura como interesse.

E é ainda por isso que desnudar encobrimentos e expropriações também é resistir, é exercer força, é operar poder: “a história nunca pode decifrar senão uma guerra que ela própria faz ou que passa por ela” (Foucault, 1999, p. 206). Os processos de saúde e adoecimento “incivilizados”, as práticas discursivas dos desautorizados do campo da saúde não rompem com a ordem da medicina social, mas são outras formas de se colocar em luta.

Se os esforços de Reforma Sanitária de melhoria das condições de saúde, de mudança das práticas, de reorganização de sistemas de assistência à saúde etc. – continuam sendo movimentos de medicalização da vida, então devemos agora julgá-los como bons ou maus? Não. Porém, ao desnudar o véu salvacionista que o campo da saúde insiste em vestir, é possível desdobrar as reflexões a seguir:

a) Alguns dos investimentos da Reforma Sanitária que costumam ser apresentados como características revolucionárias são a universalização da saúde fundamentada na ideia de direito e a saúde sendo referida como um conceito abrangente ou intersetorial. Naquilo em que pôde ser bem-sucedida, a Reforma Sanitária ampliou o alcance populacional da saúde pública – inserindo populações então nunca cobertas – e incorporou, sob a temática do direito à saúde, um conceito ampliado e a noção de determinação social da doença. Esse conceito alimenta projetos de intervenção social que são independentes tanto do adoecimento propriamente quanto da possibilidade de verbalização de demandas – o que tornou possível, por exemplo, diversas concepções do que se pode denominar medicina preventiva. Ora, tais movimentos nada mais são do que uma reatualização da medicina social, que, segundo Foucault, “desde o século XVIII [...] sempre se ocupou do que não lhe dizia respeito, isto é, de aspectos diferentes dos doentes e das doenças” (Foucault, 2010b, p. 182).

A medicina responde a outro motivo que não a demanda do doente, a qual só acontece em casos bastante limi-

tados. Com frequência bem maior, a medicina se impõe ao indivíduo, doente ou não, como ato de autoridade. [...] De modo mais geral, pode-se afirmar que a saúde se converteu em um objeto de intervenção médica. Tudo o que garante a saúde do indivíduo, seja a salubridade da água, as condições da moradia ou o regime urbanístico, é hoje um campo de intervenção médica que, consequentemente, já não está vinculado exclusivamente às doenças. (Foucault, 2010b, p. 180-181)

Lembremos que o campo da saúde coletiva, reconhecido como um movimento próprio, característico da Reforma Sanitária brasileira, com a qual guarda vinculação orgânica, é correntemente reconhecido por sua emergência acadêmica nos departamentos de medicina preventiva e social e congêneres. É um campo que “teria se constituído, fundamentalmente, a partir de um projeto político de transformação setorial. O espaço acadêmico teria sido utilizado, basicamente, para a reprodução de suas propostas políticas de intervenção na realidade socio sanitária” (Ribeiro, 1991, p. 16).

O que pretendemos destacar é que a saúde coletiva apresentasse mais como uma estratégia política, ou melhor, biopolítica, do que como uma nova ciência. É uma estratégia de *medicalização indefinida* (Foucault, 2010b) que, estreitando o diálogo entre as ciências sociais e as ciências da saúde, contrapõe-se à concepção de saúde pública que confere ao discurso biológico o monopólio do saber sobre a saúde e a doença (Ribeiro, 1991; Levcovitz et al., 2003; Birman, 2005). Uma estratégia que atua na incorporação de profissionais de diferentes formações, cujo vínculo com a área da saúde não é diretamente reconhecido: ciências sociais, geografia, história, jornalismo etc.

Segundo Paim e Almeida Filho, o que é característico da saúde coletiva é que “preocupa-se com a saúde pública enquanto saúde do público, sejam indivíduos, grupos étnicos, gerações, castas, classes sociais, populações. *Nada que se refira à saúde do público, por conseguinte, será estranho à saúde coletiva*” (1998, p. 312; grifos nossos). Em suma, a saúde coletiva, que costuma ser apresentada por sua emergência e ruptura com a saúde pública, rompendo com

o predomínio “biologicista”, funciona como uma reatualização da medicina social.

