

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL – UFRGS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E  
INSTITUCIONAL  
DOUTORADO EM PSICOLOGIA SOCIAL E INSTITUCIONAL**

**CRISTIAN FABIANO GUIMARÃES**

**A VARIAÇÃO DO COLETIVO NA SAÚDE**

**PORTO ALEGRE**

**2015**

Cristian Fabiano Guimarães

## **A VARIAÇÃO DO COLETIVO NA SAÚDE**

Tese de Doutorado apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Psicologia Social e Institucional, pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS

Orientadora: Dra. Rosane Azevedo Neves da Silva

PORTO ALEGRE  
2015

### CIP - Catalogação na Publicação

GUIMARÃES, CRISTIAN FABIANO  
A VARIÇÃO DO COLETIVO NA SAÚDE / CRISTIAN FABIANO  
GUIMARÃES. -- 2015.  
219 f.

Orientador: ROSANE AZEVEDO NEVES DA SILVA.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Porto Alegre, BR-RS, 2015.

1. Coletivo. 2. Saúde Coletiva. 3. Epistemologia.  
4. Genealogia. 5. Reforma Sanitária. I. SILVA,  
ROSANE AZEVEDO NEVES DA , orient. II. Título.

Cristian Fabiano Guimarães

## **A VARIAÇÃO DO COLETIVO NA SAÚDE**

Tese de Doutorado apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Psicologia Social e Institucional, pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS

Orientadora: Dra. Rosane Azevedo Neves da Silva

Aprovada em 27 de julho de 2015

### **BANCA EXAMINADORA**

---

Dr. Alcindo Antônio Ferla – Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS

---

Dr. Ardigò Martino – Universidade de Bologna – UNIBO

---

Dr. Luis Artur Costa – Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS

---

Dr. Túlio Batista Franco – Universidade Federal Fluminense – UFF

A todos aqueles e aquelas que  
se engajam num devir qualquer.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço todas as pessoas que compartilharam comigo o percurso de elaboração desta tese, em especial:

Ao **Marcelo Pinheiro**, meu companheiro, pelo carinho, atenção e paciência durante esse percurso, se dispondo a atravessar comigo os muitos momentos difíceis, em especial aqueles de ausência, assim como os de fragilidade e impaciência;

À minha mãe, **Isabel Teresinha Guimarães**, minha irmã **Priscila Cristina Guimarães** e meu pai, **Jorge Luis Guimarães** (*in memoriam*), esta tese é também um presente para vocês, que apostaram comigo, aguentaram meus resmungos, queixas e ansiedades;

À minha orientadora, professora **Rosane Azevedo Neves da Silva**, que me ensinou psicologia social, sustentando durante todo esse percurso uma postura ética e política implicada com a construção de um pensamento consistente, me ajudando a construir esse trabalho com seu afeto, sensibilidade e paciência;

Ao meu amigo, professor **Ardigò Martino**, que me ajudou muito durante essa etapa, contribuindo com a potência da sua imaginação e criatividade e com a sua capacidade de estabelecer laços afetivos de amizade;

Ao professor **Alcindo Antônio Ferla**, que abriu caminho para a realização da pesquisa na Itália, assumindo importância central a partir da segunda metade do meu doutorado, garantindo condições de escrita e servindo de exemplo de profissional ético e competente no âmbito da educação e da gestão do Sistema Único de Saúde – SUS;

À **Brigida Marta**, minha amiga querida, que acompanhou bem de perto muitos momentos alegres (e também os difíceis) com sensibilidade, doçura, inteligência e parceria;

À professora **Stela Nazareth Meneghel**, minha amiga, que me introduziu no território da saúde coletiva, me ensinando muito do pensamento social em saúde;

A todos os colegas da ASSTEPLAN, em especial às minhas amigas **Ligia Correa Geyer**, **Liane Prytoluk**, **Maria Elisa Mello de Freitas** e **Marta Araujo Grecelle**, e ao meu amigo **Gabriel Calazans Baptista**, que foram personagens fundamentais para dar viabilidade e concretude à esta tese;

À minha amiga **Camila Guaranha**, que prontamente topou me ajudar na etapa de finalização da tese, contribuindo com a leitura de algumas partes do texto.

Aos **colegas do CSI** da Universidade de Bolonha/Itália, que me deram lições sobre coletivo, que tantas vezes me deslocaram do modo indivíduo que existe em mim, produzindo torções significativas no meu pensamento;

A **todos os meus alunos e alunas** do Centro Universitário Metodista do IPA, que me ajudaram a pensar, pois me desafiam a aprender; injetaram energia e recarregaram as minhas baterias nas tantas noites de discussão em sala de aula, depois de um dia inteiro de trabalho na Secretaria da Saúde.

À **Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul**, que contribuiu dando viabilidade a este estudo.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes)**, fundação do Ministério da Educação (MEC), que contribuiu financiando a pesquisa, especialmente na etapa da pesquisa na Itália.

Meus sinceros e afetivos agradecimentos a todos vocês.

Nas experiências presentes, receio, estamos sempre *ausentes*: nelas não temos nosso coração – para elas não temos ouvidos. (...) Pois continuamos necessariamente estranhos a nós mesmos, não nos compreendemos, temos que nos mal-entender, a nós se aplicará para sempre a frase: *cada qual é o mais distante de si mesmo* – para nós mesmos somos homens do desconhecimento...

**Friedrich Nietzsche**

## RESUMO

Este estudo problematiza a noção de coletivo na saúde, analisando os jogos e as disputas sobre essa expressão no campo das reformas sanitárias italiana e brasileira, visando compreender a singularidade da saúde coletiva. Tomando como ponto de partida o fato de que a saúde coletiva marca uma diferença no território da saúde, importa compreender a noção de “coletivo”, tomando-a como analisador, com a finalidade de acompanhar como ela se expressa na saúde e quais sentidos atualiza. Para fazer essa discussão, situamos nossa investigação em uma perspectiva genealógica, analisando a composição e a perda de sentidos dos territórios reformistas nos cenários italiano e brasileiro. Discutimos as imagens construídas para expressar o coletivo na saúde – a população, o grupo e a sociedade civil –, com o intuito de propor um modo diferente para pensar essa expressão, de caráter processual e intensivo, passando a entender o coletivo como potência. Não é a fixação dessa noção às formas que lhe são atribuídas que afirma a saúde coletiva, mas a força que caracteriza o coletivo como algo inespecífico, condição para a variação da potência. Acompanhando as experiências reformistas, ficou evidente que a imaginação e a composição de noções comuns são mecanismos disparadores da variação, ativando o desejo e as resistências. Analisar o coletivo na saúde coletiva de forma articulada com os movimentos reformistas italiano e brasileiro evidencia a singularidade dessa expressão no território da saúde. Considerar essa singularidade evita que, paradoxalmente, reproduza-se uma política que afirme os preceitos da medicina social ou da saúde pública no campo da saúde coletiva, abrindo a possibilidade para novas produções de sentido.

**Palavras-chave:** Coletivo. Saúde Coletiva. Epistemologia. Genealogia. Reforma Sanitária.

## **ABSTRACT**

This study discusses the notion of the collective in healthcare through the analysis of the games and disputes that take place over this expression in the field of Italian and Brazilian healthcare reforms, with the objective of understanding the uniqueness of collective healthcare. Taking as its starting point the fact that collective healthcare marks a difference in the health area, it is important to understand the notion of "collective", taking it as an analyzer, with the objective of monitoring how it is expressed in healthcare and which concepts it updates. To make this discussion, we situate our research in a genealogical perspective, analyzing the composition and the loss of sense in reformist territories in the Italian and Brazilian scenarios. We discuss the images constructed to express the collective in healthcare – the people, the group and the civil society – in order to propose a different way to think this expression, that is procedural and intensive in character, coming to understand the collective as power. It is not the establishment of that notion to the forms assigned to it that asserts the public healthcare, but the strength that characterizes the collective as something unspecific, condition for the change in power. Following the reformist experiments, it became clear that the imagination and the composition of common notions are trigger mechanisms for variation, enabling desire and resistance. By analyzing the collective in collective healthcare in coordination with the Italian and Brazilian reform movements, we stress the uniqueness of this expression in the healthcare area. To consider this uniqueness prevents, paradoxically, the reproduction of a policy that affirms the precepts of social medicine or public healthcare in the field of collective healthcare, opening the possibility for new productions of meaning.

**Keywords:** Collective. Collective Healthcare. Epistemology. Genealogy. Healthcare Reform.

## ABSTRACT

Questo studio problematizza il concetto di collettivo in ambito sanitario, analizzando le dispute e il dibattito in relazione a questo tema nel campo delle riforme sanitarie italiana e brasiliana, con l'obiettivo di comprendere la singolarità del movimento brasiliano della salute collettiva. Partendo dal presupposto che la salute collettiva è caratterizzata storicamente da una prospettiva differente rispetto ad altre discipline del campo della salute, attraverso questo studio si vuole utilizzare il concetto di "collettivo" come dispositivo analizzatore, valutando come tale nozione si collochi all'interno dell'ambito sanitario e che significati acquista. A tal fine la ricerca si è svolta attraverso una prospettiva genealogica, che ha permesso di analizzare la composizione e la perdita di senso delle esperienze riformiste negli scenari italiani e brasiliani. Abbiamo discusso le immagini costruite nelle rappresentazioni del collettivo nella salute – la popolazione, il gruppo e la società civile - per proporre una riflessione su forme differenti di intendere questo concetto, in maniera processuale e intensiva, configurando l'idea di collettivo come “potenza”. Con ciò non si intende fissare tale nozione nelle forme che le sono state storicamente attribuite dalla salute collettiva, ma di rilevare la forza che caratterizza il collettivo come un qualcosa aspecifico, condizione per la variazione della potenza. Attraverso l'analisi delle esperienze riformiste, è apparso chiaro come l'immaginazione e la definizione di linguaggi comuni siano stati un meccanismo catalizzatore di trasformazione e attivatore di desideri o resistenze. Analizzare il concetto di collettivo nella salute collettiva, attraverso l'analisi delle esperienze dei movimenti della riforma italiana e brasiliana evidenzia la singolarità di questa nozione. Considerare questa singolarità evita che, paradossalmente, si riproduca una politica che replichi i precetti della medicina sociale e della sanità pubblica anche nel campo della salute collettiva, aprendo così possibilità per nuove produzioni di senso.

**Parole Chiave:** Collettivo. Salute Collettiva. Epistemologia. Genealogia. Riforma Sanitaria.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>1 A QUESTÃO DO COLETIVO NA SAÚDE .....</b>	<b>19</b>
1.1 AS IMAGENS DO COLETIVO NA SAÚDE .....	35
1.1.1 <i>Imagem I - O Coletivo como População</i> .....	36
1.1.2 <i>Imagem II - O Coletivo como Sociedade Civil</i> .....	76
1.1.3 <i>Imagem III - O Coletivo como Grupo</i> .....	82
<b>2 O COLETIVO COMO POTÊNCIA .....</b>	<b>85</b>
2.1 O PROCEDIMENTO CONSTITUINTE .....	91
2.2 A QUESTÃO DA IMAGINAÇÃO .....	94
2.3 A FORMAÇÃO DAS NOÇÕES COMUNS .....	102
2.4 CONATUS, DESEJO E RESISTÊNCIAS .....	110
<b>3 O COLETIVO E A INVENÇÃO DA SAÚDE COLETIVA.....</b>	<b>114</b>
3.1 O SABER OPERÁRIO NA SAÚDE.....	115
3.2 DO INESPECÍFICO À COMPOSIÇÃO DA REFORMA ITALIANA .....	138
3.3 A TRAMA DO INESPECÍFICO NA REFORMA BRASILEIRA .....	149
3.4 AS POLÍTICAS DA SAÚDE COLETIVA NO CENÁRIO BRASILEIRO.....	166
<b>4 PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO.....</b>	<b>181</b>
<b>5 REFLEXÕES FINAIS .....</b>	<b>196</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>202</b>
<b>REFERÊNCIAS COMPLEMENTARES.....</b>	<b>212</b>

## INTRODUÇÃO

**Coletivo**, palavra que vem do latim **collēctīvu(s)**, significa coletado junto, no sentido de reunir, recolher. Trata-se de junção, acúmulo e ordenamento, ou seja, daquilo que se prende com um vínculo. Da definição ampla do termo, seguem algumas noções construídas ao longo da modernidade, conforme constam no *Dizionario Latino Italiano*. Essa palavra pode estar associada à noção de comum, significando comum a muitos ou a todos, público, geral ou universal. Também pode significar possuir um bem comum: o que está à disposição de todos, para uso da comunidade, nação ou Estado. Pode representar ainda uma coisa geral ou genérica. Coletivo é utilizado também no sentido de igualar todos num mesmo estado, ou para referir aquilo que não procede exclusivamente a um indivíduo apenas. Por fim, alguma coisa que é coletiva pode estar associada a algo vulgar, ordinário ou indeciso, tal como a sorte da guerra<sup>1</sup>.

Uma primeira aproximação ao tema nos permite perceber pelo menos quatro maneiras distintas de entender o coletivo: 1) como algo abstrato ou da ordem do social, especialmente quando tomado como sinônimo do que é genérico, público ou universal; 2) como um bem ou um capital a ser utilizado em função do interesse comum; 3) como algo massificado ou homogêneo, que iguala os indivíduos; e 4) como algo negativo, porque associado àquilo que é indeterminado ou inespecífico. As três primeiras concepções modernas de coletivo, de modo geral, partem de uma visão dicotômica da realidade e permitem entender algumas identidades construídas para o coletivo ao longo da modernidade. Começemos por elas.

Se remetermos as três primeiras definições acima para o campo da saúde, poderíamos dizer que o coletivo pode ser entendido como o social, o público ou a sociedade. Desse modo, a saúde coletiva entenderia o coletivo como o público, bem de interesse comum, ou como a massa. Ou ainda, em termos mais amplos, como o social em oposição ao indivíduo. Entretanto, por que fundar no Brasil um campo de conhecimento e de práticas denominado *saúde coletiva*, se estamos falando de um coletivo como sinônimo de público semelhantemente ao que ocorre na saúde pública, que tende a olhar para seu objeto – o campo sanitário – enquanto cenário homogêneo das massas? E, do mesmo modo, por que pensar uma *saúde coletiva*, se afirmamos

---

<sup>1</sup> Callonghi, Ferruccio. *Dizionario Latino Italiano*. 3.ed. Rosenberg & Sellier Ed: Torino, 1999.

que o coletivo é o social, como na medicina social? Dessa forma, para aumentar o rol de inquietações, não estariam saúde pública e medicina social contidas na *saúde coletiva*, uma vez que existe uma infinidade de possíveis significados para o coletivo, que são transferidos para o território da saúde sem a devida problematização?

Se concordamos com a ideia de que o coletivo pode ser satisfatoriamente entendido a partir dos significados apresentados acima, seria possível dizer que ele é algo genérico. Assim sendo, ele pode facilmente ser vulgarizado ou ser utilizado como “clichê”, numa infinidade de contextos diferentes, uma vez que sua utilização se adapta bem a quaisquer situações.

Ao aceitarmos a definição dessa expressão como algo dado, não parece existir diferença na formação de um conhecimento que afirma o coletivo na saúde, como é o caso da saúde coletiva, pois o coletivo é tomado como sinônimo de conceitos que já habitam desde muito o território da saúde. Assim, não seria de estranhar que, sem levar em conta a questão do coletivo, a saúde coletiva possa ser entendida como um modismo ou como uma versão mais atual da saúde pública no cenário contemporâneo.

Se prestarmos atenção às agitações<sup>2</sup> das reformas sanitárias na segunda metade do século XX, tanto na Itália quanto no Brasil, e se nos concentrarmos por um momento apenas no contexto brasileiro, veremos que quando a saúde coletiva se consolida como campo de conhecimentos e de práticas (PAIM & ALMEIDA FILHO, 1998), o principal objetivo é marcar uma diferença da medicina social e da saúde pública. Tais sinônimos do coletivo são imediatamente colocados em discussão, já não servindo mais às aspirações enunciadas pela conformação desse novo saber no território da saúde.

Podemos perceber que a definição de coletivo e a sua aproximação à saúde não é tão simples quanto parece, pois essa expressão introduz uma série de questões a serem discutidas. Tais questões parecem não terem sido ainda suficientemente exploradas pela saúde coletiva, pois há uma diversidade de modos de pensar o coletivo na saúde, sugerindo que essa expressão é problemática. O estranhamento com relação às questões apontadas até esse momento é o ponto de partida para este estudo. Das definições que o *Dizionario Latino Italiano*<sup>3</sup> apresenta, uma primeira

---

<sup>2</sup> Utilizaremos o termo “agitação” para falar de uma dimensão política que expressa o jogo das lutas operárias no contexto italiano e/ou o processo de redemocratização no cenário brasileiro.

<sup>3</sup> Callonghi, Ferruccio. *Dizionario Latino Italiano*. 3.ed. Rosenberg & Sellier Ed: Torino, 1999.

reflexão possível é que existem diferenças no modo de entender o coletivo no território da saúde.

Partiremos da seguinte inquietação: parece que discutir a questão do coletivo atribuindo a ele uma forma definida nos impede de analisá-lo do ponto de vista da força que ele introduz na saúde. Tomando como pressuposto que o coletivo dispara movimentos instituintes no território da saúde, que provocam rupturas no pensamento e no campo sanitário em suas formas instituídas, construímos a hipótese de que é preciso olhar para essa expressão não como uma forma fixa, mas como processualidade. Enquanto processualidade, o coletivo dispara uma força de variar que provoca mudanças no território da saúde. Para discutir nossa hipótese inicial, vamos reconstruir a história do coletivo na saúde, analisando como essa expressão aparece na medicina social e na saúde pública, com a finalidade de perceber quais diferenças existem no modo como a saúde coletiva a toma.

Ao percebermos que esse conceito não pode ser compreendido como algo que possui um único sentido, aproximamos-nos do problema que anima nosso estudo, que encontra na ideia de variação uma pista. Mas antes de adentrarmos na discussão do conceito de variação, é preciso discutir a última definição contida no referido dicionário, qual seja, o coletivo como algo “vulgar”, “ordinário” ou “indeciso”, como “sorte da guerra”. Não nos parece equivocado afirmar que essa perspectiva contém uma originalidade, pois a partir dela podemos compreender a ideia de variação do coletivo na saúde, bem como situar uma perspectiva diferente para entendermos o coletivo. Tal concepção implica uma noção de coletivo entendido como algo aberto ou inacabado, que não está encerrado numa forma previamente definida ou numa identidade. Desse ponto de vista, podemos analisar a dimensão das lutas e das disputas em torno dessa expressão na saúde. Ao que tudo indica, entender o coletivo como inespecífico é a perspectiva que nos aproxima da processualidade ativada por ele na saúde, enquanto expressão da potência. Portanto, será sobre a dimensão processual aberta pelo coletivo que discutiremos a ideia de variação.

A variação é uma ferramenta conceitual que ajuda a compreender que o coletivo não se comporta de forma estática e não carrega um único sentido na saúde. Ao contrário, ele se move, porque é um conceito vivo, dotado de uma singularidade; o seu movimento é produto da variação contínua, que faz escapar os diferentes significados que afirmam um modo fixo de entender o coletivo.

Na saúde, há uma diversidade de atores com diferentes concepções de coletivo, cada um buscando afirmar aquela que melhor lhe convém. A afirmação dessas diferentes identidades tende a ofuscar aquilo que é da ordem do ordinário ou indeciso, porque substitui as agitações que operam no plano intensivo para fixar a discussão do coletivo no plano das formas. É na perspectiva definida pelo *Dizionario Latino Italiano* como sorte da guerra, que a ideia de variação se expressa como potência, colocando em cena o plano das forças. Com a variação, temos uma pista importante para saltar do plano das formas do coletivo – das identidades e dos significados – para analisar as intensidades que esse conceito carrega na saúde, bem como os deslocamentos que ele produz e suas implicações do ponto de vista do conhecimento.

Enquanto recurso teórico, a variação possibilita não sermos capturados pela tendência de considerar o coletivo como algo pré-constituído, formado ou acabado, instituído. A ideia de variação do coletivo na saúde nos ajuda a olhar para esse objeto sob uma condição de inacabamento, enquanto processo ou força movente, como algo inespecífico, porque sem o registro de um significado pré-constituído que o determina. Quando a força do coletivo varia, permanece um percurso a ser cartografado, de pura intensidade, um espaço de produção de sentidos ou de singularidades em devir. A ideia de variações do coletivo desloca o nosso olhar para o plano de forças e para as lutas de composição de territórios na saúde, sendo esta a dimensão que nos interessa discutir.

Dessa primeira aproximação, as três primeiras definições que o *Dizionario Latino Italiano* traz sobre a origem da noção de coletivo podem ser apresentadas como as formas que o coletivo assume na saúde. Começaremos a nossa discussão problematizando essas formas, entendidas como imagens do coletivo. Faremos isso colocando em análise a saúde coletiva, com a finalidade de entender as diferenças que existem entre esse conhecimento, a medicina social e a saúde pública. Ao problematizarmos essas formas, perceberemos que apenas a última definição sugerida pelo referido dicionário fornece uma pista para pensarmos o coletivo como potência, cujo olhar se volta para a processualidade das variações da potência.

Os debates sobre a saúde coletiva se materializaram no território da saúde brasileira nos anos setenta, período marcado por agitações sociais, cenário no qual o movimento reformista ganhou força. A legitimidade desse saber foi construída com a amplificação do conceito de saúde e a crítica à saúde pública, bem como com a

construção de uma leitura social que produziu o alargamento do campo sanitário. Superar o reducionismo naturalista da saúde pública e a perspectiva higienista herdada da medicina social impunha forjar um saber que pudesse significar algo novo na saúde. Tal foi o contexto no qual se consolidou a saúde coletiva como um campo de conhecimentos e de práticas, representando um avanço importante para a saúde brasileira e latino-americana.

Nesse sentido, este estudo retorna à história da saúde coletiva no Brasil, bem como às agitações reformistas, para problematizar o conceito de coletivo no território da saúde. Nossa discussão inicia propondo uma reflexão sobre a saúde coletiva, tendo em vista compreender a relação desse conhecimento com o movimento reformista brasileiro e estabelecer uma relação histórica com a experiência italiana de reforma sanitária, discutindo as diferenças teóricas entre a saúde coletiva, a medicina social e a saúde pública. Em todos esses saberes sobre a saúde, o que nos interessa é situar a perspectiva do coletivo.

Os cenários escolhidos para este estudo foram o contexto de institucionalização do *Servizio Sanitario Nazionale* italiano e do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, com foco nas agitações produzidas pelos movimentos reformistas nos dois países. Ao resgatar o processo que colaborou para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), percebemos que o pensamento italiano de reforma sanitária foi aquele que mais influenciou o movimento sanitário brasileiro. Existem, portanto, similaridades entre esses dois sistemas de saúde: tanto para o *Servizio Sanitario Nazionale* quanto para o Sistema Único de Saúde (SUS), a questão do coletivo é importante para a construção das práticas de saúde pública, seja no nível da atenção/cuidado à saúde, nos processos de gestão, nas ações de educação permanente ou mesmo no estímulo à participação social na construção democrática das políticas no setor. Da mesma forma, tanto a Itália quanto o Brasil possuem sistemas de saúde universais e organizados de forma regionalizada. A valorização do território como elemento organizador das ações de saúde reforça a relação histórica que existe entre o modelo de saúde italiano e o brasileiro após a segunda metade do século XX. Na continuidade histórica existente entre esses dois cenários, há um campo de possibilidades a ser explorado, especialmente no que diz respeito à questão do coletivo.

Tomando como ponto de partida o fato de que a saúde coletiva foi edificada para marcar uma diferença no território da saúde, importa-nos compreender a

contribuição da noção de coletivo nesse processo, tomando-o como analisador, com a finalidade de entender o que é essa noção e como ela se expressa na saúde. E, desse modo, realizar uma análise que permita colocar novos problemas e desafios para a saúde coletiva na contemporaneidade.

Problematizando a ideia de população, grupo e sociedade civil, faremos aparecer os efeitos que cada uma dessas formas atualiza no território da saúde. A partir do estranhamento dessas noções que são utilizadas para expressar uma determinada imagem do coletivo na saúde, procuraremos entender como as reformas sanitárias italiana e brasileira articularam o coletivo e responder algumas questões que essa experiência coloca à saúde coletiva. Será que as formas atribuídas ao coletivo não reproduzem na saúde coletiva, paradoxalmente, os conteúdos da medicina social ou da saúde pública, engendrando um cenário no qual a potência daquela é capturada? Que outros modos de compreender o coletivo na saúde poderiam ser inventados, ao invés de utilizarmos suas formas instituídas? A noção de coletivo no território da saúde e, em especial, na saúde coletiva, seria a expressão de uma unidade ou de uma totalidade necessária para a ação política efetiva? Entendê-lo como uma unidade seria um pressuposto necessário ou responderia a uma tendência do pensamento no território da saúde?

Ao propormos uma ruptura com o ponto de vista identitário que marca a noção de coletivo, abrimos a possibilidade para que outra perspectiva de análise apareça. Discutindo a noção de potência, perceberemos que a ideia da diferença e da multiplicidade se configuram como possibilidade de ruptura no modo como o coletivo vinha sendo problematizado na saúde. Com isso, desterritorializamos as formas do coletivo para que essa noção possa se expressar de outro modo no território da saúde. Passaremos a discutir o coletivo como potência, percebendo-o como processualidade, enquanto força que não possui uma origem ou qualquer finalidade previamente determinada.

Entenderemos que não é a fixação do coletivo nas formas que lhe são tradicionalmente atribuídas que afirma a saúde coletiva, mas a força que caracteriza o coletivo como algo inespecífico ou sem rosto, entendido como ponto de saturação que representa o mais alto grau de expressão da potência. Desse ponto de vista, um deslocamento se efetua na análise do coletivo na saúde: do plano das formas para a compreensão das intensidades dessa expressão no território da saúde. Perceberemos que a variação, que é da ordem da diferença e da multiplicidade, é disparada e se

beneficia com a imaginação e com a composição de noções comuns, ativando o desejo e as resistências.

Ao nos aproximarmos dos jogos e das disputas sobre o coletivo no território da saúde, tomando como campo problemático as reformas sanitárias italiana e brasileira, entenderemos a processualidade da potência no território da saúde, e o modo como ela se atualiza na saúde coletiva. Prestando atenção aos limites impostos à análise do coletivo na saúde – a sua fixação nas formas –, que parecem definir por antecipação as possibilidades de imaginar outras configurações possíveis para a saúde coletiva, propomos deixar aberta a possibilidade de pensar outros modos de perceber o coletivo na saúde. Sendo assim, o alargamento do domínio do imaginável sobre o coletivo pode funcionar como linha de fuga, fazendo escapar o discurso racionalizante que envolve essa expressão, cuja tendência parece ser de conservar as práticas de medicalização da vida e de objetivação do indivíduo na contemporaneidade.

Antes de apresentar as reflexões finais, faremos um adendo para pensar sobre a maneira como a estratégia de investigação foi sendo composta, a fim de chamar a atenção do leitor para o movimento de produção do conhecimento que, do nosso ponto de vista, só pode ser analisado *a posteriori*. Nesse momento, vamos explorar as ferramentas que foram utilizadas para analisar o que é o coletivo e como ele se expressa no território da saúde. É importante sublinhar que a estratégia de investigação adotada foi sendo montada à medida que nosso estudo avançava, pois consideramos mais importante operar com o método ou mostrar as ferramentas operando em relação ao objeto estudado do que seguir um caminho previamente definido.

Ao que tudo indica, a invocação não problematizada do coletivo na saúde coletiva pode obstar àquilo que as agitações da segunda metade do século XX significaram no território da saúde. Se quisermos entender os sentidos de eleger o coletivo como marcador de uma política subversiva ou revolucionária na saúde, faz-se necessário analisarmos as potências desse conceito, indagando a saúde coletiva a esse respeito. Desconsiderar a análise do coletivo na saúde parece impor limites à saúde coletiva. Tais limites podem estar definindo, por antecipação, a possibilidade de imaginar outras configurações possíveis para o coletivo nesse campo do conhecimento. Portanto, propomos problematizar essa expressão, com vistas a alargar o domínio daquilo que é possível imaginar a esse respeito na saúde coletiva, fazendo

escapar um discurso racionalizante que tende a capturar o pensamento e a imaginação, impedindo que novas singularidades sejam afirmadas.

## 1 A QUESTÃO DO COLETIVO NA SAÚDE

Partiremos da seguinte questão: o que é o coletivo e como ele se expressa no território da saúde? Uma primeira aproximação à noção de coletivo, mais geral, permitiu-nos visualizar a dimensão do problema. Vamos investigar como o coletivo entra na saúde, tendo em vista produzir um certo estranhamento com relação ao modo como esse conceito geralmente é utilizado nesse território. Quando falamos em *saúde coletiva*, referimo-nos a quais sentidos de coletivo? Como vimos, estamos diante de uma palavra que carrega uma variedade de sentidos. E sua definição não se encerra no que foi apresentado no *Dizionario Latino Italiano*. Coletivo também é uma palavra que se articula com a ideologia: esse termo foi utilizado, por exemplo, pelos anarquistas durante o século XIX, e logo depois pelos comunistas e socialistas.

Embora exista a visão corriqueira que se aproxima do senso comum, na qual os conceitos são entes metafísicos ou abstratos, distantes da realidade, por qual razão colocar em análise neste trabalho o conceito de coletivo no território da saúde? De modo simples, porque qualquer conceito carrega uma potência, com capacidade de ação e de transformação da realidade. O modo como pensamos essa expressão na saúde pode fortalecer ou diminuir a capacidade de agir da saúde coletiva sobre o território da saúde.

Para analisar o coletivo na saúde, precisamos discutir a saúde coletiva, resgatando a sua história. A história da saúde coletiva no Brasil é contada tomando como eixo a fundação da Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO, ou pelo estudo dos temas de pesquisa mais frequentes, com o intuito de realizar um balanço da produção científica na área. Apresentaremos nossa discussão percorrendo um caminho distinto desses dois modos de situar a construção da saúde coletiva: colocaremos em evidência a questão do coletivo e sua relação com a saúde em interface com o campo problemático instaurado pelas reformas sanitárias italiana e brasileira.

Ao colocarmos em destaque a noção de coletivo na produção da saúde coletiva, nosso objetivo é chamar a atenção para o modo como ele entra em relação no território da saúde, bem como o plano da experiência que inaugura. Segundo Lima & Santana (2006), não é possível pensar a saúde coletiva sem levar em conta o

processo reformista, responsável por agregar a esse conhecimento uma dimensão política que esteve presente desde a sua origem.

Compreender a relação entre as reformas sanitárias italiana e brasileira e a saúde coletiva parece ser um caminho possível para produzirmos a problematização do conceito de coletivo, identificando as tensões e desdobramentos que essa noção provoca no plano do conhecimento na saúde. Fleury (1985), por exemplo, afirma que “as bases teóricas que fundamentaram a construção [do] projeto da reforma sanitária podem ser encontrados na revisão da concepção marxista do Estado e na elaboração de uma leitura crítica do campo da saúde coletiva”. (FLEURY, 2009. p.746). Cohn (1989), por sua vez, chama a atenção para a diversidade de sentidos que são atribuídos ao termo reforma sanitária, destacando que, entre os projetos de reforma que existiram no mundo, foi a proposta italiana a que mais influenciou o pensamento reformista brasileiro. Portanto, para problematizar a experiência que o coletivo inaugura no campo da saúde, optamos por aprofundar o conhecimento sobre a construção da saúde coletiva acompanhando a emergência desse saber a partir do campo problemático instaurado pelas reformas italiana e brasileira.

Muitos autores brasileiros discutiram a construção da saúde coletiva, havendo uma vasta literatura sobre esse assunto<sup>4</sup>. Esses autores envidaram esforços para apresentar seu percurso histórico, com a finalidade de discutir o seu surgimento. No entanto, tais autores não estabelecem uma relação entre o surgimento da saúde coletiva e o movimento reformista ou a medicina social na Itália, embora o pensamento italiano tenha influenciado o movimento da reforma sanitária brasileira. Talvez esse vazio possa ser explicado conforme sugere Costa (1992), para quem nenhuma experiência construída em outros países no cenário europeu ou latino-americano reuniu condições institucionais para a criação de um campo científico como foi o caso brasileiro.

No entanto, para discutir o coletivo, é importante retomar esse percurso histórico, tendo em vista analisar os principais elementos que marcaram a singularidade do surgimento da saúde coletiva. Levando em conta que a construção de um saber está sujeita aos enfrentamentos de posição e aos jogos de força que disputam o espaço social, nosso desafio é destacar como o coletivo foi sendo montado

---

<sup>4</sup> LIMA & SANTANA, 2006; CAMPOS, 2000a; NUNES, 1998/1994/1992; COSTA, 1992; CAMPOS, 1991; PAIM & ALMEIDA FILHO, 1998; COHN, 1992; FELIPE, 1989; MERHY, 1987; FLEURY, 1988; TEIXEIRA, 1985; LUZ, 1991.

nas reformas italiana e brasileira, pois dessa forma entenderemos quais são os sentidos possíveis para essa expressão na saúde coletiva e as questões que daí emergem.

Podemos compreender a saúde coletiva pelo menos de duas maneiras: como um projeto de construção de um saber que opera no campo da saúde e também como um programa que contempla uma especificidade no interior desse campo. Quando nos referirmos à saúde coletiva como um projeto, estaremos assinalando o processo de construção desse saber no momento em que ele ainda não está enclausurado num corpo disciplinar. Em tal momento, a ênfase recai sobre a processualidade que habita a produção desse saber, ao passo que, na saúde coletiva entendida como um programa, observa-se um saber constituído que funciona com uma identidade bem estabelecida. A saúde coletiva entendida como um projeto diz respeito ao plano das forças, enquanto, como um programa, ao plano das formas. No plano das forças, o crescimento da potência tem como efeito exacerbar a desordem (NEGRI, 2002), sendo que esse movimento é condição de possibilidade para a produção do novo em qualquer dimensão da vida. A agitação produzida na segunda metade do século XX pelas reformas sanitárias desencadeou movimentos intensivos no território da saúde, que contribuíram para tensionar a maneira de pensar a medicina social e a saúde pública, tanto no cenário italiano quanto no brasileiro.

A reforma sanitária italiana se desenrolou durante os anos sessenta e setenta, culminando em 1978 na consolidação do *Servizio Sanitario Nazionale*. No caso brasileiro, esse movimento ganha corpo a partir dos anos setenta, sendo que a concretização do projeto político reformista se efetiva com a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988. Entretanto, já existia no cenário brasileiro dos anos sessenta uma leitura crítica social (DONNANGELO, 1976; AROUCA, 2003) sobre o processo saúde-doença, embora de forma “marginal” no interior dos Departamentos de Medicina Preventiva e Social das universidades brasileiras.

A produção de novas leituras sobre a realidade sanitária no interior dos Departamentos de Medicina Preventiva e Social de algumas Faculdades de Medicina desencadeou o processo denominado de “crise da saúde pública”. Com o incremento de novas perspectivas teóricas no campo da saúde, a maneira de pensar a medicina social e a saúde pública foi colocada em discussão. Para Machado et. al. (1978), a medicina social se organizou no contexto brasileiro como um conjunto de práticas de controle e de higiene social, sendo que, nos anos sessenta, essa perspectiva era

evidente na saúde pública. Esta última, por sua vez, operava sob uma perspectiva funcionalista, na qual o processo saúde-doença era entendido:

(...) como restrito ao nível biológico e individual e a prática médica como sendo orientada pela condição pessoal da doença ou, no limite, (...) como subsistema de correção de desvios e tensões sociais institucionalizados no nível dos indivíduos, ou seja, como mecanismo de controle social. (FLEURY, 1992. p.14).

Medicina social e saúde pública eram, no cenário brasileiro do início da segunda metade do século XX, práticas sintonizadas com um modelo higienista que visavam à disciplina dos indivíduos e ao controle da população. A produção da crise da saúde pública nos anos setenta não foi um evento ao acaso e produzido apenas no plano do saber, com a introdução de novas leituras da realidade sanitária. Ela adquiria sentido quando conectada a um conjunto de práticas políticas no campo da saúde, encontrando no movimento sanitário a possibilidade de se concretizarem.

A união entre saber e prática política garantiu as condições para que se instaurasse um projeto comum, tanto no plano do conhecimento quanto no âmbito das práticas sociais, em torno das questões da saúde. A construção da saúde coletiva ganha corpo num cenário de disputas: à organização de um novo recorte no campo da saúde corresponde a construção de um conjunto de práticas sociais que inscreve esse saber na realidade cotidiana e no corpo dos indivíduos (FOUCAULT, 2011a). Ao se criticar a concepção de medicina social e saúde pública, um novo conhecimento começou a tomar forma, com foco na análise das condições de saúde como problema social. As práticas organizadas sob essa nova perspectiva de análise focalizavam o estudo dos fatores sociais que influenciam o processo saúde-doença.

Para avançarmos na análise da construção da saúde coletiva, prestemos atenção no modo como Cohn (1989, p. 126) apresenta essa discussão. Conforme a autora:

(...) a área de Medicina Social passa a ser denominada de Saúde Coletiva. Buscava-se assim suplantar, no Brasil, a histórica distinção entre Medicina Social e Saúde Pública, em que a primeira muitas vezes passava a ameaçar esta, área tradicional de enfoque da saúde no âmbito coletivo. (...) Ao substituir-se “Medicina” por “Saúde” amplia-se o objeto, tornando-o mais abrangente, o que passa a exigir uma nova delimitação do campo. E, ao substituir-se o social pelo coletivo, torna-se este mais inespecífico, exigindo que seja rastreado em sua totalidade. Mas ao mesmo tempo requer da Saúde Coletiva que incorpore a produção clássica da Saúde

Pública, agora no novo entendimento da relação entre o biológico e o social (...).

Cohn (1989) ajuda a perceber que a saúde pública já era considerada uma área de enfoque da saúde no âmbito coletivo. As disputas pelo domínio do território da saúde produziram uma concatenação que aparece, conforme a autora, como fruto da junção entre a medicina social e a saúde pública, dando origem à saúde coletiva. A escolha do termo “saúde” para nomear esse saber que estava em gestação imprime uma direcionalidade e, ao mesmo tempo, representa uma oportunidade singular de alargamento do campo sanitário. A ampliação do conceito de saúde é uma direção possível para explicar a saúde coletiva e a mais utilizada. : Por outro lado, a noção de coletivo é utilizada de forma ambígua, , pois, ao abandonar a ideia de social, os sanitaristas produzem uma ampliação do seu objeto de análise, representado pela passagem do público e do social para o coletivo, aumentando a inespecificidade de seu campo de atuação.

Sob a ótica de Cohn (1989), é possível perceber que a noção de saúde coletiva vem substituir a noção de medicina social no contexto brasileiro e, ao mesmo tempo, integrar a saúde pública ao plano do conhecimento estruturado por esse novo saber. Entretanto, Costa (1992) afirmou que não podemos considerar a entrada em cena da saúde coletiva como uma simples substituição do termo medicina social ou pela justaposição de fragmentos de disciplinas, uma vez que sua construção foi acompanhada pela produção de novas leituras da realidade sanitária que ultrapassam os limites dos saberes que discutiam a questão da saúde. Portanto, a saúde coletiva não pode ser pensada enquanto um processo natural de evolução do conceito de saúde pública, pois sua construção encontrará sentido num contexto histórico específico e no jogo de lutas pela construção da democracia no Brasil. Do mesmo modo, ela não pode ser pensada como simples substituição de termos, sob o risco de ampliar o campo de intervenção sanitário e reproduzir sobre ele práticas tradicionais da saúde pública, como, por exemplo, o saneamento do espaço público por meio das técnicas de higiene.

Por outro lado, Cohn (1989) define o coletivo como inespecífico, sendo que essa dimensão de inespecificidade é uma característica importante para entendermos a saúde coletiva como um projeto. O inespecífico significa a expressão da processualidade, a tensão em ato instaurada sobre um plano de forças. Ao que tudo

indica, muitas foram as dificuldades para definir ou para compreender os sentidos do coletivo na saúde. Enquanto inespecífico, o coletivo parecia carregar uma potência, em função de sua condição de inacabamento. Ao se tornar específico, a potência parece cair no esquecimento, sendo naturalizada, deixando pouco clara a diferença que essa expressão carrega para problematizar as noções de público e de social no campo da saúde e intensificar a compreensão do coletivo como inespecífico.

Ao definir o coletivo como algo da ordem do inespecífico, Cohn (1989) não explora essa expressão na originalidade com que ela aparece no processo de construção da saúde coletiva como um projeto, deixando de lado essa discussão. Ao que tudo indica, a crise na saúde pública foi acompanhada pela produção de novas leituras sobre a realidade sanitária brasileira, sob um plano de produção comum em consonância com o movimento reformista, no qual o conceito de coletivo vai operar de forma “inespecífica” como potência de criação de novos sentidos para o campo da saúde. É a originalidade do coletivo como força ordinária, indeterminada e inespecífica que parece ser o aspecto mais importante a ser destacado na transição entre o público e o social para o coletivo, característica pouco estudada, talvez porque não percebida em sua amplitude pelos teóricos da área.

Nosso esforço será no sentido de compreender o que significa a ideia de coletivo como inespecífico na saúde e quais as implicações desse modo de pensar para a saúde coletiva. Ao que tudo indica, a ideia de inespecífico se aproxima da noção de potência, colocando em cena a dimensão intensiva, processual e instituinte. Esse ponto de partida parece ser um aspecto central na construção da saúde coletiva. Ao entendermos o coletivo para além do plano das formas, buscamos colocar em evidência a dimensão intensiva que atravessa a construção da saúde coletiva no encontro com os movimentos sanitários italiano e brasileiro, sendo que tal dimensão é a força do inespecífico, onde são desencadeados processos instituintes que se articulam na composição de novos projetos na saúde.

Tomado desta perspectiva, o coletivo não se reduz à ideia de conjunto ou agrupamento, pois é entendido como potência constituinte (NEGRI, 2002) ou movimento instituinte (BAREMBLITT, 1992). O coletivo como potência é uma noção que coloca em evidência a dimensão intensiva. De agora em diante, adotaremos esse modo de compreender o **coletivo**, grifando-o em negrito, para diferenciá-lo do *coletivo* instituído, pertencente ao mundo das formas, que será grifado em itálico. O *coletivo* diz respeito aos esforços para produzir uma identidade para esse conceito e

limitar a experiência do **coletivo** enquanto base expansiva de produção de resistência, enclausurando sua força em formas de representação. Quando esse termo aparecer nas citações de autores, ele será marcado no texto de forma simples, tendo em vista manter a fidedignidade com a escrita do autor citado. As diferentes maneiras de grifar a expressão “coletivo” buscarão chamar a atenção do leitor para as vibrações desse termo no território da saúde, além de nos ajudar a discutir a ideia de variação.

A noção de **coletivo** sustenta uma tensão no campo da saúde, uma vez que sua identidade ainda não está caracterizada. A inespecificidade do **coletivo**, ao contrário de significar um vazio de sentido, pode ser compreendida como um espaço carregado de potência, uma vez que é sobre esse plano que diferentes forças disputam e cooperam para a construção de um projeto comum. Sobre esse espaço aberto foi possível desenhar diferentes leituras da realidade sanitária; sobre ele, inscreveu-se o saber e o agir na produção de um novo projeto para a saúde, embora Cohn (1989) não veja dessa maneira.

Negri (2005) explica a produção do comum como relação de singularidades que cooperam. O comum é força não-identitária que se constitui como relação, desencadeando aumento da capacidade de ação dos sujeitos. O movimento instituinte que se instaurou na construção da saúde coletiva como projeto é processo de produção do comum, forjando espaços reais de resistências. A resistência é a expressão da potência, entendida como “ato de escolha, a determinação pontual que abre um horizonte, o dispositivo radical de algo que ainda não existe”. (NEGRI, 2005, p.36).

A dimensão da inespecificidade do **coletivo** pode, portanto, ser entendida como o momento-ação do **coletivo** como movimento instituinte em direção à construção de um novo projeto de conhecimento para o campo da saúde. Só é possível afirmar que essa característica é negativa se não tivermos a capacidade de reconhecer a processualidade instituinte e a deformação que esta produziu no plano do conhecimento da medicina social e da saúde pública brasileiras, abrindo espaço para a emergência de um conhecimento radicalmente novo no território da saúde brasileira. Esse momento, que pode ser caracterizado como um evento singular na história da saúde brasileira, representou uma inversão de forças que tensionou a reorganização do conhecimento, desencadeando a produção de novas práticas.

Essas análises sugerem a necessidade de pensar a processualidade disparada pelo **coletivo**, tomando como campo problemático as reformas sanitárias italiana e brasileira, uma vez que foi a partir dessas agitações que a saúde coletiva se instituiu.

Faremos isso para identificar as potências dessa expressão na saúde, tomada como inespecífica.

Além de ter fornecido uma pista importante para pensarmos a noção de coletivo na saúde, Cohn (1989, p. 126) já anunciava o espírito que animaria os teóricos da saúde coletiva, antecipando a transformação desse projeto em programa: o *coletivo* deve ser “rastreado na sua totalidade”, dizia a autora. Nesse enunciado é possível perceber o início do movimento de institucionalização da potência do **coletivo**. São dois os níveis de análise que estamos problematizando: o processual e intensivo – o **coletivo** – e o das formas e da representação – o *coletivo*. Prestemos atenção neste último, para entender os seus significados na saúde, seguindo a análise do surgimento da saúde coletiva como campo de saber específico.

