

UM ENSAIO SOBRE A IDEIA DE REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

Resultado de investigación finalizada

GT 19 – Salud y seguridad social: transformaciones sociales e impactos en la población

Camila Furlanetti Borges

Tatiana Wargas de Faria Baptista

Ruben Araujo de Mattos

Resumen

Referência na reforma sanitária brasileira dos 1970 foi Ivan Illich, que afirmava que todo conjunto de instituições médicas retira “do cidadão o domínio da salubridade no trabalho e o lazer, a alimentação e o repouso, a política e o meio” – nisso constitui a expropriação da saúde, manifestação da crise da medicina. Mas, segundo Foucault, isso são efeitos de arranjos de poder, e a ideia de crise da medicina é falaciosa, pois desde que surge é iatrogênica e atua como autoridade social, com fins de normalização da vida, e não é apropriação apenas de profissionais médicos. Baseados nisso, propomos desmistificar o caráter revolucionário da reforma sanitária, especialmente por seu projeto de ampliação de direitos e universalização da saúde pública.

Palavras-chave: reforma sanitária – medicina social – desmedicalização

Apresentação

Uma parte considerável das políticas públicas de saúde escritas no Brasil nas últimas três décadas afirma a necessidade e a intenção de que se consolide a reforma sanitária. Geralmente essas políticas referem-se ao movimento de reforma dos anos 1970, que é reconhecido como aquele que se desdobrou na criação e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). Textos acadêmicos também têm sido dedicados a avaliar a implementação dessa reforma e do SUS e a revisar os processos, escolhas e princípios assumidos. Em ambos os casos, frequentemente se esquece que o Brasil experimenta processos de reforma sanitária pelo menos desde que se tornou uma República.

Neste trabalho ensaiamos algumas reflexões sobre a denominada reforma sanitária dos anos 1970 sem nos aprofundarmos em seu caráter de ruptura em relação à reformas anteriores, mas tentando questionar esse caráter. Este texto parte de uma pesquisa de doutorado (Borges, 2012) que realizou uma análise arqueológica de documentos do campo da saúde pública do período de 1950-1980, 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 saberes – nível mais elementar do que a ciência, e que 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).

Nos documentos analisados neste estudo arqueológico, vimos que foram produzidos discursos que encobriam estratégias de “poder-saber” que materializaram arranjos de vida da população, escolhas, exercício de autonomia. Não havia propriamente uma impossibilidade discursiva.

Ou seja, 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 sobre o protagonismo popular.

Que não se confunda: a sombra é lançada sobre o caráter autônomo do povo e não sobre o próprio povo e sua vida, já que este é apresentado por seu modo incivilizado, faltoso e derrotado no jogo político. Julga-se a consciência sanitária do povo ou se atribui 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 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, foi 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) – nisso constitui a expropriação da saúde, apontada, naquele momento¹, como manifestação da crise da medicina.

Apesar de referir-se 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”, que transforma 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 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). E aquele que se

encarrega do doente é um profissional, que exerce o monopólio da medicina contemporânea. Ou seja, expropriação da saúde é um desequilíbrio entre as formas autônoma e heterônoma de tratamento, com a profissionalização e a especialização desta 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 uma certa socialização dos processos de sofrimento para a individualização da doença e da cura. E uma das consequências é a impessoalidade nas relações e no trato das questões de saúde.

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” –, 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.

Nos documentos analisados, 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 a nível dos serviços, mas a 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 em saúde – este funcionando 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” (Araújo, 1977, p. 101); 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; 3) não faz coincidir “necessidades sentidas e não sentidas”.

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 Estudo de Saúde, 1980, p. 11).

Em suma, nos discursos da saúde pública que constam nos documentos analisados, há um encobrimento que se manifesta, de um lado, sobre as estratégias de “poder-saber” que materializam arranjos de vida do povo, resistências, escolhas, exercício de autonomia, e, 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 neste 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 Foucault² de que essa 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.

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 maioria dos casos, mesmo o ato de exorcismo e magia é consumado neste quadro como uma forma de produção descentralizada e autônoma (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 “desmedicalizar” e volta a nos lembrar que o campo da saúde é animado pela medicina social, cujas características remontam o 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).

Esta não se contém em 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, que “começa a não mais ter campo exterior” (Foucault, 2010b, p. 183), que não é apropriação apenas de profissionais médicos, mas configura 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, 2008, p. 119), dirigindo-as aos “problemas específicos da população”. E quando aborda o governo da população, o que Foucault faz entender é 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, 2008, 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, 2008, 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.

Mas 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 brasileira dos anos 1970, especialmente por conta do projeto de ampliação de direitos e universalização da saúde pública. Trata-se de reconhecê-lo, ordinariamente, 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, também produzir encobrimentos e expropriações é estratégia, é posicionamento político nessa guerra em que a saúde figura como interesse.

Mas é também 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. Mas, ao desnudar o véu salvacionista que o campo da saúde insiste em vestir é possível desdobrar algumas reflexões a seguir.

i – 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 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 tanto independem 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 limitados. 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, conseqüentemente, 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 sócio-sanitária” (Ribeiro, 1991, p. 16).