Esse intervencionismo busca legitimar-se pela noção de direito, que tem sido canalizada no sentido da ampliação do consumo – fazendo do direito do consumidor uma espécie de modelo desse campo –, o qual, por sua vez, permite uma reapropriação e atualização dos mesmos mecanismos de desenvolvimento socioeconômico em que já estava inserido o modelo de atenção à saúde que se pretendia romper. Assim, no ponto em que a medicina social insere-se na arena das disputas econômicas, opera ressignificando o “economês” e os termos das relações médico–paciente. Isso se dá porque o consumidor dos serviços de saúde tem “características que o distinguem nitidamente da posição, por exemplo, como consumidor de alimentos, vestuário ou de outros bens de consumo” (Araújo, 1977, p. 100): 1) não possui “o conhecimento necessário para julgar a necessidade que tem de um determinado serviço de saúde [...]. Ou seja, ocorre exatamente o oposto da aquisição de outros bens ou serviços” (Araújo, 1977, p. 101); 2) não distingue “o que é *necessidade* e o que é *demanda*” (Araújo, 1977, p. 101; grifado no original) – diferença dada pelo fato de que demanda é um conceito “estritamente econômico” e “o conceito de *necessidade* é bem mais amplo e variável de acordo com o contexto socioeconômico e cultural, de uma parte, e com o nível de percepção dos indivíduos, de outra” (Araújo, 1977, p. 101; grifado no original). Isso positiva um conflito entre “a noção do *direito à saúde* a qual tem sólida base humanística e jurídica” e o “ponto de vista econômico” (Araújo, 1977, p. 101-102; grifado no original); 3) não faz coincidir “necessidades sentidas e não sentidas”, ou seja, “necessidades percebidas pelo próprio indivíduo em confronto com aquelas que os técnicos e especialistas em saúde consideram como válidas ou até mesmo essenciais” (Araújo, 1977, p. 102).

Nessa reatualização dos mecanismos de desenvolvimento socioeconômico ensejados pela medicina social na Reforma Sanitária brasileira, foi possível enunciar que “a questão do direito à saúde, quando corretamente enfocada, transforma-se, de um problema puramente administrativo, ligado às formas de financiamento e

à organização da assistência médica, em um problema eminentemente político, ligado ao desenvolvimento e à justiça social” (Araújo, 1979, p. 37-38). Desse modo, mesmo operando críticas e propondo alternativas ao modelo de desenvolvimento econômico sustentado pela indústria da saúde, a Reforma Sanitária brasileira praticava os mesmos termos daquilo com que dizia romper: no seu movimento de *medicalização indefinida* (Foucault, 2010b) trouxe a economia para o seu domínio e construiu como um problema seu o fato de que,

[...] de um lado, melhorar as condições de vida (de saúde) significa a busca de um aumento de produtividade que compensasse a tendência da queda da taxa de mais-valia [...]; de outro, significa a realização de uma imagem de justiça, qual seja, a igualdade dos direitos individuais, o consumo não diferenciado de serviços. (Novaes, 1977, p. 73)

Não foi de outro modo que a saúde pública brasileira funcionou, e permanece funcionando, como setor produtivo. Pois na proposta de universalização da saúde estava embutido o aumento na produção de insumos, na formação de trabalhadores, no investimento em estabelecimentos, na inovação tecnológica etc. Retomando a análise de Foucault, temos que “a medicina surgiu no final do século XVIII por exigências econômicas”,

[...] porém, o peculiar na situação atual é que a medicina se vinculou aos grandes problemas econômicos através de um aspecto diferente do tradicional. [...] Atualmente, a medicina encontra a economia por outra via. Não simplesmente porque é capaz de reproduzir a força de trabalho, mas porque pode produzir diretamente riqueza, na medida em que a saúde constitui objeto de desejo para uns e de lucro para outros. (Foucault, 2010b, p. 187-188)

Esse é o movimento expansionista mais claro. Porém, há um movimento de expansão da medicina social pela Reforma Sanitária brasileira que é mais sutil: na expansão de suas funções, a saúde pública assume-se na engrenagem do desenvolvimento socioeconômico e, a partir do Estado, disputa os espaços da política institucional sem

romper com o modo de fazer política, mas, pelo contrário, declarando pretensões de blindagem do aparelho ou reificando o mesmo modo de ação de quaisquer outros grupos de interesse. Como exemplo, temos enunciados como:

Nas disposições do SNS [Sistema Nacional de Saúde] vamos encontrar uma área que não representa interesse imediato para os grupos dominantes no Setor Saúde hoje, ou seja, a atenção primária à saúde. [...] É nesta área que têm surgido espaços de atuação podendo ser ocupados. (Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, 1980, p. 17)

E, na ocupação dos mesmos espaços, reafirmam-se as mesmas vontades políticas às quais é declarado o enfrentamento quando são exercidas por outros grupos que não aqueles mapeados como os “da Reforma Sanitária”. É o caso, por exemplo, da aposta que se faz em relação à prática do planejamento em saúde, que é entendido como um espaço de “decisões neutras e técnicas, sábias e antecipadoras das necessidades populares”, é também reconhecido por seu efeito político de pacificar “as relações de poder e os interesses dos grupos dominantes” (Cordeiro, 1979, p. 42). Efeito que é positivado quando transforma “as aspirações populares em fluxo de informações [...] analisadas racionalmente e transformadas em reajustes, que reatualizam, mas não transformam nem democratizam os sistemas de saúde” (Cordeiro, 1979, p. 42). Assim, ao operar, nesse caso, na pacificação e na manutenção das relações de força, o planejamento torna-se uma estratégia política conservadora, um dilema posto para quaisquer vontades pretensamente revolucionárias. Nada disso é estranho ao liberalismo,⁶ entendido como a “arte de governar o menos possível”. Nas palavras de Foucault:

⁶ O liberalismo, comumente entendido como liberdade econômica e redução do Estado, é entendido por Foucault de forma diferente. Trata-se de uma razão de Estado que alimenta práticas que impõem certa limitação interna às ações do Estado pela racionalidade da maximização do controle. É nos marcos dessa razão que a biopolítica é operada. A economia política e o mercado são instrumentos de averiguação dessas práticas. Assim entendido, o liberalismo não é a égide das liberdades individuais e ilimitadas, mas uma gestão, de governos e governados, sobre as liberdades com vistas ao seu regramento econômico-político.

[...] o que é esse novo tipo de racionalidade na arte de governar, esse novo tipo de cálculo que consiste em dizer e em fazer o governo dizer “aceito, quero, projeto, calculo que não se deve mexer em nada disso”? Pois bem, acho que é isso que se chama, em linhas gerais, liberalismo. (Foucault, 2008b, p. 28)

Contudo, se não é estranho ao liberalismo, também nada disso pode ser tido como revolucionário. Em suma, os projetos e estratégias da Reforma Sanitária brasileira sustentam a mesma boa e velha medicina social, que permanece ligada aos mesmos mecanismos sociais e econômicos – de poder – do modelo que dizia romper.

b) Assumir o exercício da medicina social é assumir o campo da saúde pública como lócus de governo da população e por isso, especialmente, lócus de conflitos da vida. A operação da biopolítica, ao mesmo tempo em que estabelece uma medicina das populações, faz funcionar também uma medicina das singularidades. Assim, tornam-se objetos da medicina social conflitos que vão desde as disputas orçamentárias dentro e fora do aparelho de Estado até os conflitos que encontram materialidade singular no exercício da clínica.

Ora, se a construção de uma antimedicina é uma falsa questão (Foucault, 2010b), parece-nos coerente pensar que a medicina pode ser potencializada como uma arena da qual diferentes atores se apropriam com distintos níveis de operação discursiva, e que a clínica é um importante espaço de conflito, potente de possibilidades de inversões nos jogos de força e de produção discursiva capilar.