Pelo menos duas direções de análise podem ser construídas para entender o *coletivo* na saúde coletiva, que se diferenciam em função do destaque que é dado a um ou outro elemento que compõem o termo “saúde coletiva”: uma direção que busca enfatizar o conceito de *coletivo* (FELIPE, 1989; MERHY, 1987; TEIXEIRA, 1985; PEREIRA, 1983), e outra que focaliza a discussão na ampliação do objeto saúde (LAURELL, 1983; BIRMAN, 1999/2005; ALMEIDA FILHO & PAIM, 1999). Realizamos essa distinção para melhor apresentarmos como o **coletivo** vai ser capturado, perdendo a dimensão de inespecífico para ser transformado em imagem. É preciso fazer a ressalva de que tal distinção em duas direções de análise apresenta caráter didático, pois a ampliação do conceito de saúde provoca uma torção no conceito de coletivo e vice-versa.

Começaremos pela segunda direção, qual seja, a ampliação do conceito de saúde, sendo que ela se produz em sintonia com o alargamento do campo sanitário e, conseqüentemente, do campo de intervenção da saúde. Na década de setenta, os limites da perspectiva funcionalista presente nas ciências sociais em saúde foram questionados, e uma proposta de marco teórico alternativo, com foco na análise da mudança, nas contradições internas do sistema de saúde e nas relações específicas e estruturais da organização da prática médica ganhou espaço. As discussões no interior das ciências sociais em saúde garantiram condições de viabilidade para a construção de um novo conceito de saúde (NUNES, 1992). Costa (1992), por exemplo, destaca que a existência de um espaço para pensar o processo saúde-doença de forma mais abrangente, tanto no âmbito da investigação biomédica quanto no interior da

educação sanitária, foi possível, especialmente, com a aplicação de novas teorias à saúde.

A substituição do termo “medicina” por “saúde” implicou uma transformação conceitual, tendo em vista ultrapassar a definição de saúde como ausência de doença, com a produção de uma leitura do processo saúde-doença para além do modelo biomédico. Criticou-se a leitura médico-naturalista dos processos saúde-doença, produzindo efeitos políticos e sociais importantes (BIRMAN, 2005). Ao que tudo indica, o campo problemático aberto pelo **coletivo** suscitou no território da saúde brasileira a transformação do conceito de saúde, que foi forjado a partir da crítica sistemática ao universalismo naturalista produzido pelo saber médico, bem como pela relativização do modelo biológico na compreensão do processo saúde-doença existente até então. Para Birman (2005, p. 14):

(...) a noção de saúde coletiva representa uma inflexão decisiva para o conceito de saúde. (...) De fato, o campo teórico da saúde coletiva representa uma ruptura com a concepção de saúde pública, ao negar que os discursos biológicos detenham o monopólio do campo da saúde.

À inflexão produzida no conceito de saúde corresponde a afirmação do **coletivo** enquanto potência, cujo efeito foi a ampliação do campo sanitário, com o conseqüente alargamento das questões a serem tomadas como objeto da saúde pública e do seu campo de intervenção. É nesse sentido que Birman (1999) afirma, por exemplo, que a saúde pública se vê diante de um saber e de um conjunto de práticas que precisam ser reinventadas. A ampliação do conceito de saúde permitiu que novos modelos explicativos e metodologias fossem introduzidos na saúde. Temos, portanto, um elemento importante que corroborou com a invenção da saúde coletiva: a mudança no conceito de saúde. Com isso, o universo de intervenção da saúde se expandiu e outras disciplinas passaram a compor o território da saúde pública. Almeida Filho & Paim (1999, p. 20) explicitam de forma bastante objetiva esse aspecto:

(...) o desafio mais crucial deste momento de discussão das bases epistemológicas da saúde pública é justamente a questão do objeto saúde (...), abrindo-se à ciência a possibilidade da emergência, ou seja, do engendramento do radicalmente novo.

Para a saúde coletiva, o processo saúde-doença é determinado social e historicamente. A noção de determinação social é uma novidade introduzida no campo da saúde nesse momento. Para Laurell (1983), o conceito de determinação social diz respeito à construção do processo saúde-doença como fenômeno *coletivo* e fato social, uma vez que esse processo se manifesta de forma mais clara no nível da coletividade do que no indivíduo. Para a autora, a compreensão do caráter histórico e social do processo saúde-doença toma como objeto o grupo, sendo que este último “não adquire relevância por ser constituído por muitos indivíduos” (LAURELL, 1983, p.151), mas porque permite apreender a dimensão social do conjunto de indivíduos que deixam de ser entendidos como entes biológicos justapostos. Laurell (1983) destaca que não são os grupos enquanto tais o objeto de estudo dessa nova concepção, mas o processo saúde-doença dos indivíduos agrupados, tomados enquanto conjunto. A partir da seleção do grupo com base em suas características sociais, o estudo concreto se realizaria nos indivíduos que o compõem. Com isso, seria possível compreender o processo saúde-doença na sua historicidade, ou seja, como socialmente determinado. O movimento de submissão da normalidade biológica ao momento histórico deveria ser realizado com a utilização de metodologias sociais e biológicas num processo de pesquisa único, sendo que a interpretação dos dados não se daria em função de cada caso individual, mas do conjunto de indivíduos pertencentes ao grupo.

Com Laurell (1983) podemos identificar o esforço para ligar a discussão sobre a ampliação do conceito de saúde, o processo saúde-doença e sua historicidade ao *coletivo*, este último entendido como grupo composto por um conjunto de indivíduos, ponto de significação do processo saúde-doença. Ao mesmo tempo em que realiza um recorte do **coletivo**, a autora afirma uma posição dicotômica entre indivíduo e grupo, defendendo que a centralidade da leitura do processo saúde-doença tenha como foco o indivíduo. Na leitura da saúde coletiva pelo viés da ampliação do conceito de saúde, o *coletivo* é interpelado no plano das formas, sendo caracterizado como grupo ou conjunto. A processualidade aberta pelo **coletivo** não parece se constituir como problema. Embora possamos perceber que vários esforços foram produzidos no sentido de situar a construção da saúde coletiva a partir da ampliação do conceito de saúde, do alargamento do campo sanitário e da introdução do conceito de determinação social, tal perspectiva leva em conta apenas uma dimensão para compreendermos o advento da saúde coletiva.

Outros teóricos discutiram a especificidade do *coletivo*, nossa outra perspectiva para a análise da saúde coletiva. Para Felipe (1989, p. 61), a “especialidade do novo campo estaria dada pelo seu objeto: o coletivo”. Este autor sinalizou que as práticas não guardavam homogeneidade na definição deste termo, embora existisse consenso quanto à necessidade de tomá-lo em suas manifestações histórico-concretas. Estamos adentrando uma direção cuja ênfase na definição da saúde coletiva recai sobre a discussão do *coletivo* enquanto constructo histórico.

Merhy (1987) afirma que o objeto de ação da saúde pública é o *coletivo*, destacando que essa expressão é entendida a partir de diferentes concepções, o que permite identificar uma variedade de formas de interpretação desse conceito no campo da saúde. Dessa forma, o autor quer apontar as diferenças que existem na concepção de *coletivo* no território da saúde pública e na saúde coletiva. A multiplicidade de concepções para a noção de *coletivo* leva à existência de uma heterogeneidade de práticas concretas que colocam em atividade ações que estariam mais próximas ou não da perspectiva introduzida pelo pensamento da saúde coletiva. Para o autor, identificar como esse conceito é entendido ajudaria a compreender o universo das práticas produzidas no território da saúde pública brasileira, porque “a concepção que se elabora sobre o coletivo possibilita a criação de diferentes caminhos na compreensão das práticas de saúde” (MERHY, 1987. p.19).

Para Merhy (1987), há três maneiras de compreender o *coletivo* no cenário da saúde: a concepção que toma esse conceito como exterior aos indivíduos e representado como meio externo; outra que o entende como o social ou sociedade, embora ainda em relação de exterioridade aos indivíduos; e, por fim, a concepção que entende o *coletivo* como campo estruturado de práticas sociais ou totalidade das práticas sanitárias tomadas enquanto construção histórica. A primeira forma de entender o *coletivo* convoca as ciências naturais e os métodos da ciência positiva para abordar esse objeto. Esse modo de compreender está presente nas práticas sanitárias que buscam intervir sobre o meio ambiente ou sobre o meio e o agente etiológico de determinada doença. Dessa forma:

(...) as práticas centradas no individual e no biológico, como as da medicina, quando tornadas em instrumentos de intervenção do coletivo, passam a compor o conjunto das práticas coletivas de saúde. Isto é, quando o cuidado médico é visto como medida sanitária, ele visa o coletivo que os indivíduos (enquanto coleções) expressam”. (MERHY, 1987. p.19).

Quando o *coletivo* assume o estatuto de social, considerando que a noção de social mantém uma relação de exterioridade e de oposição ao individual, são as ciências sociais que se apropriam desse objeto, utilizando métodos oriundos desse campo do conhecimento. Nessa perspectiva, mantém-se a base metodológica oriunda das ciências naturais para a abordagem do social, entendido como sociedade. Em geral, as teorias sociológicas de base funcionalista estão associadas a essa concepção. O exemplo mais característico desse modo de entender o *coletivo* pode ser retirado da medicina comunitária americana dos anos cinquenta, com foco no modelo preventivista (DONNANGELO, 1976; AROUCA, 2003).

Por fim, ao ser compreendido como campo estruturado de práticas sociais e representado pela totalidade das práticas sanitárias, a leitura do *coletivo* seria construída a partir do modelo oriundo do materialismo histórico e as práticas desenvolvidas no campo da saúde seriam compreendidas como produções da história. Nessa concepção de *coletivo*, a noção de social continua sendo importante, embora esse objeto não esteja aqui em relação de exterioridade com a produção das práticas sanitárias. Conforme Merhy (1987, p. 21):

a historicidade dos objetivos destas práticas e os objetos e instrumentos a elas correspondentes, [são compreendidos] como constituintes das práticas sociais, onde esta prática se efetiva. Assim sendo, elas se tornam inteligíveis enquanto práticas sociais estruturadas, constitutivas de uma estrutura social determinada.

Com as reflexões de Merhy (1989) é possível observar três modos diferentes de entender a noção de coletivo: as duas primeiras concepções apresentadas pelo autor tomam o *coletivo* em uma relação de exterioridade à saúde, enquanto a terceira, como algo imanente à saúde, ainda que circunscrita como expressão de uma totalidade. A ideia de imanência do **coletivo** na saúde parece significar um salto produzido com o advento da saúde coletiva, podendo ser entendida como uma marca da singularidade desse saber.

Ao tomar a questão do **coletivo** no território da saúde pelo viés das “práticas constitutivas”, Merhy (1989) se aproxima da nossa questão de estudo. Entretanto, é importante destacar que o problema do autor não é discutir o **coletivo** como prática constitutiva/constituente, mas explicitar que esse conceito pode assumir diferentes identidades que estão relacionadas com a história, sublinhando que o modo como ele é representado coloca em ação diferentes práticas na saúde coletiva. E desse modo o

autor avança, embora sem discutir a questão do inespecífico que está contida no **coletivo**, bem como a consequente produção da deformação das estruturas sociais que ele opera, sendo que a ênfase recai sobre a estrutura social constituída, ou seja, sobre o grupo-sociedade como totalidade constituinte do indivíduo.

Portanto, seguindo os “vazios” deixados por Cohn (1989), Birman (1999/2005), Laurell (1983) e Merhy (1987), nosso estudo enfrentará o problema do **coletivo** na saúde, tomando como ponto de partida a questão do inespecífico e sua característica constituinte, para entender as implicações dessa expressão para a saúde coletiva e, desse modo, construir uma outra história para esse conhecimento na saúde. Para tanto, acreditamos que seja necessário percorrer a via da problematização das formas tradicionais do *coletivo* na saúde, para fazer aparecer o plano de forças que tensiona a saúde coletiva na atualidade.

Na transição entre o **coletivo** enquanto potência para o *coletivo* instituído na saúde coletiva e, ao mesmo tempo, no movimento de transformação de um saber-projeto para um saber-programa, podemos observar que o efeito mais imediato é a tendência à totalização da saúde coletiva como única experiência possível no campo da saúde, uma vez que ela expressa o *coletivo* como totalidade. Campos (2000b) chamou a atenção para esse aspecto discutindo a noção de campo e núcleo, por exemplo. Se, por um lado, vimos que na proposição de um novo conceito de saúde o *coletivo* vai sendo confundido com grupo, de outro podemos encontrar no território da saúde pública outras imagens para esse objeto. A mais comum é a imagem da população, pois é a partir dela que a vertente epidemiológica, fortemente identificada com o modelo biomédico e com os métodos de pesquisa oriundos das ciências naturais, produz conhecimento sobre o *coletivo*.

Sobre a identificação do *coletivo* com a população, não parece haver dificuldade para entendê-la, pois, quando se pensa em saúde no âmbito da coletividade, a questão da população aparece como eixo de reflexão quase imediato. Pela importância que essa imagem possui na saúde, trataremos dos efeitos desse modo mais adiante, tendo em vista entender a construção histórica dessa noção.

Até esse momento é possível perceber que, no território da saúde coletiva, o *coletivo* se confunde com a sociedade de forma mais ampla, com o grupo, ou com a população, ao mesmo tempo em que o conjunto de consensos que começam a aparecer em torno desse objeto tende cada vez mais a enclausurar o **coletivo**, retirando-o da sua condição de inespecificidade. Tal movimento é simultâneo à

construção da identidade da saúde coletiva e sua transformação em programa: quanto mais a saúde coletiva se instituía, maior era a certeza sobre o *coletivo*, tomado enquanto sociedade, grupo ou população. Esses consensos levaram à compreensão de que não era o indivíduo enquanto corpo biológico o objeto da saúde coletiva, mas os sujeitos sociais na sua relação com o processo saúde-doença (PEREIRA, 1983), e que a perspectiva histórica advinda do materialismo histórico constituía-se como chave analítica privilegiada para a análise da noção de coletivo.

A definição do *coletivo* como sociedade ganha novos contornos e se torna mais articulada com o movimento reformista brasileiro. Essa operação forneceu a base para a saúde coletiva organizar a dimensão da prática: será o *coletivo* entendido como sociedade e, mais especificamente, como sociedade civil, que se expressa com força nesse momento. Como vimos, a reforma brasileira foi influenciada pelo pensamento reformista italiano. Giovanni Berlinguer, médico italiano, foi um importante ator nesse processo. Berlinguer (1988) afirmava que, para a concretização da reforma sanitária italiana, deveria ser colocado em primeiro plano a ampliação da luta pela saúde, evidenciando que esse processo é de caráter “coletivo”.

A tradução desse processo de intensa agitação cultural e política através dos textos de Berlinguer (1987/1988) divulgados no Brasil colocam ênfase no trabalho da sociedade civil organizada para a concretização do movimento reformista; este aspecto foi um elemento importante para a construção da reforma sanitária brasileira. Com isso é possível percebermos que uma noção de *coletivo* se instituiu no Brasil, especialmente sob a influência da forma como Berlinguer (1987/1988) compreendia o processo da reforma sanitária italiana, de modo que reconstruir esse percurso histórico entre Itália e Brasil para compreender o movimento do coletivo se torna fundamental, contribuindo, inclusive, para entender a história da saúde coletiva brasileira. No terceiro capítulo vamos explorar outras percepções desse processo, com o intuito de fazer aparecer novos elementos para entender o **coletivo** no território da saúde.

A saúde coletiva enquanto projeto foi ganhando consistência no campo problemático desencadeado pelas reformas sanitárias italiana e brasileira. Nesse território podemos situar a emergência de uma nova experiência do **coletivo** na saúde. Ao se constituir em sintonia com o pensamento reformista brasileiro, a saúde coletiva conhece uma nova figura de *coletivo*, expressa como sociedade civil.

A leitura que Berlinguer (1987/1988) fez sobre a produção italiana no contexto da reforma sanitária não reflete de maneira homogênea a agitação produzida naquele

período. Guattari (1987) contribui para problematizarmos o modo como Berlinguer recortava as agitações produzidas em solo italiano, bem como a forma de *coletivo* por ele utilizada, que rapidamente foi instituída pelo movimento reformista brasileiro. Guattari opera numa perspectiva teórica na qual importa compreender a dimensão micropolítica das agitações operárias no cenário italiano. Para esse autor, o movimento no início da segunda metade do século XX na Itália corrompeu a crença na valorização dos movimentos sociais organizados e na sociedade civil. O movimento operário italiano se caracterizou por operar uma crise no sentido atribuído ao termo *potere operaio*, que se desloca de uma concepção homogênea, que localizava nos partidos políticos ou nas instituições da sociedade civil o núcleo de representação e exercício desse poder, para se dispersar em movimentos de revolta em diferentes níveis de autonomia. Com isso, criam-se nos anos setenta círculos político-culturais como o *Gatto Selvaggio* e a Rádio Alice, em Bolonha, por exemplo, que não estão ligados a equipamentos burocráticos de qualquer espécie. Ponto de vista diferente daquele utilizado pelos reformistas brasileiros, demandando ser mais bem analisado.

Para Guattari (1987), o movimento operário italiano reconhece que os intelectuais orgânicos são “burocratas da teoria”, identificando que a condição de possibilidade para uma prática tornar-se subversiva é o seu caráter **coletivo**. O modo como este autor compreende o movimento produzido no cenário italiano no período de institucionalização do *Servizio Sanitario Nazionale* sugere um contexto de agitação política que tomava como eixo uma noção de **coletivo** que não é problematizada na literatura disponível no Brasil sobre a reforma sanitária italiana, sendo que o modo como essa experiência penetrou na medicina social daquele país merece ser aprofundado para avançarmos na discussão proposta pela nossa pesquisa. O **coletivo** forjado pelo movimento operário italiano, da maneira como Guattari (1987) nos ajuda a compreender, remete nosso olhar para o conjunto de práticas e para o campo problemático instaurado na Itália no âmbito da saúde com o movimento operário italiano, apontando um território a ser explorado para pensarmos a saúde coletiva e os sentidos da noção de coletivo no cenário brasileiro.

Tomaremos a experiência italiana como analisadora para pensar como o **coletivo**, antes considerado como inespecífico, vai ganhando contornos cada vez mais precisos no Brasil, assim como as implicações desse processo para a saúde coletiva. Dessa forma, vamos problematizar o **coletivo** no contexto italiano da medicina social

e da saúde pública, a fim de compreendermos as mudanças produzidas no plano do conhecimento em saúde daquele país. O retorno à experiência italiana é importante, uma vez que é possível perceber a existência de uma dimensão de potência colocada nessa experiência. Apostamos que, colocando em análise a experiência italiana, poderemos construir uma nova perspectiva para a análise do **coletivo** no território da saúde, contribuindo para avançar o conhecimento sobre esse tema na saúde coletiva.

A partir dessa aproximação inicial, nosso estudo coloca como problema a dimensão do **coletivo** nas reformas italiana e brasileira, com a finalidade de entender a saúde coletiva, bem como evidenciar as disputas que caracterizam as imagens do *coletivo* no território da saúde. Sobre o plano de análise que desenhamos até o momento é possível perceber que a noção de variação carrega um duplo sentido: ela coloca em evidência a processualidade da potência e os seus movimentos de captura em formas instituídas, que se expressam através de imagens ou identidades de *coletivo*. A noção de variação foi escolhida porque ajuda a chamar a atenção para a operação do **coletivo**, bem como para os dois planos de análise dessa expressão na saúde: o plano das forças, intensivo, processual e instituinte, e o plano das formas, caracterizado por imagens ou representações do *coletivo*, figuras que capturam a potência em identidades bem definidas na saúde. Insistiremos na análise do *coletivo* neste capítulo para desnaturalizar essas figuras, a fim de, posteriormente, entendermos o plano de intensidades – as agitações – produzidas pela noção de **coletivo** na saúde, tomando como cenário o campo problemático das reformas sanitárias.

Se a noção de coletivo ficasse restrita exclusivamente ao plano das formas, imagens ou representações, não haveria necessidade de pensarmos numa saúde coletiva, uma vez que desde muito tempo os conceitos de grupo, população ou sociedade são utilizados no campo da saúde. Se assim fosse, esta última poderia ser chamada de saúde dos grupos, da população ou da sociedade. Ao analisarmos os conceitos de população e sociedade civil, procuraremos mostrar os efeitos que essas noções atualizam na saúde coletiva e, ao mesmo tempo, fazer aparecer a vibração do **coletivo** na saúde, chamando a atenção para uma dimensão ainda pouco explorada pela saúde coletiva.

Até o momento, buscamos evidenciar que no território da saúde existe uma batalha onde o **coletivo** é capturado e transformado em *coletivo* instituído na saúde coletiva. Apresentamos os dois caminhos percorridos pelos teóricos para fundar a saúde coletiva, ou seja, a ampliação do conceito de saúde e a ênfase na definição do

*coletivo*. Com isso, provocamos o leitor a percorrer conosco o caminho que analisa como o **coletivo** entra na saúde, sendo capturado por uma imagem e pensado a partir do plano das formas. A partir de agora, vamos analisar com maior detalhe cada uma dessas imagens do *coletivo*, tendo em vista apresentar ao leitor as formas conhecidas dessa expressão na saúde, analisando como elas se integraram à saúde coletiva.

## 1.1 AS IMAGENS DO COLETIVO NA SAÚDE

Na discussão que fizemos até o momento, apareceram três imagens do *coletivo* que são tradicionalmente utilizadas na saúde. A reconstrução da história da saúde coletiva, tendo como foco a noção de coletivo e as reformas sanitárias, funcionou como gatilho para fazer aparecer as imagens associadas a essa expressão na saúde. Vamos aprofundar cada uma delas para entender os seus significados.

Entendemos por imagem do *coletivo* uma representação dessa expressão, que parte de um ponto de vista no qual ele possui uma substância ou uma essência que o define. Diferencia-se de um olhar para a dimensão intensiva desse conceito, uma vez que a imagem tende a fixá-lo numa forma instituída. Escóssia (2004), por exemplo, discutiu a noção de coletivo no campo da psicologia social, mostrando que as aproximações a esse conceito encontram no plano da representação e das formas o seu ponto de partida, atualizando uma visão dicotômica da realidade. A autora sugere que é preciso subverter o modo de entender essa expressão, prestando atenção à processualidade instaurada por ele, que diz respeito à impossibilidade de fechamento numa forma pré-constituída.

As imagens do *coletivo* são formas expressivas na saúde coletiva. Com Espinoza (2009; 2004; 1973), podemos aprofundar os significados dessas imagens, percebendo que elas são modos, ou seja, compostos de relações mais ou menos estáveis que se esforçam para se afirmarem na existência. Esses modos – ou imagens – estão sujeitos a experimentar modificações da sua forma, que nada mais são do que rearranjos das relações que compõem cada uma delas. Modificações nas formas não implicam alterações nas relações que essas imagens instituem; ao contrário, atualizam os mesmos efeitos do modo como cada uma delas se afirma, pois essas modificações significam rearranjos de relações que carregam a expectativa de afirmar o modo ou a imagem na existência.

Uma saúde coletiva presa nas imagens do *coletivo* nada mais faz do que se modificar sobre uma mesma forma, reconfigurando relações sobre uma mesma base constitutiva. Este é o problema das imagens do *coletivo*: elas tendem a reproduzir na existência um mesmo padrão de relações, impedindo que novos arranjos sejam forjados. As modificações experimentadas por uma imagem do *coletivo* correspondem à redistribuição e à reorganização das forças, deixando evidente a natureza conservadora do processo, porque a tendência do *coletivo* se expressa pela necessidade de equilíbrio e conservação das formas instituídas.

No território da saúde existem pelo menos três imagens do *coletivo*: o *coletivo*-população, o *coletivo*-sociedade-civil e o *coletivo*-grupo. Vamos analisar cada uma dessas imagens para entender que relações elas tendem a conservar no território da saúde. A reflexão contribuirá para problematizarmos essa expressão, bem como para afirmarmos a importância de discutir a questão da potência e da variação no território da saúde.

### 1. 1. 1 Imagem I - O Coletivo como População

A população é a imagem mais comum do *coletivo* no território da saúde. Para entender a noção de população, será necessário discutir a ideia de público. Considerando que Espinoza discute a ideia de multidão, partimos de seu pensamento a fim de discutirmos as afirmações de Cohn (1989) e de Merhy (1987), para quem o objeto da saúde pública é o “coletivo”. Vamos explorar como a população se constitui enquanto objeto privilegiado da razão de estado moderna e os efeitos desse modo de pensar. Nosso objetivo neste tópico será estabelecer a ligação entre a população, tomada enquanto elemento central para conhecer e intervir sobre o público, e o pensamento da medicina social e da saúde pública.

No advento da medicina social ou da saúde pública, o *coletivo* já aparecia como um personagem importante no cenário das práticas de governo. Não obstante, para entender a singularidade da saúde coletiva, é preciso analisar a afirmação de que o *coletivo* é o objeto de ação da saúde pública (COHN, 1989; MERHY, 1987), aproximando-se de Felipe (1989), para quem a saúde coletiva se expressa com uma especificidade a partir da inflexão produzida pelo **coletivo**.

O contexto histórico mais geral mostra que, no século XVII, a discussão sobre a saúde se expande, assim como seus aspectos políticos e administrativos. No

contexto do mercantilismo, o bem-estar da sociedade estava relacionado com o bem-estar do Estado; para este último, era fundamental ter uma população forte. Os mercantilistas entendiam o trabalho como elemento crucial para a geração de riqueza. Perdas econômicas em função das pestes e das epidemias impediam o acúmulo do capital e a consequente expansão dos mercados. No entanto, foi apenas a partir do século XVIII que a preocupação pública com a saúde cresceu substancialmente, associada ao alargamento da presença do Estado na vida das pessoas.

Espinoza (2009) ajuda a compreender como se instituiu o domínio do público e a relação que existe entre ele e o Estado. No *Tratado Político*, o filósofo aborda três regimes de governo – a monarquia, a aristocracia e a democracia, tomando como eixo de análise os principais elementos de cada um deles. Ele está interessado em compreender as condições de possibilidade que cada regime carrega. O problema do filósofo era evidenciar a potência que produz cada um dos regimes por ele estudados e, ao mesmo tempo, demonstrar os seus limites, uma vez que cada um deles está determinado por aquilo que o inscreve na realidade. O pensamento desse filósofo exprime um movimento aberto à problemática da constituição, com o qual é possível perceber como se constrói a afirmação de um projeto constitutivo para a noção de público que toma como eixo a ideia do **coletivo**. Portanto, o **coletivo** está contido no público enquanto força constituinte, embora não pareça ser essa a leitura adotada na saúde coletiva.

Segundo Espinoza (2009), o regime de governo que apresenta o maior grau de perfeição é o democrático, porque sua constituição tem como base a *multitude*<sup>5</sup>, não o soberano ou o rei (como é o caso da monarquia) e tampouco um conjunto de patrícios (como é o caso do regime aristocrático). O conceito espinozista de *multitude* é uma pista para compreendermos o plano de intensidades, subsumindo a abordagem que analisa o *coletivo* apenas no plano das formas.

Embora o *Tratado Político* seja uma obra inconclusa, porque Espinoza morreu antes de escrever os últimos capítulos, ela traz elementos importantes para

---

<sup>5</sup> Negri (2003), no livro *Cinco Lições sobre o Império* traz uma definição conceitual para o termo *multitude*, elaborada a partir do pensamento Espinoza. Conforme o autor: “(...) o conceito de multidão nasce, em sua formulação de maior pregnância, na obra de Espinoza que, com esse termo, entende uma multiplicidade de singularidades que se situam em alguma ordem. Não é que o conceito de multidão estivesse ausente do pensamento político da modernidade anterior a Espinoza, mas quando estava presente, aparecia com caracterização negativa. O conceito de multidão definia essencialmente a falta de ordem de uma multiplicidade de sujeitos; a multidão se apresentava como matéria a ser formada, ao invés de como matéria que continha em si um princípio formativo”. (NEGRI, 2003, p.139).

entendermos como se constituiu a noção de público, bem como para analisarmos como o **coletivo** colabora com a sua formação. Na democracia, as pessoas são constituídas de tal modo que não podem viver sem uma potência comum, instituída e tratada pelas próprias pessoas. Porém, como as pessoas são dominadas pelos afetos, um Estado dependente delas não estaria sujeito à estabilidade, demandando um esforço comum para manter a organização estatal.

Este é o ponto de partida do filósofo: a natureza do regime democrático é deduzida da condição comum das pessoas, ou seja, de uma constituição “civil” que desloca o indivíduo do seu estado de natureza para a composição de uma experiência comum entre os indivíduos. A razão pela qual as pessoas se orientam para a composição desse comum, segundo Espinoza (2009), é dada pela própria natureza, uma vez que, no estado natural, onde cada um se esforça e faz por direito de natureza, cada indivíduo existe e se relaciona se defendendo da opressão de outras pessoas, pois é da ordem da natureza que cada um possa ser tanto quanto a sua potência de existir permita. A questão colocada é que, individualmente, cada um de nós possui pouca capacidade de agir, porque o esforço de cada indivíduo deve estar concentrado em se precaver da opressão dos outros, ou seja, na defesa pessoal para que nos protejamos dos outros. Conforme o filósofo:

(...) o direito de natureza, que é próprio do gênero humano, dificilmente pode conceber-se a não ser onde os homens têm direitos comuns e podem, juntos, reivindicar para si terras que possam habitar e cultivar, fortificar-se, repelir toda a força e viver segundo o parecer comum de todos eles. Com efeito, quantos mais forem os que assim se põem de acordo, mais direitos têm todos juntos. (ESPINOZA, 2009. p.19).

A democracia ganha forma quando se imagina que viver em comum é mais seguro e útil para todos os indivíduos. O modo como Espinoza (2009) apresenta a questão não é uma novidade introduzida pelo *Tratado Político*, pois na *Ética* o filósofo já havia discutido o mesmo tema, estabelecendo relação com a razão e a sua utilidade, deixando claro que existe uma ligação entre a criação de um “estado civil” e o desenvolvimento da razão. Durante a escrita do *Tratado Teológico Político*, a relação que existe entre razão e “estado civil” vai ficando cada vez mais evidente. Prestando atenção às três obras mencionadas acima, é possível perceber que há um vínculo entre a ideia de *multitude*, razão e constituição de um “estado civil”. Logo, o

filósofo nos leva a perceber que, entre a multidão, o conhecimento e as formas de governo da vida, existe uma relação que se organiza em torno de um regime.

A *multitude* é o elemento instituinte do Estado Moderno, constituindo este último em termos de pensamento e em extensão. O pensamento corresponde ao desenvolvimento da razão e sua extensão à dimensão do público. A *multitude* e a sua potência – o seu desejo – coloca o Estado enquanto devir, criando as condições para que ele se desenrole sobre o espaço público, juntamente com o desenvolvimento da razão. Com isso, Espinoza (1973; 2009) nos ajuda a entender que a formação do Estado Moderno sob a perspectiva de um regime democrático é um ato constituinte da totalidade de singularidades cujo centro é o desejo da *multitude*. De modo que a condição para a sua existência, bem como a sua potência, repousam sobre o **coletivo**. Com isso, Espinoza inverte a lógica utilizada até aquele momento pelos principais pensadores da época, para quem a multidão possuía um caráter essencialmente negativo, destacando a sua positividade.

Negri (1993) destaca que, na perspectiva de Espinoza, a política ganha um estatuto ontológico, no qual a passagem das singularidades ao **coletivo** significa a produção de um movimento constitutivo da imaginação, que contraria as leituras existentes na época, a exemplo da teoria hobbesiana. Para Negri (1993, p. 156):

(...) não é o absolutismo que constitui a sociedade política, mas a organização da potência das individualidades, a resistência ativa que se transforma, pelo uso da razão, em contrapoder, o contrapoder que se desdobra coletivamente como consenso ativo, a prática consensual que se articula em constituição real. O antagonismo natural constrói a historicidade concreta do social – seguindo a potência constitutiva da imaginação coletiva e sua densidade material. Não o absoluto, nem o democrático é o resultado do processo, mas uma constituição coletiva do real.

Assim, Espinoza (2009) chamará de estado e de civil o “estado” de qualquer “Estado”, ou seja, o direito comum que se define pela potência da *multitude*. Tal estado é determinado a existir a partir do desejo ou da vontade do **coletivo**, que se conduz como uma só mente. Entretanto, para que o Estado Moderno continue existindo, ele tem necessidade da mesma potência que precisou para começar a existir, o que significa que o desejo deve ser trabalhado no sentido de manter a imaginação constante. Ao se instituir como Estado, este buscará conservar a sua potência, e o espaço do público aparecerá como *locus* privilegiado para que tal expectativa seja, de fato, atendida.

Espaço público que se abre, portanto, para garantir novas conquistas ao indivíduo, deslocado do seu estado natural para a vida civil. Nesse espaço está contida a força do **coletivo** enquanto elemento constitutivo, uma vez que ele é fundado pela *multitudo potentia*. Apenas num segundo momento, essa potência é ocupada pelo Estado, passando a ser definida por ele, ao qual foi transferida a responsabilidade pelo cuidado do estado civil, visto que é sobre o público que essa tarefa se realiza. Logo, será preciso desenvolver o sujeito civil intervindo sobre o público, tanto para conservar a força do Estado, quanto para conservar a potência constitutiva desse regime<sup>6</sup>. Embora seja visível que a emergência da noção de público na modernidade carrega a potência da multidão, a razão de estado se encarrega de fazer uso dessa potência, associando-a ao próprio Estado.

Na fundação constitutiva do público como “mente” da *multitudo*, rapidamente as forças conservadoras perceberão um espaço a ser ocupado e uma potência a ser explorada. Sobre esse território se constrói o Estado, ou seja, no espaço aberto pela *multitudo*. Será responsabilidade do Estado guiar o sujeito civil, sendo que a gestão do público assume relevância, constituindo-se como problema de governo. Foucault (2008) ajuda a entender como foi se compondo um saber sobre o público, discutindo a razão de estado, onde podemos localizar a ligação entre público e população.

O estado civil, portanto, corresponde à formação do público, no qual o **coletivo** está contido, uma vez que este último, enquanto *multitudo*, é aquilo que afirma e mantém as condições de possibilidade para a existência do Estado democrático. Com a instituição do regime democrático, a figura do público adquire o significado moderno, se constituindo como elemento privilegiado de intervenção do Estado Moderno como aquilo que lhe corresponde, uma vez que garante a sua potência constitutiva.

O público, portanto, é um espaço em potência a ser povoado e tornado concreto. Ele é o plano sobre o qual a razão de estado se desenvolverá, no sentido de objetivar aquilo que é comum, ou seja, o que se produz com a instituição de um “estado civil” e que diz respeito ao indivíduo e à vida em sociedade, de modo que público e Estado são duas figuras ligadas uma à outra, que não existem de forma

---

<sup>6</sup> O modo como Espinoza entende o processo constitutivo do Estado é diferente da forma como Hobbes concebe esse processo. Para este último, é o Estado quem atribui o *status* de civil para o indivíduo e não a potência da *multitudo*, como define o primeiro. Por esta razão, Hobbes é identificado como um filósofo que entende que a multidão deve ser “civilizada” pelo Estado, ao qual compete determinar a constituição da experiência política.

isolada. Da racionalidade construída no encontro dessa dupla, observaremos a realidade social se produzindo, assim como o indivíduo e sua subjetividade. Serão nessas condições que saúde e público se aproximarão, tendo o Estado como indutor do conhecimento sobre os processos saúde-doença. De um lado, temos a vontade geral de desenvolver o público e constituir o sujeito civil; de outro, uma expectativa de organizar novas técnicas que possam responder às necessidades colocadas pelo novo regime, com caráter conservador. É neste ponto que o saber médico aparece como uma dessas técnicas de intervenção sobre o público.

A noção de público aparece, portanto, como aquilo que deve ser gerido, investido, tensionado, mas também cultivado, haja vista que da sua constituição advém o Estado e sua função de conservar a existência em comum, onde todos possam, juntos, atingir os seus objetivos individuais. A multidão transfere a essa “mente” comum a potência, que não tardará a ser capturada pelo desenvolvimento da razão de estado, cujo direcionamento encontra ancoragem no conhecimento produzido no solo da economia política, domesticado pela razão de estado, como veremos com Foucault (2008). Ao Estado Moderno, compete a missão de conduzir o público, entendido como população. Deste ponto de vista, da criação do estado civil advém um público a ser cultivado e conservado.

Constituído enquanto propriedade de muitos, o público deve ser capitalizado. Está na sua base a ideia de ordenar devidamente as coisas para que elas tenham duração, pois dessa forma é possível conquistar graus cada vez mais altos de estabilidade e segurança, ao mesmo tempo em que é possível garantir aos indivíduos seus direitos individuais. Espinoza (1973) explica que, para que as coisas tenham duração, é necessário ordená-las de tal modo que, ao longo do tempo, se tornem estáveis. O filósofo não apenas ajuda a compreender o movimento constitutivo da noção de Estado Moderno, identificado como a busca pelo mais alto grau de segurança, como oferece elementos para nos ajudar a perceber como o público, ao ocupar uma função central de sustentação do próprio Estado, cristaliza-se, tendendo à estabilidade. Sobre essa base, a medicina se aproxima da noção de público para instaurar um discurso de verdade sobre a vida e a morte dos indivíduos.

A ideia de população foi construída com o desenvolvimento da razão de estado. Sob essa perspectiva, uma imagem de *coletivo* foi montada no contexto da economia política do século XIX, se confundindo com a população. Essa imagem foi absorvida no território da saúde da medicina social e, posteriormente, da saúde

pública. Foi com o desenvolvimento da economia política que um conhecimento em medicina social e saúde pública tomaram forma, sob o registro de uma razão de estado identificada com a filosofia liberal.

O público foi identificado como o objeto da polícia social a partir do século XVIII, num contexto no qual o Estado se organizava no sentido de intervir nos assuntos da população para a garantia do interesse comum. Agir sobre a dimensão do público significava intervir sobre a população. Em 1764, foi introduzido na Alemanha o conceito de “polícia médica”, contribuindo para consolidar um sistema de pensamento e comportamento administrativo que atribuía ao Estado o governo do bem-estar e da saúde dos indivíduos, a partir do estabelecimento de normas e regulamentos de conduta. A polícia médica foi uma tentativa de analisar sistematicamente os problemas de saúde da sociedade (FOUCAULT, 2011a). A ideia de bem-estar estava associada, por sua vez, a três fatores essenciais: o econômico, a saúde e o gozo dos direitos.

Rosen (1983, p. 36), importante estudioso da história da saúde pública, afirma que nesse período se consolidou a ideia na qual “os problemas de saúde são considerados em conexão com o fim de melhorar e expandir a população [sendo que] o governo deveria tentar aumentar a vida das pessoas através da melhoria da administração sanitária”. A medicina deve, portanto, intervir na vida política e social, a fim de proteger e assegurar a saúde dos seus membros e remover os obstáculos que impedem o funcionamento normal dos indivíduos e da sociedade. Surgem os primeiros estudos que discutem as medidas a serem tomadas pelo governo para a proteção da saúde. Ao médico não compete apenas tratar o doente, mas também supervisionar a saúde da população. O Estado alemão foi o precursor moderno da saúde pública através da polícia médica, sendo responsável também pela organização de um programa social para a saúde que objetivava aumentar a força do próprio Estado, a partir da análise sistemática dos problemas de saúde da população<sup>7</sup>. O desenvolvimento da polícia médica alemã contribuiu para uma primeira aproximação do conceito de doença às questões sociais.

Entretanto, foi na França que a discussão teórica dos aspectos sociais da saúde e da doença melhor se desenvolveu, especialmente na primeira metade do século

---

<sup>7</sup> Rosen (1983) mostra que, em 1766, Johann Peter Frank concebe pela primeira vez na história um plano a ser colocado em prática pelo governo para proteger a saúde dos indivíduos e da população, cujo objetivo era orientar funcionários que pretendiam regulamentar e supervisionar benefícios à sociedade. Esse movimento levou à formulação do conceito de doença associada aos desajustes sociais e culturais.

XIX. Rosen (1983) afirma que a medicina francesa foi permeada pelo espírito de mudança social que marcava a época, ideias sobre serviço público e utilidade social, bem como um conjunto de análises estatísticas que investigavam os problemas criados pela nova ordem introduzida pela Revolução Francesa<sup>8</sup>. Realizavam-se, por exemplo, estudos das constâncias e das regularidades dos fenômenos que envolvem o processo saúde-doença, para compreender suas diferenças internas e seu comportamento. Diferentemente da Alemanha, na França existia a ideia de que os interesses do Estado, o bem-estar da sociedade e os interesses dos indivíduos não eram idênticos. Havia a necessidade de estudar como tais interesses poderiam se entrosar, transformando as questões sociais em problemas políticos.

A medicina social se organiza, portanto, como um saber que toma o público como objeto, que se confunde com a noção de social ou de sociedade, através do estudo da população. Foucault nos ajuda a compreender qual tipo de racionalidade estava em jogo nesse período histórico. No final do século XVIII a saúde aparece como um problema da sociedade, onde “o estado de saúde de uma população [é colocado] como objetivo geral de governo” (FOUCAULT, 2011c. p.359). De acordo com Foucault (2011c, p. 361-362):

No momento em que os procedimentos mistos da assistência foram decompostos e decantados, em que se recorta o problema da doença dos pobres em sua especificidade econômica, a saúde e o bem estar físico das populações apareceram como um objetivo político que a polícia do corpo social deve garantir, ao lado das regulamentações econômicas e da coação das coações da ordem. A importância repentina que a medicina ganhou no século XVIII tem seu ponto de origem ali onde se entrecruzam uma nova economia analítica da assistência e a emergência de uma polícia geral da saúde.

Nesse contexto se organiza o campo de conhecimento da medicina social<sup>9</sup>. Em 1838, J.A. Rochoux designa de higiene social a prática médica que compreende o

---

<sup>8</sup> São estudos de topografia médica, que tratam da influência do clima, do solo, das diferentes ocupações, das causas morais e físicas que contribuem para a ocorrência de doenças endêmicas, epidêmicas e esporádicas. Em 1828, por exemplo, o médico Louis René Villermé, interessado na relação entre ambiente social, mortalidade e morbidade, mostrou que as taxas de mortalidade francesas se associavam às condições de vida de diferentes classes sociais. Como mostrou Foucault (2008), para que a população estivesse sintonizada com as técnicas de governo, era necessário calcular, analisar e refletir sobre uma série de fatores que estão aparentemente longe da população, embora a influenciando diretamente.

<sup>9</sup> Rosen (1994; 1983) situa o surgimento da medicina social no momento em que um pensamento social sobre a causalidade das doenças aparece no cenário europeu. Foucault (2011a) não segue a mesma linha de raciocínio daquele autor. Para este autor, a medicina sempre foi um conhecimento social, porque produz efeitos sobre o corpo e a vida dos indivíduos, bem como sobre a sociedade de modo

homem como animal social que vive em sociedade; a higiene, portanto, divide-se em individual e pública, sendo que esta última exige ação legal e administrativa. Dessa forma, quando Jules Guérin introduz, em 1848, o termo e o conceito de medicina social, a conexão entre os problemas sociais e médicos não era novidade, pois já havia um corpo teórico estruturado em torno dessa problemática. Como apontou Foucault (2008), a introdução de novos saberes que buscavam estabelecer as relações entre diferentes realidades era fundamental para compreender a natureza dos fenômenos humanos e sociais, pois o raciocínio da economia política afirmava que relacionar a multiplicidade de eventos que ocorrem naturalmente permitiria o controle e até mesmo a anulação desses mesmos fenômenos.

Rosen (1983) explica que, para J. Guérin, a medicina social se divide em quatro partes que permitem a sua conceitualização: a fisiologia social, que estuda as condições físicas e mentais de uma população e suas leis de funcionamento; a patologia social, que explora a relação entre os problemas sociais e o processo saúde-doença; a higiene social, cujo objetivo consiste em determinar as medidas para a promoção da saúde e a prevenção das doenças; e a terapia social, tendo em vista a produção de meios médicos para tratar a desintegração social e qualquer outra condição que possa ser experimentada pela sociedade. A partir de agora, esse novo campo do conhecimento passa a integrar termos como polícia médica, saúde pública e medicina legal numa única designação, convocando os médicos franceses para agir sobre o público com a finalidade de contribuir para a construção da nova sociedade para a qual a Revolução tinha aberto o caminho.

Foucault (2008, p. 98-99) nos ajuda a compreender o significado atribuído à ideia de agir sobre o público nesse período:

O público, noção capital no século XVIII, é a população considerada do ponto de vista das suas opiniões, das suas maneiras de fazer, dos seus comportamentos, dos seus hábitos, dos seus temores, dos seus preconceitos, das suas exigências, é aquilo sobre o que se age por meio da educação, das campanhas, dos convencimentos. A população é portanto tudo o que vai se estender do arraigamento biológico pela espécie à superfície de contato oferecida pelo público.

---

mais amplo, configurando-se como uma tecnologia de poder. Sob essa perspectiva, é inexato falar que em dado momento histórico emerge um campo de conhecimento denominado de medicina social, uma vez que esta sempre foi social. Embora exista essa diferença entre esses dois autores, ambos nos ajudam a fixar a centralidade da noção de população e sua originalidade no pensamento da medicina social a partir do século XVIII.

Portanto, a constituição da medicina social francesa coloca em relevo a necessidade de conservação do público e, como consequência, da estrutura política, econômica e social daquele período. Tal organização carrega como pressuposto uma vontade geral cristalizada que se constitui como elemento central para a composição do Estado Moderno e de uma forma de governo da vida. Nesse cenário o *coletivo* será recortado e traduzido pela noção de população, passando a ser objeto de intervenção médica. A potência do **coletivo** é domada e transformada em população pela economia política, num cenário no qual, rapidamente, a medicina social aparecerá como a chave para a compreensão dos assuntos mais importantes do período, sendo o grupo médico o mais apropriado para utilizar esse conhecimento. O que está em jogo é a regulação do público, que, por sua vez, colabora com a existência do Estado Moderno.