O que pretendemos destacar é que a saúde coletiva apresenta-se 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, Baptista, Uchôa, Nespoli & Mariani, 2003; Birman, 2005).

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).

Em suma, a saúde coletiva, que costuma ser apresentada por sua ruptura com a saúde pública, rompendo com o predomínio “biologicista”, funciona como uma reatualização da medicina social.

Tamanho intervencionismo busca legitimar-se sob a noção de direito, que tem sido canalizada para a ampliação do consumo – fazendo do direito do consumidor uma espécie de modelo desse campo – que, 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 “apresenta-se com características que o distinguem nitidamente da sua posição, por exemplo, como consumidor de alimentos, vestuário ou de outros bens de consumo” (Araújo, 1977, p. 100).

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. Mas há um movimento de expansão da medicina social pela reforma sanitária brasileira que é um tanto 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 ao aparelho ou reificando o mesmo modo de ação de quaisquer outros grupos de interesse.

E, na ocupação dos mesmos espaços, reafirmam-se as mesmas vontades políticas às quais são declaradas 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”, e é também reconhecido por seu efeito político de pacificar

as relações de poder e os interesses dos grupos dominantes”. 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, entendido por Foucault como a “arte de governar o menos possível”. O autor rompe com a visão corrente de que o liberalismo seria liberdade econômica e redução do Estado. 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.

Mas 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.

ii – 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 na 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 estabelecer a relação de cuidado. Com todos os ruídos que pode comportar, e comporta – como, 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 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 abraçado 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, 2003). Logo, cabe também aos estudos históricos assumir sua função inventiva.

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 condena-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 – esta 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”.

Notas de pie de página

¹ ‘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.

¹ 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 III de *Dits et Écrits*. Somente em 2010 foi publicada em português na revista *Verve*, volume 18, com tradução de Heliana Conde.

Bibliografia

- Araújo, José Duarte de. (1977) As peculiaridades do mercado de serviços de saúde. *Rev. Adm. Pública*, v.11, n.3, 97-109.
- Araújo, José Duarte de. (1979) O direito à saúde: um problema de administração e de política. *Rev. Adm. Pública*, v.13, n 4, 21-38.
- Birman, Joel. (2005) A *Physis* da Saúde Coletiva. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, 15(Suplemento), 11-16.
- Borges, Camila Furlanetti. (2012) *Um olhar arqueológico para a saúde pública brasileira: possíveis descrições do período 1950-1980. Tese de Doutorado em Saúde Pública*. Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, Rio de Janeiro, Brasil.
- Centro Brasileiro de Estudo de Saúde. (1980) A questão democrática na área da saúde. *Saúde em Debate*, n.9, 11-13.
- Cordeiro, Hésio de A. (1979) Sistemas de saúde: o Estado e a democratização da saúde. *Rev. Adm. Pública*, v.13, n 4, 39-62.
- Foucault, Michel. (1999) *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)*. São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, Michel. (2003) Conferência 1. In: Foucault, M. *A verdade e as formas jurídicas*. (3 ed). Rio de Janeiro: Nau Editora (pp. 7-27).
- Foucault, Michel. (2007) *Microfísica do Poder*. (24 ed). Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Foucault, Michel. (2008) Aula de 1 de fevereiro de 1978. In: Foucault, M. *Segurança, território, população: curso dado no Collège de France (1977-1978)*. São Paulo: Martins Fontes, (pp.117-153).
- Foucault, Michel. (2010a) *Arqueologia do Saber*. (7 ed). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, Michel. (2010b) Crise da medicina ou crise da antimedicina? *Verve. Revista do Núcleo de Sociabilidade Libertária da PUC-SP*. Nr. 18.
- Illich, Ivan. (1975) *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. (4 ed). Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira.
- Levcovitz, Eduardo; Baptista, Tatiana W.F.; Uchôa, Severina A.C.; Nespoli, Grasielle; Mariani, Mônia. (2003) *Produção de conhecimento em política, planejamento e gestão em saúde e políticas de saúde no Brasil (1974-2000)*. [Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas de Serviços de Saúde, 2] Brasília (DF): OPAS.
- Mattos, Ruben Araujo de. (2008) 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. (orgs).

Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ/EPSJV (pp. 313-352).

Melo, Joaquim Alberto Cardoso de (1976). A prática da saúde e a educação. *Saúde em Debate*, v.1, n.1, 1976, 13-14.

Nietzsche, Friedrich. (2003) *Segunda consideração intempestiva: da utilidade e desvantagem da história para a vida*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.

Novaes, Ricardo L. (1977) Saúde e democracia. *Saúde em Debate*, n.5, 71-74.

Paim, Jairnilson S.; Almeida Filho, Naomar. (1998) Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev. Saúde Pública*, 32 (4): 299-316.

Ribeiro, Patricia T. (1991) *A instituição do campo científico da Saúde Coletiva no Brasil: 1975/1978*. *Dissertação de mestrado*. Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, Rio de Janeiro, Brasil.