Trata-se do espaço próprio de lidar com a doença e o sofrimento e de estabelecer a relação de cuidado. Com todos os ruídos que pode comportar, e comporta – por exemplo, a coisificação do paciente por via de seu diagnóstico –, a clínica ainda é espaço privilegiado para a quebra de suas próprias pretensões científicas e para a construção de saberes comuns, principalmente quando

[...] o encontro entre um profissional de saúde deixa de ser visto como o encontro desigual entre alguém que sabe sobre as doenças, seus modos de prevenir e tratar e

alguém que não sabe, para se tornar um encontro entre profissionais que sabem algo sobre as doenças, e pessoas que sabem algo sobre suas vidas e sobre seu sofrimento. É na tentativa de fundir esses horizontes que se produzem relações emancipatórias. (Mattos, 2008, p. 338)

Por mais que o exercício da clínica deva ser voltado para um objetivo comum – o da terapêutica –, ele não se faz isento de negociações e incertezas e, nesse sentido, é espaço privilegiado de circulação de poder. É na própria circulação do poder, na capilaridade dos processos, no seio das relações, que ocorrem permanentes rupturas da ordem. Nesse âmbito, os próprios discursos, ou melhor, as práticas discursivas, nada mais são do que instrumentos nessa luta perpétua; são o saber exercendo poder, podendo, e de fato sendo, rotineiramente reafirmado, derrubado, reapropriado, positivado.

Em suma, a Reforma Sanitária brasileira, justificando suas pretensões revolucionárias a partir de uma dita crise da medicina não pode por isso ser revolucionária, pois seus próprios projetos permanecem sendo tão medicalizadores como aquilo com o qual se dizia romper. Logo, não é uma ruptura e não deve ser abraçada pelas gerações presentes como algo a ser venerado, mas como algo a ser tomado para novos usos, novos valores, novas pretensões.

INVENTANDO NOVOS LUGARES

Uma importante influência no trabalho de Foucault, Nietzsche sempre tratou como opostos os termos invenção e origem. Afirmava que a invenção é entendida como ruptura e que o conhecimento é inventado. Com isso queria dizer que os saberes não estão inscritos na natureza humana, mas são resultados de um afrontamento, de relações de força, de relações políticas (Foucault, 2003a). Logo, cabe também aos estudos históricos assumir sua função inventiva, entendendo que

[...] o sentido histórico, tal como Nietzsche o entende, sabe que é perspectivo, e não recusa o sistema de sua própria injustiça. Ele olha de um determinado ângulo,

com o propósito deliberado de apreciar, de dizer sim ou não, de seguir todos os traços do veneno, de encontrar o melhor antídoto. (Foucault, 2007, p. 30)

Segundo Nietzsche, de tempos em tempos o homem “precisa ter a força [...] para explodir e dissolver um passado, a fim de poder viver: ele alcança um tal efeito conforme traz o passado para diante do tribunal, inquirindo-o penosamente e finalmente condenando-o” (2003, p. 29-30). É com esse respeito e a responsabilidade de inquirir o passado que revisamos a Reforma Sanitária, buscando explicitar determinado efeito de sua não ruptura: quando Foucault nos ajuda a perceber os limites do projeto de antimedicina, entendemos a denúncia da expropriação da saúde como uma movimentação política inserida no jogo da medicina social. E entendemos a própria Reforma Sanitária e a saúde coletiva como reatualizações desse mesmo jogo.

Em outros termos, na medida em que a ordem dos discursos delimita o valor de verdade dos enunciados, são produzidas desigualdades na sua distribuição, com efeitos como o de rarefação do tema da expropriação da saúde. E foi numa leitura mais atenta dessa questão que pudemos compreender a impossibilidade de uma antimedicina, mas também pudemos recolocar os termos das relações em saúde, enfatizando o tema da expropriação como um momento de circulação e disputa de saber, ou ainda, como a operação de um modo específico de participação.

Essa participação necessariamente envolve alguma forma de medicalização – essa entendida como saberes e normas relacionados à saúde e à doença de indivíduos e populações –, pois a apropriação da medicina social extrapola os grupos médicos e de outros profissionais do campo da saúde e faz funcionar modos de vida: é biopolítica. E é exatamente nesse ponto que se desmitifica o caráter inaugural da Reforma Sanitária. É o que nos permite tanto reconhecer a autonomia dos indivíduos quanto pôr em questão a porosidade do campo da saúde pelo diálogo – logo, a capacidade de participação social – quando assume sua postura salvacionista de construir “consciência sanitária”.