A noção de população já era utilizada há bastante tempo, embora de uma maneira negativa, pois era em relação à necessidade de se repovoar um território devastado em função de alguma grande catástrofe que ela aparecia. No período que estamos estudando, a população passa a ser compreendida de forma positiva, num contexto em que os problemas de governo serão colocados de uma nova maneira. Durante o século XVII, por exemplo, ela vai ser vista pelos cameralistas<sup>10</sup> e mercantilistas como uma força produtiva e fonte de riqueza que deveria ser organizada em regulamentos por imposição do soberano, sob a ótica da disciplina. Tal concepção se modifica quando a população deixa de ser uma coleção de vontades que deve obedecer ao desejo do soberano para se tornar um conjunto que é preciso administrar no que tem de natural, tornando-se objeto técnico-político de uma série de práticas de gestão e de governo (FOUCAULT, 2008).

É preciso compreender qual o sentido do *coletivo*-população e que tipo de produção ele coloca em prática. No seminário de 1978, intitulado *Segurança, Território, População*, Foucault (2008) lança a hipótese da mudança nas tecnologias de poder, explicitando uma transformação nas técnicas disciplinares. A construção de um campo do conhecimento denominado de medicina social estaria em sintonia com a mutação das tecnologias de poder. Foi colocando em análise o tema da criminalidade, o problema da escassez alimentar e a introdução de técnicas de

---

<sup>10</sup>O cameralismo apareceu na Áustria e na Alemanha no início do século XVIII. É uma variante do mercantilismo que se diferenciava do modelo inglês ao criticar a expansão comercial e defender a centralização industrial. Para os cameralistas o crescimento da população era fundamental para o aumento da riqueza do país.

profilaxia da varíola que o autor explicitou a importância da noção de população e percebeu uma mutação substancial na maneira como o poder se articula e intervém sobre a vida.

Ao discutir a maneira como os fisiocratas compreendem o problema da escassez alimentar, Foucault (2008) percebe uma mudança de perspectiva que coloca em suspenso o impedimento ou a punição, característicos da disciplina. No modo de pensamento introduzido pelos fisiocratas<sup>11</sup>, torna-se fundamental compreender como os fenômenos vão se produzir e se desenvolver, bem como o caminho natural que devem percorrer. O exemplo discutido pelo autor com relação à criminalidade<sup>12</sup> expressa o deslocamento no modo de pensar o problema da população. As análises de economia política que foram introduzidas a partir do século XVIII apostam na modificação da maneira de indagar os fenômenos, não mais impedindo que eles ocorram, mas tentando se apoiar no seu processo e nas suas oscilações. Com isso, foi possível conhecer os mecanismos que levavam naturalmente à correção, à compensação, ao limite ou mesmo à anulação do fenômeno da escassez alimentar, sendo que conhecer o comportamento natural dos fenômenos da população funciona como um princípio organizador do próprio fenômeno em questão.

Examinemos o problema da varíola: essa doença – explica Foucault (2008) – apresentava características endêmico-epidêmicas, com altas taxas de mortalidade até o século XVIII. Para fazer frente a esse problema, foram desenvolvidas técnicas de prevenção, tais como a inoculação ou variolização e, apenas em meados do século XIX, a vacinação<sup>13</sup>. Dessa forma, o autor chama a atenção para as razões pelas quais foi possível inscrever essas práticas na população e no governo, já que tais alternativas eram completamente estranhas à teoria médica da época<sup>14</sup>. Sugere, então, que uma das razões possíveis estaria no fato do fenômeno da varíola poder ser

---

<sup>11</sup> Chama-se de fisiocratas os economistas da Escola fisiocrática, considerada a primeira escola de economia científica. Para os fisiocratas a economia é um organismo composto por um sistema de leis naturais que precisam ser estudadas tendo em vista a regulação das atividades econômicas.

<sup>12</sup> Foucault (2008) inicia o curso *Segurança, Território, População* refletindo sobre o que entende como uma modulação na lógica da punição, procurando mostrar que a noção de prevenção passa a ser utilizada no sentido de antecipar o comportamento futuro dos fenômenos cotidianos. O exemplo que o autor utiliza para introduzir esta discussão está situado no campo penal: o autor percebe que o problema da criminalidade se desloca da série proibição, punição, espetáculo – características do modelo disciplinar – para a organização da prevenção de crimes e a correção/controlar de suas condições de possibilidade

<sup>13</sup> Conforme Ujvari (2008) a propriedade da imunização foi descoberta por Edward Jenner em 1796, quando este expôs algumas pessoas ao líquido das feridas provocadas pela varíola e percebeu que elas passavam incólumes à doença.

<sup>14</sup> Vale destacar que a teoria bacteriana de Pasteur é contemporânea em relação ao uso da inoculação.

calculado e generalizado; a outra seria o fato de não mais se procurar impedir a varíola, mas introduzi-la nos indivíduos provocando uma pequena doença artificialmente inoculada, com a finalidade de anular a própria doença. Ele explica:

(...) através de tudo o que acontece na prática da inoculação, na vigilância a que são submetidas as pessoas que foram inoculadas, no conjunto dos cálculos pelos quais se procura saber se, de fato, vale a pena ou não inocular as pessoas, se se corre o risco de morrer da inoculação ou da própria varíola (...), vemos antes de tudo que a doença vai deixar de ser compreendida (...) [como] uma doença ligada a um país, uma cidade, um clima, um grupo de pessoas, uma região, um modo de vida (...). A partir do momento em que, a propósito da varíola, passam a ser feitas as análises quantitativas de sucessos e insucessos, (...) quando passam a calcular as diferentes eventualidades de morte ou de contaminação, então a doença (...) vai aparecer como uma distribuição de casos numa população. (FOUCAULT, 2008. p.79).

O comportamento natural do fenômeno saúde-doença estudado a partir da análise do *coletivo*-população permite que sejam introduzidas técnicas de prevenção. O *coletivo* é entendido aqui como um objeto que pode ser calculado e distribuído em séries, como alguma coisa com um comportamento passível de ser reconhecido, previsto e, em certas circunstâncias, anulado. Portanto, com a introdução das técnicas de prevenção à varíola, cujo objetivo era analisar as condições de possibilidade de ocorrência do fenômeno enquanto fenômeno de grupo/social, um novo campo se abriu para a compreensão do processo saúde-doença. Essa dimensão da realidade, que diz respeito ao público, será apropriada com vistas ao desenvolvimento de uma estratégia de governo.

Com isso, Foucault (2008) destaca quatro elementos centrais que modificam a compreensão do processo saúde-doença e que, do seu ponto de vista, fazem com que a saúde se organize no interior de um dispositivo da segurança. São eles: **a definição de caso, a dimensão do risco, a questão do perigo e o problema do contágio**. Em relação à definição de caso, o autor percebe que a doença deixa de ser compreendida à luz da teoria dos miasmas<sup>15</sup>, aparecendo como uma distribuição de casos na população. Para o autor a noção de caso:

(...) não é o caso individual, mas (...) uma maneira de individualizar o fenômeno coletivo da doença, ou de coletivizar, mas no modo da quantificação, do racional e do identificável, de coletivizar os fenômenos,

<sup>15</sup>Czeresnia (1997; 1993) explica que a teoria dos miasmas foi construída tendo como base a concepção hipocrática, explicando a ocorrência das doenças através da influência do clima, dos ventos e das estações do ano.

de integrar no interior de um campo coletivo os fenômenos individuais. (FOUCAULT, 2008. p.79).

O *coletivo*-população é estratégico para a articulação do dispositivo de segurança, cujo procedimento implica o esvaziamento da dimensão política do **coletivo** e a utilização da estratégia da prevenção. Uma nova realidade começa a ser desenhada a partir da população e, com isso, a composição de um espaço público. Ao se localizar a doença tanto no indivíduo quanto no nível da população, foi possível medir o risco de adquirir determinada doença, morrer em função dela ou mesmo se curar. E não só isso: o cálculo da probabilidade demonstrava que o risco não era o mesmo para todos os indivíduos ou grupos acometidos ou não pela mesma doença. Essa diferenciação permitiu a identificação do que é perigoso para a saúde. Por fim, há muito tempo a medicina já havia se dado conta da característica da comunicação das doenças, embora nesse momento uma nova acepção seja introduzida: trata-se do princípio da regularidade e circularidade do contágio, que se prolifera na medida em que uma intervenção natural ou artificial não ocorra. As intervenções naturais são obras divinas ou do acaso, ao passo que as artificiais são produzidas a partir do conhecimento adquirido pelo estudo do comportamento das doenças na população. E, nesse terreno, estamos diante das condições de possibilidade para a emergência de um campo do conhecimento denominado saúde pública, que aparece como “funcionária” de uma burocracia, cuja principal função é fazer funcionar a polícia do processo saúde-doença na população. Função essencial, portanto, na gestão do público e na composição de um saber de Estado sobre a saúde.

Assim, podemos concluir que o *coletivo*-população é uma imagem que está articulada com o dispositivo de segurança, colocando em prática esse mecanismo. Do mesmo modo, opera dobrando e reconhecendo as trajetórias individuais à luz do conhecimento da população, supondo a prevenção dos riscos e dos perigos em saúde. Antes mesmo de se pensar numa medicina preventiva, a questão da prevenção já aparecia como estratégica para a construção do espaço público. A prevenção ganha relevo na segunda metade do século XX, sendo um elemento importante para a composição dos sistemas de saúde italiano e brasileiro, como veremos mais adiante.

O discurso da prevenção parece funcionar como uma estratégia para fazer o sujeito assumir o papel de doente, com base no consumo de testes diagnósticos e com o desenvolvimento de estratégias de auto-medicação. O medo da doença, por

exemplo, organiza um espaço no qual as relações sociais conflitantes são dobradas à intervenção de técnicas oriundas da prática médica. A gestão terapêutica, enquanto espaço no qual os conflitos sociais são equacionados, tem funcionado não apenas como mecanismo de vigilância, mas como dispositivo de auto-organização individual que produz subjetividades normalizadas.

Aos poucos, o conhecimento produzido no solo da racionalidade econômico-política foi admitindo que os indivíduos eram diferentes uns dos outros, o que tornava difícil prever os comportamentos individualmente. Faltava colocar em evidência ainda um elemento: como a população é constituída de indivíduos, esses teóricos afirmavam que era possível extrair desse conjunto pelo menos uma invariante, entendida como motor de ação fundamental que faz com que os indivíduos se movimentem. Esse motor é o desejo, que aparece no interior das técnicas de governo nessa época. Com isso, os fisiocratas compreenderam que, a partir da análise da população, era possível intervir sobre o desejo dos indivíduos. Agir sobre desejo, a fim de deixar que se produza e que siga o seu curso natural, é central para produzir o interesse geral da população. Para Foucault (2008, p. 97-98):

A população é um conjunto de elementos, no interior do qual podem-se notar constantes e regularidades até nos acidentes, no interior do qual pode-se identificar o universal do desejo produzindo regularmente o benefício de todos a propósito do qual pode-se identificar certo número de variáveis de que ele depende e que são capazes de modificá-lo.

Ora, enquanto no modelo da sociedade disciplinar a problemática do processo saúde-doença recaía sobre o tratamento do indivíduo doente, no qual a comunicação era evitada pelo método do isolamento, que encontra no exemplo da quarentena uma estratégia prática e reconhecida para o tratamento de muitas epidemias, no dispositivo da segurança as coisas são diferentes. Aqui a leitura do processo saúde-doença leva em conta tanto o conjunto de doentes quanto os não doentes, ou seja, a população em sua totalidade. O foco da análise muda de direção, buscando agora identificar aquilo que é esperado ocorrer normalmente no curso da doença. Com isso, Foucault (2008) aponta que essa mudança de perspectiva é fundamental para compreender o crescimento das estatísticas de mortalidade e morbidade a partir do século XVIII, por exemplo. Se havia a necessidade de melhor conhecer a frequência das causas de morte e das doenças, o seu contrário também é verdadeiro: apreender as curvas de normalidade, diferenciar as normalidades, rebater sobre aquelas mais desviantes às

mais favoráveis, tendo em vista o estabelecimento de uma norma que funcione como princípio operador de uma normalização. E, do mesmo modo, é possível perceber que a população faz surgir um nível em que a ação dos que governam é necessária e fundamental. Para Foucault (2008), a população é o novo personagem político do século XVIII, sinalizando uma modificação no exercício da soberania, cujo objetivo era agir sobre os comportamentos individuais e sobre o desejo, de forma natural. O autor explica:

A ideia do panóptico (...) é também uma ideia totalmente arcaica. (...) o que vemos surgir agora não é a ideia de um poder que assumiria a forma de uma vigilância exaustiva dos indivíduos (...), mas o conjunto de mecanismos que vão tornar pertinentes, para o governo e para os que governam, fenômenos bem específicos, que não são exatamente os fenômenos individuais, (...) se bem que os indivíduos figuram aí de certo modo e os processos de individualização sejam bem específicos. (FOUCAULT, 2008. p.87).

A partir da noção de população, articulam-se as características biológicas do ser humano como espécie numa versão política determinada pela razão de estado, levando à consolidação do dispositivo da segurança. Mas o que o dispositivo da segurança coloca em ação? Foucault (2008) oferece algumas pistas para pensar essa questão. Ao analisar as respostas e as soluções colocadas em prática pelos fisiocratas e pelos teóricos da economia do século XVIII<sup>16</sup>, o autor percebe que se articula no interior do dispositivo da segurança uma nova arte de governar, concluindo que é em torno da mudança nas técnicas de governo que a população aparece como elemento estratégico e que o dispositivo de segurança pode ser colocado em prática.

Podemos perceber que medicina social e saúde pública são termos novos introduzidos na saúde, que emergem num cenário no qual há uma disputa de forças desenhando uma nova arte de governar. O entendimento produzido pelos teóricos da economia política sustentava o princípio da liberdade de desenvolvimento dos fenômenos, porque dessa forma seria possível identificar suas formas naturais de autorregulação. Na lógica introduzida pela economia política, a população assume um duplo sentido: enquanto sujeito, ela aparece como limite à ação econômico-política do

---

<sup>16</sup> A liberdade de ação dos próprios mecanismos do mercado é destacada por Foucault (2008) como o aspecto central do pensamento dos fisiocratas, de forma a corrigir, compensar, colocar um limite ou mesmo anular o fenômeno da escassez alimentar. O raciocínio é o mesmo da variolização.

governo, sendo esta a sua dimensão estratégica<sup>17</sup>. Tomada como objeto, a população assume caráter instrumental e aparece como elemento a ser administrado. Enquanto na lógica disciplinar a centralidade dos mecanismos de poder estava fixada na exclusão, no dispositivo de segurança a dinâmica se produz no sentido da ampliação da liberdade e na integração e organização em séries cada vez mais amplas.

A racionalidade construída a partir da noção da economia política fica evidente na medicina social. Neste sentido, não se estranha que, na Alemanha, a medicina tenha contribuído para a estruturação do Estado Moderno, organizando-se enquanto profissão de Estado. Na França, ela encontrará as ciências naturais (a química e a física) em função da preocupação com o saneamento do espaço urbano, uma vez que era necessário criar estratégias para intervir sobre o crescimento desordenado das cidades. Na Inglaterra, a medicina passará a intervir sobre o corpo dos pobres com a finalidade de proteger a propriedade privada, exercendo uma função importante para o avanço da industrialização naquele país (FOUCAULT, 2011a). Seja de modo direto ou de forma indireta, e guardadas suas especificidades regionais, será o problema da população e a preocupação com as tensões sociais e políticas que organizará o conhecimento produzido no campo da medicina social.

Essa discussão nos ajuda a perceber que o problema político moderno está intimamente relacionado com a noção de população. Para Foucault (2008, p. 95), é o desejo da população como problema de governo que instrumentaliza a dimensão do público, ou seja, “a produção do interesse coletivo pelo jogo do desejo é o que marca ao mesmo tempo a naturalidade da população e a artificialidade possível dos meios criados para geri-la”. Por esta razão o *coletivo*-população será a imagem mais utilizada no território da saúde, sendo central para a medicina social e para a saúde pública. A população, portanto, permite o desenvolvimento de técnicas de governo eficazes, pois oferece um saber sobre os indivíduos como espécie, determinando o campo da política – a dimensão pública – a contribuir para o governo da vida. O **coletivo** é exprimido, quase sufocado; a política agora é produzida pela razão de estado, enquanto movimento de produção de *coletivo*. Este último passa a ser

---

<sup>17</sup>No seminário *O Nascimento da Biopolítica* (FOUCAULT, 2008), o autor explora como as teorias liberais contribuíram para a constituição do Estado Moderno. A preocupação central dos liberais era construir mecanismos que limitassem a ação do Estado em função da garantia do interesse privado e da propriedade. Foucault chega a sugerir que a finalidade de quase todo o esforço teórico produzido ao longo do século XIX e XX tinha como pano de fundo o problema da limitação da liberdade do Estado.

organizado como instância de medicalização e normalização dos indivíduos (FOUCAULT, 2011b; 2011d).

Assim, o público é traduzido como o espaço político real e somente nesse espaço existe a possibilidade de exercício da luta. A dimensão do político está subordinada ao público, assumindo um caráter conservador. Qual é o problema de o político ficar restrito ao espaço do público? Consoante àquilo que vimos com Espinoza (2009; 1973), o público só pode se estender até onde vai a sua potência. E, neste caso, a potência do público está determinada pela potência do Estado Moderno enquanto tal; na medida em que o público se alarga, o Estado cresce, e vice-versa. Ao afirmarmos que o público é o único espaço da luta e da resistência, referendamos que a política só pode ser construída a partir do Estado. E com isso deixamos de considerar a força do **coletivo** como processualidade, enquanto força de constituição de novas realidades. Negri (2002, p.28) nos ajuda a entender melhor essa questão, afirmando que: “a peste consiste em pressupor o social [público] no evento constitutivo e caracterizar o social [público] como uma questão política pré-constituída”.

Portanto, é possível percebermos que o público é o espaço das mediações e das determinações e a função da população é fornecer subsídios para significá-lo. De fato, o público não é o espaço de afirmação da potência do **coletivo**, mas de reprodução de uma imagem de *coletivo* representado pela população, determinando modos de ser e o desejo. Ao se constituir como teoria e prática da governamentalidade, a população funciona no sentido de limitar/organizar o **coletivo**, portanto.

Na medicina social e na saúde pública, o que se entende do **coletivo** são os assuntos da população, sob a racionalidade de uma economia política. Nesse cenário, as questões de ordem biológica adquirem relevância social. É o fenômeno populacional dando sentido político à vida. O problema aqui é evitar a produção constituinte do **coletivo**, através da organização de uma parafernália burocrático-administrativa eficiente. Tudo funciona como se a potência que funda o Estado Moderno e a própria noção de público fosse externa, transcendente ou mesmo excluída ou inexistente. Foi necessário constituir a população como objeto para que a medicina articulasse a doença com as questões sociais. Os elementos básicos da medicina social incluem:

a necessidade do estudo das relações entre o estado de saúde de uma dada população e suas condições de vida, que são determinadas pela posição social; os fatores perniciosos que agem de uma forma particular ou com especial intensidade no grupo por causa da posição social; e os elementos que exercem uma influência deletéria sobre a saúde e impedem o aperfeiçoamento geral do estado de bem-estar. (ROSEN, 1983. p.31).

Essas são as bases que vão subsidiar a construção do conceito de saúde pública no cenário inglês e americano, conforme veremos a seguir. De todas essas experiências, o que fica claro é que a imagem do *coletivo*-população é aquela que ganha força no território da saúde.

As ideias sobre medicina social produzidas na França não se limitaram apenas àquele país: os pesquisadores franceses que estudavam as relações entre condições sociais e saúde tiveram influência importante sobre os médicos alemães, tensionando um movimento de transição da polícia médica para a compreensão da medicina como uma ciência social também na Alemanha. É sobre este cenário que, em 1847, Neumann definiu a ciência médica como uma ciência social, e Rudolf Virchow<sup>18</sup> afirmou que a medicina é uma ciência social e a política a aplicação da medicina em grande escala. Junto com essa definição conceitual surgiu também um programa de ação de “saúde pública”, que guardava o princípio de que a saúde das pessoas era de interesse da sociedade, sendo de responsabilidade desta proteger e assegurar a saúde de seus membros. Interesse e responsabilidade da sociedade são argumentos que reforçam a noção de segurança, bem como o papel do Estado como gestor do espaço público. Tais elementos sustentam um regime de condutas que se instituiu no período, que afirma que todos os indivíduos possuem responsabilidade pelo cuidado da sua saúde, devendo agir em função do interesse pela saúde da sociedade.

Apenas no final da primeira metade do século XIX na Alemanha definiram-se os objetivos da saúde pública, entre eles o desenvolvimento sadio dos cidadãos, tanto mental quanto fisicamente, a prevenção de todos os perigos para a saúde e o controle da doença. Para Rosen (1983, p.52):

A saúde pública deve cuidar da sociedade como um todo, considerando as condições que possam afetar adversamente a saúde – tais como o solo, a

---

<sup>18</sup> Rudolf Virchow entendia a Saúde Pública de forma ampla, destacando que a tarefa da medicina seria a de intervir na vida política e social e remover os obstáculos que impedem o funcionamento normal da espécie. Virchow percebeu que o proletariado com frequência tornava-se vítima de doenças e epidemias, e que seus filhos morriam precocemente ou se tornavam incapacitados. Dessa forma, um programa de Saúde Pública deveria incluir ações clínicas e de profilaxia que abrangeriam a regulamentação legislativa das condições de trabalho (ROSEN, 1983).

indústria, alimentos e habitação – e deve proteger cada indivíduo, considerando as condições que o impedem de cuidar da sua saúde (...), tais como pobreza e enfermidade.

A saúde pública, compreendida como um programa de ação que vai articular a relação entre Estado, medicina e sociedade, nasce no interior de um pensamento que encontra na medicina social suas bases, estimulada pelos objetivos de melhoria das condições ambientais e sob o espírito de reforma social (empenho para a construção de uma nova sociedade). Essa noção de saúde pública vai prevalecer até a descoberta da relação causal entre doença e micro-organismos, momento em que se produzirá um deslocamento no modo de compreender a saúde como resultado de um conjunto de elementos relacionados às condições sociais para a compreensão da doença e seus agentes causais. Por essa razão, até o presente momento, tratamos medicina social e saúde pública quase como sinônimos. Já é hora de estabelecermos sua diferenciação, cujo recorte será realizado a partir da separação entre a noção de doença da sua associação com as questões sociais.

No cenário inglês, onde o liberalismo econômico era a doutrina dominante, não se desenvolveu um conceito de polícia médica como no cenário alemão ou um modelo de medicina social como na França. Da mesma forma, o ambiente intelectual pouco favoreceria a análise dos aspectos sociais do processo saúde (ROSEN, 1983). James Philips Kay, por exemplo, estudou em 1832 a incidência de doenças transmissíveis sobre as condições dos trabalhadores de Manchester, relacionando o vício e a pobreza à doença, sem atribuir uma relação de conexão entre organização socioeconômica e os problemas que tinha observado. No entanto, alguns poucos médicos ingleses reconheciam a ligação entre a industrialização e os problemas dos trabalhadores nas fábricas. Tais experiências levaram ao reconhecimento das relações entre a atenção médica e os problemas sociais de forma paralela à preocupação com o desenvolvimento de programas sociais para a ação médica.

Houve uma mudança no pensamento e na atitude sobre os aspectos sociais do processo saúde doença, chamando a atenção para o fato de que “o pauperismo era um assunto relativamente menor quando comparado com a indigência médica” (ROSEN, 1983. p.57). A incapacidade de oferecer respostas sanitárias adequadas para a população pobre era entendida como fator determinante do aumento da miséria. Portanto, a maneira como a discussão foi colocada na Inglaterra não relacionava os efeitos da pobreza às condições de saúde da população, embora houvesse análises de

grupos populacionais específicos e sua relação com determinada doença. A criação da *Poor Law Commission* deixou claro que o problema era a carência de serviços médicos para os pobres, havendo a necessidade de expandir esses serviços para essa população. É no espaço aberto para a intervenção sobre o público que vemos se constituir um campo do conhecimento denominado de saúde pública no cenário inglês, com a missão de ampliar as ações de saúde para a população pobre. Foucault (2011a) questiona esse argumento sustentando que a problemática que se colocava dizia respeito à proteção da propriedade privada, explicitando que a *Poor Law Commission* tinha um objetivo bem específico: conter as agitações sociais existentes no cenário inglês com a introdução de novos modos de produção e com a mudança nas relações de trabalho, no auge da ascensão da burguesia ao poder.

Nesse contexto, observamos o desenvolvimento da saúde pública, entendida como um modelo simplificado de atenção médica à população. *Henry W. Rumsey*, por exemplo, envidou esforços para formular uma teoria de saúde pública que se constituísse como uma política social a partir da ação governamental sobre a saúde da população. Para ele, o cuidado médico deveria se aproximar o máximo possível da habitação dos pobres, pois vários problemas de saúde eram causados por fatores ambientais. A higiene social deveria ser enfatizada e os pobres obrigados à intervenção médica para o seu próprio benefício e para o benefício da comunidade. É nesse espírito que, em 1856, é estabelecido o primeiro curso de Saúde Pública na Inglaterra. O aumento dos estudos sobre a saúde da população mostrava que a prevalência das doenças estava relacionada aos fatores econômicos e sociais, e que essas relações podiam ser estudadas à luz dos métodos estatísticos (ROSEN, 1983).

Ao mesmo tempo, na Bélgica, na Rússia e na Alemanha, muitos estudos continuaram a ser produzidos colocando em destaque o pensamento desenvolvido ao longo do século XIX sobre a medicina social. E com isso um grande número de médicos reconheceu a influência das condições sociais sobre a saúde e a doença.

Entretanto, o avanço da moderna medicina científica também foi significativo ao longo do século XIX, especialmente em função dos progressos da biologia e da fisiologia. Nesse contexto, Virchow também foi importante ao estabelecer a biologia celular como base da ciência médica. Claude Bernard, por sua vez, estava interessado na compreensão dos processos fisiológicos, a partir de cuidadosos experimentos. Este pesquisador sustentava uma concepção de doença enquanto resultado da perda de equilíbrio interno do organismo, cujo efeito seria a ocorrência de um conjunto de

modificações internas do mesmo (CAPRA, 2004). Mas foi Louis Pasteur quem teve um impacto decisivo para a compreensão do conceito de causação das doenças, inaugurando uma nova concepção que se estabeleceu como princípio fundamental da medicina moderna. Pasteur demonstrou, em 1871, a correlação entre bactéria e doença, associando tipos de doença a micróbios específicos, fundando a teoria microbiana da doença. De posse desse conhecimento, Robert Koch, em 1882, formula o conceito de etiologia, provando de maneira decisiva que determinado micróbio é causador de uma doença específica.

Tais avanços propiciaram a construção de um modelo ideal para pensar o processo saúde-doença, a partir do conceito de causação. Com isso, foi possível isolar e definir entidades patológicas e elaborar uma taxonomia racional das doenças tendo como inspiração a teoria evolucionista. A forma como Darwin coletou, catalogou e classificou as espécies ganhou relevância no campo da biologia, migrando para a medicina, na busca da descrição e da etiologia das doenças. Temos então uma perspectiva racional, fortemente identificada com o pensamento cartesiano, que vai tensionar uma nova configuração de saúde pública, marcando de vez a ruptura com as questões sociais que impulsionavam o conhecimento da medicina social.

O surgimento do modelo bacteriológico marca uma ruptura na compreensão da medicina como uma ciência social, uma vez que a saúde pública já não dependia mais da expressão do social para explicar o processo saúde-doença. A população, assim como a compreensão dos processos biológicos, já era suficiente para sustentar um pensamento científico no campo da saúde pública. Nesse sentido, em 1883, Emil Behring afirmou que as considerações sociais e as reflexões sobre política social desviavam o correto estudo das doenças infecciosas, não sendo mais necessárias. Não obstante, o auge do modelo bacteriológico levou também vários médicos a reagirem contra o reducionismo que havia se instalado na compreensão do processo saúde-doença. Muitos deles destacavam que “a gravidade e duração das doenças transmissíveis envolviam não somente os agentes infecciosos, mas inúmeros outros fatores, tais como nutrição, condições de vida e de trabalho, educação e renda” (ROSEN, 1983. p.60), embora todos esses elementos fossem caracterizados como secundários e de difícil associação na lógica epidemiológica da época.

Alfred Grotjahn, por sua vez, em 1912, a partir da análise dos problemas médicos à luz das ciências sociais, formulou com maior precisão a noção de higiene social, cujo objetivo era investigar e determinar como a saúde dos pobres era

dependente de condições ambientais e sociais. Também nesse momento, começa a se desenvolver a sociologia médica, preocupada com as consequências da pobreza para a saúde, num cenário no qual a miséria já não podia mais ser vista como uma punição do pobre em função das suas deficiências. Estamos no começo do século XX, que se inicia com a sistematização elaborada por Alfred Grotjahn e a consequente apresentação dos seus princípios, que levou à construção de uma área da saúde pública denominada de higiene social. Para o pesquisador, o significado de uma doença do ponto de vista social deve ser dado pela frequência com que ela ocorre, sendo que as condições sociais apresentam relação etiológica com as doenças, na medida em que criam ou favorecem uma predisposição para que ela se instale. A relação etiológica pode ser de causa, transmissão ou influência das questões sociais sobre o curso da doença. Ele conclui que prevenir doenças ou influenciar no seu curso demanda atenção para as condições econômicas e para o ambiente social do indivíduo. Com isso, Grotjahn redefiniu o conceito de medicina social, separando a higiene social e sua missão de espalhar uma consciência sanitária para a população através da figura do médico, da discussão sobre a organização da atenção médica, para a qual reservava a primeira ideia.

Toda essa discussão culminou, em 1926, na criação do *Peckham Health Centre* em Londres, cujo objetivo era “desenvolver a saúde como um valor social positivo sobre a base de uma unidade social fundamental: a família” (ROSEN, 1983. p.66). O termo *medicina social* passava a ser utilizado para expressar o estudo da organização do conjunto de serviços de saúde pública, e o conceito de medicina preventiva foi introduzido com o objetivo de abranger os estudos de caráter estatístico e epidemiológico realizados no interior da prática médica, a partir de uma leitura do social que não envolve a inclusão das ciências humanas e sociais.

A medicina preventiva tem sua origem na noção de higiene. Esse conceito foi se construindo numa relação íntima com a ideologia liberal, sendo que a sua função era a de resgatar o indivíduo da ignorância e da doença por meio da educação. A higiene afirmava “as responsabilidades individuais perante a saúde” (AROUCA, 2003. p.68), e esse conhecimento ganhava consistência em sintonia com o desenvolvimento da medicina liberal, de caráter individualista. Entretanto, será apenas nos anos cinquenta que a apropriação da higiene pela medicina estará consolidada, transformando-se em medicina preventiva, num país com um contexto geopolítico específico aberto à filosofia liberal: os Estados Unidos.

A medicina preventiva tem a sua história marcada pela noção de higiene. No início do século XX, a higiene não se constituía como um campo específico do saber médico ou de qualquer outra disciplina. Por esse motivo, seu papel consistia em articular um conjunto de saberes de diversas ciências com a finalidade de promover o bem-estar da sociedade. O saber médico desse período estava orientado para a clínica individual da doença, enquanto a higiene se afirmava a partir das limitações da medicina em solucionar os problemas de saúde da coletividade, embora com um discurso essencialmente normativo, expresso através de normas e recomendações para a boa saúde. O saber produzido pela higiene – saber de polícia – era útil à saúde pública. O discurso da higiene foi se construindo intimamente ligado à ideologia liberal, ganhando força com as teses dos principais teóricos do liberalismo, pois a higiene era a ciência que, por meio da educação, poderia resgatar o indivíduo da “doença original” da ignorância.

O deslocamento da higiene para a medicina preventiva resultou em pelo menos duas características: a ideia de que o ensino da medicina preventiva deveria perpassar todo o currículo médico e a noção de que ela significava uma nova atitude do médico com relação ao paciente (AROUCA, 2003). Esforços foram realizados para distinguir saúde pública de medicina preventiva: a primeira foi entendida fundamentalmente como coletiva, no sentido de estar preocupada com a saúde dos grupos e populações, com o objetivo de prevenir e/ou corrigir doenças, enquanto a segunda dizia respeito ao conhecimento que mantém a saúde ou que previne doenças individuais ou coletivas. Embora a distinção fosse importante do ponto de vista teórico, a saúde pública era um dos campos de aplicação da medicina preventiva, sendo que esse saber vai se ocupar das condições de ocorrência das doenças e do desenvolvimento de uma atitude preventiva. Para Arouca (2003, p. 77), “o que opera a delimitação do objeto é o enfoque sobre as responsabilidades individuais e da família sobre a saúde, que simultaneamente delimita aquelas condições determinantes das doenças que devem ser estudadas e o espaço das atribuições médicas”.

De forma resumida, três movimentos se acoplam na constituição da medicina preventiva: o estudo das condições de ocorrência das doenças; o desenvolvimento de uma nova atitude médica e o enfoque sobre as responsabilidades individuais e da família. Este último aspecto demarcaria o corte do objeto de estudo da medicina preventiva, qual seja, a família. Há que se considerar ainda que a construção desse saber surge num contexto histórico no qual crescem substancialmente os custos com

assistência médica no cenário americano, associado à baixa resolutividade da organização médica para impactar sobre os principais problemas de saúde nos Estados Unidos. Arouca (2003) afirma que a emergência da medicina preventiva teria sua origem num projeto de conciliação entre médicos, Estado e sociedade, num contexto de elevação dos custos da prática médica associado à demanda de ampliação dos serviços públicos de saúde, o que gerou a necessidade de submeter a ciência médica a novos preceitos teóricos e metodológicos.

Assim, o nascimento da medicina preventiva ocorre num cenário de disputas: de um lado, a organização médica e suas tentativas de inviabilizar a ação do Estado na diminuição do poder econômico dos próprios médicos; de outro, grupos ligados à saúde pública reivindicando o controle da atenção médica e a ampliação do espaço de intervenção sobre o público (AROUCA, 2003). É nesse campo de tensões que a medicina preventiva se consolida no interior da saúde pública, sendo chamada pela clínica médica para atender a necessidade de superar a crítica feita ao modelo biomédico – e a conseqüente falência desse modelo para tratar questões de saúde das populações, garantindo dois níveis de intervenção possíveis: o individual e o social, entendido como coletivo. Com a medicina preventiva, o modelo de causalidade será ampliado para o estudo da variedade de fatores que influenciam o processo saúde-doença, através da inserção do princípio da multicausalidade no território da saúde.

Nos Estados Unidos, por exemplo, a noção de medicina social foi pouco desenvolvida, sendo que os esforços datam de 1925 e surgem no interior de um campo em desenvolvimento – a medicina preventiva. Naquele país, a saúde pública estava marcada pela perspectiva da higiene e pelo serviço de assistência social organizado com características filantrópicas e de caridade. Rosen (1983) sugere que a necessidade de pensar uma medicina social no contexto americano aparece como demanda da assistência social, com a finalidade de contribuir para o ajustamento social e a harmonização do comportamento e das condutas. As questões sociais do processo saúde-doença são tomadas, portanto, sob a perspectiva assistencialista e com a finalidade de melhor adaptar o sujeito ao seu contexto de vida.

Entretanto, haveria também outra razão para essa aproximação, que diz respeito à necessidade de tratar os problemas de saúde sob uma perspectiva de governo, no nível da família e da comunidade. O hospital tinha assumido lugar de destaque na prática médica, as doenças transmissíveis estavam controladas e as doenças crônico-degenerativas começavam a exigir atenção. Além disso, o país

começava a viver uma mudança demográfica que evidenciava o crescimento do número de idosos na população. As despesas com atendimento médico e os custos com a assistência cresciam, enquanto a medicina se mostrava impotente para oferecer novos modelos teóricos e de organização que reduzissem o custo da assistência e se mostrassem eficientes. Essas questões levaram os médicos americanos a buscar nas ciências sociais elementos teóricos que pudessem ajudar a resolver alguns desses problemas.

É nesse cenário que a medicina preventiva se consolida nos Estados Unidos, com o intuito de responder ao crescimento substancial do custo com a assistência médica e à baixa resolutividade. No entanto, para Arouca (2003), ela aparece como possibilidade de revisão do saber médico e ampliação dos serviços de saúde naquele país. Conforme o autor:

O que opera a delimitação do objeto [da medicina preventiva] é o enfoque sobre as responsabilidades individuais e da família sobre a saúde, que simultaneamente delimita aquelas condições determinantes das doenças que devem ser estudadas e o espaço das atribuições médicas. (AROUCA, 2003. p.77).

Naquele país, desde o início do século XX, desenvolveu-se também a sociologia médica, que tinha como objeto de estudo os fenômenos sociais dos próprios médicos como uma classe social distinta, com a finalidade de estudar as leis que regulam a profissão médica e a sociedade. Essa disciplina também estudava os aspectos sociais da doença e os processos sociais que conduziam à adoção do papel de doente, a partir de uma concepção funcionalista (NUNES, 2003)<sup>19</sup>. O conhecimento produzido pela sociologia médica sobre os aspectos sociais das doenças foi absorvido pela medicina preventiva, que se responsabilizou por traduzir a visão social enquanto questão clínica. O modo como os problemas sociais eram entendidos tinha como ponto de partida a perspectiva do indivíduo, reduzindo o social a uma leitura simplificada. Esse modelo influenciou a construção das propostas americanas a partir dos anos quarenta, sendo que muitos programas desenvolvidos no período foram introduzidos no Brasil pelas agências internacionais nos anos seguintes.

---

<sup>19</sup>No funcionalismo os estados das coisas são definidos pelas suas causas e pelos seus efeitos. A partir da distinção entre função e ocupante, são estabelecidos estados funcionais que podem ser atribuídos a diferentes ocupantes de forma individualizada.

Com isso temos um desenho do contexto mais geral de desenvolvimento da medicina social, saúde pública e medicina preventiva, importante para diferenciar tais conceitos e entender como eles se constituem historicamente. Ao acompanhar o movimento de construção desses saberes, é possível identificar que as questões que se colocam partem da discussão da população, tomada como elemento central na produção do conhecimento médico. A construção da medicina social na Europa demonstra o aparecimento de uma experiência social do processo saúde-doença que se estrutura como um raciocínio de economia política da saúde da população. A saúde pública, por sua vez, aparece como um programa de ação para grupos populacionais específicos. Com o intuito de garantir o interesse do Estado e a responsabilidade individual das pessoas, constitui-se um campo de saberes que toma o *coletivo* como sinônimo de população, excluindo a dimensão social do processo saúde-doença em função de uma objetividade que encontra na leitura biológica o seu ponto de apoio. Tal conhecimento se desdobra em, pelo menos, três novas especialidades: a higiene social, a sociologia médica e a medicina preventiva, cada uma com sua especificidade, embora todas tenham a finalidade de oferecer resposta ao Estado na organização do público, colocando em ação a lógica da população.

Nosso esforço até aqui consistiu em explicitar como foi sendo construída a imagem do *coletivo*-população, cujo espaço de intervenção é a dimensão do público. Assim, percebemos que a saúde pública é fundada sobre uma racionalidade que elege a população como elemento central para entender e intervir sobre a realidade. Se pudermos depreender da saúde pública uma ideia de *coletivo*, este é definido como população. Trata-se de uma prática que se estabelece em sintonia com a lógica do liberalismo, sob o discurso da economia política, servindo para reforçar a composição de uma razão de estado, num jogo de disputas para instaurar um domínio. O século XIX foi discutido por Foucault (2008) como o período de mutação das tecnologias de poder, que integram o modelo disciplinar e avançam no sentido da construção de um dispositivo de segurança. Trata-se de uma prática de governamentalidade, que encontra na razão de estado e no escrutínio do público o espaço privilegiado para se efetuar.

Será a partir da segunda metade do século XX que a lógica existente no território da saúde será problematizada, em especial a partir dos processos de reforma sanitária. As agitações produzidas pelos movimentos reformistas vão colocar em questão medicina social, saúde pública, higiene social, sociologia médica e medicina

preventiva. Dependendo do cenário geopolítico, o questionamento de um ou outro saber fica mais evidente. Vamos discutir a partir de agora os cenários italiano e brasileiro, com a finalidade de analisar o contexto da saúde e as reformas sanitárias, uma vez que são esses dois países que nos interessam, constituindo o campo problemático para nosso estudo.

#### 1.1.1.1 O Contexto Italiano da Reforma Sanitária

Maciocco (s/d) nos ajuda a compreender o contexto histórico da saúde na Itália, a partir da unificação do território italiano em 1861, quando um conjunto de projetos para criar uma legislação sanitária começou a ser discutido, culminando na Lei *Crispi-Pagliani* em 1888. Nesse período, que se estenderá até a instituição do *Servizio Sanitario Nazionale*, em 1978, a Itália experimentou progressos notáveis no campo da higiene e no controle das doenças transmissíveis. No entanto, um grande contingente de italianos estava desassistido, seja porque não eram pobres o suficiente para receber assistência do Estado, ou ricos o bastante para pagar assistência médica particular. Pelo menos até o final da I Guerra Mundial, a assistência médica obrigatória contra as doenças não ocupou lugar de destaque na agenda política do país. Após o final da primeira grande guerra, uma comissão é nomeada pelo governo para pensar a questão da assistência médica, animada por um amplo consenso entre as forças políticas e sindicais, com a finalidade de subsidiar a construção de uma legislação que assistisse os trabalhadores e suas famílias no tratamento das doenças.

Essa comissão apresenta seu relatório final em 1919. Conforme Maciocco (s/d), as soluções trazidas pelo documento para os problemas de saúde dos italianos eram bastante inovadoras, mas encontraram resistência diante de um clima político que se mostrava desfavorável para acolher tais propostas. Os anos que se seguiram foram marcados pelo período fascista, sendo que, na área da saúde, o que se viu foi a afirmação do conteúdo da Lei *Crispi-Pagliani* e o aparecimento de um conjunto de iniciativas que estavam voltadas para a profilaxia e cobertura assistencial de faixas populacionais específicas. Esse contexto levou à construção de uma organização sanitária fragmentada e não homogênea na Itália da primeira metade do século XX.

Apenas na segunda metade da década de quarenta uma comissão de higienistas voltou a se encarregar da construção de uma proposta de reforma sanitária, que levou pelo menos mais vinte anos para se tornar concreta. Ao final dos anos sessenta, havia

uma multiplicidade de entidades que prestavam serviços médico-assistenciais sem qualquer uniformidade no tratamento. O relatório produzido pela comissão identificava o problema da dispersão financeira dos recursos públicos, devido à inexistência de organização dos serviços, com o conseqüente aumento dos custos com assistência médica. Esse documento indicava ainda que os serviços assistenciais priorizavam o aspecto curativo, sendo que as práticas de prevenção não eram consideradas na ação terapêutica. A conclusão obtida foi que não existia unidade na intervenção sanitária entre prevenção, cura e reabilitação, havendo, portanto, a necessidade de propor um novo modelo sanitário.

Com o *Servizio Sanitario Nazionale*, foi possível superar a fragmentação dos serviços, a partir da afirmação dos princípios da universalidade e da igualdade de acesso de todos os cidadãos italianos. A Lei de 1978 responsabilizou o Estado pelo financiamento da saúde, e a gestão das Unidades Locais de Saúde – USL foi transferida para as comunidades, a partir da introdução de um princípio democrático e participativo. Esse modo de organizar a gestão da saúde por meio da participação social durou aproximadamente vinte anos. O discurso da corrupção e da ineficiência dos serviços administrados pela comunidade foram os principais argumentos utilizados para destruir a participação tal como havia sido proposta nos anos setenta.

Berlinguer (1987, 1988) discutiu o processo da reforma italiana, mostrando como se construiu a consciência sanitária naquele país, responsável por desencadear o processo reformador que culminou na instituição do *Servizio Sanitario Nazionale*. Para o autor:

Foi a partir dos primeiros anos da década de sessenta que o movimento operário italiano adquiriu consciência da relação entre as exigências de saúde, a organização produtiva, as reformas legislativas e as mudanças no poder; compreendeu que a política sanitária e assistencial, como tem sido veículo e instrumento de distorções, pode tornar-se um estímulo para a melhoria do ambiente de trabalho e fora do trabalho, para a participação na vida democrática e para a transformação das instituições. E foi durante esse período que, na Itália, encaminhou-se a reforma sanitária. (BERLINGUER, 1988. p.37).

Foi a partir da segunda metade do século XX que se configurou na Itália um processo social singular denominado “movimento operário italiano”, inaugurando um novo cenário de lutas políticas que não se conformavam mais ao modelo prescrito pela tradição marxista, produzindo efeitos importantes em várias dimensões da realidade, inclusive no âmbito da saúde. Mais adiante, abordaremos com maior

detalhe esse processo. Por ora, é importante destacar o desenvolvimento do conceito de consciência sanitária, que foi entendida como o processo de tomada de consciência de que a saúde é um direito do indivíduo e interesse da sociedade, sendo que seu desenvolvimento dependia de uma ação coletiva, a partir da intervenção de forças sindicais e políticas (BERLINGUER, 1987, 1988). Os sindicatos e os partidos políticos seriam responsáveis por organizar a consciência sanitária a partir da educação da sociedade, tendo em vista a construção de uma nova cultura sobre a saúde.

O desenvolvimento dessa nova cultura implicava a reversão da posição passiva dos trabalhadores em relação ao modo como se organizava a atenção à saúde na Itália, que fazia corresponder aos perigos para a saúde do trabalhador todo um sistema que demandava a ampliação dos atendimentos curativos e as indenizações/ressarcimentos por acidentes e doenças no trabalho. Para Montuschi (1976), a subversão cultural que caracteriza o processo de tomada de consciência dos trabalhadores pode ser identificada no questionamento da tríade indenização-terapia-ressarcimento para a construção de uma política da prevenção e cuidado à saúde nos ambientes de trabalho.

Para os italianos, a ação sanitária deveria se entrelaçar com a política, mediante a construção de uma força social e democrática que permitisse o movimento de passagem da produção do saber para a dimensão do fazer concreto. Às instituições da sociedade civil, tais como os sindicatos e os partidos políticos – especialmente aqueles de esquerda –, caberia essa passagem para o concreto, ou seja, a produção da consciência sanitária, sem a qual não seria possível uma reforma de largo alcance. Conforme Berlinguer (1988, p. 7-8), “a saúde, como fenômeno coletivo, requer uma intervenção política, levando-se, sobretudo, em consideração a biologia e a história”, uma vez que a maioria dos problemas de saúde estava relacionada às condições de miséria da população.

A noção de população continua sendo importante nas discussões produzidas pelos teóricos da saúde pública italiana, no entanto, o que chama a atenção é a assunção da sociedade civil, através dos sindicatos e dos partidos políticos, tornando-se atores principais no processo de construção de uma consciência sanitária. A integração dos movimentos sociais organizados nas discussões sobre a reforma sanitária sinaliza uma importante ampliação dos atores que problematizam o processo saúde-doença, aparecendo como novidade no período. A insuficiência do modelo de

saúde pública italiano, com foco na higiene social e nas ações de profilaxia médica e cobertura assistencial para populações específicas, começa a ser problematizado, abrindo espaço para a construção de um novo panorama no cenário da saúde. Com isso, uma nova imagem do *coletivo* começa a tomar forma na saúde, conforme vimos anteriormente.

A discussão produzida no cenário italiano de valorização do papel das instituições democráticas da sociedade civil toma forma num cenário no qual o fascismo ainda produzia os seus efeitos, senão concretamente, ao menos na mente da população, pois ele era lembrado no sentido de mostrar que esse caminho havia produzido o esvaziamento dos canais democráticos de participação, entre outros efeitos negativos. Para Berlinguer (1988, p. 14-15):

É com a criação de organismos que excluam qualquer participação ativa, qualquer formação de autoconsciência, que a Itália foi levada naquele período para os mais atrasados níveis sanitários e educativos (...). O fascismo constata a escassa participação do povo na tutela da saúde (...), observa-se um menor interesse da opinião pública que, inevitavelmente, projeta-se nas instituições e organismos, responsáveis pela defesa sanitária da população.

É num contexto de dissolução do fascismo que as questões sobre a saúde voltam ao debate na Itália. Critica-se a política de Mussolini para a saúde, cuja ideia central era aumentar a população com a finalidade de preparar capital humano para o trabalho. No mesmo período surge uma série de discussões sobre segurança nas fábricas, sobretudo com relação à prevenção de acidentes, que apresentavam índices elevados na Itália. Sindicatos e partidos políticos de esquerda se apropriam do debate da questão da saúde e, junto com a sociedade e a partir de experiências no território, desenvolvem propostas concretas de reforma para a saúde. Todos esses aspectos contribuíram para a construção de uma consciência sanitária naquele país.

Do mesmo modo como observamos com relação ao aparecimento da medicina social e da saúde pública no cenário europeu, na Itália a formulação de um novo modelo de saúde a partir das agitações reformistas também está articulado com um contexto de mudanças sociais profundas e de regime de governo. Por esta razão, torna-se fundamental pensar a constituição da noção de *coletivo-sociedade-civil* no território da saúde em interface com a produção de uma nova razão de estado.

A reforma sanitária italiana ganha consistência no interior de um contexto mais amplo de resgate do papel das instituições democráticas, sendo que o aspecto

central que desencadeou esse processo consistiu na problematização do seu papel, a exemplo dos sindicatos ou dos próprios partidos políticos. No que diz respeito à saúde, ao perceberem a dificuldade de se projetar na defesa dos interesses sanitários da população, associada ao crescente interesse e tomada de consciência sobre as condições de trabalho dos próprios operários italianos, os sindicatos e os partidos políticos se mobilizaram no sentido de assumir o seu papel na educação sanitária dos cidadãos e se lançaram na luta pelas questões sanitárias.

Dessa forma, foi possível discutir e validar muitos fundamentos que sustentavam o conhecimento e a prática médica, submetendo essas questões à revisão crítica da sociedade. Supomos que a construção de uma consciência sanitária na Itália teve como principal interlocutor a própria sociedade, que tensiona os sindicatos e os partidos políticos a revisitarem o seu papel enquanto entidades democráticas para, assim, contribuírem com a educação dos trabalhadores e provocar no âmbito político a institucionalização do *Servizio Sanitario Nazionale*. Desse modo, foi construída a base para a reforma sanitária naquele país. Para exemplificar esse processo, Berlinguer (1987, p. 26) cita a moção aprovada durante o XXXIII Congresso Nacional de Medicina do Trabalho realizado em 1970 em Cagliari, na Sardenha:

Os representantes sindicais (...) e as delegações dos trabalhadores (...) manifestam a exigência de uma mais estreita e real ligação com os problemas do ambiente de trabalho, a fim de determinar uma maior consciência sobre os problemas da exploração e a escolha dos instrumentos que permitam a sua superação. Acreditam que a condição válida para se alcançar este objetivo seja a inserção ativa dos trabalhadores nos instrumentos de prevenção e da saúde, a fim de garantir a gestão democrática. (...) Sustentam que a reforma da saúde atualmente em exame pelo governo, tem que permitir a superação do arcaico sistema de seguros atualmente em vigor (...), a válida presença dos representantes dos trabalhadores em todos os organismos do quadro da instituição da unidade sanitária local, que deverá compreender os serviços de higiene e medicina do trabalho, e de sua descentralização regional democrática.

A reforma sanitária italiana foi produzida num contexto no qual, ao mesmo tempo, afirmava-se um amplo movimento social e cultural. A análise dos textos que sustentavam teoricamente esse processo permite identificar a importância que a educação assume para a construção da consciência sanitária, cuja promoção e difusão foram de responsabilidade das instâncias democráticas da sociedade. Para Berlinguer (1987; 1988), foi com a participação das instituições da sociedade civil que a reforma italiana ganhou consistência, concretizando-se na lei do *Servizio Sanitario*

*Nazionale* no final dos anos setenta. O discurso da prevenção foi importante para a composição do modelo médico-sanitário que seria adotado.

O movimento reformista brasileiro utilizou muitos aspectos teóricos e metodológicos da experiência de reforma italiana. A partir do final dos anos setenta, o pensamento de Berlinguer foi amplamente difundido entre os militantes reformistas, contribuindo com a construção de uma imagem para a reforma sanitária brasileira, com alguns pressupostos similares àqueles propostos na Itália: resgatar ou fomentar a democracia e a participação direta da sociedade e universalizar a saúde para toda a população. Vamos reconstruir o percurso brasileiro, tendo em vista compreender como se produziu a crítica à saúde pública, bem como as tensões abertas pelo movimento reformista.

#### 1.1.1.2 A Reforma Sanitária Brasileira

A história da saúde pública no Brasil pode ser contada de diferentes maneiras, havendo no país uma ampla literatura sobre o tema<sup>20</sup>. Não é nosso objetivo fazer uma discussão detalhada sobre o assunto, embora seja importante situar o leitor nesse cenário, a fim de deixar claro o campo problemático da reforma sanitária, no qual buscamos compreender a noção de coletivo na saúde coletiva.

Nossa análise percorrerá o caminho descrito por Mendes (2001), que articula a história da saúde pública brasileira com os diferentes modelos econômicos adotados no país. Esse autor discute a história da saúde pública brasileira, evidenciando três momentos distintos: o sanitarismo campanhista (até meados da década de cinquenta), o sanitarismo desenvolvimentista (que se estende dos anos cinquenta até os anos setenta), chegando ao contexto da reforma sanitária e à institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS).

Na primeira metade do século XX, existiam algumas práticas de caráter assistencial para os indivíduos que se encontravam em situação de extrema pobreza, através da caridade, e práticas de medicina privada para aquelas pessoas que podiam pagar pelo atendimento médico. Nesse período, foi colocado em prática um modelo de saúde pública denominado de sanitarismo campanhista (MENDES, 2001), através

---

<sup>20</sup> LIMA & SANTANA, 2006; MENDES, 2001; CAMPOS, 2000a; NUNES, 1998/1994/1992; COSTA, 1992; CAMPOS, 1991; PAIM & ALMEIDA FILHO, 1998; COHN, 1992; FELIPE, 1989; MERHY, 1987; FLEURY, 1988; TEIXEIRA, 1985; LUZ, 1991.

do saneamento dos espaços de circulação de mercadorias, uma vez que o interesse econômico e a qualidade dos produtos exportados eram motivo de preocupação, especialmente em função das barreiras comerciais impostas por outros países, devido às más condições sanitárias brasileiras. Esse modelo foi dominante até o início da segunda metade do século XX.

Nos anos cinquenta, sob a influência do modelo econômico de base desenvolvimentista, a indústria médica privada começa a se estruturar no país, com foco no modelo curativo e hospitalar. Nesse contexto, havia uma saúde pública incipiente desenvolvida a partir de um conjunto de programas específicos de saneamento e de controle das doenças transmissíveis, fortemente identificado com a higiene social. A assistência médica era de responsabilidade da previdência social, sendo que apenas os trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho se beneficiavam de alguns serviços médicos. Os anos que se seguiram oportunizaram o crescimento do mercado da assistência médica privada, com foco no modelo curativo e no tratamento hospitalar.

A saúde pública brasileira sofria influência do pensamento americano, especialmente com relação à proposição de estratégias restritivas de cuidado médico (modelo de medicina simplificada), garantindo mercado à iniciativa privada. Nas universidades, os Departamentos de Medicina Tropical e de Medicina Preventiva problematizavam o processo saúde-doença como algo naturalizado, não compreendendo a saúde pública como uma construção social. O foco, portanto, era a doença, a correção e a adaptação do indivíduo ao meio, o controle das tensões sociais e a manutenção da ordem pública. As práticas sanitárias tomavam o sujeito como objeto, e a atenção às necessidades de saúde dos indivíduos estava focada na cura das doenças, sendo o hospital o espaço privilegiado para a prática assistencial. O desenvolvimento de ações de higiene social para populações específicas continuava sendo um elemento importante, operacionalizando um modelo que sustentava a lógica de higienização do espaço público.

Esse era o panorama da saúde pública brasileira em meados dos anos setenta. Uma das principais críticas desse modelo de saúde pública pode ser identificada em Merhy (1987). Para esse autor, o objetivo das práticas sanitárias para a saúde pública estava desconectado da historicidade que tais práticas carregam. Tomava forma no período um pensamento social em saúde no interior dos Departamentos de Medicina Tropical e de Medicina Preventiva das universidades brasileiras, em sintonia com

uma prática política que colocava em discussão o regime da ditadura militar, tendo em vista abrir espaços democráticos. A saúde pública foi criticada porque respondia às estruturas repressivas e aos interesses de classe.

Em toda a América Latina, especialmente no início da segunda metade dos anos cinquenta, o campo das ciências sociais em saúde vinha sofrendo influência do modelo funcionalista, com base nos estudos americanos na área da *sociologia médica*. Nos anos sessenta, a produção teórica nessa área do conhecimento é reformulada, com a introdução de novos modelos explicativos e estratégias metodológicas. Nunes (1992, p. 66) descreve essa nova perspectiva das ciências sociais em saúde, cujo objetivo era:

(...) centrar-se na análise da mudança, incluir elementos teóricos que permitissem pesquisar a realidade em termos de suas contradições internas, permitir a análise tanto de níveis específicos da realidade como de níveis estruturais e as relações entre ambos. Se, na fase anterior, havia a presença marcante de autores como Parsons, Goffman, Bloom, Mechanic, a partir de 70 aparecem como consultas obrigatórias Polack, Berlinguer, Rosen, Freidson e para os estudos epistemológicos, Canguilhem, Bachelard, Foucault, Bourdieu, Ficham e Pêcheux.

Os estudos que foram desenvolvidos na perspectiva teórica do materialismo histórico criticavam a produção técnico-científica do campo da medicina, a forma de trabalho do médico e a organização dos serviços e sistemas de saúde, mostrando que tais práticas reproduziam uma lógica de mercado, essencialmente privatista e individualizada. Discute-se o problema da mercantilização da medicina e os efeitos dessa prática sobre a profissão médica e a saúde da população (DONNANGELO, 1975; 1976). Os pressupostos da medicina preventiva são questionados, pois se compreendeu que essa prática reproduzia uma leitura naturalizante e individualista do processo saúde-doença (AROUCA, 2003). Questionam-se também as condições de trabalho do médico e a crescente alocação de recursos públicos nas empresas médicas privadas – hospitais, empresas de medicina de grupo ou clínicas, bem como os efeitos perversos de uma saúde pública seletiva e pautada na lógica do capital (CEBES, 1977a; 1977b; 1977c; 1977d; 1978; 1980a; 1980b), tributária do modelo desenvolvimentista, que se estendeu até os anos setenta.

Portanto, foi a partir da necessidade de superar o modelo funcionalista da saúde pública e a perspectiva naturalista do processo saúde-doença, através da introdução de uma leitura sócio-histórica, que se abriu o caminho para a constituição

do movimento da reforma sanitária brasileira. O movimento sanitário se estruturou enquanto tentativa de organizar diferentes objetivos em torno de um projeto comum de saúde para a sociedade brasileira, que culminou, nos anos oitenta, na proposta de criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Dessa forma, a saúde pública brasileira foi problematizada com a introdução de uma leitura teórica diferente, onde a saúde é colocada sob o crivo analítico do social e determinada pelo processo histórico, havendo o deslocamento de uma perspectiva essencialmente biologicista para a compreensão da saúde e das práticas médicas na sua relação com a estrutura social. Afirmava-se que o modelo de saúde pública produzido no Brasil não dava conta das demandas de saúde da população, pois um conjunto expressivo de brasileiros não tinha acesso aos serviços de saúde. Com isso, estavam dadas as condições para a construção de uma nova proposta, que ganha consistência com as discussões e a pressão política exercida pelo movimento sanitário brasileiro, através de uma leitura crítica que defendia a unificação dos serviços de saúde, com a consequente universalização do direito à saúde, mediante a garantia do acesso da população a serviços de qualidade.

O termo Reforma Sanitária aparece pela primeira vez no Brasil em 1977 no editorial da *Revista Saúde em Debate* do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES)<sup>21</sup>, instituição da sociedade civil criada com o intuito de discutir as questões sociais da saúde. A partir de 1976, essa instituição passou a promover um debate amplo sobre os problemas de saúde da população brasileira, especialmente através da publicação da *Revista Saúde em Debate*. Além de provocar a discussão sobre os aspectos históricos e sociais da saúde, também tinha o objetivo de aglutinar os interesses dos profissionais que trabalhavam com a saúde pública, haja vista a inexistência ou paralisia dos sindicatos e órgãos representativos de classe, que foram desarticulados no período da ditadura militar. O espírito de mudança que animava a época era assim enunciado:

Cabe afirmar hoje, mais do que nunca, que o campo de conhecimentos e atividades que é a Saúde Pública tem amplos objetivos: a elevação dos níveis de saúde da população, por meio de medidas de alcance coletivo e

---

<sup>21</sup> O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - CEBES é uma entidade suprapartidária formada por professores e trabalhadores da saúde. Foi fundada em 1976 e, em conjunto com outras entidades, teve papel importante na luta pela democratização e na defesa dos direitos sociais, em particular o direito universal à saúde. Tal entidade buscava aglutinar novas tendências para o setor saúde com o objetivo de coordenar esforços que levassem à concretização da reforma sanitária, através da proposição de políticas de saúde que fossem mais adequadas à realidade brasileira.

individual, a partir da participação ativa da comunidade. (EDITORIAL REVISTA SAÚDE EM DEBATE, nº4, 1977d).

Integrando ao discurso a crítica ao modelo preventivo, a novidade foi a introdução da participação da comunidade como elemento central para fazer avançar a reforma na saúde. Luz (1991) afirma que a ideia de participação social não é nova para o Estado ou para a instituição médica, pois desde os anos cinquenta a medicina comunitária vinha utilizando a participação como estratégia para adaptar diferentes comunidades às novas tecnologias e serviços de saúde de base comunitária. A crítica mais contundente do uso da participação como estratégia de adaptação e expansão dos serviços médicos foi feita por Donnangelo (1976; 1975), ao questionar as experiências advindas do modelo da medicina comunitária americana introduzida no Brasil no início da segunda metade do século XX. A novidade do período foi a proposição de uma nova forma de participação, que posteriormente foi identificada como “controle social”.

Muitos elementos teóricos que contribuíram para a composição do movimento reformista brasileiro foram buscados na experiência italiana, especialmente com a participação de Giovanni Berlinguer nesse processo. Entre esses elementos, talvez o mais importante tenha sido a questão da ampliação da luta pela saúde, pois começou a ganhar corpo no Brasil a noção de que uma reforma sanitária de amplitude só poderia ser consistente se houvesse a participação ativa da sociedade nesse processo. Para isso, era necessário conquistar espaços democráticos de participação, numa época em que o país ainda vivia à sombra da ditadura. Para os sanitaristas, conquistar espaços de participação significava valorizar e garantir o exercício da liberdade de pensamento e expressão, que contribuía para evitar a deterioração das condições sanitárias da população. Garantir a participação das pessoas era importante para a composição de uma consciência sanitária, que contribuía para elevar o nível de saúde da população brasileira, garantindo também a força necessária para que a reforma sanitária se instituisse.

Não obstante o processo democrático ter partido de uma crítica ampla, da denúncia de violações de direitos humanos durante a ditadura militar e da abertura de espaços democráticos de participação da sociedade, existia um ponto de conflito entre os autores que discutiram o movimento reformista no Brasil, que dizia respeito à estratégia a ser adotada, no sentido de concretizar o projeto da reforma. Havia duas

teses divergentes com relação ao caminho a ser trilhado pelo movimento reformista: a social-democrata e a socialista (Oliveira, 1987; Cohn, 1992; Elias, 1993).

Oliveira (1987) discutiu esses dois caminhos e identificou os principais elementos que compunham cada uma das teses, tentando sistematizar uma teoria política para a reforma sanitária brasileira. A estratégia social-democrata priorizava a ocupação de espaços estratégicos no interior do aparelho burocrático do Estado para, a partir dele, concretizar os pressupostos reformistas. A estratégia concorrente, denominada de socialista, criticava o progressivo distanciamento dos movimentos sociais que a estratégia social-democrata produzia ao privilegiar a intervenção do movimento reformista no interior da burocracia estatal. Com isso, a perspectiva socialista denunciava a fragilidade na formação da consciência sanitária dos movimentos sociais, bem como a formação de uma proposta de reforma homogênea e autoritária, porque não aberta às contribuições da sociedade.

Uma das principais críticas que foram produzidas com relação à metodologia empregada pelo movimento reformista brasileiro foi elaborada por Campos (1988). Esse autor discute alguns limites relacionados à prática política do movimento sanitário, destacando que a escolha da estratégia para viabilizar as transformações desejadas encontrou no âmbito burocrático-administrativo o cenário privilegiado para se concretizar:

Ao contrário de outros países capitalistas, que realizaram reformas na saúde, nas quais os intelectuais progressistas tiveram que compor-se com o movimento sindical de trabalhadores ou com os partidos apoiados nessa classe, aqui, o principal agente das transformações teria sido o 'partido sanitário', encastelado no aparelho estatal e apoiado, evidentemente, por autoridades constituídas. (CAMPOS, 1988. p.213).

Campos (1988) afirma que as forças sociais foram sendo reprimidas pelo "discurso reformista dominante", à medida que a reforma avançava no interior da burocracia de Estado, sob a sua supervisão. Essa crítica apresenta ressonância com algumas opiniões encontradas na leitura dos editoriais *Revista Saúde em Debate* do CEBES do final da década de setenta. O conflito existente deixa evidente o campo problemático e as disputas pela gestão do **coletivo** no território da saúde: se, de um lado, o desafio de ampliar a luta pela saúde foi colocado, de outro a sua dificuldade de alargamento é denunciada. Nesse período, o Brasil vive um processo de reorganização dos sindicatos, e o debate sobre a saúde é ampliado nas universidades, ou seja, as

funções antes “privativas” do CEBES são agora assumidas por outras instituições e entidades. Concomitantemente, o CEBES começava a sentir os efeitos do avanço do movimento democrático, que, em certa medida, pode ser traduzido na ampliação ou no resgate das instituições da sociedade civil no interior da sociedade brasileira. Todo esse processo permite perceber que uma nova figura de *coletivo* se coloca: é o *coletivo-sociedade-civil*.

Vamos resgatar aquilo que se produziu do ponto de vista institucional à crise anunciada pela fragmentação política do CEBES, uma vez que ela nos fornece subsídios para melhor entender como funciona o *coletivo-sociedade-civil*. Quando o CEBES percebeu que as instituições da sociedade civil se multiplicavam no contexto brasileiro, produto da disseminação das discussões e da consequente formação de novos interesses no interior do movimento sanitário, compreendeu esse processo como natural no desenvolvimento de uma sociedade democrática. Um novo panorama em relação à organização da sociedade civil estava sendo construído no Brasil, ao mesmo tempo em que o Estado brasileiro buscava novas formas de articulação com a mesma. Se em 1976 o CEBES havia oportunizado a abertura de um debate amplo sobre os problemas de saúde da população brasileira, aglutinando ideias na discussão do tema da saúde à luz da perspectiva histórica e social, dois anos depois era diagnosticado que o espaço político antes ocupado por essa instituição vinha se reduzindo. Para a crise que vivenciava, foi oferecida uma solução, pensada em termos de reposicionamento estratégico da instituição. Poderíamos definir a pergunta que era feita naquele momento da seguinte forma: qual é mesmo o nosso sentido? Enquanto, de um lado, havia um cenário de multiplicação de atores ou instituições discutindo as questões da saúde sob diferentes pontos de vista, ou colocando em cena interesses outros que não necessariamente aqueles que estavam em sintonia com os preceitos reformistas do movimento sanitário, de outro lado, o debate político se fragmentava.

Pelo menos duas razões eram apontadas pelos próprios associados para o esvaziamento político do CEBES naquele momento: a primeira tinha relação com a dicotomia existente entre a produção teórica e a produção política, que podia ser verificada na dissonância entre o aspecto individual da produção do conhecimento no universo acadêmico e a missão essencialmente *coletiva* do CEBES. A segunda razão problematizava a migração dos intelectuais para o interior da burocracia do Estado, através da reflexão de que a participação do intelectual no aparelho de Estado estava necessariamente vinculada a um projeto político partidário, atualizando a crítica dos

estrategistas socialistas. Diante da crise institucional e do diagnóstico que fora elaborado, muitas soluções foram aventadas. Algumas defendiam a criação de uma nova instituição que articulasse a produção científica da área com as lutas populares e as forças sindicais. Tal solução era questionada por outros, pois “Afinal, faltariam apenas instituições para que este passo – a organicidade – fosse dado? É um atributo institucional a articulação entre saber e prática política?” (CEBES, nº 9, 1980. p. 2). Foi em meio a essas discussões que a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO foi criada em 1979, por exemplo.

De todo modo, em meio à crise, a conclusão alcançada levava essa instituição à função de organizar o conhecimento produzido em outras instâncias, com a finalidade de direcioná-lo para a formulação de políticas e sua conseqüente implantação. Ir ao encontro de outras instâncias significava se aproximar dos movimentos sociais de base, a fim de construir a consciência sanitária, uma vez que os militantes do movimento reformista compreendiam que o lugar onde o conhecimento é produzido determina sua possível articulação com as lutas políticas. Esses militantes sustentavam que, apesar de existir um arsenal teórico consistente na área da saúde,

(...) essas análises não alcançaram transformarem-se em bandeiras de lutas que fossem absorvidas sequer pelos movimentos organizados na área da saúde, quanto mais pela população, em suas diversas formas associativas. É preciso que este passo seja dado, que este elo seja construído. (CEBES nº 9, 1980, p.2).

Fica evidente que o *coletivo* é representado pelas diversas formas associativas existentes, tais como associações, movimentos sociais, organizações populares etc. O CEBES teria, portanto, a função de se apropriar da produção científica e transformá-la em “contrapolíticas”, visando à construção de novos modelos para a saúde, articulando o saber com a prática política: “Saber coletivo, dirigido para orientar as lutas das diversas organizações populares, no tocante à questão da saúde, ao mesmo tempo em que se reformula com o avanço dessas lutas” (CEBES nº 9, 1980, p.2). A questão que se coloca como pano de fundo nessa discussão é como fazer com que o conhecimento adquira uma dimensão coletiva, no sentido de politizar a reflexão sobre a saúde e consolidar novas estratégias de ação política. O problema já não é mais colocado no sentido de como educar a população, mas de como produzir uma dimensão comum do conhecimento ou elevá-lo a uma dimensão comum. As reflexões

realizadas pelo CEBES nesse período explicitam a dimensão do **coletivo** como potência e ajudam a perceber o contexto histórico e os movimentos de problematização da potência no interior da agitação produzida pelo movimento reformista brasileiro, suas inquietações e desafios. Além disso, deixam claro, nesse processo, algumas pistas da maneira como o *coletivo*-sociedade-civil se organiza, tais como: a necessidade de pensar a si mesmo mantendo coerência com a sua “missão”, entendida como dimensão estratégica; a tendência à produção de uma fragmentação do processo político; a sua composição, que engloba setores da população; o seu modo de operar, que parte da apropriação do conhecimento do seu objeto, tendo em vista qualificá-lo, no sentido de lhe atribuir valor, entendendo essa prática como sentido político, quando na verdade ela é forma de sobrevivência.

As críticas feitas por Campos (1988) provocaram a reação dos militantes que conduziam o movimento naquele momento. Tais críticas foram respondidas por Fleury (1988), para quem não se podia, quando da elaboração de uma metodologia para concretizar os ideais reformistas, esquecer a configuração da relação Estado-sociedade brasileira. Constatava-se a baixa capacidade de organização e de mobilização dos movimentos sociais e, com relação aos sindicatos, a insensibilidade à discussão de questões que colocassem em suspenso o interesse puramente corporativo das profissões. Por essa razão, o “cálculo político” que foi realizado pelos intelectuais do movimento para concretizar a Reforma Sanitária brasileira implicava a intervenção no interior do próprio Estado, com o intuito de subverter a “consolidação de uma burocracia hipertrofiada, articuladora e condutora das mudanças sociais” (CAMPOS, 1988 p.25-26), produzida pela debilidade da sociedade. E foi sobre esse plano de disputas que o Sistema Único de Saúde (SUS) se concretizou, ficando evidente que a conquista deste último foi o resultado da associação entre intelectuais, alguns setores da sociedade civil e a burocracia de Estado.

O desenvolvimento do raciocínio de Campos (1988) tinha como base as discussões realizadas na Comissão Nacional de Reforma Sanitária em 1986. Na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada no mesmo ano, havia sido aprovada uma moção que defendia a criação dessa comissão, cuja responsabilidade seria formatar uma proposta de política de saúde para o Brasil, tendo como mote as diretrizes aprovadas na conferência. Fleury (1988) afirmou que o movimento reformista sofreu uma derrota importante neste momento, destacando que foi a partir dos documentos produzidos pela comissão que Campos (1988) construiu sua análise. A autora

destacava ainda que foi a partir dessa derrota que o movimento sanitário brasileiro buscou ampliar o seu fórum de discussão, culminando na Plenária das Entidades de Saúde na Assembleia Constituinte:

Essa organização suprapartidária, congregando cerca de duas centenas de entidades é a melhor expressão do nível de organização e consciência do movimento sanitário, capaz de construir um pacto progressista – a emenda popular – que ultrapassou as divergências existentes no seio desse movimento. (FLEURY, 1988. p.27).

Na análise desse processo, fica claro que a noção de sociedade civil atravessa tanto a experiência italiana quanto a brasileira de reformas sanitárias, instituindo uma imagem para o *coletivo*. Vamos aprofundar o conceito de sociedade civil, uma vez que ele é importante operador conceitual na formulação teórica e nas práticas reformistas, além de assumir a posição de ator político privilegiado para produzir a reforma concreta e induzir a mudança no sistema de saúde. A entrada da sociedade civil no cenário da saúde sugere uma transição importante no campo da saúde pública, sendo que foi no contexto histórico das reformas sanitárias que a sociedade civil assumiu um lugar estratégico no território da saúde, senão como indutora do processo reformista brasileiro, pelo menos como figura de enunciação da necessidade desse processo. Foi nesse mesmo contexto que a saúde coletiva foi construída como campo de conhecimentos e de práticas (PAIM & ALMEIDA FILHO, 1998).

### **1.1.2 Imagem II - O Coletivo como Sociedade Civil**

Essa imagem do *coletivo* se constitui no território da saúde a partir da segunda metade do século XX, sendo observada com a análise das reformas sanitárias italiana e brasileira. O *coletivo*-sociedade-civil talvez seja a forma mais intrigante no cenário atual, porque sua origem está situada no interior dos movimentos sociais, e consiste na principal aposta para expressar a noção de coletivo na saúde. Entendamos a construção do conceito de sociedade civil para compreender os seus significados. Portanto, do mesmo modo como fizemos com a noção de população, vamos problematizar o conceito de sociedade civil, pois caso contrário, corremos o risco de tomá-lo de forma naturalizada.

Hardt (2001) nos ajuda a compreender como a sociedade civil foi adquirindo forma, partindo do pensamento de Georg W. F. Hegel, passando por Antonio

Gramsci, até chegar a Michel Foucault. Para o autor, a sociedade civil é uma marca determinante de qualquer sociedade democrática, e sua função consiste em mediar os problemas entre mercado e realidade política. Num cenário no qual a distinção entre Estado e burguesia já não faz mais sentido, uma vez que o primeiro se organiza de modo a sustentar a dinâmica de exploração capitalista, a sociedade civil emerge como sujeito privilegiado na cena política, pois funciona como instrumento de mediação entre as necessidades sociais e o Estado, sendo coproduzida nessa relação. Tal indistinção entre estado e burguesia também foi discutida por Negri (1993, p.190), para quem:

(...) a distinção prévia entre sociedade burguesa e Estado torna-se um enfeite da teoria; exatamente uma ficção que o processo histórico da teoria teve de admitir, e de que se livra agora, tendo chegado à maturidade da dominação: é então o Estado quem produz a sociedade civil.

O conceito de sociedade civil é a mais importante contribuição de Hegel à filosofia política. Para compreender como ele entende a sociedade civil, é necessário resgatar a discussão feita por Thomas Hobbes e Jean-Jacques Rousseau. Para esses dois pensadores, o dualismo entre estado de natureza e estado civil era o ponto de partida das suas discussões sobre a questão política, pois o aspecto racional da sociedade civil contrastava e iluminava a irracionalidade da sociedade natural. Na época em que Hegel desenvolvia sua filosofia política, a concepção que distinguia estado de natureza e estado civil se modificava, e o problema central passa a ser a discussão entre sociedade civil e sociedade política, esta última identificada com a figura do Estado. Para Hobbes e Hegel, a sociedade política se constitui a partir do Estado, sendo que este último é entedido como possuindo papel fundamental na composição do político.

Hegel afirma que a sociedade civil compartilha com o estado de natureza o reino das necessidades e do interesse particular, em oposição à racionalidade da sociedade política. O desafio, portanto, é relacionar a sociedade civil com a sociedade política, contaminando a primeira com a segunda. Hardt (2001) explica que a problematização da sociedade civil e da sociedade política se produziu juntamente com a compreensão de que o mercado e as relações capitalistas de produção se constituíam como elementos centrais para o avanço da civilização moderna.

Segundo o pensamento hegeliano, a transformação da sociedade de natureza em sociedade civil se concretiza com o trabalho, sendo que sua organização corresponde ao processo pelo qual as diferenças são negadas com o intuito de construir uma identidade universal, a fim de que os interesses privados ganhem legitimidade. O trabalho é entendido como o espaço dialético onde a transformação entre individual/privado e o público é produzida. Esse processo significa a superação do estado de natureza e sua integração na unidade da sociedade civil, que, tensionada pelo Estado, transforma-se em sociedade política.

A sociedade civil é entendida, portanto, como o conjunto de interesses privados que adquire uma identidade unitária e específica, sendo que essa união é garantida pelo trabalho, sob o registro de um processo que anula as diferenças. O trabalho é o eixo de coesão da sociedade civil, ou seja, aquilo que une as singularidades e as retira do estado de natureza, permitindo que elas adquiram uma certa homogeneidade. Para Hegel, o mecanismo central que contribui para a formação da sociedade civil é a educação, porque através dela é possível transitar em direção à constituição da sociedade política. Essa reflexão corrobora, por exemplo, as ideias de Marshall, que, no século XIX,, reforçou a importância da educação como forma de produzir “cavalheiros”, sendo papel do Estado contribuir para que tal finalidade fosse atingida (MARSHALL, 1967).

Sobre a concepção hegeliana da sociedade civil, Hardt (2001) faz a seguinte reflexão:

(...) a sociedade civil assume o sistema humano natural de necessidades e interesses privados e põe em relação uns com os outros através das instituições sociais capitalistas da produção e do mercado, lançando as bases sobre as quais o Estado pode realizar o interesse universal da sociedade.

Portanto, é de responsabilidade das instituições sociais a equação entre os interesses privados e públicos, através da educação da população. Ao incentivar a formação de uma unidade homogênea e de caráter identitário, a educação contribui como mecanismo para a composição da sociedade civil, instituindo-a. Fazendo convergir aspectos econômicos e pedagógicos, essas instituições transformam o interesse particular em interesse universal ou público, mediante o trabalho de abstração das necessidades. Dessa forma,

Hegel encontra este papel pedagógico do trabalho – a transformação na direção do universal – organizado e explicitado nas organizações sindicais do trabalho, nas corporações, que, por vocação, orientam os interesses particulares dos operários em direção ao interesse universal da sociedade. A sociedade civil inclui não só as corporações do trabalho, mas também todas as instituições da sociedade capitalista que organizam o trabalho abstrato. (HARDT, 2001).

Com isso, a sociedade civil pode ser entendida como o veículo que conduz a passagem do particular para o abstrato, afirmando as demandas individuais como públicas. A sua existência reflete o procedimento de politização dos interesses privados, com a respectiva tradução dessas demandas no encontro com a razão de estado. Assim, ela se movimenta em direção ao Estado, respondendo à necessidade deste último de perseverar na existência, porque a potência da sociedade civil é dada e estendida quando encontra ressonância com o Estado. Quanto mais o Estado responde satisfatoriamente à sociedade civil, maior é a sua potência de reivindicar e se reproduzir e, ao mesmo tempo, maior é a capacidade do Estado de compreender e se afirmar sobre o público. Sob esse ponto de vista, a sociedade civil é um mecanismo de governamentalidade, pois permite que as demandas sejam localizadas, reconhecidas e significadas, compondo um interesse comum sintonizado com a razão de estado.

Problematizando o modo como Hegel entendia a sociedade civil, Hardt (2001) destaca que Gramsci foi quem mais avançou na teorização do papel democrático e socialista desse conceito. Esse pensador inverte o sentido estabelecido por Hegel, para quem a sociedade civil se movimenta em direção ao Estado, afirmando que este último se afirma compensando o vazio deixado pela sociedade civil. Para Gramsci, a sociedade civil deve buscar reabsorver a sociedade política no seu interior, até o completo desaparecimento do próprio Estado. A estratégia gramsciana é de preenchimento dos espaços ocupados pelo Estado com a sociedade civil, para que, através da produção do consenso social, consolide-se a sociedade política, razão de uma nova hegemonia que quebra o modelo ditatorial e coercitivo do Estado. Paim (2008), por exemplo, estudou a reforma sanitária brasileira a partir do pensamento de Gramsci, destacando a importância da sociedade civil na composição desse processo.

Para construir essa hegemonia, a teoria gramsciana afirma ser necessário investir sobre a educação. De forma parecida ao que propõe a concepção hegeliana, a educação é escolhida como elemento estratégico para melhorar a sociedade política. Conforme Gramsci, a via para a classe revolucionária ou o partido caminha no sentido

de povoar o espaço vazio que ora estava ocupado pelo Estado. Com este pensador, é a sociedade civil quem ocupa posição de destaque na construção da realidade política.

Embora esse autor ofereça uma perspectiva diferente da hegeliana sobre a sociedade civil, o que triunfa é sua posição enquanto mediadora entre os interesses privados e públicos, no sentido da afirmação de uma identidade que atende às necessidades da razão de estado. No capítulo anterior, destacamos alguns elementos que são efeito ou produto da sociedade civil. Com Guattari (1987), percebemos que, no processo desencadeado na Itália no início da segunda metade do século XX, as agitações operárias foram desencadeadas colocando em questão o papel da sociedade civil, em especial dos partidos e sindicatos. A questão central denunciada era o funcionamento de tais instituições, uma vez que elas se organizavam respondendo aos interesses do capital. No terceiro capítulo, vamos explorar melhor essa discussão e sua relação com o território da saúde. Por ora, basta deixar registrada essa ruptura no conceito de sociedade civil produzida pelo movimento no cenário italiano e a não problematização dessa singularidade no contexto reformista brasileiro.

Não podemos tomar a sociedade civil como uma imagem do *coletivo* na saúde, deixando de lado as forças e as disputas de posição contidas na construção histórica desse conceito, sob o risco de naturalizar o papel e o sentido político que ela carrega. Hardt (2001) afirma:

Muitas estratégias e práticas políticas, além de análises teóricas – refletindo, por exemplo, sobre as políticas dos grupos de interesse, sobre a ação recíproca dos partidos políticos, sobre iniciativas particulares da mídia, sobre movimentos eclesiais e sobre movimentos populares por reformas – valorizam as possibilidades de representação democrática disponível através das passagens abertas pelas instituições ideológicas, culturais, econômicas da sociedade civil. Sob esta perspectiva, a dialética social ativada na sociedade civil e as possibilidades de mediação modelam um Estado aberto à pluralidade dos fluxos sociais canalizados pelas instituições. A ativação das forças da sociedade civil constitui um Estado poroso, pondo em crise os seus poderes ditatoriais, ou melhor, reabsorvendo-os no interior das forças da sociedade civil.

A sociedade civil se prolifera numa infinidade de instituições, cada uma representando interesses particulares, oferecendo ao Estado a base para se afirmar na existência. O processo em jogo, ou a característica pedagógica da sociedade civil, corresponde ao movimento de tradução dos interesses individualizados em questões públicas. Com isso, fica cada vez mais clara a relação da sociedade civil com as questões apontadas por Foucault (2008), especificamente aquelas relacionadas à

população e às tecnologias de governo. O Estado já não pode mais ser contrastado ou isolado da sociedade, pois governo significa multiplicidade e imanência das forças de reprodução da razão de estado no interior do campo social, sendo exatamente esse movimento que caracteriza o dispositivo da segurança, de acordo com o que apontamos no capítulo anterior. Por esta razão, para Foucault (2008, p. 470), a sociedade civil é:

(...) o que o pensamento governamental, as novas formas de governamentalidade nascidas no século XVIII fazem surgir como correlativo necessário do Estado (...). O Estado tem ao seu encargo uma sociedade, uma sociedade civil, e é a gestão dessa sociedade civil que o estado deve assegurar.

Foucault nos leva a pensar que a sociedade civil representa as condições de possibilidade para o exercício de um governo plural, imanente à sociedade, no qual a sociedade civil se reproduz articulando e expandindo a razão de estado. Dessa forma, temos um elemento conceitual importante para entender o *coletivo-sociedade-civil*. E, conforme Hardt (2001) nos sugere, a função da educação como elemento de composição de uma homogeneidade torna-se estratégia central a ser promovida pelas instituições da sociedade civil no contexto democrático. Vimos a importância que a educação assume no processo de composição de uma consciência sanitária, tanto no cenário italiano quanto no brasileiro. Foucault (2008) nos ajuda a perceber que esse movimento diz respeito a uma questão mais geral, que desloca do Estado a posição de instância única e exclusiva de regulação da vida, para se multiplicar numa infinidade de instituições sociais fragmentadas, cuja função é sustentar uma rede de relações que estão em sintonia com a conservação do público e da racionalidade que organiza esse espaço.

Até o momento, traçamos o plano das formas que expressam a noção de coletivo na saúde. Fizemos isso de forma articulada com a análise da história da saúde pública, a apresentação das reformas sanitárias italiana e brasileira e a discussão do surgimento da saúde coletiva no contexto brasileiro como projeto e programa. Com isso, situamos três imagens do *coletivo* no território da saúde: o *coletivo-população*, o *coletivo-sociedade-civil* e o *coletivo-grupo*. Resta ainda, para concluirmos este capítulo, algumas considerações a respeito do *coletivo-grupo*, a fim de completarmos o campo problemático disparador do nosso estudo.

### 1.1.3 Imagem III - O Coletivo como Grupo

Para finalizar a discussão das imagens do *coletivo* na saúde, resta fazer alguns comentários sobre o *coletivo-grupo*, embora já tenhamos visto que ele tende a afirmar uma ideia de conjunto. Foi Laurell (1983) quem nos forneceu elementos para pensarmos essa imagem. Vamos entender agora como a ideia de grupo se institucionaliza, uma vez que essa discussão se encontra bem avançada no âmbito da psicologia social, bastando indicar alguns elementos importantes para entender o *coletivo-grupo*.

De modo geral, é a visão grupalista que pensa o *coletivo* como grupo no território da saúde. Grupo é uma construção histórica, assim como as noções de população e de sociedade civil. Barros (2007) nos ajuda a compreender o processo de institucionalização dos grupos, sublinhando que tendem a afirmar a dicotomia existente entre indivíduo e sociedade. A análise construída pela autora contribui para entender a construção do “grupo” a partir do jogo das lutas e disputas travadas em torno desse objeto, na transição de uma perspectiva que toma essa expressão como reunião ou conjunto de pessoas para a sua afirmação como uma instituição no campo da saúde.

Utilizar a noção de grupo para representar o *coletivo* na saúde não resolve o problema da dicotomia indivíduo-sociedade. O grupo foi pensado como um “entre” indivíduo e sociedade, como espaço privilegiado de estruturação de intercâmbios e de estabelecimento de laços sociais. A partir do grupo, modos de se relacionar são organizados, tomando como ponto de partida a análise da sua dinâmica de funcionamento. A crítica construída sobre a questão do grupo diz respeito à tendência sua à psicologização das relações, afirmando a perspectiva do indivíduo.

O problema que advém dessa imagem de *coletivo* é que a perspectiva grupalista se apresenta como resposta ao crescente individualismo da sociedade moderna, ativando leituras da realidade que partem de um modelo de compreensão dinâmico, mas que possui suas bases nas teorias do indivíduo. Desse modo, o grupo funciona como representante estratégico para dar resposta à expectativa de socialização dos indivíduos. Enquanto mecanismo de produção da subjetividade, é no espaço do grupo que se deve buscar uma explicação para a vida individual (BARROS, 2007). O grupo seria o detentor de uma “mente coletiva” que deve ser produzida, em oposição à ideia de uma consciência individual. Essa característica

favorece a compreensão do grupo como uma totalidade que deve ser estimulada, a fim de superar a tendência contemporânea ao individualismo.

Essa perspectiva não é consenso. Há uma batalha teórica no campo da psicologia social entre a afirmação do grupo como uma totalidade que oferece um contraponto ao crescente individualismo e as definições liberais que discutem o grupo como uma abstração. Do ponto de vista dos teóricos liberais, somente os indivíduos possuem existência concreta, dado que, anteriormente ao grupo, existem apenas os indivíduos. Portanto, seja entendendo o grupo como uma “mente coletiva”, seja olhando para ele como um agrupamento de indivíduos, o pano de fundo que marca a emergência dessa expressão é a dicotomia indivíduo-sociedade, responsável por engendrar uma forma de olhar para o grupo como uma individualidade.

Concordamos com Barros (2007) na sua afirmação de que a noção de grupo como uma instituição emerge num cenário no qual opera a produção de um modo-indivíduo de subjetivação. A autora sustenta essa tese no seu estudo a partir da análise da construção do grupo na modernidade e os movimentos de massa do século XIX. A questão do modo-indivíduo de produção de subjetividades foi estudada por alguns autores no campo da psicologia<sup>22</sup>. Do ponto de vista “psi”, um dos efeitos mais preocupantes que perpassam a discussão dos grupos é o seu potencial para produzir práticas de psicologização do social, o que significa reproduzir o modo-indivíduo de produção de subjetividades. Castel (1987), por exemplo, é importante nesse contexto, uma vez que esse autor denuncia a valorização do discurso do “relacional”, chamando a atenção para a tendência que este carrega. Para o autor, a efervescência do grupal como estilo de vida e modo de existência tem contribuído para a elaboração individualizada do aqui e agora, descontextualizada da história; a não problematização dessas questões associadas aos grupos deixa de lado a possibilidade de realizarmos uma análise mais acurada das implicações desse dispositivo sobre a subjetividade, especialmente no que diz respeito à tendência de afirmar identidades homogêneas em detrimento da valorização das singularidades.

Discutindo as imagens do *coletivo* na saúde, percebemos o jogo de forças que disputam a composição dessas formas, bem como os efeitos que cada uma delas atualiza. O estranhamento produzido pela análise do *coletivo*, assim como a fragilidade dessas formas para pensar a singularidade dessa expressão na saúde,

---

<sup>22</sup> Sobre esse assunto ver: FIGUEIREDO, LCM & SANTI, PLR de. **Psicologia**: uma (nova) introdução. São Paulo: Educ, 2008.

impõe a necessidade de forjarmos outro caminho, a fim de subverter o plano das formas e afirmar a ideia do inespecífico. . A partir do campo problemático aberto, vamos explorar com a devida atenção o ponto de vista do inespecífico, discutindo o **coletivo** como potência. Para isso, precisaremos definir o que estamos entendendo por **coletivo**, bem como as bases epistemológicas que sustentam a nossa discussão, para num segundo momento aprofundar a compreensão de como a potência se expressa nas reformas sanitárias, problematizando as implicações desse conhecimento para a saúde coletiva.