De todo modo, ainda que careçamos de outros estudos, parece-nos possível pensar que a participação popular que se obteve na Reforma Sanitária, se não foi revolucionária, por não ter sido “desmedicalizada”, também não deve ser abolida por isso. Ainda que “medicalizada” ou incompleta, há que se construir práticas discursivas que desvelem a concretude dos modos de vida. E a pergunta mais importante passa a ser *como* construir inversão nos jogos de forças das práticas discursivas. Para essa pergunta não há qualquer resposta previamente factível que assim não seja “expropriadora”. Sabemos *o que* queremos: relações de construção de saúde mais participativas e emancipatórias, e sempre mais; mas *como* queremos construir isso é tarefa que se faz no cotidiano, na materialidade das relações que envolvem a medicina como “parte de um sistema econômico e de um sistema de poder” (Foucault, 2010b, p. 193).

Por fim, recuperamos o modo como Foucault retoma e supera as objeções que Nietzsche apresentava às modalidades de história, em nome da afirmação da vida e do poder de criação:

Os estudos que seguem, assim como outros que anteriormente empreendi, são estudos de “história” pelos campos que tratam e pelas referências que assumem; mas não são trabalhos de “historiador”. [...] [São] um exercício filosófico: sua articulação foi a de saber em que medida o trabalho de pensar sua própria história pode *liberar o pensamento daquilo que ele pensa silenciosamente, e permitir-lhe pensar diferentemente*. (Foucault, 2003b, p. 13-14; grifos nossos)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, J. D. de. As peculiaridades do mercado de serviços de saúde. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 97-109, 1977.

_____. O direito à saúde: um problema de administração e de política. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 21-38, 1979.

BIRMAN, J. A *physis* da saúde coletiva. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 11-16, 2005.

BORGES, C. F. *Um olhar arqueológico para a saúde pública brasileira: possíveis descrições do período 1950-1980*. 2012. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. A questão democrática na área da saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, n. 9, p. 11-13, 1980.

_____. Atenção primária à saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, n. 9, p. 14-20, 1980.

CORDEIRO, H. de A. Sistemas de saúde: o Estado e a democratização da saúde. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 39-62, 1979.

FOUCAULT, M. *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. Conferência 1. In: _____. *A verdade e as formas jurídicas*. 3. ed. Rio de Janeiro: Nau, 2003a. p. 7-27.

_____. Modificações. In: _____. *História da sexualidade 2: o uso dos prazeres*. 10. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2003b. p. 9-16.

_____. *Microfísica do poder*. 24. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2007.

_____. Aula de 1º de fevereiro de 1978. In: _____. *Segurança, território, população*. Curso dado no Collège de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes, 2008a. p. 117-153.

_____. *Nascimento da biopolítica*. Curso dado no Collège de France (1978-1979). São Paulo: Martins Fontes, 2008b. p. 3-69.

_____. *Arqueologia do saber*. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010a.

_____. Crise da medicina ou crise da antimedicina? *Verve – Revista do Núcleo de Sociabilidade Libertária da PUC-SP*, São Paulo, n. 18, p. 167-194, 2010b.

ILLICH, I. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. 4. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

LEVCOVITZ, E. et al. *Produção de conhecimento em política, planejamento e gestão em saúde e políticas de saúde no Brasil (1974-2000)*. Brasília: Opas, 2003.

MASCARENHAS, R. dos S.; PIOVESAN, A. O conceito de integração aplicado à medicina e à saúde pública. *Arquivos de Higiene e Saúde Pública*, São Paulo, v. 26, n. 89, p. 179-198, 1961.

MATTOS, R. A. de. Integralidade, trabalho, saúde e formação profissional: algumas reflexões críticas feitas a partir da defesa de alguns valores. In: MATTA, G. C., LIMA, J. C. F. (org.). *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz-Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2008. p. 313-352.

MELO, J. A. C. de. A prática da saúde e a educação. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 13-14, 1976.

NIETZSCHE, F. *Segunda consideração intempestiva: da utilidade e desvantagem da história para a vida*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2003.

NOVAES, R. L. Saúde e democracia. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, n. 5, p. 71-74, 1977.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.

PASCALE, H. Contribuição para a elaboração de um plano de assistência hospitalar no interior do estado. *Arquivos de Higiene e Saúde Pública*, São Paulo, v. 15, n. 44, p. 97-107, 1950.

RIBEIRO, P. T. *A instituição do campo científico da saúde coletiva no Brasil: 1975-1978*. 1991. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1991.