## 2 O COLETIVO COMO POTÊNCIA

A problematização das imagens do *coletivo* foi uma primeira tentativa para entender a noção de coletivo na saúde. Tomando como ponto de partida o estranhamento produzido com a análise do *coletivo*, às imagens existentes propomos produzir uma abertura, com a finalidade de adentrar num plano no qual essa expressão seja tomada enquanto processualidade. Assim, nosso objetivo neste capítulo será discutir a noção de **coletivo** como potência – ou, simplesmente, **coletivo** – tendo em vista construir um corpo teórico que sustente um deslocamento no modo como essa noção vem sendo utilizada na saúde coletiva. Colocaremos em cena o pensamento de alguns autores com os quais é possível construir ferramentas teórico-conceituais para entender como o **coletivo** se move e se expressa na saúde.

Começamos nosso percurso de definição do **coletivo** percorrendo o pensamento de Benedictus de Espinoza, filósofo holandês que desenvolveu seu pensamento na segunda metade do século XVII. A importância desse filósofo para nosso estudo deve-se à sua problematização quanto à questão do conhecimento e da multidão, especialmente na *Ética*. Com Espinoza, é possível compor um plano epistemológico distinto para compreender a noção de coletivo na saúde. A filosofia espinozista é chamada de monismo imanentista, porque parte do pressuposto de que na natureza existe uma única substância indivisível e infinita, o que a diferencia do modo de pensar cartesiano.

De forma sintética, é possível afirmar “(...) que hoje Espinoza nos apresenta uma posição filosófica que contém: a) uma ontologia positiva da imanência; b) uma lógica constitutiva da imaginação; c) uma ética afirmativa da potência” (NEGRI In BOVE, 2002, p.12). Espinoza anuncia, portanto, uma teoria constituinte do real, na qual é possível localizar a prática ontológica de composição das singularidades. Veremos que, na saúde, uma política do **coletivo** como expressão da potência se expressa como motor da resistência, do desejo e da constituição das subjetividades.

Na Parte I da *Ética* (ESPINOZA, 1973), o filósofo discute as ideias que fundamentam o seu sistema filosófico. A questão central é o problema do conhecimento e, por isso, ao longo da obra, observamos que algumas das principais teses de Descartes são refutadas, em especial, a dicotomia entre corpo e alma. Para Espinoza (1973), esses dois elementos formam uma única e mesma substância: a alma é entendida como ser pensante, enquanto o corpo exprime a essência como coisa

determinada e extensa. Desse modo, a realidade é formada por uma parte intensiva e outra extensiva, e o seu conhecimento depende da compreensão da essência das coisas. A essência é o que faz com que a coisa exista; sua constituição implica deslocamentos de potência, compondo uma singularidade. Deleuze (2014) explica que a essência é uma quantidade intensiva. Uma coisa singular, por sua vez, é aquilo que percebemos com existência empírica e determinada; toda coisa singular expressa o ser atual da alma, ou seja, a sua potência. Na extensividade a potência se afirma sobre condições reais, porque se estende aos corpos singulares e neles está contida.

Aproximando-nos do pensamento espinozista, estamos em condições de situar o conceito de coletivo como potência enquanto dimensão intensiva. No capítulo anterior, abordamos as imagens do *coletivo* enquanto extensão. Quando definimos o **coletivo** como potência, a questão que se coloca diz respeito a prestar atenção ao plano das forças e não ao das formas, porque a análise se desloca à dimensão intensiva dessa expressão e suas variações. Desse modo, analisar o movimento do **coletivo** nos cenários reformistas italiano e brasileiro parece ser uma direção de pesquisa possível, a fim de compreendermos com maior clareza o que pode a noção de coletivo no território da saúde, colocando em evidência sua característica instituinte.

Negri, no prefácio do livro de Laurent Bove<sup>23</sup>, afirma que o pensamento espinozista tem permitido a diferentes autores colocar novos problemas, cujo resultado contribui para pensar questões-chave na atualidade. Não menos importante é a afirmação de Virno (2014), para quem o modo como *Espinoza* coloca os problemas oferece a possibilidade de resgatar aquilo que virtualmente contradiz o monopólio estatal da decisão política construído na modernidade, fazendo referência ao aspecto ético-político do sistema filosófico em questão. Uma vez que o sujeito político é subsumido pelas imagens do *coletivo* em função da característica que tais imagens possuem de imprimir uma identidade ao político, os argumentos desses autores adquirem relevância e nos sugerem um caminho a seguir. À luz desse referencial teórico, podemos sustentar o **coletivo** como inespecífico na saúde, afirmando a processualidade dessa perspectiva e a potência que esse modo de pensar carrega. Com isso, evitamos reduzir essa expressão ao plano das formas, dirigindo nosso olhar para as variações intensivas do **coletivo** na saúde.

---

<sup>23</sup> Bove, L. **La strategia del conatus**: affermazione e resistenza in Spinoza. Milano: Edizioni Ghibli, 2002.

Espinoza, Negri, Bove e Deleuze nos ajudarão a construir o corpo teórico que permite situar o **coletivo** enquanto potência, caracterizando melhor o significado do inespecífico e, com isso, fazendo nosso olhar escapar das imagens do *coletivo* para prestarmos atenção ao **coletivo** e sua força constituinte. Esse deslocamento sustenta a dimensão do inespecífico associado a essa expressão, resgatando a importância desse modo de olhar essa noção na saúde. Além de entendermos o **coletivo** como potência, será importante definirmos alguns elementos que permitirão analisá-lo nos cenários reformistas italiano e brasileiro, para entender os sentidos que ele atribui à saúde coletiva.

Pelo menos dois elementos da filosofia espinozista são importantes para o nosso estudo, pois nos ajudam a construir uma “máquina analítica” para entendermos o **coletivo** como potência e o jogo de composição das singularidades: a imaginação e as noções comuns. Discutiremos esses dois operadores conceituais neste texto, com a finalidade de melhor entendê-los. Por ora, é importante sublinhar que o pensamento de Espinoza é o território sobre o qual buscamos entender o **coletivo** e a dimensão do inespecífico que lhe é correspondente, à luz de uma perspectiva epistemológica na qual convergem desejo e produção do conhecimento/inteligência como movimento constituinte das singularidades. Nessa perspectiva teórica, não existe dicotomia entre aquilo que é pensado e o que é desejado, como veremos a partir de agora.

Segundo Espinoza, “toda potência é ato, ativa e em ato” (DELEUZE, 2002a, p. 103), pois ela possui uma dupla função: é potência absoluta de existir, que se prolonga em força de produzir a realidade, possuindo, portanto, uma característica constitutiva; e, ao mesmo tempo, é potência absoluta de pensar e de compreender, ou seja, de produzir conhecimento e alargar a consciência. Desse modo, podemos avançar no entendimento de como o **coletivo** investe, constrói e articula o mundo, uma vez que a potência corresponde à essência das coisas, definindo um poder de afetar e de ser afetado, que é preenchido pelas afecções. Trataremos do conceito de afecção mais adiante, ao discutirmos a ideia de imaginação.

Ao definir a potência como móvel, eterna e extensiva e, portanto, como movimento constituinte, Espinoza (1973) constrói a base sobre a qual entenderemos o **coletivo** na saúde. Diferentemente das imagens do *coletivo*, propomos pensar essa expressão como força móvel e produtiva que preenche a realidade. Portanto, o que define o **coletivo** são os movimentos ou os deslocamentos da potência, dimensão intensiva e constituinte da realidade. Prestando atenção aos deslocamentos produzidos

no pensamento nos cenários reformistas italiano e brasileiro enquanto força de conhecer e compreender, podemos nos aproximar do **coletivo** como potência.

A potência é força de existir e de produzir e, ao mesmo tempo, força de pensar e de compreender. Logo, o **coletivo**, ao se movimentar, se afirma na existência inventando a realidade, ampliando a capacidade de conhecer e de agir no território da saúde. Sob essa perspectiva, a dicotomia que separa o indivíduo do social, assim como o pensamento da ação concreta, perde o sentido, porque quanto mais o **coletivo** se afirma, mais se expande e maior é a sua capacidade de existir e compreender. É nesse sentido que Virno (2014), por exemplo, associa a noção de *multitude* ao intelecto, faculdade comum do gênero humano que determina a realidade.

Com Espinoza (1973), percebemos que a *multitude* entra na composição da razão e ativa o deslocamento de um estado de natureza para um estado civil. Nesse percurso existe resistência e desejo. Para o filósofo, a noção de *multitude* designa o **coletivo**, ou seja, a *multitudinis potentia*. A *multitude* não é a potência de cada indivíduo de forma isolada, mas a potência constituída pela multiplicidade de singularidades, que não pode ser reduzida a um conjunto ou totalidade. A *multitudinis potentia* é tanto maior quanto mais for capaz de alargar a força do **coletivo**, motor de resistência.

A força do **coletivo** está na característica da variação. A variação é um atributo da potência, ou seja, aquilo que move a razão, o desejo e as resistências, no sentido da composição de novos arranjos singulares. Conhecimento, desejo e resistências são derivados de uma relação constitutiva que envolve a composição de noções comuns e a imaginação. A variação é disparada pela imaginação e pela composição de noções comuns. Portanto, uma maneira de compreender o **coletivo** como potência na saúde e acessar o plano intensivo é prestando atenção na imaginação e no processo de formação de noções comuns. Desse ponto de vista, o que fica evidente é o procedimento constitutivo que o **coletivo** desencadeia, o traçado da variação. Processualidade constituinte/constitutiva e variação são atributos da potência que fabricam singularidades.

Para Deleuze (2002a), a potência pode experimentar duas direções: ela pode ser imobilizada e reagir, quando o investimento se direciona no sentido de repelir, ou destruir o objeto que a causou. Mas ela também pode estar a serviço da expansão e da formação de novas relações e composições, sendo que neste caso o sentido é a ampliação da vida e a afirmação de novas realidades. Quando abordamos a noção de

coletivo tomando como ponto de partida as imagens, estamos operando no plano das formas e, ao mesmo tempo, esforçando-nos para imobilizar a sua potência. A tentativa de tornar essa expressão específica na saúde é um exemplo desse processo, porque institucionaliza uma forma de *coletivo* antes mesmo que a potência possa se movimentar. Nesse caso, resta ao *coletivo* a repetição da sua forma. A variação é bloqueada, condenada a repetir a identidade atribuída pela imagem. Há aqui um esforço para manter as relações constitutivas na sua forma pré-constituída. Quando o trabalho da variação se efetua, é um possível que se anuncia, instaurando o devir.

A partir da discussão que realizamos até este momento, estamos em condições de reiterar nossa hipótese de trabalho: nas reformas sanitárias italiana e brasileira, o **coletivo** é máquina abstrata (DELEUZE; GUATTARI, 1999), sendo essa característica fundamental para entendermos o sentido do inespecífico e a sua importância para a saúde coletiva na atualidade. Quando o *coletivo* aparece cristalizado no plano das formas, o processo constituinte/constitutivo é capturado e substituído por imagens, forjando uma identidade bem definida para essa expressão no território da saúde. Na saúde coletiva, a ideia do coletivo parece ter sido pouco explorada ou esquecida, embora o uso dessa expressão na saúde deixe visível uma “política do coletivo” que repete as imagens, cujo efeito é tornar sem efeito a potência da variação e sua força de desmanchar mundos e operar a emergência de novos possíveis. Entendemos que esse modo de abordar o problema dessa expressão na saúde ajuda a compreender aquilo que opera o bloqueio da potência, a transformação da mesma em força reativa ou de conservação e, em última análise, a produção da impotência. Ao deslocarmos o *coletivo* das suas imagens habituais, o que fica evidente é a força constitutiva da potência e sua necessidade de se expressar e se expandir.

A produção de um estranhamento do *coletivo* permitiu o seu deslocamento para um plano móvel, processual e da ordem da potência. Nos cenários reformistas, parece ser essa dimensão sensível que coloca em movimento o pensamento, adensando práticas de caráter inventivo no território da saúde. Espinoza (1973; 2004) ensinou que a mobilidade de um corpo ativa desdobramentos da razão, alargando o pensamento que, por sua vez, permite alcançar graus mais elevados de compreensão da realidade. Esse aspecto parece ser central para entender a singularidade da saúde coletiva: a mobilidade do **coletivo** ou a sua força de variar remete um grau de inespecificidade que faz com que o território da saúde pública transborde. De fato, o

resultado desse processo é a ampliação do conhecimento sobre a saúde, como bem explicitaram os teóricos que discutiram a construção da saúde coletiva<sup>24</sup>, assim como a ativação de lutas e resistências, desejo e pensamento.

Dizer que a noção de coletivo varia significa colocar em cena a força de existir e a potência de agir no território da saúde. Variar é a potência singular do **coletivo** na saúde. As variações do **coletivo** colocam em evidência o desenrolar de um fluxo ininterrupto que conduz ao aumento ou à diminuição da capacidade de agir e da força de existir dessa noção. Enquanto o *coletivo* é um infinito processo de recomposição e redistribuição de relações que visa à estabilidade e ao equilíbrio, o **coletivo** é a dimensão processual da variação, quantidade intensiva, força móvel e instituinte.

O que significa tomar a noção de coletivo como potência ou quantidade intensiva? Significa entendê-lo como força constituinte, ou seja, como aquilo que marca uma ruptura, desestabilizando as formas instituídas. A estabilidade e o equilíbrio são perspectivas contrárias àquilo que o **coletivo** introduz no território da saúde. Quando o **coletivo** varia, ele impõe uma força que faz escapar as imagens do *coletivo*, transbordando a potência que está cristalizada em cada uma delas, em função da sua fixação nas suas formas existentes. Quando se produz uma ruptura no jogo de combinações que faz com que o *coletivo* se mantenha fixado nas suas imagens, ocorre uma variação intensiva e uma transição se anuncia. É a dimensão do inespecífico enquanto máquina abstrata que se projeta e, com ela, algo novo e singular está em vias de se constituir e se afirmar.

Portanto, o **coletivo** é uma força que faz os territórios transbordarem pelo excesso; ao desterritorializar as imagens do *coletivo* na saúde, faz com que os territórios escapem, criando as condições para que uma linha de fuga seja desenhada. Para entendermos o **coletivo** no território da saúde, devemos acompanhar o movimento da potência, abrindo espaço para sua variação, uma vez que ela permite que novos agenciamentos sejam efetuados no pensamento.

Precisamos nos perguntar: o que permite romper com aquilo que separa o **coletivo** da sua potência de variar? Percebemos que a tendência desenhada pela afirmação dos diferentes *coletivos* no território da saúde diz respeito à valorização da identidade de cada uma das formas expressadas, de caráter totalizante. No primeiro capítulo, discutimos o *coletivo*-população, o *coletivo*-sociedade-civil e o *coletivo*-

---

<sup>24</sup> Birman (1999, 2005); Laurell (1983); Almeida Filho e Paim (1999).

grupo, analisando os efeitos que essas imagens produzem. O que existe de comum entre essas três imagens é que ambas reverberam com a razão de estado e a multiplicam, forjando uma noção de público como aquilo que é dependente do Estado. Assim, a função dessas imagens é regular a potência da *multitude*, pois, colocando em ato a reprodução da razão de estado, a política ou os sujeitos políticos aparecem como objetos, entendidos como construções que não seriam possíveis se o Estado não existisse. A regulação do **coletivo**, que pode ser entendida como o esforço para perpetuar as imagens que lhe são atribuídas, diz respeito ao bloqueio ou à captura da capacidade de variar. Garantir a existência das imagens de *coletivo* e afirmar essas identidades significa conter o excesso da potência e a afirmação da *multitude* como sujeito político.

Como romper com a tendência que parece ser reforçada no território da saúde de fixar o **coletivo** às imagens? Colocando em relevo o atributo da variação da potência – o procedimento constituinte, podemos traçar uma linha possível para subverter essa tendência na saúde.

## 2.1 O Procedimento Constituinte

Foi Negri (2002) quem discutiu o procedimento constituinte ou procedimento constitutivo. Trata-se de uma ideia que nos ajuda a entender a expressão do coletivo como uma potência de variação na saúde. Quando a potência do **coletivo** varia, o procedimento constituinte necessariamente é ativado. Para entendê-lo, partimos da ideia de que este se efetua por rupturas e desdobramentos da razão e do desejo. É importante lembrar que, no pensamento de Espinoza, conhecimento e desejo formam uma única e mesma substância.

O caminho que leva à afirmação das singularidades tem como motor os processos constituintes. Cenário das variações, onde se projetam as possibilidades de invenção de novas singularidades, quando o procedimento constituinte é ativado, ele projeta virtualmente sobre a realidade uma potência que afirma como possível aquilo que ainda não é, mas que está em vias de constituir-se. Ora, nesse cenário, a força de inventar é ativada, exigindo a construção de alternativas até então impensadas para a realidade. Portanto, quando o **coletivo** atinge o grau de inespecífico e a potência entra em variação, a força da invenção se expressa no território da saúde, porque o procedimento constituinte é ativado.

Negri (1993) chama atenção para um aspecto da obra de Espinoza denominado de “pensamento de superfície”, que diz respeito a uma dimensão do pensamento que, ao encontrar a crise experimental, uma força de decomposição que modifica o pensamento. O pensamento de superfície é o espaço no qual a potência se desenrola e se desdobra enquanto processualidade constituinte.

Quando o procedimento constituinte é ativado, duas soluções são possíveis: a linearidade pode ser restaurada através da mediação e da sobredeterminação de uma função de comando, afirmando a identidade que existia previamente ao evento ocorrer; ou se produz a passagem do pensamento de superfície a uma teoria de constituição da prática como caminho de superação da crise enquanto construção de um projeto alternativo para a realidade. Segundo Negri (1993), a primeira solução é aquela utilizada pela ideologia burguesa de mercado, que tende a sobredeterminar a crise com os seus mecanismos de manutenção e equilíbrio das forças. O segundo caminho é o da singularidade, no qual é possível perceber a invenção em ato. A crise representa, portanto, a abertura de uma linha de fuga, bem como a possibilidade do seu preenchimento. O mesmo ocorre com a variação do **coletivo** na saúde: a potência pode ser capturada e regulada pelas imagens, marcada enquanto forma ou identidade, ou, ao contrário, atingir o mais alto grau de inespecificidade e se afirmar no sentido da invenção de uma nova singularidade, instituindo uma experiência diferente no território da saúde.

A leitura que Negri (1993) faz de Espinoza nos ajuda a compreender que, diante da crise instaurada pelo procedimento constituinte, dois destinos possíveis podem se desenhar. De um lado, a produção de uma política do *coletivo* onde a potência de “espontaneidade das forças produtivas, [assim] como sua rigorosa e imediata socialização, [se institucionalizam] como determinação de valor (...)” (NEGRI, 1993. p.43). Nessa trajetória, o *coletivo* se identifica com a razão de estado, sendo capitalizado. As práticas denominadas “coletivas” colocam em cena o mecanismo da governamentalidade, confundem-se com a noção de público, social ou sociedade, reproduzindo um valor universal que opera uma lógica na qual “o mercado realiza a façanha de uma coincidência entre a apropriação individual e a sociabilização das forças produtivas” (NEGRI, 1993, p. 43-44).

O segundo destino, por sua vez, ativa o devir: quando a crise é desencadeada, não se institucionaliza de imediato uma imagem de *coletivo*, porque se assim fosse, estaríamos diante da captura da potência, detendo a sua força constituinte. A crise nos

lança para um espaço aberto e constituinte, que diz respeito à prática constitutiva. Nas palavras de Negri (1993, p. 47), o procedimento constituinte:

É o horizonte da liberdade coletiva. De um coletivo não problematizado (...). A ideia de crise, subsumida sobre o processo ontológico, age nele: põe em movimento todos os mecanismos necessários à constituição do coletivo. A ideia de *multitude* transforma o potencial utópico e ambíguo que a caracteriza no Renascimento em projeto e genealogia do coletivo, como articulação e constituição conscientes do conjunto, da totalidade. Por isso é que a revolução e sua borda são em Espinoza o terreno no qual se alicerça uma extraordinária operação de prefiguração do problema fundamental da filosofia dos séculos que virão: a constituição do coletivo como prática.

Portanto, entender o **coletivo** como potência significa prestar atenção para a processualidade constituinte, aquilo que põe em movimento ou que age produzindo a crise, que é da ordem do inespecífico e da variação. Um projeto genealógico cuja potência reside em fazer os territórios da saúde escaparem enquanto força de desterritorialização. Ao superarmos a tendência de tomar essa expressão como imagem na saúde, passamos a entender o **coletivo** como uma potência de variar e de tumultuar os territórios, expressão da sua força constituinte. Para que essa potência se efetue, o **coletivo** precisa estar deslocado de suas imagens, atingindo o inespecífico.

Até o momento, discutimos o **coletivo** na saúde chamando a atenção para a dimensão da potência, que implica a variação ou o procedimento constituinte, assim como a dimensão do inespecífico. O resultado dessa processualidade ativada pela potência pode ser expresso em dois caminhos distintos: a captura ou a ruptura, esta última responsável pela invenção de novas singularidades. Sustentamos que a ruptura conduz à formação de uma política distinta daquela instituída pelas imagens do *coletivo* na saúde. A questão da política é um problema central no pensamento espinozista, pois política significa a afirmação absoluta do devir.

Entender o **coletivo** como potência na saúde produz efeitos políticos importantes, pois essa ruptura parece ser uma característica fundamental para entender a diferença da saúde coletiva para a saúde pública e a medicina social. Considerando que a medicina social e a saúde pública foram conhecimentos produzidos com base no pensamento liberal – à luz da economia política, como vimos no primeiro capítulo –, e que esses conhecimentos assimilaram uma noção de *coletivo* que se confunde com o público, o social ou a sociedade, entendido como conjunto ou totalidade que deve ser regulada pelo Estado, podemos perceber que o **coletivo** como

potência aparece como alternativa para analisar a força da saúde coletiva, denunciando os processos de subjetivação instituídos pelas imagens dessa noção na saúde. Foi Bove (2002, p. 261) quem melhor definiu o pensamento político que percorre a obra de Espinoza, contribuindo para explicitarmos os sentidos políticos da análise do **coletivo** como potência na saúde:

A reflexão política espinozista nos coloca diante de uma nova figura de cidadania, no sentido da auto-constituição da *multitude* como sujeito autônomo estratégico, através do exercício revolucionário do direito de guerra (limite insuperável numa autêntica democracia), na dupla tensão entre direito de natureza e direito civil de um lado, e entre obediência e resistência de outro, no limite da ruptura no corpo político.

O modo de fazer política que encontra no Estado o lugar da constituição da vida política se esvazia, devolvendo ao **coletivo** a posição constituinte da política. É do ponto de vista da produção de soberania que é possível ampliar a capacidade de resistência e da liberdade, retirando do Estado a centralidade da produção da realidade política. Segundo Negri (2002), o deslocamento produzido na noção de soberania devolve ao **coletivo** a força de produção e de invenção das singularidades, colocando em evidência o plano de intensidades no qual as forças disputam. Sobre esse plano, desejo e resistência se articulam e se expandem, forjando as condições para mover os territórios.

É tempo de colocarmos as seguintes perguntas, a fim de darmos mais um passo na definição do **coletivo** como potência na saúde: que elementos contribuem para sustentar a variação da potência do **coletivo** na saúde e instaurar o procedimento constituinte? Como afirmar o **coletivo** como sujeito político soberano na saúde? Para responder tais questões, seguimos com Espinoza, colocando em análise alguns elementos que contribuíram para o desenvolvimento do seu sistema de pensamento. Dois operadores conceituais extraídos da sua obra podem funcionar como mecanismos para ativar o **coletivo** na saúde, desencadeando as variações da potência e o procedimento constituinte: a imaginação e as noções comuns.

## 2.2 A Questão da Imaginação

A questão da imaginação parece ser mais importante no plano das artes, da literatura e do cinema. No território da saúde, dominado pela objetividade científica,

resta pouco espaço para ela. Entretanto, na medida em que fomos definindo o **coletivo** como potência, começamos a desconfiar da imaginação como um elemento constituinte do **coletivo** no cenário da saúde. Nosso desafio neste momento é analisar o conceito de imaginação, tomando como fio condutor o pensamento de Espinoza. O que é a imaginação, como ela pode se aproximar daquilo que estamos estudando e o que ela dispara? Vamos responder essas perguntas tomando como ponto de partida a ideia de que imaginar implica uma potência, construindo a base para utilizá-la como ferramenta de análise do **coletivo** nas reformas sanitárias italiana e brasileira.

Não é simples compreender a ideia de Espinoza sobre a imaginação, pelo menos por duas razões: a primeira, porque o modo como a entendemos hoje é diferente do sentido que esse termo possuía no século XVII. Nosso entendimento do que ela significa está marcado pela concepção cartesiana, pois ela está identificada com a ideia de representação. Via de regra, a imaginação está condenada ao plano da ilusão ou do delírio, o que a distancia da produção do conhecimento em saúde. Além dessa dificuldade mais geral, quando tentamos acompanhar a maneira como Espinoza faz uso da imaginação, percebemos a existência de uma certa descontinuidade, que nos leva a perceber que tal noção se modifica na medida em que o pensamento de Espinoza avança. Somente uma leitura integrada das obras desse filósofo permite compreender a importância da imaginação para o seu pensamento.

A formulação da noção de imaginação em Espinoza sofre um processo de maturação conceitual, ao mesmo tempo em que deixa evidente a profundidade e a extensão do pensamento filosófico em questão. Num primeiro momento, a imaginação é marginalizada, quase excluída da sua obra. O momento no qual é possível situar uma leitura mais elaborada desse conceito é na transição entre a construção dos primeiros livros da *Ética* e a elaboração da escrita do *Tratado Teológico Político*<sup>25</sup>. Na medida em que o filósofo vai compondo a *Ética*, a imaginação vai aparecendo como elemento-chave, tornando-se fundamental para a escrita das três últimas partes da sua principal obra.

Para compreendermos a imaginação, precisamos tomar como ponto de partida a premissa de que ela é um elemento fundamental na composição das afecções. Por afecção entendemos a “ideia pela qual a alma afirma a força de existir do seu corpo maior ou menor que antes” (ESPINOZA, 1973. p.242). As afecções produzem afetos,

---

<sup>25</sup> A esse respeito ver: Negri, A. **A anomalia selvagem** (1993).

que podem ser tanto mais consistentes quanto mais fortes forem as afecções que os originam. Uma afecção fraca, por exemplo, que pode ser entendida como aquela que nasce de paixões tristes, não tem força suficiente para produzir afetos fortes, com potência de agir e modificar a realidade. A força ou não de um afeto corresponde à paixão associada à afecção. O afeto que nasce de uma afecção de alegria é favorecido e aumentado por ela e tende a se expandir. A afecção e a força do afeto que lhe é correspondente são produzidos a partir do encontro e da composição de um corpo com outros corpos, envolvendo a natureza do corpo exterior, e remetendo a um estado do corpo afetado que implica o corpo afetante (DELEUZE, 2002, 2010). Paixões tristes não têm a capacidade de aumentar a nossa potência de agir; pelo contrário, tendem a produzir um círculo vicioso que paralisa e domestica o desejo. Por essa razão, não existe força no desejo produzido pelos afetos que nascem da tristeza, pois paixões tristes geram a impotência.

A hipótese inicial de Espinoza (1973) é que a imaginação está condenada ao enfraquecimento, porque pertence ao domínio das paixões. É evidente que o filósofo está se referindo àquelas paixões que mobilizam sentimentos tristes, tais como a esperança e o medo, por exemplo. Afetos que oscilam no polo da esperança e do medo são concatenados ao mesmo tempo em que a imaginação é domesticada, encontrando uma força na qual é possível conservar as formas, imagens, signos e valores. Assim, podemos pensar que as imagens do *coletivo* na saúde produzem uma imaginação fraca ou domesticada, porque está associada às paixões tristes, que não são capazes de ativar o desejo e disparar resistências. O afeto que deriva desse encontro está marcado pelo registro da impotência enquanto força de conservação do *coletivo*. O enfraquecimento da imaginação parece ser funcional à manutenção das imagens do *coletivo* na saúde e das relações que tais imagens instituem.

A imaginação fraca é explicada por Espinoza pela relação que estabelecemos com os corpos exteriores. No processo da imaginação, a alma imagina quando contempla os corpos formando afecções cujas ideias representam em nós os corpos exteriores como presentes, embora sem o devido conhecimento da relação que estes estabelecem conosco. Como não somos afetados de fato pelos corpos exteriores quando imaginamos, desconhecemos as suas propriedades, uma vez que eles não entram em concordância ou em composição com o nosso corpo. A afecção produzida não se origina de um encontro entre dois corpos e da recomposição que tal encontro implica. Pelo contrário, a afecção se origina da imagem que existe em nós mesmos

dos corpos externos, não sendo, portanto, o corpo externo que nos afeta e entra em composição conosco, pois é a imagem-em-nós desse corpo que produz a afecção.

Nesse tipo de imaginação, as coisas são contempladas mediante um processo no qual os corpos exteriores são percebidos como estando presentes, conduzindo o pensamento a criar uma imagem do corpo exterior, mas sem se afetar com ele. Não se produzem novas afecções a partir da mistura do nosso corpo com o corpo exterior, porque o pensamento, ao construir uma ideia prévia do objeto, exclui este último da existência, bem como a possibilidade de ele entrar no jogo da afecção. Em função disso, nosso corpo não é afetado por nenhuma outra coisa que coloque a existência dessa mesma coisa como estando presente. É por isso que tais imaginações do pensamento tendem a reforçar a afecção existente, sustentando a disposição atual do corpo, suas relações e os seus movimentos, sem modificá-los.

A imaginação é fraca, portanto, quando afirma as imagens do *coletivo*, funcionando como mecanismo de conservação e produção da impotência. Ao impedir a expressão da potência, não permite que a crise seja disparada e instaure o procedimento constituinte. Ela parece antes sustentar a disposição atual dos diferentes *coletivos* e os seus efeitos sobre a realidade. Assim, está associada com uma ideia que indica antes a constituição presente da realidade, ou seja, a sua concatenação atual, onde não há condições de envolver qualquer outra dimensão existente em potência no jogo de composição de uma nova afecção. Quando criamos imagens na nossa mente dos objetos externos e nos afetamos com essas imagens-em-nós, desconhecemos a natureza real dos primeiros e as suas propriedades. A imaginação opera então no plano da representação, respondendo à necessidade das coisas de perseverar na existência, tal como elas são nesse exato instante, não havendo qualquer possibilidade de sermos afetados por outras realidades que existam enquanto possíveis. E assim, explica Espinoza, tendemos a imaginar aquilo que reforça a realidade atual e exclui a realidade possível.

No plano do conhecimento, tomar a imaginação enquanto representação traz como resultado a construção de um saber cujo efeito é a produção de signos, leis ou valores morais que não são capazes de garantir um conhecimento adequado das coisas. A imaginação fraca pertence ao primeiro gênero do conhecimento, porque aquilo que ela produz não tem força suficiente para explicar as coisas. Como não existe produção de desejo nas afecções que nascem das paixões tristes, o que é

imaginado e, como consequência, representado, não leva ao aumento da potência de agir sobre a realidade.

Sob a perspectiva da representação, a imaginação não contribui para avançar a nossa discussão do que tem força para instaurar o **coletivo** como potência de variação na saúde. Mas o filósofo nos adverte: “(...) as imaginações (...) não contêm parcela alguma de erro” (ESPINOZA, 1973, p. 158). Por que o filósofo situa a imaginação no plano da representação e da produção de um pensamento inadequado e, ao mesmo tempo, a afirma? É porque ele percebe que a importância não está na imaginação em si mesma, mas no movimento que ela produz, pois, ao aproximar os corpos exteriores, faz com que estejam presentes no momento atual, sob uma condição de virtualidade que ativa uma agitação no pensamento, aspecto central para desencadear as variações da potência ou a processualidade constituinte. Com isso, a leitura da imaginação como realidade de ilusão e representação sofre uma descontinuidade, mudando de posição para assumir papel central no pensamento do filósofo. No *Tratado Teológico Político* (ESPINOZA, 2004), a lógica da imaginação como representação será subvertida e transformada em dispositivo constituinte da realidade. Será nas partes III, IV e V da *Ética* (ESPINOZA, 1973) que essa transformação ficará mais evidente, quando a imaginação assume papel importante enquanto ferramenta relacionada às variações intensivas.

Esse deslocamento de perspectiva é fundamental para o nosso estudo, uma vez que a imaginação dispõe nosso corpo a ser afetado e, ao mesmo tempo, coloca a existência dos corpos exteriores, configurando-se como imaginação constituinte. Do mesmo modo, ela nos permite perguntar: estaríamos na saúde coletiva operando num domínio no qual a imaginação está cristalizada, contribuindo com a conservação das imagens do *coletivo*? Agora a imaginação não é mais entendida como ilusão, enquanto função interpretativa ou representação da realidade, mas como sua força constitutiva/constituinte, pois libera um potencial que permite a composição de novas concatenações e singularidades.

Desse modo, percebemos a importância que a imaginação tem para o **coletivo** e para a saúde coletiva. Começamos a prestar atenção naquilo que o pensamento imagina, naquilo que se aproxima de cada um de nós enquanto potência, porque as coisas que o pensamento imagina como estando presentes existem virtualmente, podendo ganhar consistência. Já sabemos que uma afecção da imaginação é uma concatenação produzida pela imagem-em-nós dos objetos exteriores. Quando a

imaginação é fraca, tudo se passa como se supuséssemos uma imagem de *coletivo* sem de fato entrar em contato com o **coletivo**. Entretanto, é preciso prestar atenção naquilo que se produz quando a imaginação é tomada enquanto constituinte: a aproximação e o envolvimento da existência atual do corpo externo com o nosso, a mistura ou a composição coloca as condições para que uma modificação – ou uma variação – se produza. Como é da natureza da mente se esforçar para colocar na existência aquilo que, a partir da imaginação, aumenta a capacidade de agir do corpo:

Por tanto tempo quanto a alma imagina o que aumenta ou facilita a potência de agir do nosso corpo, o corpo é afetado por modos de ser que aumentam ou facilitam sua potência de agir e, conseqüentemente, durante esse tempo, também a potência de pensar da alma é aumentada ou facilitada. (ESPINOZA, 1973. p.191).

Ao aproximar realidades e dispor o corpo para ser afetado, a imaginação cria condições para que o pensamento se movimente, sobre um plano no qual a própria mobilidade do pensamento coloca a existência das coisas que não estão presentes no momento atual. E essa mobilidade do pensamento parece ser um efeito do inespecífico. Foi sobre um plano movente que os movimentos reformistas dispararam a luta pela saúde. Levando em conta que o esforço do **coletivo** é o caminho em direção à afirmação e à sua expansão, e que a imaginação facilita esse processo, percebemos que ela constitui-se como um elemento importante a ser analisado para entendermos o processo instaurado na segunda metade do século XX na Itália e no Brasil, a fim de compreendermos as tendências abertas pelo **coletivo**, os pontos de captura e de ruptura da potência na saúde. Ao se constituir como ferramenta para a nossa análise, a imaginação nos ajuda a afirmar a potência dessa expressão no território da saúde, contribuindo para diferenciarmos a saúde coletiva da medicina social e da saúde pública. É no terreno complexo do desenvolvimento da razão que fica evidente o motivo pelo qual a imaginação é um recurso fundamental para o conhecimento, bem como a sua relação com os desdobramentos da potência (DELEUZE, 2014).

Negri (1993) acrescenta outro elemento para compor nossa linha de pensamento que liga a imaginação ao **coletivo**, a primeira funcionando como ferramenta de análise do segundo. A imaginação determina a tensão constitutiva a se estender e se desenrolar, colocando em movimento o **coletivo**, enquanto um elemento produtivo e de passagem para a composição de novos possíveis, portanto. Na filosofia

de Espinoza, a imaginação carrega uma força constitutiva que dispara as condições para que o procedimento constituinte ou a variação do **coletivo** se instaure. Com isso, é possível supor que, no território da saúde, a domesticação da imaginação se relaciona com a manutenção das forças de conservação e a permanência de concatenações que afirmam as imagens do *coletivo* na saúde.

Ao colocar em ato a possibilidade de o pensamento se deslocar, a imaginação cria as condições para a construção de novos possíveis no campo da saúde coletiva, porque dispara a variação do **coletivo**. É evidente que o importante no movimento que a imaginação traça não é aquilo que vai ser representado, mas aquilo que está em vias de se constituir, que é da ordem do devir. É por essa razão que no primeiro capítulo deste estudo diferenciamos a saúde coletiva como projeto da saúde coletiva como programa, com a finalidade de destacar a dimensão instituinte que começa a ser mais bem sistematizada com a análise da imaginação constituinte. Com o escopo teórico que estamos desenhando, o desafio parece ser como sustentar essa processualidade constitutiva da imaginação na saúde. Essa questão é importante, pois Espinoza sugere que desse modo a capacidade de agir é colocada, e a impotência, superada.

Até o momento, é possível distinguir claramente duas abordagens para a imaginação em Espinoza, que se desdobram em duas políticas distintas: a da representação, na qual a imaginação é fraca, e a constituinte, que coloca em jogo a processualidade da potência. O primeiro modo de compreendê-la diz respeito ao seu aspecto extensivo, ao passo que, quando exploramos a imaginação do ponto de vista do movimento que ela ativa, estamos analisando o seu caráter intensivo. Isso quer dizer que ela possui uma dupla característica, pois, ao mesmo tempo em que provoca deslocamentos intensivos, agitando a potência, o seu destino final é ser capturada no plano da representação e instituir signos e valores. Devemos entender essa dupla característica da imaginação para fazer uso daquilo que é a sua potência no território da saúde, ou seja, a sua dimensão constituinte.

Como vimos, ao mesmo tempo em que ela é gatilho disparador do procedimento constituinte, também se presta a ser administrada e contida dentro de certos limites, sustentando uma determinada concatenação ou movimento, sendo funcional à manutenção das imagens do *coletivo*. Se, de um lado, encontramos na imaginação a força necessária para disparar o procedimento constituinte, por outro lado, ela pode, estabilizada no plano da representação, servir como bloqueio para tais processos, sustentando as paixões tristes e servindo como mecanismo de captura,

porque reproduz afetos de esperança e medo, conforme Espinoza. Como esperança e medo são afetos comuns no cenário atual, podemos pensar que, se na saúde se presentificam relações nas quais a imaginação é mantida sob determinadas condições, o resultado é a derivação de leis fixas e constância das imagens do *coletivo*, e as forças que estão se movendo são reativas e de conservação, pois à “gestão” da imaginação corresponde a produção da sua debilidade e a regulação do desejo dentro de certos limites, bem como a impotência do pensamento para alargar-se e para inventar novos territórios.

É provável que, quanto mais orientado for o pensamento na saúde para um padrão de racionalidade técnica, menor a capacidade de imaginar, porque mais regrada será a maneira como a realidade é pensada (ESPINOZA, 2004). A potência de imaginar é mais “viva” na medida em que o pensamento está menos orientado para uma racionalidade puramente técnica. Devemos entender como “imaginação viva” aquilo que diz respeito à dimensão intensiva da imaginação – a sua característica constituinte, ou seja, a atividade de dispor ao movimento e disparar uma processualidade. Quando a potência de imaginar se desloca da dimensão intensiva para o plano da representação, a alternativa que resta é fazer a gestão da imaginação, cujo pressuposto não é alargar o pensamento através da concatenação de novos encontros, mas manter o corpo adaptado e funcional à realidade. Ao ser administrada, o efeito é a impotência: o destino da crise instaurada pela potência é a mediação e a sobredeterminação do **coletivo** na saúde, ou seja, sua captura em imagens.

Portanto, enquanto representação dos objetos, produção de signos, valores e paixões tristes, a imaginação desenha uma tendência: o esforço para conservar as imagens do *coletivo*, sustentada por uma prática de “gestão” da imaginação, que significa mantê-ladentro de certos limites. A potência de imaginar aparece como uma força a ser domesticada, ordenada e contida. Já a imaginação constituinte reforça a processualidade da potência, que se desenrola e se estende nos deslocamentos de potência. Se estamos buscando compreender como a potência do **coletivo** se estende e se articula no território da saúde, um caminho possível para isso é percorrendo o problema da imaginação, acompanhando os seus desdobramentos nos cenários reformistas.

Embora tenhamos percebido que a imaginação é um elemento importante para pensar o **coletivo** na saúde, sozinha ela não tem a capacidade necessária para transformar o pensamento em direção a um conhecimento adequado. E isso acontece

porque o seu destino final é representar a realidade através de signos e produzir paixões tristes. Por isso, não é suficiente apenas imaginar, pois quando aquilo que se imagina é representado, o movimento da imaginação enfraquece. Para manter o movimento da imaginação constituinte ativo, é preciso pensar as noções comuns, que é o segundo mecanismo importante para ativar a variação do **coletivo** na saúde. Segundo Espinoza, as noções comuns permitem construir ideias adequadas sobre as coisas. Vamos explorar essa questão, tendo em vista compreender o significado e a importância das noções comuns para o nosso estudo, bem como sua relação com a imaginação.

### 2.3 A Formação das Noções Comuns

Para compreendermos como as noções comuns aparecem no pensamento de Espinoza é preciso entender com maior profundidade a discussão que esse filósofo faz sobre os gêneros do conhecimento. Como vimos, sozinha, a imaginação é fraca e pode produzir apenas signos, valores e paixões tristes, devendo estar articulada com as noções comuns para que sua dimensão constituinte seja efetiva. Quando a imaginação é fraca, ela está engajada na formação de um conhecimento, no qual o pensamento não é suficientemente explicado e, por isso, é inadequado. Este é o primeiro gênero do conhecimento, no qual o encontro entre os corpos é casual e produz efeitos que não são construídos a partir da relação entre o nosso corpo e o corpo exterior, mas pela ideia em nós deste último. Apenas quando adentramos no segundo gênero do conhecimento utilizamos a razão para conhecer a realidade, momento no qual as noções comuns ocupam posição privilegiada.

A passagem do primeiro para o segundo gênero do conhecimento não implica o abandono da imaginação; pelo contrário, esta última é o recurso que permite caminhar em direção à formação das noções comuns, especialmente enquanto movimento constitutivo do pensamento. E não é só isso: ela também mantém a vivacidade das noções comuns. Imaginar é o primeiro passo para passar ao segundo gênero do conhecimento, pois, ao contribuir para aproximar objetos que estão ausentes da realidade, produz-se o movimento necessário para a formação das noções comuns. Portanto, há uma relação entre a imaginação e as noções comuns: a dimensão intensiva da imaginação interessa, favorece e alimenta a formação das noções comuns, sendo que as últimas não podem existir sem a primeira.

Foi na *Ética* que Espinoza (1973) apresentou o conceito, a aplicação lógica, a dinâmica de composição das noções comuns, bem como o seu destino, que é o de favorecer o procedimento constituinte ou as variações da potência. Deleuze (2014), por exemplo, afirmou que tais noções são a descoberta mais importante da *Ética*, o que deixa evidente a sua relevância para a formação do conhecimento. Assim, diferentemente do conhecimento que advém da imaginação, com a formação das noções comuns estamos em condições de compreender a ordem de composição das relações e formar ideias adequadas sobre as coisas. Isso quer dizer que elas nos ajudam a compreender as forças que compõem as relações que fixam uma ou outra imagem de *coletivo* no território da saúde. Para entender como elas são construídas, devemos tomar como ponto de partida a teoria das paixões, das afecções e dos afetos em Espinoza.

Uma paixão é aquilo que se produz a partir de uma afecção, sob determinada concatenação. Na Parte III da *Ética* (ESPINOZA, 1973), Proposição XI, o filósofo afirma que existem afecções que diminuem, facilitam ou reduzem a potência de agir do nosso corpo e da nossa mente, apresentando a alegria e a tristeza como tipos de afecções primárias, das quais nascem todas as outras<sup>26</sup>. A alegria é uma paixão pela qual a mente é determinada a se mover para uma maior perfeição, colaborando para aumentar a potência de agir do corpo. A tristeza, por sua vez, reduz a potência de agir do corpo, porque é uma paixão que provoca diminuição da capacidade de pensar, como discutimos anteriormente.

Para o pensamento espinozista, é da natureza da mente se esforçar para imaginar coisas que aumentem ou facilitem a potência de agir do corpo, pois dessa forma ela se alarga. À mente, portanto, interessa as afecções que produzem afetos alegres. Deleuze (2014) contribui para entendermos a teoria das paixões e a sua relação com a razão, definindo esta última como o esforço que permite sermos cada vez mais afetados pelas paixões de alegria. Afetos alegres aumentam a nossa potência de agir e de formar ideias claras e distintas; também ativam a potência de

---

<sup>26</sup> O filósofo acrescenta também o desejo nas afecções primárias, definindo-o como apetite dotado de consciência. A questão do desejo será por nós abordada com mais atenção no próximo subtítulo, dada a sua importância. A primeira razão que justifica a nossa escolha por não tratá-lo neste tópico é didática, ou seja, para facilitar a compreensão do leitor dos conceitos que estão sendo apresentados e evitar confusão. Por outro lado, como a dinâmica de formação das noções comuns pode ser bem apreendida analisando as paixões de alegria e tristeza, não conduz a erro tratar o desejo separadamente no texto. No momento oportuno, estabeleceremos a relação existente entre todos esses termos no pensamento de Espinoza e na composição da nossa máquina analítica do **coletivo**.

compreender e de agir da própria mente, contribuindo, portanto, com o avanço da razão.

Favorecer a expressão das paixões alegres requer o conhecimento daquilo que é comum ao corpo externo e ao nosso. As noções comuns se formam quando o ato de compreender se orienta para a obtenção do maior número possível de paixões de alegria. E para favorecer tais paixões, precisamos formar uma ideia daquilo que é comum ao corpo externo e ao nosso. Podemos definir noção comum como “a representação de uma composição entre dois ou vários corpos, e de uma unidade dessa composição” (DELEUZE, 2002a. p.98-99). São as relações constitutivas dos corpos que ficam evidentes quando compomos noções comuns. Com elas temos ideias adequadas que se originam da concordância que existe entre os corpos e aquilo que é comum a ambos. Do mesmo modo, elas se explicam por meio da potência de compreender da nossa mente, organizam-se a partir de afecções produzidas pelas paixões alegres e compõem a mente como atividade. Quanto mais compreendemos o **coletivo** pela composição de noções comuns, maior é a nossa capacidade de pensar e agir e, ao mesmo tempo, maior é a força de variar do **coletivo** na saúde, porque graus mais elevados de inespecificidade são atingidos.

Afirmamos que o grupo, a população e a sociedade civil são modos de pensar o *coletivo* no território da saúde. Cada uma dessas imagens representa um modo existente, que, por sua vez, mantém-se na existência a partir das relações que estabelece com outros modos. Talvez a primeira e mais simples noção comum que pode ser extraída desse exemplo é que ambos os modos disputam uma identidade. Obviamente que isto tem um sentido político importante, uma vez que afirmar a identidade significa percorrer o caminho da conservação e da estabilidade das imagens do *coletivo* na saúde. Dessa noção comum é possível depreender outra, pois a constante que existe entre esses modos é a produção do esgotamento da crise instituinte, mediante o aprisionamento da potência, em função do seu encerramento na unidade ou num esquema pré-concebido. Todas essas questões foram abordadas na primeira parte deste estudo, com a ajuda do olhar genealógico, tendo em vista explicitarmos quais relações sustentam cada uma das imagens de *coletivo*. O procedimento que utilizamos, portanto, tinha o objetivo de problematizar a noção de coletivo na saúde, enquanto tentativa de estabelecer noções comuns com o leitor, que pudessem servir de base para mergulharmos juntos na aventura de estudar o **coletivo** como potência na saúde.

À formação de uma noção comum corresponde o esforço da razão para desenvolver o pensamento. Tal esforço implica em compreender e agir. Compreender e agir são os dois movimentos da razão que colocam o pensamento em atividade, abrindo possibilidade para o devir. Conforme Deleuze (2014, p. 219-220):

A noção comum é a primeira ideia adequada que temos, a ideia de qualquer coisa em comum. Essa ideia se explica por meio da nossa potência de compreender ou de pensar. Mas a potência de compreender é a potência de agir da mente. Logo, enquanto formamos noções comuns, somos ativos.

O exercício da razão, segundo Espinoza, é o esforço para conceber noções comuns. E a vontade da razão, o esforço para evitar as paixões tristes e favorecer as alegres, criando bons encontros entre os modos que se compõem conosco. Quando formamos uma noção comum, nosso pensamento compõe uma ideia adequada daquilo que é comum aos corpos externos e ao nosso. Por essa razão, a ideia se explica por meio da nossa potência de compreender e pensar, que aumenta a potência de agir da mente: ao percebermos e compreendermos as noções comuns e as relações que entram no jogo de composição dos modos (das coisas), deduzem-se outras relações através do raciocínio. A consequência desse processo é evidente, pois, quando formamos tais noções, criamos as condições para modificarmos a realidade.

A imaginação, condenada ao enfraquecimento pelo fato de representar através de signos ou valores, não está em condições de explicar as relações constitutivas. As noções comuns, por sua vez, possuem essa propriedade, afastando a imaginação do seu destino, abrindo para esta última a possibilidade de experimentar a expansão da sua força intensiva, constituinte. Uma vez que as noções comuns se aplicam ou se referem a mais coisas ou a mais imagens de coisas, estabelecendo ligações e fazendo aparecer as dinâmicas de composição dos modos, contribuem para reduzir a intensidade das paixões tristes, porque determinam a mente a contemplar uma maior quantidade de objetos ao mesmo tempo.

As noções comuns concatenam afetos. Deleuze (2014) distingue duas modalidades do afeto: o afeto passivo e o afeto ativo. Esse aspecto é central para entender a diferença que existe entre o conhecimento do segundo e do terceiro gêneros e, ao mesmo tempo, para explicar como e por que as noções comuns podem contribuir com a produção de afetos passivos, que estão povoados de paixões alegres. Afirmamos que as noções comuns colocam a potência de agir; entretanto, existem

algumas que tendem a ser capturadas e reproduzir afetos passivos. É verdade que as noções comuns produzem um salto no pensamento, pois elas aumentam a potência de pensar e de agir da mente. Mas no segundo gênero do conhecimento, ao formarmos uma ideia daquilo que é comum ao corpo exterior e ao nosso, construímos uma percepção daquilo que é comum em cada um de nós e ao objeto exterior, a partir do nosso ponto de vista: como as noções comuns derivam de coisas que são objeto da imaginação, elas não podem ser separadas dos signos e dos valores. Quando formarmos uma noção comum, passamos a interpretar a realidade ainda sob o nosso ponto de vista. E, com isso, formamos um conhecimento mais adequado, porém ainda pouco elaborado. São estas as noções comuns que tendem a reproduzir os afetos passivos, que não colocam a potência de agir.

Deleuze (2014) afirma que qualquer noção comum exprime a potência como fonte das relações que se compõem nos corpos nos quais elas são aplicadas. Por isso, elas formam conjuntos de potência que correspondem à forma como os corpos se compõem. Entretanto, aplicadas aos corpos existentes, referem-se apenas a coisas que podem ser imaginadas, representando as composições de relações através de signos e valores. São de fato novas imagens das coisas, pois:

(...) enquanto elas se aplicam exclusivamente aos corpos existentes, as noções comuns referem-se a coisas que podem ser imaginadas. Elas representam de fato composições de relações. Ora, tais relações caracterizam os corpos enquanto convêm uns aos outros, enquanto formam conjuntos e se afetam uns aos outros, cada um deixando no outro 'imagens', e sendo as ideias correspondentes "imaginações". (DELEUZE, 2002a. p.102).

Formar essas noções implica que tenhamos imagens dos objetos que nos conduzem a conhecer a realidade apenas a partir do efeito que elas produzem em cada um de nós. Por isso, no segundo gênero do conhecimento, as noções comuns permitem apenas compreender a composição dos modos existentes, fornecendo ideias das propriedades que contemplamos sempre como presentes nas coisas que imaginamos do mesmo modo. Ao se articularem no plano da representação, permanecem como signos, embora concordem com a potência de agir da mente. Entretanto, a potência de agir do corpo não é colocada, porque no jogo da afecção tais noções comuns tendem a conservar os afetos passivos<sup>27</sup>. Na verdade, o conhecimento

---

<sup>27</sup> Os autores que estamos trabalhando chamam esse efeito de "causa ocasional das noções comuns" (Deleuze, 2014, 2002a e Espinoza, 1973). Conforme Deleuze (2014, p. 234): "Na verdade, embora

produzido com a composição das noções comuns do segundo gênero é incompleto, porque não chega ao entendimento da essência das coisas singulares, não ativando o desejo e as resistências.

A inversão desse processo em direção à composição de afetos ativos se produz na passagem do segundo para o terceiro gênero do conhecimento, conforme mostra Deleuze (2014). As primeiras noções comuns são menos gerais, pois representam algo de comum entre o corpo exterior e o nosso, acompanhado de alegria-paixão. Delas decorrem afetos que substituem as paixões de alegria. Essas primeiras noções comuns e os afetos que dela decorrem impulsionam a formação de noções comuns mais gerais cuja função é exprimir o que há de comum entre aquilo que convém ao nosso corpo e aquilo que não convém e que nos afeta de tristeza. Estamos diante de uma diferença sensível, mas de toda importância para chegarmos ao terceiro gênero do conhecimento, de onde decorrem os afetos ativos: agora, é a própria noção de comum que sofre um salto. O comum não é mais aquele que é deduzido e que sofre uma interpretação, mas aquele que age no sentido da produção da realidade.

Para entendermos o que a passagem para o terceiro gênero significa, é preciso resgatar mais uma vez a ideia de variação, a fim de perceber a sua relação com as noções comuns. Estabelecer noções comuns é fazer variar, criar condições para que um *continuum* de variação seja instaurado. As noções comuns do segundo gênero do conhecimento fazem variar os modos, cujas relações se mantêm constantes. Já no terceiro gênero do conhecimento a variação é intensiva e extensiva e, conduz à restrição das constantes, esgotando ou empobrecendo as formas (identidades): elas alcançam o limite, produzindo um arrebatamento dos modos e um salto intensivo.

Tais noções comuns funcionam como “recusa de pontos de referência, uma dissolução da forma constante em benefício das diferenças de dinâmica” (DELEUZE; GUATTARI, 2002b, p.50). Será a partir delas que se torna possível fazer escapar ou subtrair os modos para disparar a composição de novas singularidades. Essas noções contribuem para desterritorializar o *coletivo*, produzindo um desvio nas suas formas

---

ativas, as alegrias que derivam das noções comuns não podem ser separadas das alegrias passivas ou dos signos da imaginação que, no entanto, aumentam nossa potência de agir servindo como causas ocasionais”. Porém, como causa ocasional, as noções comuns não exprimem a essência das coisas. Apenas no terceiro gênero do conhecimento elas vão exprimir a potência enquanto fonte de todas as relações constitutivas entre as coisas, transformando-se em afeto ativo, pois a alegria que experimentamos nasce em cada um de nós e deriva da nossa potência de agir, como veremos mais adiante. As noções comuns experimentam o efeito de causas ocasionais porque a mente sofre as afecções, uma vez que não está diretamente articulada e encarnada com o procedimento constituinte enquanto dimensão intensiva do conhecimento.

cristalizadas, fazendo com que a potência expresse a sua força de variação, momento em que é possível experimentar graus mais altos de inespecificidade. Assim, o problema do **coletivo** já não é obter uma maioria, porque esta última é sempre uma abstração ou a representação de ninguém, o esforço para construir um sistema homogêneo e constante. Ao contrário, sustentar o **coletivo** na saúde significa produzir no interior dos diferentes *coletivos* um limite, a fim de que o procedimento constituinte se instaure.

A variação, quando investida para ser interrompida ou bloqueada, permite a extração de constantes; por outro lado, enquanto *continuum* de variação, ela opera na decomposição dos *coletivos* enquanto formas instituídas. A variação produzida pelas noções comuns do terceiro gênero, que se constituem como ferramentas para fazer a realidade se estender para além dos seus próprios limites, efetua o procedimento constituinte. Segundo Deleuze & Guattari (2002b, p. 56), “os corpos são tomados no movimento da metamorfose dos seus conteúdos”, pois as noções comuns funcionam como máquina de guerra, correspondendo à liberação de uma matéria intensa, que age sobre o incorporeal, fazendo o *coletivo* escapar. Esses autores afirmam que “Há matéria comum desde que haja essa conjunção. É somente então que se alcança a máquina abstrata” (DELEUZE; GUATTARI, 2002b, p.58).

Com isso, não se trata de decretar a morte dos *coletivos*, porque desse modo estaríamos deixando de perceber que eles carregam consigo a virtualidade da potência, sempre em vias de escapar, demandando muitos investimentos para que as relações que sustentam tais imagens se mantenham constantes e em equilíbrio. Se o *coletivo* contém o **coletivo**, o que impede que o *continuum* de variação seja instaurado no território da saúde e produza novas singularidades? Fazer o *coletivo* fugir/escapar é colocar em ação esses dois mecanismos: problematizando as identidades dos *coletivos*, criam-se as condições para que um limite se imponha e uma crise seja instaurada, momento no qual um “entre” se abra para que novas composições sejam disparadas. São composições em redes, conexões, hibridizações, encontros que não são concretos, mas da ordem da potência, conexões-rizoma, projetos de singularidades ainda em constituição. O resultado desse processo é aberto, indefinido e impossível de prever.

O *coletivo* implica a imaginação enquanto reprodução de signos territorializados e valores instituídos, eixo central de produção do pensamento no campo da saúde pública, como vimos anteriormente. A imaginação é domesticada,

porque dela retira-se a possibilidade do encontro com diferentes mundos. As noções comuns do segundo gênero, por sua vez, são composições que tendem a reforçar os modos existentes, uma vez que estão a serviço da produção da estabilidade do organismo, com vistas à constância. O efeito desse processo é a produção da impotência.

Por fim, convém sublinhar que as noções comuns são generalidades, se referem aos modos existentes sem constituir a essência singular desses modos. Entender a singularidade da saúde coletiva implica olhar para a questão do coletivo na saúde, construindo um elo entre a dimensão intensiva e o mundo das formas para compreender as dinâmicas e a processualidade das relações de composição e de decomposição dos territórios. Apenas quando a mente passa a conhecer as coisas por aquilo que age e não pelo que sofre é que observamos um deslocamento na noção de comum no sentido de envolver também as essências singulares no processo de compreender e explicar a realidade. Quando as noções comuns se conjugam com a dimensão intensiva da realidade, a possibilidade de ação sobre o real é concreta e se faz, ativando o desejo e as resistências.

Ao deslocarmos o nosso olhar para a compreensão da maneira como a potência do **coletivo** age, modifica e transforma as relações constitutivas dos modos para se singularizar, estamos no âmago do procedimento constituinte. Com isso, passamos do segundo para o terceiro gênero do conhecimento. A razão deixa de ser a produção de um sistema de verdades referidas à existência dos modos ou à representação de signos e valores para expressar a dinâmica constitutiva da realidade. A imaginação, no seu movimento intensivo, vai captar aquilo que as noções comuns explicam pelas relações internas constitutivas. Com a imaginação e as noções comuns, portanto, temos duas ferramentas que nos ajudam a compreender como o **coletivo** aparece no cenário das reformas sanitárias italiana e brasileira. Para completar o nosso quadro teórico na composição de uma máquina analítica, resta entender como essa máquina funciona, ou seja, como a linha aberta pela potência em variação se conjuga na afirmação de novas singularidades.

## 2.4 Conatus, Desejo e Resistências

A construção que fizemos pretendeu produzir dois movimentos no pensamento: um deslocamento do olhar, que se move do *coletivo* em direção à problematização do **coletivo** e a composição de duas ferramentas para analisar o **coletivo** como potência no cenário da saúde: a imaginação e as noções comuns. Agora, é importante entendermos como essa máquina analítica funciona, ou seja, como ela age na produção do desejo e das resistências, na materialidade do real. Seguindo os ensinamentos de Espinoza, o que move a passagem do domínio das paixões para o dos afetos e da razão, a composição de noções comuns animada pelo movimento da imaginação e transformada em alegria e virtude, é o *conatus*. A ativação do procedimento constituinte determina o *conatus* a fazer qualquer coisa em função da ideia que ele tem de um objeto, colocando em cena o devir.

O *conatus* é importante para compreendermos o movimento da potência e a maneira como os corpos se chocam e se compõem em realidades singulares. Espinoza (1973) discute o conceito de *conatus* ou *apetite* na parte três da *Ética*, especialmente nas proposições sete e oito. De acordo com Deleuze (2002a, p. 105): “(...) a partir do momento em que o modo existe, sua essência como grau de potência é determinada como *conatus*, isto é, esforço ou tendência. Não tendência para passar à existência, mas para mantê-la e afirmá-la”. Logo, podemos perceber que a determinação do *conatus* é uma luta de potências, que envolve resistência e formação do desejo, porque a força necessária para existir, se manter e se afirmar na existência são qualidades que estão contidas no percurso aberto pelas variações da potência do **coletivo**. O *conatus*, portanto, é a passagem do inespecífico à possibilidade de concretização de uma forma singular, que coloca o devir, ativa o desejo e as resistências.

A ideia do *conatus* foi discutida por Espinoza à luz dos pressupostos ontológicos e epistemológicos que sustentam o seu pensamento. Tal conceito é elaborado de forma distinta da maneira como Descartes ou Hobbes, por exemplo, o pensaram. Enquanto para Espinoza o *conatus* está em sintonia com uma perspectiva de movimento, para aqueles filósofos esta noção está mais próxima da ideia de repouso. Um aspecto importante para entender o sentido do *conatus* é a noção de perseverança. E perseverar deve ser compreendido como o próprio movimento de constituição do real, que implica, necessariamente, a passagem pelo procedimento

constituente. Com o *conatus*, o que se efetua é o tensionamento produzido pela variação da potência do **coletivo** na saúde.

Bove (2002) afirma que a perseverança é o processo constitutivo daquilo que é capaz de resistir, uma vez que coloca em jogo a tendência de manter e renovar a relação constitutiva ou provocar a sua crise:

Quando o modo passa à existência, é que uma infinidade de partes extensivas são determinadas do exterior a entrar sob a relação que corresponde à sua essência ou a seu grau de potência. Então, e só então, esta essência é determinada como *conatus* ou apetite. (DELEUZE, 2002a. p. 104).

*Conatus* significa a preservação de uma determinada composição em movimento, a partir de duas tendências: a autoconservação, de um lado, e o esforço de expansão do ser de outro, ou seja, sua capacidade de resistência, enquanto afirmação e autodeterminação. É importante perceber que essas duas dimensões do conceito de *conatus* não significam formas isoladas, nem mesmo a passagem de uma a outra: ao contrário, trata-se de uma única composição em direção à construção das singularidades. É a constituição do desejo, enquanto apetite dotado de consciência, que se efetua nesse momento.

A autoconservação não significa a ausência de movimento do ponto de vista de um “conservadorismo”. Espinoza (1973) entende a autoconservação como luta pela construção e defesa da própria afirmação, ou seja, por continuar na existência, como esforço de permanência do ser. As imagens do *coletivo* produzem mecanismos de defesa de si mesmas, com a intenção de permanecerem na existência, como vimos no primeiro capítulo. Por outro lado, o esforço de expansão do ser significa o aumento da potência de agir, uma disposição das relações de modo a provocar a composição de novas realidades. O *conatus*, portanto, é a passagem do constituinte para a constituição em ato, que conduz à permanência na duração e ao aumento da potência pelo excesso, uma vez que, ao transbordar, ela recoloca na cena o próprio procedimento constituinte.

É o desejo afirmando a realidade. De acordo com Deleuze (2002a), as figuras que o *conatus* assume quando é determinado a fazer isso ou aquilo é o próprio desejo. Portanto, o **coletivo** instaura a produção da resistência enquanto movimento do desejo. Por essa razão, o papel do *conatus* diz respeito à “tendência a manter e abrir o máximo a aptidão para ser afetado” (DELEUZE, 2002a. p.104). Os afetos são aquelas

figuras que o *conatus* assume quando é determinado por uma afecção. Quando o *conatus* determinado pelos afetos se torna consciente de si, esse afeto chama-se desejo.

Bove (2002) afirma que qualquer singularidade existente em ato afirma necessariamente, isto é, de modo certo e determinado, a sua própria potência: “Qualquer determinação é, *sub specie aeternitatis*, a afirmação absoluta da substância nas suas afecções, constitutiva desta essência singular atual e produtiva que Espinoza chama de *conatus*” (BOVE, 2002. p.19). *Conatus*, portanto, pode ser entendido como a afirmação absoluta da própria causa enquanto pensamento, sob o domínio da resistência e do desejo. Não existe variação do **coletivo** sem *conatus*, ou seja, sem a expressão do devir, a afirmação do desejo e de resistência, assim como não existe imagem do *coletivo* que não esteja implicada no esforço de se manter na existência.

Para concluir este capítulo, convém sublinhar que o **coletivo** na saúde é, antes de tudo, um espaço aberto a ser conquistado e preenchido, implicando sempre a produção de resistências e de desejo. Por isso, a noção de coletivo não pode ser pensada como algo que é dado de antemão, como fazem parecer as imagens do *coletivo*. Sustentar a potência do **coletivo** no território da saúde significa forjar um lugar para o pensamento, no qual essa expressão aparece como movimento constituinte que, ao se afirmar, coloca no real o problema da existência e do devir. É próprio do *conatus* pedir passagem para que novos mundos se afirmem e perseverem na existência. A dimensão virtual da potência sempre está presente nas coisas singulares afirmadas pelo *conatus*. O desmanchamento de mundos e a abertura de linhas de fuga são produzidas no encontro entre o atual e o virtual; a afirmação de uma singularidade, enquanto movimento do *conatus*, coloca em cena o devir.

Ao realizar o trajeto do corpo e da mente enquanto tensão constitutiva até a formação do desejo, o *conatus* transforma-se em *cupidità*. Existe uma conexão entre potência-*conatus*-mente, sendo que a transição da potência, sua afirmação enquanto *conatus* e a formação do desejo, são passagens que produzem o atual. A potência se afirma impulsionada pelo *conatus*, é fixada pela consciência e enraizada no real, perseverando nos objetos singulares enquanto virtualidade. O procedimento constituinte ganha realidade através do contato com a potência e com uma zona de transição que inscreve o *conatus* na existência, definindo um plano de consistência para o desejo. Desse modo, é possível concluir que o procedimento constituinte é o

movimento de produção da subjetividade. O **coletivo** se expressa, colocando em cena o atual e o possível, no desenrolar do procedimento constituinte.

Neste capítulo, definimos o **coletivo** como algo de ordem intensiva, que explicita a capacidade sempre presente e nunca acabada de se singularizar. Nos termos da filosofia espinozista, o **coletivo** nunca é efetuado, porque é uma potência efetuada em ato. Ao desencadear a crise, ele coloca em cena a processualidade do procedimento constituinte, ativa as variações da potência e atinge o mais alto grau de inespecificidade, provocando deslocamentos intensivos que marcam discontinuidades no *coletivo*.

O que significa deslocar? Certamente “Deslocamento não significa continuidade, senão justamente como continuidade descontínua, série de discontinuidades” (NEGRI, 1993, p. 206). Produzir deslocamento significa fazer aparecer a variação como atributo estratégico da potência do **coletivo** na saúde, provocando transições que modificam a realidade. Com isso, entendemos o que significa e quais os sentidos do **coletivo** como potência na saúde, a força do inespecífico, assim como a ideia de variação. Resta-nos entender como o **coletivo** como potência se expressa nos cenários reformistas italiano e brasileiro, problema que será enfrentado no próximo capítulo.

### 3 O COLETIVO E A INVENÇÃO DA SAÚDE COLETIVA

Espinoza nos ajudou a dar consistência para o inespecífico, permitindo lhe atribuir um sentido. O **coletivo**, entendido como inespecífico, é o movimento da potência em ato, um plano aberto à variação. Ao ser compreendido dessa forma, o **coletivo** deixa de ser entendido como algo vago ou difuso na saúde coletiva, para se afirmar de outra maneira. Ele não é mais uma imagem qualquer, tampouco um conjunto ou uma homogeneidade, mas uma potência. Nosso **desafio** neste capítulo é analisar o coletivo como potência nos cenários reformistas, para extrair dessa leitura possibilidades outras para a saúde coletiva.

No capítulo anterior, definimos o **coletivo** como potência, ou seja, um plano de intensidades. Como acessar essa dimensão na saúde? Para tentar responder essa pergunta, vamos resgatar a experiência italiana das décadas de sessenta e setenta, tendo em vista compreender o que se produziu no território da saúde nesse período. Recuperar essa experiência é importante para pensar o inespecífico no cenário brasileiro, tendo em vista contribuir para o debate da saúde coletiva. Assim, podemos lançar um olhar para algo da saúde coletiva brasileira que parece passar despercebido e que diz respeito ao modo como ela foi se constituindo.

Faremos essa discussão para analisar o movimento do **coletivo** na saúde, entendendo o campo de disputas e os sentidos dessa expressão no período que se organizou a crítica à saúde pública, bem como o movimento reformista brasileiro e a influência da experiência italiana. Prestar atenção na questão do coletivo implica questionar se a produção inicial dos anos setenta em torno da saúde coletiva como campo de conhecimentos e de práticas não caiu na armadilha de incorporar rapidamente as imagens do *coletivo*, perdendo de vista a singularidade que marca a constituição desse saber. O intuito deste capítulo, portanto, é sublinhar a diferença que distingue a saúde coletiva da saúde pública e da medicina social, fazendo dessa diferença uma força de efetuação da potência do **coletivo** no plano do pensamento e das práticas em saúde na atualidade.

É importante resgatar a experiência italiana porque as agitações produzidas nos anos sessenta e setenta nos ajudam a pensar a questão do inespecífico. Além disso, como discutimos no primeiro capítulo, as discussões teórico-conceituais que fundamentaram a saúde coletiva parecem ter passado rapidamente pela análise dessas agitações, desconsiderando a sua influência na composição desse saber. Na Itália, é

possível encontrar, por exemplo, a produção de um saber operário que teve impacto decisivo para a composição de um conhecimento singular na saúde. Revisitando esse processo, conseguimos entender melhor a importância do inespecífico, bem como as suas potências.

Analisar a experiência italiana é uma das formas de acompanhar como o **coletivo** se expressa na saúde. Tomamos como fio condutor da cartografia da força instituinte do **coletivo** na saúde a ideia do inespecífico, embora tenhamos visto que, na saúde coletiva, muitos esforços tenham sido envidados para colar essa noção nas imagens, afirmando o *coletivo* enquanto uma forma bem definida na saúde. A experiência italiana nos ajuda a marcar essa diferença, permitindo acompanhar o movimento da potência e os deslocamentos que ela produz no pensamento na saúde. Trata-se de uma experiência singular que merece ser discutida, pois pressupõe um modo radicalmente diferente de pensar a noção de coletivo na saúde.

Ao discutirmos a história do movimento reformista e da saúde coletiva no Brasil, percebemos que muitos autores fizeram uma crítica ao modo como o pensamento reformista foi sendo agenciado, acusando a distância dos movimentos sociais (ESCOREL, 2009; CAMPOS, 1988). Entretanto, esses autores não discutem as potências da noção de coletivo no território da saúde, limitando as suas análises à crítica da maneira como o movimento reformista brasileiro foi sendo concatenado, bem como a sua proximidade com a estrutura institucional do Estado. Para nós, interessa analisar a experiência italiana e, ao situar o leitor no campo problemático instaurado por ela, depreender as escolhas e as recusas que foram feitas em solo brasileiro, e quais questões a releitura desse processo coloca para a saúde coletiva. Na pista deixada por Cohn (1989), propomos uma experiência diferente para a expressão do coletivo na saúde, enquanto sujeito constituinte de novas singularidades.

### **3.1 O Saber Operário na Saúde**

Para analisar a noção de coletivo no cenário italiano, é preciso prestar atenção às agitações operárias que tiveram início no final dos anos cinquenta, estendendo-se por, aproximadamente, vinte anos. Esse período foi palco de mudanças que tiveram efeitos importantes em vários aspectos do cotidiano. Tais efeitos não se restringiram à Itália, embora tenha sido nesse país que o movimento operário adquiriu contornos singulares, especialmente no que diz respeito à construção de um saber operário.

Embora estejamos discutindo um contexto geopolítico específico, interessa-nos resgatar as transversalidades dessa experiência e o seu impacto sobre o território da saúde. Vamos explorar essas agitações, para analisar como elas contribuíram para a formação do pensamento sanitário.

Veremos que, no cotidiano das agitações operárias, foi engendrada uma experiência singular no âmbito da saúde pública. Na prática instituinte do movimento operário italiano foi se compondo um conhecimento que extrapolou a maneira como a saúde vinha sendo pensada. Sobre esse cenário, forças disputavam o domínio do território da saúde, tanto no sentido da afirmação da potência do **coletivo** quanto na conservação e expansão de uma perspectiva medicalizante que estava em sintonia com a lógica do mercado.

O que aparece em disputa nessas agitações é o **coletivo**, haja vista a sua potência de variar e, variando, produzir deslocamentos ou transições da potência. Agitação que acusa a tendência à conservação da lógica da saúde pública, que está sintonizada com a indústria médica, afirmando o esforço para a composição de novas leituras da realidade. Nosso desafio é problematizar esse plano de intensidades, para entender a formação do pensamento sanitário italiano, evidenciando as escolhas que foram feitas e aquelas que não vingaram no jogo de disputas existente no período.

De imediato, é importante ressaltar que, no cenário italiano, não se instituiu um campo de conhecimentos e de práticas denominado “saúde coletiva”, como foi o caso brasileiro. Entretanto, a análise da experiência produzida na Itália no período das agitações operárias permite verificar o movimento de constituição de um conhecimento na saúde que toma o **coletivo** como eixo, denominado de saúde operária. Dois pensadores foram importantes nesse contexto: Giulio A. Maccacaro e Franco Basaglia, sendo este último mais conhecido no Brasil, em função da sua importância para a reforma psiquiátrica brasileira. Durante os anos sessenta e setenta, no terreno das agitações operárias, foi sendo construída uma nova configuração para o campo sanitário, que culminou, em 1978, na lei do *Servizio Sanitario Nazionale*. A análise do campo problemático instaurado pelo movimento operário italiano permite reconstruir esse cenário e analisar as disputas que se produziram no período, fazendo aparecer o jogo de forças e as tensões produzidas no território da saúde.

A década de cinquenta, na Itália, foi um período no qual as forças sociais eram contidas pelos partidos políticos, pois, ao chamarem para si a responsabilidade pela luta de classes e assumirem uma postura de pactuação de vontades, operavam no

sentido de apaziguar as forças sociais, colocando em cena um equilíbrio frágil, que impactava na capacidade de mudança dos trabalhadores. Estava em gestação a formação de um movimento que em breve seria denominado de “movimento operário italiano”, cuja principal característica foi a construção de uma nova experiência de luta social.

Para Guattari (2005, p. 173), nesse período se consolida na Itália um outro tipo de classe operária – *i marginatti*, que se organizava a partir da tomada de consciência de um processo de marginalização, oferecendo um contraponto àquilo que a *autonomia italiana*<sup>28</sup>, tal como se apresentava nesse período histórico, produzia:

Toda perspectiva dos capitalistas, e também dos partidos socialistas – clássicos e/ou marxistas – é acelerar o processo de entrada nos fluxos capitalísticos, promover o progresso, segundo uma certa concepção. Para eles, é muito importante que esta função de Estado se desenvolva, ou seja, que se incrementem os equipamentos coletivos clássicos, como os que existem na Europa. Quanto aos problemas de mudança da vida cotidiana, da economia do desejo, esses são para depois. Mas a história nos mostra que esse corte não é absolutamente pertinente: a concepção da luta social em diferentes etapas desemboca no fato de que a problemática de reconstrução de um tecido social, a problemática da auto-gestão e da valorização social, é sempre retardada, sempre adiada. O que acontece é que essa função de subjetivação capitalística, esses equipamentos de Estado que se instauram no conjunto do corpo social, se fazem em proveito das novas castas burocráticas, das novas elites que não têm a menor intenção de se despojar do seu poder .

A fase de equilíbrio começa a se romper a partir de 1953, colocando em questão a estabilidade que fora construída durante os anos anteriores. Trata-se de um momento no qual fica evidente um duplo movimento que levou, de um lado, à ruptura da lógica stalinista presente no interior do modelo operário e, de outro, à construção de um processo de produção de diferentes sentidos entre os operários italianos, com a consequente formação de uma nova experiência de luta social. A possibilidade de forjar uma nova experiência de luta terá implicações importantes sobre a realidade, propagando-se para o social.

Tais lutas, que podem ser entendidas como agitações que conduziram à problematização do *coletivo*, chamaram a atenção em contextos sociais distintos, como, por exemplo, no Brasil, por se tratar de um processo suprapartidário, no sentido de colocar em questão as instituições que tomavam para si a responsabilidade de

---

<sup>28</sup>De acordo com Guattari (2005, p. 169), “a forma de expressão desse movimento, assim como sua prática, estavam isoladas em relação à compreensão global das classes populares, das classes operárias na Itália”.

traduzir e representar as lutas sociais. A crítica às instituições e à lógica da representação política, que absorvia e filtrava as demandas sociais no sentido da regulação e do equilíbrio da sociedade, abriu espaço para que a nova experiência de luta fosse constituída.

Com a crítica às instituições que representavam a sociedade, que funcionavam como mediadoras das forças sociais, organizou-se um processo histórico que ativou mudanças profundas no cenário italiano. Ao final dos anos cinquenta, com a luta dos trabalhadores do setor eletromecânico de Milão, observou-se um alargamento das reivindicações sociais, com força de ruptura e capacidade de composição de uma nova classe operária. Em Gênova aconteceu o mesmo, porém com os operários portuários. Assim, foi se concatenando uma experiência de agitação entre os operários, que se tornou um movimento no sentido da construção de um senso de direção para a própria sociedade, extrapolando o ambiente restrito da fábrica. A partir desse território, foram pensadas alternativas diferentes para a realidade. Essas agitações disparavam a imaginação constituinte no interior das fábricas, instituindo as condições para a prática do denominado “movimento operário italiano”. Ruptura importante para provocar a renovação da imaginação revolucionária, ativando processos constituintes como expressão do **coletivo**. As lutas desse período representam o momento de maior intensidade na composição da realidade como uma grande fábrica, que investia a vida por completo.

Esse contexto mais geral teve implicações no território da saúde, especialmente sobre o plano do conhecimento. A constituição do movimento operário explicitava a luta entre dois polos em conflito: ser capturado pelas forças que antecipavam um sentido para as agitações operárias, como era o caso dos partidos políticos e dos sindicatos, que definiam as agitações antes mesmo que elas pudessem produzir os seus efeitos; ou forjar uma experiência nova, que colocava em cena o procedimento constituinte, na sua radicalidade. Portanto, é um problema intensivo que está colocado nessa disputa enquanto um desenrolar da imaginação constituinte. Consoante àquilo que discutimos no capítulo anterior sobre a noção de potência em Espinoza, a imaginação constituinte pode ser entendida como a maneira como a potência se expressa na saúde, colocando a força de variar da potência do **coletivo**.

A imaginação não está dissociada da formação das noções comuns. Desse modo, analisar as noções comuns que foram se produzindo no território da saúde é importante para entendermos os deslocamentos que se produziram neste campo.

Vamos buscar aquelas que se formaram nesse contexto, para acompanhar como se articulou um empobrecimento das formas instituídas no pensamento da saúde, que tiveram como consequência o aumento da potência de agir. Essas noções comuns significam uma etapa importante do processo que culminou na invenção da saúde operária, na qual é possível situar uma reflexão sobre uma genealogia da saúde coletiva em solo italiano. Ao funcionarem como ferramentas que introduziam um limiar de desterritorialização, desencadeavam transições intensivas no plano do conhecimento, abrindo espaço para que novas alternativas fossem inventadas. Mostraremos como tais noções comuns vão sendo agenciadas no pensamento de Maccacaro e Basaglia, funcionando como limiares de desterritorialização do conhecimento produzido na saúde até aquele período.

No período em questão, dois processos se instituíram na Itália, um deles no interior das fábricas e o outro nos estabelecimentos manicomiais. Vamos analisar cada um deles, para entender as suas potências. Contudo, não devemos pensar esses dois processos de forma isolada, pois eles estavam inseridos no contexto mais geral das agitações operárias. São experiências locais, que vão compondo noções comuns que conduziram à formação de processos instituintes na saúde. Dada a importância de perceber essas agitações locais como um processo comum, vamos articular as principais ideias dos autores que discutiram essas experiências, tendo em vista evitarmos o erro de pensá-los separadamente.

A experiência nas fábricas foi desencadeada com a entrada de estudantes de medicina e médicos nesses espaços, com o objetivo de investigar as condições de trabalho e denunciar a degradante medicina do trabalho que existia até então. As pessoas que participavam dessas experiências eram “estrangeiros” trazidos para o interior das fábricas pelos operários. A força desses movimentos produziu importantes efeitos sobre a legislação italiana. Em 1970, por exemplo, nasceu o Estatuto dos Trabalhadores. Na época, chegou a ser criticado como uma tentativa de institucionalizar as lutas operárias. O Estatuto dos Trabalhadores, a Lei que autoriza a interrupção voluntária da gravidez e a institucionalização do *Servizio Sanitario Nazionale*, todos de 1978, representaram o reconhecimento das agitações sociais da época e, ainda hoje, são normas colocadas em discussão toda vez que se forma um governo. Nessa época, o movimento nas fábricas teve efeitos tanto no saber quanto na prática médica.

No mesmo período histórico, consolidou-se o movimento da medicina democrática, que tem em Maccacaro seu principal expoente, e a psiquiatria democrática, cujo interlocutor foi Basaglia. Além desses dois médicos italianos, vimos na primeira parte deste estudo que Berlinguer também foi importante, pois se tornou um dos principais atores do processo reformista italiano. Maccacaro e Berlinguer sustentavam posições diferentes. O primeiro propunha uma medicina renovada e subversiva, que propunha uma revolução no saber médico, enquanto o segundo tinha características reformistas. Não foi por acaso que Berlinguer teve maior impacto sobre a organização das políticas de saúde italiana e também no cenário internacional.

Berlinguer era médico do trabalho e desenvolvia suas atividades no interior das fábricas, mas logo se interessou pelas discussões sobre política sanitária, tornando-se um personagem importante tanto na política quanto na reforma da saúde italiana nos anos setenta. Já Maccacaro era professor universitário. Iniciou sua carreira dando aulas de estatística, biometria e microbiologia e, ao se contaminar com as agitações produzidas pelo movimento operário, mudou a sua trajetória acadêmica. Entender um pouco do percurso dos autores é importante para refletirmos sobre as escolhas que foram sendo feitas em determinado contexto e época. Chama a atenção, por exemplo, que, no cenário brasileiro, tenha sido Berlinguer e não Maccacaro quem contribuiu com maior relevância para a fundamentação do pensamento reformista. Entendemos que esse aspecto não deve ser negligenciado quando problematizamos a saúde coletiva brasileira, porque é toda uma dimensão histórica que é deixada de lado na compreensão desse saber.

Em 1972, Maccacaro, num seminário em Modena sobre *L'uso di classe della Medicina*<sup>29</sup>, faz uma crítica ao modo como ensinava, quando era professor de microbiologia na mesma cidade:

Então, na frente do aluno de hoje, que para mim também é um estudante no momento, eu preciso dizer isso: que o meu ensino não era um bom ensino. Naturalmente, eu descobri isso mais tarde, caso contrário eu teria feito diferente, mesmo assim, quando, como testemunharão os companheiros que aqui também estão presentes esta noite – agora eu reconheço alguns – o meu ensino era uma espécie de, digamos assim, iluminista, muito centrado sobre a apresentação de uma ciência gratificante à inteligência, como algo belo, estimulante à imaginação. Eu poderia fazer esse tipo de ensinamento em qualquer lugar; e é isso que eu reprovoo; Eu poderia fazer esse curso em Cincinnati em Ohio, ou Sidney na Austrália ou

---

<sup>29</sup> Trad: O uso de classe da Medicina.

em qualquer outra cidade italiana. Quero dizer que não havia nenhuma relação entre o que eu estava ensinando e a realidade para a qual o meu ensinamento se abria, se movia e se propunha aos estudantes. Eu ainda estava muito influenciado por um certo mito que me fazia acreditar na característica intrinsecamente revolucionária da ciência enquanto tal. Hoje me parece ter reconhecido o mito e tê-lo abandonado. Creio que hoje eu não faria mais aquele tipo de ensinamento (MACCACARO, 1972/1979, p. 406-407).

A partir dessa reflexão, o autor problematiza o saber científico racional e técnico, desconstruindo o ideal iluminista presente no discurso da ciência. Ele está contaminado pelas agitações operárias que, entre outras problematizações, denunciam a ciência como instrumento de dominação. Nas fábricas, essa discussão aparecia como racionalização dos processos produtivos, que impedia os operários de adquirirem a capacidade de organizar/gerir o seu processo de trabalho, descolando o trabalhador da experiência cotidiana do trabalho e da análise da subjetividade produzida nesse processo. Os operários problematizaram esse mecanismo enquanto composição de uma realidade homogênea e destituída de sentido, compondo noções comuns cuja função era de denunciar um saber organizado sobre um conjunto de relações sustentadas por uma racionalidade que estava alinhada à exploração do trabalho e ao desenvolvimento de uma experiência mecanizada, na qual o trabalhador era naturalizado como peça de uma engrenagem. O efeito produzido nos operários quando da percepção de uma certa composição de relações agindo sobre a sua realidade cotidiana fez mover os territórios constituídos e instaurou uma linha de fuga, desencadeando as agitações operárias.

Maccacaro coloca em discussão o uso da medicina como ferramenta de controle repressivo da sociedade, tanto no nível da prática quanto do ensino e da ciência médica. O autor toma como ponto de partida a ideia de que a ciência é um instrumento de conservação de classe e, assim sendo, compete ao proletariado o desafio de fundar um saber que se constituía como arma, produzindo efeitos políticos contrários à lógica do capital. Na contradição entre produção social da força de trabalho e sua apropriação privada, encontra-se a medicina como um instrumento para ajudar a desenvolver e conservar essa força:

(...) à medicina é dada a tarefa de resolver, na racionalidade científica, a contradição do modo de produção capitalista, que de um lado consome e expropria a força de trabalho e, de outro lado, se utiliza da mesma para continuar se alimentando (MACCACARO, 1972/1979, p.410).

Para resolver a contradição entre aumento e conservação da força de trabalho, o capital investia a própria medicina como fábrica, assumindo a gestão de todos os momentos que estão relacionados com a instituição médica, ou seja, a gestão da doença, do doente, do médico, do ensino e da produção do conhecimento em saúde. Maccacaro propõe um pensamento que articula elementos aparentemente distintos: o saber médico, protegido pela racionalidade científica, e a lógica da regulação da força de trabalho, tendo em vista fazer aparecer a dinâmica interna que existe entre esses dois modos. Tecendo noções comuns, o autor convoca os operários a se posicionarem, pois fica evidente a relação que tende a fixar o operário como objeto do discurso médico e da organização do trabalho.

Em 1972, Maccacaro fundou a *Associazione Medicina Democratica – Movimento de Lotta per la Salute*<sup>30</sup>. No discurso proferido em 1976, em Bolonha, o autor utilizou o termo “saúde coletiva”, associado à construção do movimento democrático na saúde. Para o autor, esse movimento coloca em relevo dois aspectos distintos construídos sobre a medicina: a *medicalizzazione della politica*<sup>31</sup> e a *politicizzazione della medicina*<sup>32</sup>, esta última entendida como processo de tomada de consciência dos efeitos da primeira.

O termo “tomada de consciência” era uma expressão muito utilizada no período e pode ser entendido em duas direções distintas. O sentido ativo do termo corresponde ao efeito do processo de composição de noções comuns, que coloca, necessariamente, a potência de agir. Nesse caso, tomar consciência significava estabelecer as condições para produzir deslocamentos intensivos no território da saúde, a partir da análise das dinâmicas de composição das instituições que povoam esse território, como limiar de desterritorialização.

Tomar consciência também dizia respeito ao processo de homogeneização da experiência ou o seu fechamento num bloco. A análise dos destinos do movimento operário sugere que, quando eles tomam consciência da sua força, o movimento se determina e se institui. É a passagem do plano intensivo ou constituinte – plano da variação do **coletivo**, para a sua expressão como imagem. Voltaremos a essa questão mais adiante, uma vez que nos interessa neste momento a processualidade instituinte da chamada “tomada de consciência”.

---

<sup>30</sup> Associação de Medicina Democrática – Movimento de Luta pela Saúde.

<sup>31</sup> Medicalização da política.

<sup>32</sup> Politização da medicina.

Para Maccacaro, a *medicalizzazione della politica* significava a vontade de controle do social, concretizado pela redução ao diagnóstico, com a utilização de diferentes estratégias de contenção terapêutica do indivíduo que não estava em conformidade com o modelo produtivo. De acordo com o autor, esse processo tomou forma a partir da exasperada tecnificação do ato terapêutico e do sistema sanitário. Portanto, a medicina democrática constituiu-se em oposição a uma medicina que se organizava produzindo um imaginário que valorizava a racionalidade técnica, num crescente esforço de domesticar a imaginação dos médicos e da sociedade. Ao legitimar a ordem, esse modelo de saúde exercido pela medicina afirmava como executora de um poder que transformava esse saber em instrumento de controle social, através da medicalização da sociedade.

A medicalização da política se expressa tanto no espaço privado, ou seja, no plano das experiências individuais, quanto no público, estendendo-se para toda a sociedade. E desse modo ela age sobre a imaginação, criando coerência entre aquilo que é desejado pelo indivíduo e o que lhe é oferecido enquanto produto a ser consumido. Através da redução ao diagnóstico e do uso da terapêutica como forma de contenção, sobretudo pela via psiquiátrica, o que a medicina vinha produzindo era a conformidade ao sistema produtivo, minando o que os italianos chamavam de “fantasia social e política”.

A fantasia social e política pode ser entendida como a imaginação em seu caráter constituinte. Na experiência italiana, a força da imaginação instituiu a crise, movendo as pessoas no sentido da composição de alternativas para a realidade, e forjando saberes e práticas que se constituíam a partir do encontro com a experiência. A liberação de um potencial inventivo, produto da imaginação e da sua capacidade de disparar o movimento da potência, significava um aspecto importante das agitações operárias no período. Maccacaro entendia a importância da imaginação e atribuía à medicina e ao processo de medicalização a domesticação da fantasia social e política.

Para que a imaginação funcionasse como instrumento de luta, ou seja, enquanto processualidade constituinte, era necessário que a força de existir dos operários fosse afirmada. Não se tratava de afirmar essa força como um conjunto ou uma homogeneidade, mas naquilo que ela carrega de inespecífico. Domesticar a fantasia social e política significava manter a imaginação operária sob a gestão da medicina e da organização do trabalho, mantendo-a fraca. Ativá-la, libertá-la da

mordaza que a sufoca, significava dispor o corpo dos operários para serem afetados, colocando as condições para que o pensamento se movimentasse.

A discussão feita por Basaglia, por sua vez, partia do questionamento das chamadas instituições da violência, como, por exemplo, a escola, as prisões, os manicômios. Para o autor, a característica central dessas instituições é a produção de uma polaridade entre aqueles que detêm o poder e que controlam o sentido e os doentes. Essas instituições de produção de sentidos funcionam como espaços de destruição do doente, a exemplo da relação que se estabelece entre a instituição manicomial e o doente mental. Do ponto de vista de Basaglia, o corpo técnico desses estabelecimentos, constituído de pessoas que ocupam lugar intermediário, era o novo perpetuador da violência. A chamada violência técnica ou tecnicismo contribuía para a composição de um novo grupo de rejeitados. Com ela, se produzia a naturalização da prática do cuidado e a mistificação da violência, levando à adaptação dos trabalhadores e dos doentes, sem a devida tomada de consciência dos seus efeitos:

O novo psiquiatra social, o psicoterapeuta, o assistente social, o psicólogo de indústria, o sociólogo de empresa (para citar só alguns), são os novos administradores da violência no poder, na medida em que, atenuando os atritos, dobrando as resistências, resolvendo os conflitos provocados por suas instituições, limitam-se a consentir, com sua ação técnica aparentemente reparadora e não-violenta, que se perpetue a violência global. Sua tarefa, que é definida como terapêutica-orientadora, é adaptar os indivíduos à aceitação de sua condição de “objetos de violência”, dando por acabado que a única realidade que lhes cabe é serem objeto de violência se rejeitarem todas as modalidades de adaptação que lhe são oferecidas. (BASAGLIA, 2001. p. 102).

As modalidades de adaptação funcionavam como recursos que garantiam a estabilidade e a conservação do saber médico. Assim como Maccacaro, Basaglia encontra a medicalização como mecanismo constitutivo das relações da saúde, avançando no sentido de fazer aparecer a violência que esse modo produz. É uma crítica à ciência como produtora de norma, um questionamento da condição de inferioridade moral e social, atribuída pelo conhecimento constituído sobre essas bases na saúde. Problematização de um saber técnico-científico que carrega a confirmação da inferioridade como verdade científica, portanto. É esse o traçado que marca a relação entre o movimento da medicina democrática italiana e o processo de reforma psiquiátrica à luz de um pensamento que foi denominado de “psiquiatria democrática”.

A questão da contenção pelo ato terapêutico foi explorada com detalhe por Basaglia no contexto do hospital psiquiátrico. Agenciam-se noções comuns sobre o tema dos efeitos da ação terapêutica, como prática de medicalização da sociedade, entendida enquanto efeito da aplicação do saber médico sobre as questões da saúde e da doença. São análises que tinham o objetivo de produzir um deslocamento no pensamento em direção à construção de um sentido comum. Não um comum que é deduzido, mas que age no sentido da modificação da realidade. A experiência da reforma psiquiátrica italiana, especialmente em Trieste, é rica em exemplos quanto ao engajamento de todas as pessoas ligadas ao manicômio na atividade comum de composição de uma experiência diferente de cuidado. Do ponto de vista dos afetos, essas agitações produziam um senso de colaboração e uma ideia de movimento, sustentando um sentido de estar levando adiante um processo de renovação e de construção de uma nova sociedade.

O pensamento construído nesse período nasceu de experiências distintas que tinham um ponto em comum: a medicalização da vida, entendida como uma forma de violência produzida pelo saber médico, que utilizava as estruturas de saúde fazendo-as funcionar como fábricas de objetivação do doente e da sua experiência, com impacto sobre o desejo e a capacidade de construir resistências. A objetivação produzida no território da saúde, que se construía produzindo o trabalhador da saúde e a figura do doente, impunha um modo de relação que atualiza no ato terapêutico uma dinâmica do par trabalhador-doente. Basaglia chamava a atenção para a necessidade de questionar o duplo processo de objetivação contido no ato terapêutico, chamando atenção para o sistema e a estrutura que sustenta essa relação, ambos produtos da violência. Assim, ao sugerir que à medicalização corresponde um processo de tecnificação, que conduzia à objetivação e à violência, o autor forneceu uma contribuição importante, mostrando que trabalhador e usuário são personagens de uma engrenagem que precisa ser problematizada. A não problematização dessas questões reproduzia a naturalização do doente e a violência. No processo de objetivação, o que fica evidente é a regulação da imaginação, ou seja, a conservação do movimento de produção de novos possíveis. Aquilo que é possível de ser imaginado pertence a uma realidade objetivada, e o que se estabelece de comum, a uma construção adaptada aos modos existentes. Desestabilizar essas questões que sustentavam essa dinâmica do pensamento era tarefa importante para instituir a crise e ativar a imaginação constituinte, provocando deslocamento no pensamento.

A composição das noções comuns em torno da medicalização e da objetivação significou o disparar de uma metamorfose dos conteúdos da saúde, através da análise constitutiva dos elementos que compunham a prática médica, tomados enquanto processualidade. Tais análises se tornaram possíveis e se multiplicaram por contágio, num contexto no qual as variações produzidas pelo **coletivo** engendraram deslocamento nas imagens do *coletivo*, abrindo caminho para novas composições singulares. Tais noções são expressas como

(...) uma nova consciência da relação entre a fábrica e o território (...), a investigação sai da fábrica e com ela os seus novos instrumentos, os seus métodos, as suas experiências, para ativar novos espaços e formas e enriquecer a subjetividade coletiva (...) (MACCACARO, 1976/1979, p.444).

Nesse cenário, uma torção no pensamento foi produzida, colocando em devir novas percepções sobre a realidade: do espaço da fábrica, o pensamento se expande para uma percepção mais ampla de que a vida era produzida como se fosse uma grande fábrica. Tal percepção conduzia ao desconforto e provocava estranhamento nos operários, desacomodando-os. Ao serem jogados na cena, empurrados para o centro, marcados como peças da engrenagem, algo se movimentava. É sobre esse cenário que uma experiência do **coletivo** transbordou o limite do indivíduo, que até então detinha a centralidade do saber na saúde. É o **coletivo** como potência que se anunciava: com a denúncia de um *coletivo* instituído, bem como a percepção da contaminação e do conseqüente envenenamento que a engrenagem produzia, um espaço aberto (vazio) se instaurou. O problema já não era mais da ordem da disputa pela composição de sujeitos políticos, mas de abertura para a passagem do **coletivo**.

Na Itália das agitações operárias, as imagens do *coletivo* na saúde – população, grupo ou sociedade civil – foram associadas à medicalização e à violência. Esse processo abriu passagem para que uma saturação das formas de *coletivo* fosse produzida, colocando em cena a característica do inespecífico na saúde, entendido como o grau máximo de potência, no qual as variações do **coletivo** são disparadas, assim como o procedimento constituinte. Com o esvaziamento das imagens, a processualidade instituinte se instaurou, sendo que o resultado desse percurso implicava, necessariamente, a ativação do desejo e das resistências. Conforme Espinoza (1973), quando o procedimento constituinte é ativado, o seu destino é o *conatus*, bem como a composição de uma nova singularidade.

Foi com o movimento de transição da potência, correspondendo à afirmação do **coletivo** como procedimento constituinte, que um conhecimento em saúde coletiva se singularizou em solo italiano, embora sem ter sido nomeado como um saber em ruptura com a medicina social e a saúde pública, como foi no caso brasileiro. Num primeiro momento, não se tratava de um conhecimento com contornos precisos, mas de um saber desterritorializado, intensivo e processual, enquanto linha de fuga a ser percorrida pelos operários. Esse conhecimento apareceu sintonizado com uma noção de território em mutação; a rigidez que fundamentava a lógica de território é aberta, deslocada para uma condição permeável e constituinte. Composição de um saber em potência, desterritorializado, que se enunciava de um modo diferente, tomando o **coletivo** como força de efetuação, subvertendo a maneira como essa expressão vinha sendo discutida na medicina social e na saúde pública. Portanto, uma ruptura no modo como a saúde era pensada começava a tomar forma.

Diante de um contexto no qual a tecnificação do ato médico e do sistema sanitário contribuiu para o desenvolvimento de um modelo médico-sanitário que era menos um modelo assistencial criativo e mais um sistema de gestão da vida, que se organizava mediante a construção de estratégias cujo objetivo era gerir medicalmente a sociedade, o território constituído da saúde escapa. Às noções comuns forjadas no período, ou seja, à denúncia da medicalização da sociedade, da objetivação e da violência da técnica, correspondeu um processo de politização da saúde, que estava em sintonia com as agitações operárias do período, utilizando recursos advindos da experiência acumulada pelo saber operário no território da fábrica, como, por exemplo, o uso da imaginação e sua potência constituinte. Com isso, uma linha de fuga é desenhada na saúde, cuja potência pede passagem.

Além de contribuir com a crítica da saúde, o conhecimento produzido pela medicina democrática italiana deixava evidente a disputa de modelos de reforma sanitária, luta na qual a perspectiva preventiva aparecia fortemente articulada como medicina preditiva. Segundo Maccacaro (1973/1979), a “nova” medicina que se configurava no início dos anos setenta, travestida de preventiva, era sedativa e produtora de marginalidade, de silêncio e de esquecimento. É de fato um sistema de gestão, que já não é apenas assistencial, porque afirmava o dispositivo da segurança, instituindo uma prática de governamentalidade, conforme a definiu Foucault (2008, 2011b). De fato, é um sistema de gestão da vida, no qual o sujeito da vontade política

era retirado da cena e transformado em objeto, marcado e sobrecodificado, território propício para o povoamento pelas imagens do *coletivo*.

A produção de Basaglia e de Maccacaro instituiu um limiar de desterritorialização no território da saúde, onde emergiram as seguintes questões: a denúncia do processo de medicalização da sociedade movido pela saúde pública e pela medicina social, cujo eixo era a gestão da imaginação por meio da técnica; o efeito de sedação e marginalidade que esse processo produzia, através da objetivação do indivíduo; e a reflexão crítica da mutação social que estava sendo instituída no período, que se efetuava como mudança de um modelo assistencial característico da saúde pública para a introdução de um sistema de gestão, que vai encontrar nos diferentes *coletivos* o reforço necessário para se instituir, fazendo da fantasia social e política um parasita. E, assim, Basaglia e Maccacaro forjaram uma experiência intensiva que rompeu com as formas instituídas do *coletivo* na saúde, fazendo dessa experiência a expressão da potência. Ao denunciar a impotência produzida pela medicina no território da saúde, esses autores fizeram dessa experiência uma atividade do pensamento, retirando os operários do lugar de quem sofre a ação do saber médico.

É necessário sublinhar que o modelo de saúde pública italiano daquele período era sinônimo de higiene e controle do ambiente. A medicina preventiva, por sua vez, um disfarce da medicina preditiva. A expansão do modelo assistencial pode ser pensada como abertura de espaços ainda não marcados pelo discurso médico-sanitário. O exemplo mais simples é a necessidade de saneamento do espaço da fábrica, como estratégia de contenção das forças sociais em agitação, através do uso do discurso médico preventivo. Maccacaro afirmava que a prevenção orientava a atenção para o plano patológico e individual, separando este último do social, funcionando como mecanismo de tutela da saúde. A alternativa para superar esse modelo estaria em deslocar o olhar em direção ao social, ou seja, compreender o processo saúde-doença como produto das relações sociais.

Diferentemente do modo como a medicina social compreendeu a relação entre as questões sociais e a saúde, tomando a sociedade como um indivíduo para aplicar sobre ela os métodos advindos das ciências naturais, quando Maccacaro e Basaglia discutem o processo saúde-doença como produto das relações sociais, é outra questão que está sendo colocada. Os autores explicitam a necessidade de analisar a dinâmica de composição das relações que forjam os conceitos e as práticas no território da

saúde, engendrando uma consciência política. Espinoza (1973) utiliza as noções comuns para explicar as dinâmicas de composição das relações que sustentam as formas instituídas, com o intuito de produzir uma variação intensiva e modificar essas formas. Do mesmo modo fazem Basaglia e Maccacaro, para quem a formação de uma consciência política, entendida como processo de “tomada de consciência”, organizava-se como disputa contra as forças que tendiam a fixar uma experiência homogênea e totalizante na saúde. Estabelecendo ligações no plano do conhecimento entre coisas aparentemente dissociadas umas das outras, esses autores colocavam as condições para que uma variação no modo como a saúde era entendida se produzisse.

Mesmo que utilizadas de um modo intuitivo, a imaginação e as noções comuns faziam parte do cotidiano desses autores, como ferramentas para desarticular os territórios instituídos, ou seja, para instaurar um limiar de desterritorialização. Tais territórios, montados para fazer a gestão assistencial dos indivíduos e do seu processo de saúde-doença, regulavam a imaginação, domesticando a fantasia social e política. Com Maccacaro e Basaglia, o saber médico e a tecnologia assistencial a ele associada foram problematizados. Portanto, no cenário das agitações operárias, é todo um território da saúde que explode, a partir da análise da dinâmica das relações que o sustentavam, deixando evidentes as forças de composição e os movimentos de conservação que instituíam e fixavam o saber em saúde nesse período.

O efeito de composição de realidades aparentemente distintas, separadas pela racionalidade técnico-científica, foi explicitado. Nos relatos de pessoas que viveram nesse período, percebemos que havia um sentimento ou uma disposição para colaborar e para construir algo novo. Na Itália, embora não tenha se consolidado um conhecimento denominado “saúde coletiva”, é possível perceber que ele estava contido em potência no território da saúde, expressando-se no pensamento aberto pelas análises formuladas pela medicina e pela psiquiatria democráticas. As agitações do período forjaram um plano de intensidades que colocou a saúde coletiva em potência. Da composição de um agenciamento no qual o **coletivo** ocupa posição de inespecífico, emerge a saúde coletiva como prática que problematiza a medicalização da sociedade e a objetivação do sujeito, utilizando a imaginação e a formação de noções comuns como limiares de desterritorialização dos territórios constituídos da saúde.

A alternativa para a chamada “medicina da ordem”, que coloca em evidência uma noção de *coletivo* estática e associada às imagens, estaria na composição de um

conhecimento como ação concreta sobre a realidade, cujo objetivo central era fazer emergir o procedimento constituinte, disparando a variação do **coletivo**. Efetua-se um deslocamento do indivíduo como eixo central do saber médico para o povoamento desse espaço por uma multiplicidade de singularidades, que afirmam esse saber. Uma multiplicidade está projetada sobre o território da saúde, determinando-o. Com Maccacaro e Basaglia, era a potência da *multitude* que se ativava na saúde, compondo um conhecimento aberto, intensivo e processual, que vai funcionar como dispositivo efetuidor dessa potência. E, desse modo, o sentido do **coletivo** é afirmado, ao mesmo tempo em que a saúde coletiva é entendida como plano de intensidades, e não como uma forma estável ou identitária.

Na experiência italiana, a saúde coletiva é antes uma força de desterritorialização e menos um modelo. E as questões analisadas com a problematização das agitações italianas mostram que a potência desse período estava na fundação de um não-saber ou de um saber-sem-rostos, que fazia escapar a engrenagem capitalista, sustentando o **coletivo** como inespecífico e enquanto uma potência de variação. Fica evidente que o **coletivo** compõe a ideia de potência e de variação, enquanto força desterritorializada ou inespecífica. Essa é a característica singular da noção de coletivo na saúde, bem como a perspectiva que permite superar as imagens que essa expressão assume.

Portanto, os primeiros anos da década de setenta foram importantes no sentido de ampliar as reflexões sobre as questões da saúde, sob a influência das agitações operárias. Nesse momento, os militantes italianos já dispunham de uma análise consistente da realidade, compreendendo as causas da crise social existente. Ao mesmo tempo em que percebemos que esse período reflete um momento importante de elaboração e maturidade das questões, também fica claro o início do processo de institucionalização das agitações operárias.

A crise econômica vivida pela Itália era entendida como agressão do patronato nacional e internacional à classe trabalhadora, que se compreendia como politicamente madura, criativa e combativa, contrária à hegemonia capitalista. Deterioração das condições de vida e de trabalho, más condições de saúde em função da exploração e a recusa de qualquer possibilidade de reforma sanitária que se organizasse como uma estratégia de desarmamento das resistências da classe operária eram questões de discussão permanente. Se, de um lado, os operários se reinventavam no encontro com a potência-sem-rostos própria das agitações do período, por outro

lado, a lógica capitalista agia reconhecendo e integrando os processos criativos e articulando novas formas de dominação.

Intensifica-se no interior das fábricas a divisão do trabalho, influenciando na composição de uma nova força de trabalho. Os operários denunciavam essa organização como uma estratégia capitalística que promovia a destruição da força política operária e da capacidade adquirida de controlar o processo de trabalho. Nesse período, organizava-se a massificação ou proletarização da classe operária italiana, entendida como mecanismo de domínio capitalista. Entretanto, o conhecimento que havia sido acumulado nos anos anteriores mostrava aos operários que o capital não era onipotente, existindo sempre a possibilidade de exercício da resistência. Nesse cenário de disputas, nasceu a noção de saúde operária, que deve ser entendida como uma forma de expressão da saúde coletiva no território da saúde italiano. Vamos analisar a saúde operária para entender as suas características, pois ela aparece como uma formulação importante do período que estamos discutindo.

De posse de uma leitura da realidade que denunciava o funcionamento e as contradições do saber médico, a saúde operária servia de base para denunciar a dinâmica capitalista e seus efeitos sobre a saúde. Como vimos, as questões colocadas pelos operários italianos tinham a função de problematizar a realidade de forma ampla, transformando experiências locais em articuladoras de um processo mais abrangente, com potencial para desterritorializar a realidade. Uma vez instituído um território, era preciso fazê-lo se mover, para dobrar sobre ele a força instituinte e liberar a imaginação constitutiva, mecanismo disparador de novas noções comuns. Essa prática era uma forma de subverter as forças conservadoras, bem como a capacidade do mercado de tudo marcar e consumir.

O conceito de saúde operária é forjado para agrupar o conhecimento produzido pelas agitações operárias, com o objetivo de explicitar um saber dos próprios operários sobre a sua saúde. Ela não apenas ajudou a ampliar a compreensão da saúde, mas também contribuiu para denunciar as forças conservadoras que dominavam o território da saúde, tensionando a realidade para que novas possibilidades pudessem emergir. O raciocínio que estendia o olhar da fábrica para a vida, ou seja, a prática do pensamento que entendia a vida como uma grande fábrica, contribuiu nesse processo: a saúde operária é a saúde de toda a sociedade; partindo da sua problematização, o que estava em questão era a saúde das pessoas e da sociedade.

A montagem do conceito de saúde operária aparece como uma forma de expressão da imaginação operária. Efetivamente, ela é uma maneira de pensar as questões que foram problematizadas no período, tais como a medicalização da sociedade e a objetivação do sujeito. A derivação de uma saúde operária das agitações no pensamento em saúde situa-se na disputa entre aquilo que está por vir e a captura e domínio do **coletivo** pelas forças conservadoras. O território da saúde italiano se viu agitado por essas duas tendências, ambas pedindo passagem.

A saúde operária na Itália significava a expressão atual da potência. Conhecimento que continha o **coletivo**, bem como a sua força de variar, pois dele era derivado. Os movimentos produzidos pela imaginação e a composição de noções comuns serviram como gatilho para a agitação produzida no território da saúde, contribuindo para a maquinação da saúde operária. Chamamos a atenção para a processualidade que existe nessa composição, ou seja, a sua dimensão constituinte. A saúde operária aparece como um conhecimento original e inventivo, com função de produzir uma leitura diferente da realidade, produzida pelos próprios operários. Ela re-significava a história da saúde operária, atribuindo-lhe novos sentidos, conforme sugeria Maccacaro.

A análise da construção da saúde operária permite perceber que, quando o **coletivo** varia, novos saberes em potência são colocados na existência, porque está em cena a força constituinte que não cessa de criar as condições para que novas singularidades se constituam. Associado à saúde operária, conjuga-se um plano intensivo, que coloca potencialmente outros conhecimentos que estão à espera de efetuação, ainda não formados. Quanto maior for a força do **coletivo** de variar, mais a realidade atual é preenchida por esses saberes em potência, produzindo uma saturação que favorece o aparecimento de novos saberes singulares na saúde, ativando desejo e resistências.

Sobre esse plano intensivo e de composição de novas singularidades podemos perceber a saúde coletiva enquanto máquina abstrata (DELEUZE;GUATTARI, 1999). No duelo intensivo entre forças ativas e reativas, a escolha dos italianos foi fazer emergir a saúde operária como saber depositário das agitações do período. Essa escolha faz sentido, uma vez que o impulso para tais agitações partiu das fábricas e das questões operárias, ampliando-se para a sociedade.

Portanto, o centro do debate foi a saúde operária. Havia o entendimento de que, quando os operários conseguissem se libertar, também seriam capazes de libertar

a sociedade do capital. Tal pensamento se relaciona com as teses marxistas, e se atualiza no território da saúde da seguinte forma: “(...) a saúde operária é a única que, se libertando, liberta também a saúde dos outros homens” (MACCACARO, 1973/1979, p.435). O caráter de sujeito constituinte do **coletivo** na saúde operária, favorecido pelo grau de inespecificidade que lhe foi atribuído nesse período, significava disparar o atributo da variação da potência. Essa característica é um aspecto importante para esse conhecimento; a partir dela, encontramos uma pista para pensar a saúde coletiva brasileira que nos ajuda a analisar as intensidades do **coletivo** contidas nesse saber.

A libertação do capital significava modificar as relações que sustentavam o saber médico e o modelo de saúde pública vigente no período. Percebeu-se que o domínio do saber e da prática médica não possuía qualquer pretensa neutralidade, uma vez que a própria ciência se colocava a serviço do capital. A medicina, tal como se apresentava naquele contexto, afirmava valores e uma ética que estavam relacionados com o modo de produção capitalista, servindo como instrumento de dominação. As noções comuns que foram construídas visavam produzir uma decomposição no modo como a saúde era problematizada, produzindo um limiar de desterritorialização, como vimos anteriormente.

Desse modo, os operários italianos estavam colocando em relevo a trama constitutiva que se presentificava no território da saúde. O conteúdo que sustentava o saber médico e a saúde pública foi colocado em crise, fazendo escapar esses territórios. No lugar do saber médico, organizou-se um conhecimento operário sobre a saúde, que deixou de ser objeto de intervenção da medicina para conhecer na ação, modificando o modo de compreender e de explicar a realidade. E esse conhecimento que conhece na ação é um modo de conhecer que carrega uma potência de efetuação, porque contém a força constituinte do **coletivo**. Essa potência de efetuação pode ser entendida como outra característica fundamental da saúde coletiva em solo italiano, pois a partir dela a saúde operária era formulada liberando a fantasia social e política – a imaginação constituinte, além de engendrar noções comuns que serviam para provocar a descontinuidade nos territórios da saúde. A ideia de *conatus* de Espinoza é retomada aqui, pois, ativado o procedimento constituinte, ele é determinado como um querer, que se afirma necessariamente na existência, produzindo o desejo e ativando resistências. É o pensamento como atividade que se afirma no território da saúde, enquanto efeito da potência efetuidora desse saber.

Do ponto de vista dos pensadores italianos que estamos estudando, é equivocado considerar que a saúde dos operários não era de interesse do capital, como achavam alguns militantes de esquerda na época. Da mesma forma, era falso pensar que, para os novos capitalistas, quanto melhor fosse a saúde dos operários, maior seria o lucro. O interesse dos capitalistas pela saúde operária não estava na quantidade, mas na composição de uma saúde funcional aos interesses do capital, que podia ser melhor ou pior, dependendo da circunstância. Por essa razão, Maccacaro (1973/1979) afirmou que a questão da saúde sempre foi central para o capital: a análise que os operários construíram rompia com aquelas produzidas pelo pensamento de esquerda, que tendiam a declarar o capital como inimigo a ser combatido.

O capital era entendido como relação: ele não comandava se não existisse relação. Importava como o capital se encadeava produzindo noções comuns com a saúde, determinando as dinâmicas de relação entre as coisas. A determinação era sempre dupla e caracterizada pela relação de forças em movimento. O operário, ao conhecer a fábrica, apoderava-se do desejo de comandar o trabalho, passando a controlar esse espaço de produção da vida. Assim, era possível instituir a crise e liberar a imaginação operária, criando as condições para construção de uma relação diversa entre os operários e o capital; deixar trabalhar a imaginação constituinte dos operários, a fim de fundar uma maneira original de estar juntos, pensando as questões locais em nível mais amplo, global. A problematização do cotidiano não partia de um recorte individual, mas de questões com força para produzir e encadear dimensões da realidade que estão aparentemente desligadas umas das outras.

Como podemos perceber, é uma prática de governamentalidade que estava sendo problematizada, como definiu Foucault (2008): a saúde operária era de interesse do capital, devendo ser mantida dentro de padrões mínimos, mais ou menos estável. É desse ponto de vista que o *coletivo* é problematizado na experiência italiana enquanto forma instituída, que deve ser funcional à lógica do capital. Embora os operários italianos não tenham falado diretamente do raciocínio da economia política, é exatamente essa questão que é intuída por eles e que passa a ser denunciada:

Ao padrão não interessa que a saúde operária seja esmagada para zero por cento ou elevada a cem por cento do seu potencial: que se realize, isto é, como presença ou como ausência de qualidade. A ele interessa, dizendo ainda mais cingidamente, que se mantenha naquele nível, naquela quantidade, o que corresponde a um custo de conservação vantajoso em relação à receita de consumo. De fato, o modo de produção capitalista –

tão complexo e variado na sua evolução e manifestação – não faz – sempre – nada que uma única coisa simples: uma contínua, enorme, programada transfusão das veias de um corpo social, a classe do trabalho, para as veias de outro corpo social, a classe do capital. (MACCACARO, 1973/1979, p. 437).

Construir um padrão de estabilidade para a saúde operária significava impedir o projeto de emancipação política da classe trabalhadora, tornando-a suficientemente elástica para suportar as manobras econômicas e políticas de interesse do mercado. Portanto, o objetivo do capital com relação à saúde operária dizia respeito à manutenção de padrões mínimos que, embora pudessem experimentar mudanças, deviam ser mantidos sob certa constância. Os operários sabiam, portanto, que, diante dessa dinâmica, havia a necessidade de inventar outro modo de compreender a saúde operária, subvertendo a “saúde do capital”, na qual historicamente se situa a medicina científica, denunciada como um modelo fiscalista e regulador.

Nesse cenário, os modelos da medicina social e da saúde pública foram colocados em discussão. Questionava-se a redução da saúde a uma disciplina – a medicina –, a objetivação do doente e a atribuição de uma natureza essencialmente biológica a ela. O indivíduo era acusado de irresponsável, enquanto a intervenção terapêutica seguia o princípio da higiene, da profilaxia, funcionando como polícia sanitária. A medicina defendia a sociedade não apenas contra a doença, mas também contra o doente, institucionalizando os desvios. Enquanto a saúde era entendida como um fato individual, a saúde operária era tomada como o combustível para evitar problemas sanitários na estrada do progresso capitalista.

No raciocínio da medicina social da época, a saúde operária era vista, ao mesmo tempo, como organizadora e depositária da fita métrica dos custos da produção e como mecanismo de regulação do consumo. Os efeitos desse modo de se aproximar das questões de saúde se estendiam para toda a sociedade, uma vez que seria um erro entender que as críticas elaboradas no período se restringiam à medicina do trabalho. As questões colocadas pelo movimento operário se traduziam como problemas mais amplos, que diziam respeito a toda a sociedade. Conforme Maccacaro (1973/1979, p. 439-440):

A saúde operária se torna matéria-prima, em si mesma, para trabalhar, transformar, consumir, cortando o homem com a atenção gananciosa e a racionalidade tecnológica que orientam o processamento, a transformação e o consumo de matérias-primas da natureza. Com a organização científica do trabalho, o trabalhador não é apenas um utensílio versátil, mas um

pedaço moído, transformado, ajustado por outros utensílios. A cadeia foi concebida e colocada em marcha para duas funções necessárias: a montagem da máquina e a desmontagem do homem. A completa industrialização da saúde do homem deve coincidir com a premissa de que a saúde humana é a defesa da devoção pela indústria .

Os italianos percebem que a história da saúde operária é a história da gestão da saúde pelo capital. Além disso, ela é o ponto de ruptura, o espaço da experiência, da imaginação e da composição de novas leituras da realidade, no qual é possível fazer derivar uma prática radicalmente nova.

Com isso, é possível delimitar o movimento democrático na saúde, composto pela psiquiatria e pela medicina democráticas. Esse movimento se instituiu em oposição a uma lógica que legitimava a ordem social e que, a partir da técnica, colocava-se como executora de um poder que a transformava em instrumento de controle através da medicalização e da produção da violência. Na contramão dessa lógica, a saúde operária foi pensada como um dispositivo de politização da medicina e da saúde pública, pensamento original no território da saúde, que carrega a potência do **coletivo**. Trata-se do deslocamento do indivíduo da posição de objeto sanitário para a afirmação da *multitude potentia*. Agitações intensivas cujo sentido era a afirmação de uma política que disparava a imaginação constituindo deslocamentos do pensamento em direção à formação de noções comuns, que denunciavam o *coletivo* como um investimento do capital.

Nas análises de Maccacaro, é possível perceber a correspondência entre a “saúde do capital” e a razão de estado, enquanto processo que instituiu uma forma de governo da vida. A tarefa de explorar a maneira como as relações se combinavam e se alimentavam umas às outras, entendendo a processualidade que estava em jogo nessa dinâmica constitutiva, efetuava a potência da saúde operária enquanto um saber que agia mobilizando o desejo e ativando resistências.

Desse modo, a fábrica-saúde, suas relações de dominação, repressão, controle e disciplina entraram em crise. Ao colocar em destaque o operário-domesticado concatenado pela fábrica-saúde, um deslocamento se efetuou: noção comum que alargava a imaginação, movendo os afetos e produzindo saltos no pensamento. Maccacaro e Basaglia explicitaram a dinâmica produzida pela fábrica-saúde e os afetos passivos, bem como a tendência de colocar ordem na relação, que funciona como força de conservação e de captura. Segurança e medo aparecem como produto

da medicalização, da objetivação e da violência da técnica, contribuindo para a gestão da fantasia social e política.

As reflexões oriundas das análises da saúde operária contribuíram para a formulação da ideia de saúde coletiva em solo italiano, momento em que o termo “saúde coletiva” começa a aparecer nos textos. De acordo com Maccacaro (1976a/1979, p. 464):

A fábrica é, de fato, não só o lugar onde se realizam, de forma concomitante e no mais alto grau, a concentração da nocividade e da espoliação da saúde – esse extremo é produto de uma ciência historicamente voltada para a burguesia, para a organização empresarial e, mais precisamente, para a organização científica do trabalho – mas é também o lugar onde o movimento operário deixou claro para si mesmo e para os outros que a luta coletiva pela saúde coletiva investe todo o modo de produção e o contexto com aquilo que ela tem de mais precioso: a sua falta – ou a desviada – racionalidade.

A “desviada racionalidade” de que fala o autor, que significa romper com o discurso objetivante da ciência para abrir um espaço possível para um conhecimento diferente, é força que coloca a saúde coletiva em devir. Compõe a genealogia da saúde coletiva a instituição de uma crise na racionalidade médica, que marca a insuficiência desse saber na saúde. A singularidade desse processo está na assunção do **coletivo** e do atributo da variação que lhe corresponde. O desvio pode ser entendido como o deslocamento que retira o indivíduo e coloca a *multitude* e a força do inespecífico investindo por completo o território da saúde, seja do ponto de vista da produção do saber, seja da prática. Nas agitações operárias, o próprio conhecimento em saúde é provocado a encontrar alternativas para além das imagens de *coletivo* reproduzidas e afirmadas pela racionalidade científica.

A composição da saúde operária foi um marco histórico importante que contribui para entender a genealogia da saúde coletiva. No entanto, devemos lembrar que a saúde coletiva não era um saber instituído no território da saúde italiano, mas um plano intensivo, e a saúde operária uma maneira de esse saber se expressar. Sustentava-se um limiar de desterritorialização, disparando novas transições da potência. A processualidade característica da variação da potência, sua força de repetir e diferenciar, agia compondo singularidades, derivando experiências instituintes na saúde. Quando a noção de coletivo carrega a força do inespecífico, recusando ser marcado pelas imagens do *coletivo* na saúde, é possível à potência afirmar o atributo da variação. O **coletivo** como inespecífico é um grau de potência. E

a experiência italiana, portanto, serve de exemplo para entendermos como o **coletivo** se expressa no território da saúde, sendo possível perceber a força de efetuação do inespecífico, enquanto capacidade de colocar em variação as formas pré-constituídas de *coletivo* para que singularidades sejam inventadas.

### 3.2 Do Inespecífico à Composição da Reforma Italiana

Para entender como as agitações produzidas pelo movimento operário italiano foram absorvidas no pensamento reformista da época, precisamos considerar o contexto mais geral da década de setenta, momento em que um novo acerto entre as forças sociais e o capital começou a ser delineado. Essas agitações, que podem ser analisadas como inversão do modelo de soberania dono da fábrica para o **coletivo**, começaram a perder força. Trata-se de um momento de importante avanço do ponto de vista legislativo, caracterizado pela passagem da processualidade constituinte para a materialização das aspirações operárias.

Fazia parte do cotidiano dos operários refletir sobre os mecanismos utilizados para capturar a imaginação. O consenso, por exemplo, era criticado, porque reorganizava as relações sem provocar rupturas no modo como a realidade se apresentava. Nesse sentido, no deslocamento da soberania do dono da fábrica para os operários, o consenso era entendido como uma prática a ser evitada, pois funcionava como mecanismo de regulação das forças sociais. Os operários italianos tinham clareza de que:

A política moderna foi feita destas aberturas de mundos comuns que põem uma comunidade dentro de outra. Aquilo a que se chama consenso é a tentativa de desfazer esse tecido dissensual do comum, de reconduzir o comum a regras de inclusão simples, quando o comum político é feito de procedimentos de inclusão do excluído e de posição em comum do não-comum. (RANCIÈRE, 2011. p.426).

Nos anos setenta, a via do consenso se configurou como um importante articulador das lutas pela reforma sanitária italiana, tendo em vista garantir a institucionalização da saúde como um direito universal, além de garantir a abertura para a participação da comunidade no cotidiano dos serviços de saúde. Portanto, nesse momento, o consenso aparece como um mecanismo importante para a instituição das expectativas operárias. Tendo em mente essa característica do período, vamos

investigar como o conhecimento produzido foi colocado no discurso reformista, visando analisar o pensamento e a experiência de reforma sanitária na Itália com foco na questão do **coletivo**.

Uma das alternativas encontradas para garantir que o conhecimento produzido no período anterior fosse considerado foi ampliar os espaços de participação. Essa ideia se tornou a principal contribuição do movimento democrático na saúde para a reforma sanitária, materializada na lei que instituiu o *Servizio Sanitario Nazionale*. Ao mesmo tempo em que um avanço importante no sentido de afirmar as mudanças no sistema sanitário se concretizava, Berlinguer ganhava importância. Aspirante-a-reformista, esse autor recortou as agitações na sua concepção de reforma sanitária, valorizando uma imagem de *coletivo* que apareceu como personagem privilegiado nesse processo. Ao reduzir as agitações à participação da sociedade civil, retira do pensamento tais agitações, identificando-as com uma imagem do *coletivo* reconhecida pela razão de estado, conforme vimos no primeiro capítulo. De inespecífico, o *coletivo* começou a ser mais bem definido, ganhando contornos precisos e uma identidade.

Analisar a questão da participação é importante para entender como se produziu o movimento de materialização das agitações operárias. O pensamento *Maccacaro* não está dissociado das agitações do movimento operário e dos seus destinos, especialmente no que diz respeito à necessidade de composição de uma consciência sanitária. Neste aspecto, inclusive *Berlinguer* concordava. Dadas as condições históricas do período, especialmente a composição de uma resposta da elite capitalista ao processo instituinte disparado pelas agitações operárias, podemos observar que a processualidade contida na “tomada de consciência” se instituiu enquanto bloco de luta pelo direito à saúde. Foi preciso ampliar os espaços de participação, a fim de garantir o exercício das lutas. Para que esses espaços fossem preservados, era necessário engajar as pessoas, não como obrigação legal, mas enquanto construção e desenvolvimento de uma consciência sanitária. Conforme *Maccacaro* (1976a/1979, p. 467):

(...) nós acreditamos que à participação autêntica nunca é suficiente a articulação de uma lei, mas ocorre sempre o compromisso de uma luta: que se desenvolve continuamente na identificação dos seus objetivos, que se acresce progressivamente no alargamento do seu campo, que não reconhece limites a este campo, nem admite que exista o último daqueles

objetivos. (...) Para a Medicina Democrática o único e sacrossanto extremismo é a saúde coletiva e que esta não pode existir sem participação.

A participação se tornou o principal aspecto da medicina democrática, aparecendo como o combustível da saúde coletiva. Analisando os sentidos atribuídos à participação na medicina democrática, encontramos uma concepção de coletivo muito próxima daquela que estamos discutindo. O que significava participação para os italianos? Maccacaro afirmava que ela devia ser entendida como prática de autogestão no governo sanitário. Não se tratava, portanto, de obter consenso ou de cogestão. O que importava era a sua processualidade, ou seja, a capacidade de disparar movimentos de apropriação subjetiva das experiências e a composição de respostas que produziam mudanças concretas no cotidiano da saúde. Uma nova racionalidade seria necessariamente forjada com a participação, contribuindo para afirmar a saúde coletiva.

Maccacaro afirmou que três atores são importantes quando pensamos a participação na saúde: os atores institucionais, os coletivos e os individuais. Ele entendia como atores institucionais os grupos ou agregações da sociedade civil, instituições que afirmavam posições de conjunto, demandas privadas ou individualizadas. Para o autor, devido às características desses atores, facilmente eles poderiam colocar em risco a presença dos indivíduos singulares no processo de participação, bem como a expressão das suas singularidades. Assim, o autor afirma que a participação deveria ser construída e colocada em prática pelos coletivos, pois apenas eles seriam dotados de uma capacidade de expressar a realidade individual comum, transformando a realidade objetiva em comunidade subjetiva.

A modificação subjetiva dos coletivos determina a mudança na saúde individual e no conjunto da sociedade, por isso sua originalidade como sujeito da participação sanitária. Por coletivo, o autor está entendendo não agrupamentos de pessoas, mas composições de noções comuns em torno de questões transversais, com potencial para produzir mudanças de dinâmicas. A articulação de diferentes problemáticas em torno de um tema transversal construía, segundo o autor, a possibilidade para a participação e, da mesma forma, colocava as condições para que mudanças se produzissem, tanto em nível individual quanto no da sociedade. Desse modo, Maccacaro afirmou que os coletivos e os indivíduos singulares eram os atores privilegiados dos processos de participação.

Espinoza é importante para nos ajudar a entender o sentido que Maccacaro atribui para a noção de coletivo ao definir a participação. É uma prática de terceiro gênero do conhecimento que o autor italiano está problematizando ao se referir à participação, chamando atenção à importância da noção de **coletivo** como inespecífico, ao movimento de composição das noções comuns que fortalece a participação, assim como à afirmação da imaginação como força constituinte a ser liberada. Com a definição de Maccacaro sobre a participação, fica evidente o sentido atribuído ao conceito de coletivo na experiência italiana, bem como o caráter intuitivo dessa experiência, cuja potência desestabiliza os territórios instituídos. É porque o **coletivo** é entendido como um extrapensamento (FOUCAULT, 2014) que ele ativa resistências, agencia o desejo e introduz na realidade uma série de variações e devires.

Enquanto extrapensamento, o **coletivo** significa para Maccacaro o conhecimento pela ação, ou seja, a composição de um pensamento que deixa de sofrer a ação objetivante do saber médico. O operário é deslocado da posição de objeto, para ocupar o lugar de sujeito em atividade. Nesse contexto, a participação aumenta o grau de inespecífico do **coletivo**, enquanto condição para colocar a potência de agir na saúde. Berlinguer, por sua vez, discutiu a participação dando maior importância para os atores institucionais e, desse modo, reproduziu no território da saúde uma imagem do *coletivo*, como discutimos no primeiro capítulo. Entretanto, ao nos aproximarmos dos textos históricos, vai ficando cada vez mais evidente que a potência da participação está no aumento do grau de inespecificidade do **coletivo**, como condição para disparar as variações da potência e abrir a possibilidade para a invenção do radicalmente novo.

Já na segunda metade da década de sessenta, Basaglia afirmava que uma reforma da lei psiquiátrica, por exemplo, não deveria significar apenas instituir novas regras para a montagem de uma organização assistencial diferente, mas enfrentar os problemas sociais que estão relacionados com a instituição da psiquiatria. Tais problemas advinham do exercício da autoridade e da relação hierárquica estabelecida na prática do cuidado. Apenas com o dismantelamento dessas relações, que significava a quebra do princípio da hierarquia e da autoridade, arriscando os papéis, seria possível sucumbir ao tipo de vida impessoal e conformista que reforçava o estatuto do indivíduo na saúde, bem como a sua fixação em posições sociais bem definidas. Tais questões são importantes para pensar como foi se agenciando uma prática de participação, na qual as pessoas se apropriavam das questões que diziam

respeito à sua vida cotidiana de forma autônoma, não enquanto um processo mediado pelo Estado, de forma hierarquizada e autoritária.

No entanto, Maccacaro não obstava a possibilidade de participação aos atores institucionais. O autor percebeu que nos *coletivos* se inscreve a possibilidade de ruptura e de afirmação do **coletivo**. Portanto, trata-se de criar as condições para disparar o procedimento constituinte nesses *coletivos*, pois, ao mesmo tempo em que o **coletivo** se afirma no território da saúde, a saúde coletiva vai experimentando saltos intensivos que colocam a possibilidade de novas singularidades. Tais saltos faziam crescer a potência da saúde coletiva. É, portanto, na transição do *conatus* para a singularidade do sujeito que novas subjetividades se constroem e que resistências podem se expressar.

É sobre essas bases que a participação aparece como elemento central para a medicina democrática italiana enquanto alternativa para corromper a lógica objetivante da saúde e produzir um desvio. E, desse modo, ela colocava em relevo a subjetividade. Com as experiências de luta no interior das fábricas, foi possível perceber que a subjetividade foi um aspecto importante na composição da lógica democrática na saúde, enquanto contraponto à força objetivante do capital, pois ela:

(...) reconhece, possibilita e expressa – no desenrolar da experiência, sem a qual não existe participação, e no envolver da vontade coletiva, sem a qual não existe transformação – uma pluralidade de sujeitos, que vão do singular ao grupo, do grupo ao coletivo, do coletivo à classe, cada um dos quais adquirindo o direito de se colocar no interior do ato médico, da instituição sanitária, da organização assistencial, numa relação finalmente dialética com tudo aquilo que – estruturas e as pessoas – até então foi considerado o objeto de uma relação analítica. (MACACCARO, 1976a/1979, p.469-470).

Na perspectiva de Basaglia e Maccacaro, a participação significava a abertura de diferentes espaços de aproximação, que produziam o movimento dos papéis atribuídos, rompendo com o aprisionamento da subjetividade, assim como com o modo de viver conformista, sintoma da medicalização, que gera violência. A participação envolvia a desnaturalização dos lugares e a desconstrução das posições historicamente definidas para trabalhador, doente e comunidade, tensionando uma mudança nas relações, que implicava, necessariamente, a construção de novas subjetividades. Desse modo, ela não era alguma coisa específica, pois a sua

processualidade significava que ela se tornava algo não por força de decreto, mas pelo exercício, enquanto atividade.

Nos espaços de participação seria possível o encontro com a experiência cotidiana, naquilo que ela carrega de inusitado: aproximação de mundos e mergulho no plano da experiência, criando as condições para que o procedimento constituinte se instaurasse. A participação aparecia como estratégia para disparar novas racionalidades, movimentar a imaginação e mover o pensamento, instituir rupturas. Entretanto, não tardou para que esse modo de tomar a participação fosse capturado pela necessidade de obtenção de consensos, institucionalizando-se. Da mesma maneira que é possível perceber a potência da participação na perspectiva de Maccacaro e Basaglia, também podemos identificar a ação de forças de conservação com a finalidade de capturá-la numa forma para reproduzir um equilíbrio de posições e afirmar as hierarquias.

Além da questão da participação, houve outras contribuições importantes nesse período, como, por exemplo, análises que apontavam as forças contrárias à reforma sanitária. Entre essas forças, encontrava-se a oposição de alguns setores burocráticos do governo italiano, que estavam ligados aos institutos previdenciários, assim como boa parte dos médicos; a resistência de alguns setores do capital – especialmente o farmacêutico – preocupado com as consequências econômicas da fiscalização, uma vez que esse setor era beneficiado pelo modelo existente. Embora resistente, a indústria farmacêutica era mais suscetível a aceitar a racionalização da assistência médica, em função da consequente ampliação da demanda e da dilatação do número de assistidos.

Os operários percebiam o jogo de interesses em disputa em torno da reforma sanitária, muitos deles em relação direta aos interesses do mercado. Ao afirmar que também interessava ao capital fazer a reforma sanitária, Maccacaro (1970/1979) deixou claro que os operários percebiam a disputa pela expansão do mercado da saúde. A alternativa era investir na participação e liberar a imaginação, entendida como força potencialmente capaz de fazer escapar a tendência capitalista de reconhecimento, sobredeterminação e alinhamento das lutas aos interesses do mercado. Nesse sentido, a crise que se instaurou no período também era uma crise produzida pelo capital, com o intuito de se expandir, aspecto que ficava evidente se prestarmos atenção em outro processo que se organizou no início da década de

setenta, a partir das discussões da *Comissão Trilateral*, deixando claro que o cenário italiano foi palco de lutas na disputa dos sentidos da reforma sanitária.

O marcador histórico desse período é o documento *The Crisis of Democracy: report on the governability of democracies to the Trilateral Commission*<sup>33</sup>, que expressa os acordos obtidos em 1973, tendo em vista conter as experiências de participação nos processos de tomada de decisão política. Esse momento histórico é importante, uma vez que introduzia uma visão conservadora calcada na reflexão capitalista que afirmava a necessidade de limitar a democracia. São forças conservadoras disputando espaço, reforçadas pela crença na necessidade de regular as forças sociais e a imaginação constituinte, pois não era possível sustentar a explosão que o alargamento das lutas impunha através da participação, por exemplo. De acordo com os pressupostos neoliberais, não existe planificação monetária ou coercitiva que se sustente se a estrutura do Estado for atacada o tempo inteiro e desafiada a se modificar com a intenção de atender às demandas sociais e reforçar a democracia.

O reconhecimento de que os operários italianos cada vez mais se consolidavam enquanto “classe” com capacidade de produzir mudanças, bem como de dinamizar o movimento operário e estabelecer relações materiais e de renovação contínua sobre a realidade concreta, ganhou força. Tais características convergem para a cristalização do movimento operário, que até então era composto por determinações sociais múltiplas, no qual a junção de forças não se instituiu em torno de uma organização operária. Pelo contrário, era a crítica dessa conjunção de forças em direção à composição de uma potência operária que fazia aparecer uma multiplicidade de singularidades locais e processos instituintes. A linha de fuga traçada no período está em vias de ser capturada. Movimentos no sentido do preenchimento da inespecificidade da noção de coletivo começam a tomar forma, definindo uma identidade para o movimento operário. Produziram-se no interior das fábricas novas racionalidades que pensavam o movimento; o procedimento constituinte aberto pela processualidade da “tomada de consciência” se transforma em consciência de classe: é a “classe operária” instituída, momento no qual o movimento operário está determinado. Os documentos do período ajudam a entender esse movimento:

---

<sup>33</sup> Crozier, MJ; Huntington, SP; Watanuki, J. **The Crisis of Democracy: report on the governability of democracies to the Trilateral Commission.** United States of America, 1975.

É urgente fazer um salto de qualidade sobre o terreno da organização operária de fábrica, a passagem de uma fase na qual operários ativistas singulares se encontram juntos em relação a determinados problemas, para uma fase de construção de um organismo estável de direção política sobre a luta operária no interior da fábrica. Por isso hoje é importante abrir este debate. Pelo fato mesmo de que são vários problemas que temos diante de nós e existem dúvidas, discordâncias de olhares, modos diversos de operar entre os vários companheiros. É pela superação desta não homogeneidade, por um crescimento qualitativo dos companheiros e do movimento, pela construção de uma linha de classe no interior da fábrica, que nós propomos a discussão deste documento (Documento do Centro Social Vag61).

Os anos da segunda metade da década de setenta são descritos pela mídia oficial como “anos de chumbo”. Explodiu na Itália uma forte violência política como resposta às experiências instituintes. Guattari (2005) afirmou que esses anos foram de intenso movimento desejante. No entanto, tais agitações foram rapidamente reprimidas:

(...) está se produzindo um salto de qualidade por parte do estado na sua função repressiva. O objetivo evidente é a destruição de qualquer processo de organização e de expansão do antagonismo social que as lutas dos últimos dez anos expressaram. (...) Esta operação não é casual nem “salutar”: há meses vem sendo maquinada pela Magistratura, solicitada por todos os partidos do regime, preparada uma intensa campanha de mídia e de opinião para a criminalização da luta e das formas de organização autônoma que continuamente colocam em discussão o “equilíbrio ameno” sonhado pelos reformistas (...). [O terrorismo é] uma premeditação coletiva (...) que liga toda a implantação capitalística a essa tentativa de genocídio político (Documento do Centro Social Vag61).

Todas essas denúncias são encontradas nos documentos da época, escritos pelos operários e divulgados nas fábricas. É sobre esse cenário que o espírito reformista vingou em solo italiano. Os operários chamavam a atenção para a “utilização capitalista da crise”. A solução encontrada foi caminhar em direção à construção de uma homogeneidade do movimento operário. Era o jogo da unidade, da totalização ou do fechamento num registro identitário que se reorganizava. É o espírito de determinação da força, que significava a construção de um organismo estável de luta, que vai se misturar ao ideário reformista dos anos setenta na Itália.

Na Itália, as agitações de 1968 representaram um movimento profundo e diferente do que aconteceu em outras partes do mundo, porque se prolongou por, pelo menos, dez anos. Quando, nos primórdios da década de setenta, iniciou-se a construção de um compromisso restaurativo no sentido de estabelecer acordos com a elite do capitalismo mundial, no qual a moeda deveria ocupar o centro do controle das relações sociais, a Itália ainda estava vivendo o processo instaurado pelo movimento

operário, embora em processo de declínio. Não tardou para que a sociedade italiana fosse contaminada pelo modelo que se anunciava. A introdução do modelo neoliberal, entre outras questões, condena a participação à escuta das necessidades de saúde da população, que significa transformar tecnicamente os interesses sociais, de forma contrária aos argumentos construídos por Maccacaro e Basaglia.

Quando o *Servizio Sanitario Nazionale* é instituído, já está em formação uma lógica contrária aos pressupostos que fundaram esse sistema de saúde. Percebe-se, por exemplo, que a cultura de produção de saúde existente no território vai sendo progressivamente substituída pela cultura de prestação de serviços. E, com ela, a mudança de sujeito da comunidade para usuário de serviços, separação entre técnico e político, e recorte burocrático das demandas sociais. O trabalhador da saúde, que nos anos precedentes era convocado a imaginar novos possíveis, transforma-se num prestador de serviços. De uma prática problematizadora que instituiu práticas de saúde no território numa relação de proximidade com as pessoas, o modelo de saúde italiano se orientou para a construção de um discurso focado na eficiência e nos resultados, sobre o plano de racionalidade técnica.

Maccacaro já no início dos anos setenta havia chamado atenção para as forças em disputa no território da saúde, destacando a tendência conservadora de afirmar um modelo contrário àquele proposto pelas agitações operárias. A participação vai ser absorvida como prática de coleta das necessidades de saúde, passando a ser qualificada pelo filtro da racionalidade técnica, fazendo da participação uma experiência burocratizada, retirando a potência política dessa prática. Embora Maccacaro (1976b/1979) tenha proposto a participação como uma via instituinte onde a expressão da potência é o aspecto central, o desenrolar desse processo sugere que ela se transforma em mecanismo de institucionalização das necessidades em saúde, ou seja, como interpretação, burocratização e, conseqüentemente, como prática utilitarista. Ao propor um pensamento em saúde coletiva, Maccacaro viu na participação a possibilidade de invenção de novas práticas em saúde, porque ela representava o processo de politização da saúde, subtraindo a lógica da medicalização. A razão de estado, ao contrário, faz dela um recurso útil para se mover e para ampliar sua extensão sobre o público.

Maccacaro e Basaglia nos ajudam a perceber uma experiência de saúde coletiva na Itália, mostrando que à formação de um movimento que produza mudanças no território da saúde corresponde a invenção de um saber que dê

sustentação a tais aspirações. Esse saber vai ser mais ou menos potente dependendo da maneira como o próprio movimento vai sendo articulado e as escolhas que vão sendo feitas. Na montagem do processo reformista, as agitações se institucionalizam como participação, sendo que Berlinguer foi quem anunciou da melhor maneira esse movimento, afirmando a importância da sociedade civil enquanto ator privilegiado desse processo.

Na Itália, a saúde coletiva não se instituiu como um campo de conhecimentos e de práticas, porque o eixo central das agitações foi o território da fábrica, e não o âmbito acadêmico. A perda da potência desse saber foi produzida em sintonia com a mudança na organização dos processos de trabalho no interior das fábricas, assim como pela necessidade de garantir alguns avanços, que conduziram à institucionalização das agitações através do recurso da participação e do consenso. Com o passar dos anos, a participação foi sendo capturada pelo discurso da avaliação das necessidades e da eficiência. Ela passou a ser investida pelo argumento da corrupção e ser responsabilizada pelo aumento dos custos em saúde, pois incentivava práticas de má gestão dos serviços, até ser tolhida da legislação italiana na década de noventa. De fato, o que se expressava nesse período era a afirmação da perspectiva neoliberal introduzida no início dos anos setenta, materializando o esforço de limitar a democracia.

No âmbito da saúde pública italiana, continuaram sendo discutidas questões de higiene e ambiente, enquanto a medicina avançou de forma cada vez mais especializada, seguindo a tendência mundial. O conhecimento produzido por Maccacaro se institucionalizou como medicina do trabalho, tornando-se um conhecimento impotente para influenciar a medicina italiana e praticamente ausente do universo acadêmico. Aos poucos, as agitações produzidas foram perdendo importância e cedendo espaço para a medicina hiperespecializada, fortemente identificada com a racionalidade científica. A lógica da prestação de serviços e a assistência médica hospitalar ganharam força, enquanto os serviços comunitários e territorializados, baseados na lógica dos centros de saúde, foram sendo desativados.

A saúde pública italiana experimentou um retorno às práticas conservadoras, travestidas de uma medicina que carrega o *slogan* de “moderna”, com foco na alta tecnologia e no modelo preventivo, com características preditivas. Diante das necessidades de saúde anunciadas pelo envelhecimento da população e pela prevalência das doenças crônico-degenerativas, assim como pelo aumento dos custos

da assistência, o modelo hospitalocêntrico tem sido criticado na atualidade, mostrando-se ineficaz para atender aos desafios contemporâneos na saúde. Práticas com foco na Atenção Primária em Saúde têm sido incentivadas, chamando a atenção para a necessidade de retornar à comunidade e construir novas práticas de participação.

De modo geral, parece existir uma baixa capacidade de encontrar alternativas outras para dar conta dos desafios contemporâneos na saúde. De fato, há pouco espaço para a imaginação e um pensamento que se organiza em torno de algumas noções comuns que não chega a produzir deslocamentos intensivos, porque não toma a noção de comum na sua potência de variação, mas no sentido da homogeneização.

Embora pareça que a potência das agitações produzidas no cenário italiano no período instituinte do movimento operário tenha se perdido, ela está contida no plano intensivo da saúde pública italiana, pronta para ser ativada. Algumas experiências “menores” no âmbito da “saúde global” italiana significam a composição de um novo agenciamento dessa agitação, enunciando a saúde como:

(...) um processo complexo, social, político, econômico e culturalmente determinado, que se desdobra nas histórias e nos corpos dos sujeitos como um epifenômeno das relações de poder e das desigualdades produzidas em cada contexto social. Saúde, nesse sentido, significa re-apropriação, principalmente política, de um espaço simbólico e material atualmente dominado pelo conhecimento biomédico, técnico e "neutro" (...). Diante de um serviço "público" esvaziado de sua função de coesão e redistribuição e colonizado por uma lógica de gestão privada orientada para o mercado, é preciso pensar em uma prática de "coletivo" não apenas como um fato econômico e/ou de produção de bens materiais a serem distribuídos, mas antes de tudo, como articulação de relações sociais, circulação do conhecimento, superando as divisões entre usuário-trabalhador, universidade-serviços-comunidade, instituições-cidadãos. Dentro desse processo de transformação social, a necessidade de repensar em sentido coletivo a construção dos serviços não parece estar em contradição com a defesa do que resta do estado de bem-estar social: o desafio é aquele de transcender a reprodução da dualidade serviço-comunidade, através da construção e do fortalecimento de redes que - dentro e fora das instituições - sustente a discussão e o intercâmbio de práticas e experiências, na singularidade de cada contexto de ação (Documento CSI, Unibo, 2013).

São práticas militantes multissituadas que tensionam o território da saúde, borram as fronteiras e articulam uma rede global de resistências, movimentando a imaginação e colocando em relevo a produção de novas noções comuns. Portanto, mesmo não existindo um campo de conhecimentos e de práticas denominado “saúde coletiva”, muitas experiências têm atualizado esse saber em solo italiano, sugerindo

que existem linhas de fuga sendo abertas no território da saúde italiana. Isso se deve à característica desterritorializada da saúde coletiva italiana, que funciona como um conhecimento que age antes no plano das intensidades, que ora pode se efetuar como saúde operária, ora como saúde global, por exemplo, ativando processualidades que se afirmam na medida em que o **coletivo** atinge graus de inespecífico e a potência entra em variação.

O foco das agitações operárias no território da saúde não estava na formulação de um saber acadêmico ou, pelo menos, esta não era a preocupação primeira. Havia sim a expectativa de desmontar o saber médico e a organização sanitário-assistencial existente, tanto que essas agitações contribuíram para a composição do pensamento reformista italiano, além de terem servido como mecanismo de pressão social para a institucionalização do *Servizio Sanitario Nazionale* no final dos anos setenta. Como vimos, a estratégia adotada foi a de fazer emergir singularidades periféricas, que derivam de experiências territoriais, sempre contextualizadas e com o olhar voltado para a dinâmica das relações que sustentam as formas instituídas na saúde.

Desse modo, pudemos perceber que a questão-problema que mobilizava Maccacaro e Basaglia e que servia como pano de fundo das discussões desse período dizia respeito ao modo como inserir no pensamento as agitações, ou seja, fazer com que o **coletivo** reverberasse no pensamento, produzindo deslocamentos no modo de entender a saúde, a fim de colocar a potência de agir. Essa agitação reverberava no território da saúde e se ampliava na à medida que era tocada pelo movimento da imaginação e pela formação de noções comuns, em função da capacidade dessas ferramentas para acessar o plano intensivo e desencadear o procedimento constituinte ou as variações da potência. Desse modo, acessar o plano intensivo na saúde significa disparar uma multiplicidade de agitações periféricas, liberando a imaginação e compondo noções comuns, que são mecanismos importantes para pensar o **coletivo** na saúde.

### 3.3 A Trama do Inespecífico na Reforma Brasileira

Na experiência italiana, o **coletivo** foi analisado enquanto força movente, que se expressa como inespecífico, disparando variações da potência e saltos no pensamento em saúde. O conhecimento produzido no encontro com essa experiência chamou atenção para um aspecto esquecido na saúde coletiva brasileira, qual seja, a

singularidade da noção de coletivo, bem como as suas potências. Revisitando o cenário das agitações operárias, percorrendo o caminho que levou à produção de novas leituras sobre a saúde operária, identificamos algumas contribuições para pensar a saúde coletiva, para além daquelas trazidas por Berlinguer (1987, 1988) para o Brasil e sistematizadas no primeiro capítulo deste estudo.

Para entender as potências desse conhecimento e a sua singularidade no território da saúde, vamos retomar a discussão de como se engendrou a noção de coletivo no movimento reformista brasileiro, com a finalidade de chamar atenção para a questão do inespecífico. Esse movimento nos ajudará a deslocar a saúde coletiva de um território no qual ela discute essa expressão numa relação de proximidade com a medicina social e a saúde pública, reproduzindo um saber sobre essa expressão que advém dessas formulações históricas. Com isso, podemos pensar a saúde coletiva de outra forma, forjando um plano diferente para as práticas que são produzidas a partir desse saber na atualidade.

Apesar de a expressão “saúde coletiva” aparecer nos textos que discutiram a saúde operária na Itália (MACCACARO, 1976a/1979, 1973/1979), foi no Brasil, no final da década de setenta, que este termo passou a configurar um campo de saberes e de práticas específicas, como vimos no primeiro capítulo. Historicamente, esse saber teve como influência o conhecimento advindo das ciências humanas e sociais, à luz do pensamento histórico-estrutural, tomando como eixo a problematização entre medicina e estrutura social, saúde e produção econômica (FLEURY, 1992). Essa perspectiva tem sido utilizada por diversos autores para explicar a invenção da saúde coletiva, mediante um contorno que é expresso como um campo de conhecimentos e de práticas (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

A análise que realizamos do cenário italiano mostrou que o **coletivo** produzia uma perturbação no território da saúde enquanto um pensamento que não se propunha ao fechamento. Ao contrário, ele carregava uma força problematizadora que forçava um deslocamento no modo de pensar a saúde, fazendo esse território entrar em crise. Foi essa perturbação que permitiu reinventar a saúde operária, por exemplo. E é essa característica singular da noção de coletivo na saúde que nos fornece uma pista para estabelecer a diferença que existe entre medicina social e saúde pública da saúde coletiva. Uma vez definido que a força do **coletivo** como inespecífico é a questão-chave para entender a invenção da saúde coletiva, resta perguntar como essa potência

pode desencadear processos instituintes que induzam rupturas no território da saúde na atualidade.

Discutiremos a invenção da saúde coletiva no cenário brasileiro sobre um plano no qual a potência do **coletivo** se efetua enquanto processualidade, resgatando os elementos que marcam a sua originalidade. Do ponto de vista intensivo ou processual, a saúde coletiva pode ser definida como um saber instituinte, que é tanto mais potente quanto mais o **coletivo** atingir graus de inespecificidade e entrar em variação. Com a análise da experiência italiana, percebemos que a imaginação e a composição de noções comuns instauram essa processualidade na saúde.

No Brasil, a produção da crise da saúde pública e a crítica à medicina preventiva e seu alinhamento à perspectiva liberal produziram mudanças no cenário acadêmico. Estava em jogo a criação de um novo programa para a saúde brasileira, alinhado à proposta de democratização do país. A Itália, por sua vez, não experimentou esse tumulto no plano acadêmico, pois as agitações tiveram como ponto de partida o espaço da fábrica e o território. Tal característica contribuiu para que o saber produzido nesse período no cenário italiano fosse marginalizado, pois naquele país a universidade se manteve não apenas dissociada das agitações operárias, mas também afirmando uma posição conservadora e alinhada com a perspectiva cientificista que fora questionada pelos operários.

Mas antes que o programa da saúde coletiva estivesse consolidado, várias foram as agitações que colaboraram para que esse conhecimento fosse construído, com destaque para o movimento sanitário. Conforme Escorel (2009, p. 188):

O movimento sanitário configura-se em sua singularidade por ter construído sua organicidade através da identidade do discurso e da criação de modelos alternativos; ter ampliado seu campo de ação, superando os limites do mundo acadêmico e penetrando na prática dos serviços; ter se originado nos aparelhos ideológicos de Estado (universidades), mas ter-se radicado na sociedade civil como movimento opositor ao regime; ter incorporado explicitamente a prática política rejeitando a neutralidade técnica; ter conscientemente constituído uma força contra-hegemônica nas instituições setoriais utilizando a estratégia da ocupação de espaços; ter tido um pensamento estratégico, procurando sua ampliação nos espaços de poder para viabilizar suas propostas de transformação.

Estava em jogo a produção de um desvio que articulava uma multiplicidade de experiências locais e de práticas singulares em direção à composição de um sentido comum para a saúde brasileira. Nesse período, a saúde coletiva se constituía como um

conhecimento desterritorializante, que abria linhas de fuga, especialmente ao colocar em questão o padrão de racionalidade da saúde pública, produzindo a sua crise. A originalidade desse conhecimento estava nas características que fomos elencando com a análise da experiência italiana, em especial no que diz respeito à força do inespecífico e à potência de variação do **coletivo**, constituindo uma força de efetuação desse conhecimento no território da saúde. No primeiro capítulo, definimos esse momento como o de construção da saúde coletiva como um projeto.

Vimos que as agitações no cenário italiano recusavam a aplicação de modelos previamente definidos, valorizando as experiências singulares e as práticas locais. Desse modo, esse saber estava potencialmente aberto para se deslocar e contagiar outros cenários, carregando consigo a força da imaginação e da formação de noções comuns como mecanismos de ativação da potência do **coletivo**. Embora a saúde coletiva tenha se territorializado na saúde operária, ficou evidente que a dimensão intensiva desse saber estava marcada por uma processualidade que permitia graus de abertura para a experiência no território da saúde.

O que chamou a atenção dos reformistas brasileiros na experiência italiana foi a singularidade da noção de coletivo. Essa singularidade era percebida de forma intuitiva, expressa enquanto agitação intensiva, afirmando o **coletivo** como inespecífico. Talvez por isso Conh (1989) tivesse dificuldade para definir essa expressão. A sensação era de que não havia necessidade de precisar aquilo que o **coletivo** engendrava no território da saúde, porque as pessoas estavam vivendo essa agitação, que se expressava como atividade. Desse modo, o **coletivo**, ao invés de ser deduzido, efetuou-se como força instituinte, disparando o procedimento constituinte. Ele era entendido como *multitude*, processualidade constituinte da realidade.

À medida que a saúde coletiva ganhava contornos mais precisos, essa expressão foi cristalizada nas imagens que discutimos, perdendo a sua força instituinte. Berlinguer teve papel importante nesse processo, trazendo para o Brasil uma visão de reforma sanitária que continha um recorte das agitações operárias, onde o **coletivo** se expressava como potência. Resgatando as disputas que tensionaram os cenários reformistas nas duas experiências estudadas, ficam evidentes dois modos distintos de entender a noção de coletivo na saúde coletiva, que se configuram em duas formas diferentes de expressão desse saber que precisam ser melhor analisadas. Faremos isso ao discutirmos as duas políticas da saúde coletiva, tendo em vista melhor caracterizar cada uma delas.

Para compreender o que significou a ruptura produzida no território da saúde com a invenção da saúde coletiva, precisamos retomar a discussão sobre a medicina social e saúde pública. Vimos no primeiro capítulo que a medicina social é um conhecimento que busca entender a relação entre o indivíduo e o social, com a finalidade de protegê-lo, enquanto a saúde pública é entendida como o programa de ação para garantir a defesa e a proteção do indivíduo. Portanto, tanto uma quanto a outra aparecem como um saber sobre o indivíduo que se prolonga para o social. Este último é apropriado e explorado pela lógica das ciências naturais: o social é expresso como conjunto de indivíduos e entendido como uma individualidade. Conjunto que é representado pela população vivendo em sociedade. Para Machado et. al. (1978, p. 248) “a medicina social é basicamente uma medicina preventiva”, e a prevenção, um mecanismo de governamentalidade. Ambas colocavam em prática um modelo militar, de policiamento do social, tanto do ponto de vista físico quanto moral, com a intenção de neutralizar aquilo que pode significar uma ameaça ou causar doenças. Tais saberes desencadeiam a prática da medicalização e de objetivação do indivíduo, produzindo violência.

Maccacaro e Basaglia partiram do questionamento da gestão da imaginação, ou seja, da domesticação da fantasia social e política, para problematizar a medicalização da sociedade. Era preciso forjar um conhecimento no qual o indivíduo fosse deslocado de uma posição central na produção do pensamento. Tanto na medicina social quanto na saúde pública, as imagens do *coletivo* eram utilizadas com o intuito de construir o indivíduo medicalizado, cujo desejo está orientado para responder à normalização imposta pelo saber médico. Esses dois saberes foram constituídos para atender às necessidades da sociedade, pois

O momento em que o Estado se encarrega de maneira positiva da saúde dos cidadãos é o mesmo em que a sociedade como um todo aparece como passível de uma regulamentação médica. E regularizar a organização e o funcionamento sociais do ponto de vista sanitário exige que a medicina se obrigue não apenas a tratar o indivíduo doente, mas fundamentalmente supervisionar a saúde da população, não só a visar ao bem-estar dos indivíduos, mas à prosperidade e segurança do Estado. (MACHADO et. al, 1978, p.253).

O que estava em jogo era a constituição de um saber que pudesse intervir sobre o público, entendido como objeto privilegiado de investimento do Estado. Essas análises mostram que tanto a medicina social quanto a saúde pública são produtos de

práticas sociais que têm como finalidade a organização de uma relação política entre Estado, indivíduo e sociedade, na qual o sujeito constituinte – a multidão – é caracterizado como aquilo que está ausente, cabendo ao Estado a prática constitutiva da experiência política.

Machado et. al. (1978) expressam de forma clara a posição do *coletivo* na medicina social e na saúde pública enquanto objeto que deve sofrer a intervenção do Estado, no sentido de ser marcado e modelado. Do mesmo modo, os autores chamam atenção para a necessidade que estava colocada no período de compor uma sociedade adequada aos novos tempos, caracterizando o desenvolvimento de uma racionalidade adaptada a tais necessidades:

Preservar a saúde exige uma série de providências que não nascem espontaneamente, mas precisam ser impostas e conquistadas através de uma série de lutas que são – os médicos o sabem e enunciam claramente – políticas. Se a medicina combate por um lugar entre os poderes sociais, ela, ao mesmo tempo, faz uma crítica arrasadora do passado com o sentido de justificar a homogeneidade que existe entre o seu novo tipo de racionalidade e de intervenção e a construção de uma nova ordem social. (Machado et. al, 1978, p.253).

Percebeu-se que a medicina social era um saber que instituiu uma racionalidade homogênea na saúde, tanto em termos de conhecimento quanto em relação às propostas de intervenção. Racionalidade que explicava os fenômenos sociais a partir das ciências naturais, colaborando para fixar o estatuto do indivíduo, uma vez que a finalidade da intervenção médica era a proteção dele e da população. Se a medicina caminhava em direção ao social, era para extrair dali aquilo que contribui ou não para fortalecer o indivíduo, colaborando para a produção de uma leitura individualizante do social. Ora, a aproximação do social ao individual nada tem de aleatória; ela está inserida num contexto mais geral de construção de uma arte de governar que se instituiu no século XIX (Foucault, 2008), cujo objetivo era regular o espaço público e implementar a ação do Estado.

Podemos dizer que a crise produzida no modelo de saúde pública no Brasil é efeito de uma processualidade aberta pela circulação do conhecimento. Entram em cena novas leituras da realidade, a exemplo da introdução das ciências humanas e sociais no território da saúde, bem como do pensamento advindo do materialismo histórico. As experiências instituintes vividas na Europa e em outros países da América Latina contribuíram para que se produzissem novas formas de pensar a

saúde a partir da segunda metade do século XX. A circulação do conhecimento, que pode ser entendida como a entrada de novas leituras da realidade com potencial para produzir uma ruptura nas formas instituídas, parece ter sido um disparador para a imaginação. No caso brasileiro, essa circularidade contribuiu para a formação de noções comuns que desestabilizaram a medicina social e a saúde pública, colocando a possibilidade de imaginar algo diferente para o território da saúde.

Embora se afirmasse na época que o *coletivo*-população não dava conta das questões do processo saúde-doença, nossa pesquisa nos textos históricos do período encontrou apenas um autor que problematizou essa questão no contexto reformista brasileiro. Novaes (1977), ao refletir sobre o tema da democratização da saúde, identificou que a participação era fundamental nesse processo, aproximando-se do modelo proposto pela medicina democrática italiana. O autor reconheceu que os diagnósticos elaborados no interior do aparelho burocrático do Estado e na academia mostravam-se insuficientes para construir melhores condições de saúde para a população. Com isso, percebeu que, nesses espaços, a compreensão de melhores condições de saúde significava o aumento da produtividade e a construção de uma imagem ideal de justiça, pautada na igualdade de direitos individuais e no consumo indiferenciado de serviços de saúde.

O resultado dessa racionalidade, segundo Novaes (1977), era a extensão dos serviços e seu conseqüente aumento do consumo, funcionando como estratégia potente de controle das tensões sociais. Para produzir mudança no modelo de saúde, o autor sugeriu a necessidade de intervir, tanto do ponto de vista político quanto ideológico, sobre a noção de população, colocando em análise a formulação dessa expressão, bem como a sua tendência à construção de uma democracia meramente formal. Desse modo, o autor chamou a atenção para a questão da população enquanto dispositivo de normalização, ou seja, como prática de governamentalidade. De resto, a maioria dos teóricos e militantes da saúde acabou assumindo o discurso da melhoria das condições de saúde da população sem qualquer estranhamento.

No Brasil, o contexto instaurado pela ditadura militar impedia que muitas questões relacionadas à saúde fossem problematizadas, garantindo espaço para a mercantilização da saúde. Nesse período, a iniciativa privada e o modelo hospitalocêntrico se expandiram. Escorel (2009), por exemplo, afirmou que a ditadura implementou uma política econômica com impacto negativo sobre a saúde, porque geradora de doenças, responsável por ampliar as condições de morbimortalidade da

população brasileira. Tal perspectiva sofreu uma ruptura no final dos anos setenta e nos anos oitenta:

A construção de um novo marco teórico no pensamento médico-social no Brasil iniciou um movimento à procura de seu personagem (as classes populares), existindo antes que essas classes organizadas procurassem criá-la. Em um primeiro momento, o movimento não encontra seu sujeito social porque este está silenciado, mas com a eclosão dos movimentos sociais, o movimento sanitário encontra seu referencial: desde seus primórdios está referido às classes trabalhadoras e populares. (SCOREL, 2009. p.182).

De modo contrário à experiência italiana, que teve como sujeito constituinte das agitações o operário e o território da fábrica, no Brasil uma classe popular – operária –, que estava ausente, foi imaginada. Essa figura forjada no cenário reformista brasileiro logo deixou evidente para o movimento o problema da atividade. Como colocar em atividade um “coletivo” ausente? Nesse contexto, não se produziu um movimento de empobrecimento das identidades, mas a fixação de um modo de ser que teve implicações importantes para a experiência brasileira, com desdobramentos na composição de uma imagem do *coletivo* no território da saúde.

Esse modo de ser aos poucos vai sendo traduzido como uma nova imagem de *coletivo*. Ao eleger como interlocutores as classes trabalhadoras e populares, o movimento reformista brasileiro apresentou o personagem-protagonista que estava imbuído da responsabilidade de fazer aparecer a figura do operário-agitador e articular o movimento sanitário. Com o auxílio da perspectiva do materialismo histórico e do pensamento de Berlinguer (1988, 1989), uma noção de *coletivo* foi transferida para o cenário brasileiro, com a finalidade de dar sustentação para o movimento sanitário. Essa construção atribuiu um novo sentido para o *coletivo* que, aos poucos, foi perdendo a sua característica de inespecífico, para assumir-se como ator do movimento sanitário, virando o protagonista, juntamente com os acadêmicos, da invenção de um novo conhecimento que fosse capaz de substituir a medicina social e a saúde pública.

No primeiro capítulo deste estudo, abordamos essas questões analisando as tensões que estavam colocadas nesse período, a partir das leituras dos textos produzidos pelo CEBES e a ABRASCO. Porém, a crítica mais radical desse processo foi elaborada por Escorel (2009). A autora afirma que:

(...) o movimento sanitário, em sua conformação, falava de uma classe operária que não aparecia no cenário político nem geral nem setorial. (...) e, por falar de uma classe ausente, o discurso médico-social de transformação continha esse outro ponto de tensão: sem contar com a participação direta da classe trabalhadora, o discurso e a prática do movimento sanitário era feito para ela (em direção a ela) ou por ela (no lugar dela). (SCOREL, 2009, p. 188)

Como vimos no primeiro capítulo, existia uma disputa quanto à estratégia que deveria conduzir o movimento (OLIVEIRA, 1987, 1988; FLEURY, 1998, 2009; CAMPOS, 1988). Scorel (2009) se associa às críticas elaboradas por Campos (1988) ao “partido sanitário”. Ao se concentrar nos espaços político-legais e jurídico-institucionais, esses autores acreditam que os reformistas brasileiros tenham se distanciado dos movimentos populares e de trabalhadores, perdendo de vista a oportunidade de construir novas composições políticas e novos saberes em conjunto com aqueles para os quais se dirigiam as propostas reformistas. Do nosso ponto de vista, o problema que está colocado é a perda do inespecífico do **coletivo**, que marca a passagem para a assunção de uma nova (velha) imagem do *coletivo* na saúde, que contém implicações importantes que foram estudadas quando discutirmos no primeiro capítulo o *coletivo*-sociedade-civil. Portanto, diferentemente da experiência italiana, que se efetuiu tendo como base as agitações operárias, no Brasil, o processo não se constituiu do mesmo modo, exigindo a composição de um personagem que efetuassem o movimento sanitário e que se articulasse na composição de um novo saber no território da saúde. Captura do inespecífico, bloqueio da variação da potência do **coletivo**, portanto.

No entanto, a experiência brasileira garantiu avanços do ponto de vista da institucionalização de um campo do conhecimento e das políticas de saúde em âmbito governamental, com a construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Tal aspecto é importante, na medida em que mostra como as lutas pela reforma sanitária se concentraram num espaço institucional que vai marcar profundamente os anos que se seguirão, em especial a questão da participação social em saúde, que terá como lócus privilegiado a luta no interior da burocracia de estado e de forma dependente dela. Além disso, com o envolvimento da academia e a necessidade de qualificar a força de trabalho na saúde brasileira, em função das mudanças no mercado de trabalho e das novas exigências colocadas pelos modos de produção, estão dadas as condições para a institucionalização da saúde coletiva como um campo de conhecimentos e de práticas no território da saúde. É o direcionamento de toda uma luta que se materializa sob

esse cenário que vai definir um conjunto de relações possíveis entre Estado e comunidade.

Para Escorel (2009), o período de institucionalização do movimento sanitário correspondeu à perda de sua base na sociedade civil e ao abandono das propostas transformadoras em detrimento das reformas administrativas. Luz (1991), por sua vez, a partir da análise da política de saúde na década de oitenta, destaca que a consciência do papel da saúde e das instituições médicas construídas pela sociedade civil nesse período se restringiram aos setores que eram mais atuantes, tais como as associações de moradores, alguns movimentos civis organizados e sindicatos. A autora percebeu que, no conjunto de atores sociais que se engajaram nesse processo, não havia uma unidade de discurso e de atuação em torno da temática da saúde. Ao contrário, os interesses eram bastante diversos e cada movimento buscava defender suas demandas.

Assim, a saúde coletiva tinha diante de si outra imagem de *coletivo*, que vai se compor com aquelas que já existiam no território da saúde brasileira. A permanência das imagens da população e dos grupos na saúde coletiva pode ser explicada pela simpatia dos teóricos brasileiros com relação ao discurso da medicina social. Já a escolha do movimento reformista pela imagem da sociedade civil parece ser efeito da não-problematização da singularidade da noção de coletivo, abrindo espaço para que o modo como essa expressão fora tomada na medicina social e na saúde pública povoasse a saúde coletiva.

Portanto, a saúde coletiva foi engendrada pelo movimento acadêmico e pelo movimento sanitário, com a intenção de articular teoria e prática na produção de uma leitura diferente no território da saúde. O discurso produzido no interior das universidades contribuiu para que a reforma sanitária brasileira ganhasse consistência:

Constatamos o desenvolvimento de um movimento nascido no interior dos Departamentos de Medicina Preventiva através da crítica ao discurso preventivista. Essa crítica construiu um conhecimento alternativo que caracterizou a identidade de um discurso – o da medicina social. Os contatos entre os núcleos críticos levou à constituição de uma rede onde há uma difusão do pensamento, de práticas, conceitos e estratégias. Essa rede e essa identidade do discurso teceram a organicidade do movimento, que passou a ter condições concretas de existência em sua singularidade. (SCOREL, 2009. p.187).

Quando o **coletivo** é tomado como inespecífico, o que entra em jogo são as transições produzidas pela potência. Ao insistimos em fixar o *coletivo*, perdemos de vista a processualidade que o inespecífico faz aparecer na saúde. Na invenção da

saúde coletiva, a agitação produzida pelo inespecífico povoava o território da saúde. Porém, não tardou para que essa força fosse capturada. A processualidade que emergiu como motor para que novas singularidades se expressassem colocava o devir. Entretanto, essa agitação parece ser deixada de lado quando o *coletivo* foi determinado e a saúde coletiva se instituiu como um programa no Brasil. Com a composição de um modo de ser para o **coletivo**, a força da imaginação enquanto dimensão constituinte que essa potência disparava parece ter se perdido.

O inespecífico significava a possibilidade de manter ativo o atributo da variação no território da saúde. É o mesmo que dizer que, nessa posição, a expressão do coletivo podia vir a se tornar qualquer coisa, abrindo uma série de possibilidades para a saúde coletiva, pois sem rosto essa expressão age como uma máquina de guerra. Sobre o plano da variação, esse saber em devir fazia escapar a política identitária que sustentava o *coletivo*, denunciando um modo de pensar que prendia essa expressão no plano das formas. Desse modo, a saúde coletiva aparece como afirmação da diferença e da multiplicidade – base da ideia de **coletivo** como potência –, marcando uma ruptura na força conservadora das imagens do *coletivo*, cuja origem encontra na saúde pública e na medicina social o seu ponto nodal.

No período de maior agitação no cenário brasileiro, o movimento sanitário se expressou como “ator coletivo”. Ele foi construído, conforme Escorel (2009, p. 184), “a partir da articulação entre pessoas, grupos e partidos em um processo semelhante e integrado ao que ocorreu com os demais movimentos sociais no Brasil: a reativação da sociedade civil (...)”. É dessa composição que deriva uma nova imagem de *coletivo* no território da saúde. Embora seja possível identificar um processo de abertura que levou à experimentação de um processo político intenso nesse período, parece que essas agitações foram acompanhadas pela burocracia de Estado, encontrando meios para se institucionalizar.

A análise dos autores (ESCOREL, 2009; TEIXEIRA, 1987; AROUCA, 2003), contribui para compreendermos a noção de coletivo como prática de construção de um saber, produção de uma consciência e transformação das relações sociais. Tal noção está necessariamente associada à ideia de movimento, pois desencadeava processos constituintes no território saúde. Essa característica de movimento é importante para pensar a saúde coletiva, pois se aproxima da ideia de **coletivo** como potência. Embora os teóricos ao longo dos anos setenta tenham concentrado esforços na ampliação do objeto saúde, o que se vê emergir como estratégico nesse momento é

a força que o **coletivo** tem de se mover e, ao mesmo tempo, colocar o pensamento em movimento, abrindo a possibilidade para um conhecimento em devir, diferente da medicina social e da saúde pública.

Entretanto, o povoamento da noção de coletivo no cenário brasileiro, sua transformação de inespecífico para assumir contornos cada vez mais precisos na saúde coletiva, produziu alguns efeitos. Conforme Escorel (2009, p. 198):

(...) na vertente acadêmica do movimento sanitário, passadas as fases de criação (as bases universitárias, a construção de uma teoria médico-social), e de expansão (de objetos do conhecimento, das bases institucionais), estabeleceu-se um movimento endógeno de auto-formação e reprodução do conhecimento. Mesmo sem negar o caráter político do saber em saúde coletiva, essa vertente preocupou-se cada vez mais com o caráter científico da sua produção e com a qualificação dos agentes e dos produtos. (...) esse movimento endógeno (o academicismo), com todas as regras que deve cumprir para estabelecer-se no panorama acadêmico como científico, distanciou-se de sua prática política, imprimindo uma característica bastante diferenciada das de sua origem. A prática teórica (...) até então vinculada à prática política do movimento sanitário, deslocou-se desta, criando um hiato (...).

Discutindo as imagens do *coletivo* no território da saúde, foi possível situar uma linha histórica que se organiza, inicialmente, sobre o discurso da população e dos grupos e, a partir dos movimentos reformistas, sobre a sociedade civil. Tal linha, antes de se apresentar como evolução de uma imagem a outra, demonstra o esforço para atribuir um sentido a essa expressão, tomada enquanto conjunto ou totalidade, especialmente sob o registro das identidades. Com a população, a questão do povoamento do espaço público a partir do alargamento da razão de estado é colocada. Com os grupos, está posto no território da saúde a dimensão da subjetividade e da socialização do indivíduo; e, com a sociedade civil, a disputa pela garantia de questões individuais (privadas) ganha destaque. Ao afirmar essas imagens do *coletivo*, a saúde coletiva atualiza as disputas pelo domínio do sentido no território da saúde, com destaque para a dimensão política desse processo, onde operam mecanismos que objetivam marcar o desejo e as resistências.

Embora saúde pública e medicina social tenham sido os alvos privilegiados da crítica dos reformistas brasileiros, medidas de organização, controle e regulação da vida parecem seguir o seu curso no território da saúde, amparados por um conhecimento que amplificou o campo sanitário e instituiu diferentes *coletivos* como problemas da saúde. Devemos nos perguntar se esse modo de funcionamento não

corresponde a uma tentativa de esvaziar a fantasia social e política, compondo um modo de gestão da imaginação que utiliza a saúde coletiva como um disfarce para fazer passar a força de conservação que as imagens do *coletivo* instituem no território da saúde.

Na aposta que a saúde coletiva faz no final dos anos setenta no contexto brasileiro, entendida como esforço de democratização da saúde, paralelamente também se afirmava um projeto político distinto daquele gestado pelo movimento sanitário, mais próximo dos sentidos políticos afirmados pela medicina social. Uma das principais aspirações da medicina social era a construção do cidadão, a partir da definição de uma imagem de cidadania. Por cidadania, a medicina social entendia a:

População construída de cidadãos, os homens que cumprem os seus deveres. O cidadão é o outro lado do bem comum, sendo que o primeiro diz respeito a um processo de construção e o segundo, a um princípio apriorístico. O cidadão é fruto da transformação do povo, massa confusa, guiada pelos instintos e sentidos; pertence a uma ordem que se movimenta pela razão, pelo conhecimento. É o homem percebido em relação com outros homens, relação controlada e voltada para a harmonia. O cidadão é forjado a partir de um projeto de ordem social: permite o funcionamento perfeito da sociedade, cumpre seus deveres e ajuda decisivamente a preservar o que é de todos (MACHADO ET. AL., 1978, p.255-256).

Portanto, na medicina social estava contido um projeto político de democracia, de cidadania e de construção do cidadão. Tal projeto tinha como base a proteção do indivíduo contra o perigo de viver em sociedade. Mas o produto da medicina social, assim como aquele que advém da saúde pública, é a medicalização da sociedade, consoante àquilo que Maccacaro e Basaglia denunciavam no cenário das agitações operárias italianas. Mesmo o discurso da medicina preventiva reforçava esse processo.

A experiência acumulada, advinda da transformação do modelo preventivista de caráter liberal, especialmente a partir da problematização do objeto saúde à luz do materialismo histórico, criou as condições para a composição do movimento reformista e da saúde coletiva. Desse processo, emergiu um discurso médico-social cuja ênfase é a politização do campo da saúde, no qual saúde e doença são tomadas como objetos históricos e socialmente determinados. Essas formulações contribuíram para a construção de um projeto político para a saúde coletiva. Apostamos que, problematizando o modo como a saúde coletiva expressa a noção de coletivo, podemos entender qual política esse saber efetua no território da saúde.

A expectativa do movimento sanitário brasileiro, a crítica à saúde pública “tradicional”, assim como a invenção da saúde coletiva, são movimentos em direção à democratização da saúde no Brasil. Porém, parece existir uma disputa de sentidos para a democracia no cenário brasileiro daquele período. Na experiência italiana, essas diferenças de sentidos também ficavam evidentes, especialmente entre as propostas reformistas, que sustentavam a necessidade do consenso, e os pressupostos afirmados pela medicina democrática. Tanto para o movimento sanitário brasileiro quanto para a medicina democrática italiana o sentido da democracia era afirmado pelo princípio da resistência e do desejo como prática de liberdade. Nesse sentido, a proposta de democracia formulada pelas agitações sociais desse período destacava a importância do **coletivo** como prática da *multitude*, sendo a saúde coletiva o conhecimento pelo qual essa potência deveria se expressar. O conceito de cidadania é um modo a ser inventado, uma singularidade por vir, gestada a partir do encontro com a experiência.

A análise que fizemos até o momento deixa evidente que pensar uma saúde coletiva que efetue algo diferente parece, necessariamente, implicar a problematização da noção de coletivo na saúde. Diferenças de projetos democráticos estão presentes ainda hoje no território da saúde. Para perceber isso, basta que prestemos atenção para as tensões existentes no campo da saúde mental, para observarmos dois pontos de vista distintos: um que afirma a psiquiatria democrática e outro que tende a reproduzir a medicalização (psiquiatrização) do social.

Ao colocarmos a noção de coletivo em evidência, percebemos que é bem possível que se atualize na saúde coletiva o modelo da saúde pública e da medicina social, especialmente se não tivermos a capacidade de compreender a singularidade inventada para essa expressão com as agitações sociais pré-reformistas, consoante àquilo que vimos com a experiência italiana e com as formulações que marcaram os primórdios da saúde coletiva no contexto brasileiro, quando ela ainda era um projeto.

A atualização da saúde pública e da medicina social “por dentro” da saúde coletiva é uma potência revestida de novos mecanismos de controle, que opera pela captura dos sentidos cuja tendência é conservar aquilo que é instituído. Quando utilizamos as imagens do *coletivo* na saúde, esquecendo-nos da singularidade dessa expressão, sustenta-se um projeto político que se aproxima do modo como a medicina social e a saúde pública entendem o sentido da democracia. Ao ser dominada pelas

forças de conservação, a saúde coletiva coloca em prática mecanismos de gestão da imaginação bloqueando a possibilidade de emergência de novas singularidades.

A partir dos anos noventa, a saúde coletiva se engajou numa produção acadêmica expressiva, mas com pouca capacidade de sustentar um movimento social e político com força para propor novas alternativas para a realidade sanitária. Ao ceder espaço e valorizar o pensamento racionalista que marca tanto as ciências da saúde, quanto as ciências humanas e sociais, a força da imaginação parece ter sido relegada para segundo plano. Com a racionalidade técnico-científica, não se estabelece uma relação que diferencia, não se exploram as diferenças de dinâmicas entre as coisas. Ao contrário, há um alinhamento no sentido da composição de uma relação comum que reforça a objetivação do indivíduo na saúde, contribuindo para a medicalização do indivíduo e da sociedade.

A política científicista e objetivante, que naturaliza a noção de coletivo, parece continuar sendo a lógica atuante, especialmente nos núcleos mais “duros” da saúde coletiva na contemporaneidade. Maccacaro chamou atenção com ênfase para essa questão, evidenciando que a força da saúde coletiva estava em subverter a racionalidade existente no território da saúde. O *coletivo* já não é mais o inespecífico, mas aquilo que está preenchido de sentido. As suas imagens são reproduzidas sem qualquer estranhamento, enquanto os problemas colocados pelo modelo neoliberal são percebidos como de difícil solução, enfraquecendo o sentido da democracia ao promover a política do indivíduo e do consumo como direção a ser perseguida na saúde.

A saída desse circuito parece estar na desterritorialização do *coletivo* na saúde coletiva, para fazer aparecer o inespecífico. Com o estudo das agitações produzidas no cenário italiano, percebemos que o **coletivo** carrega uma potência de variação na saúde. Essa característica precisa ser explorada pela saúde coletiva, com a finalidade de colocar novas singularidades em devir e inventar diferentes modos de conhecer e pensar a realidade. Com isso, abrimos essa expressão à multiplicidade, diferindo do modo como ela vem sendo entendida e rompendo com a herança deixada pela medicina social e pela saúde pública. Entretanto, marcar a ruptura com o *coletivo* enquanto representação só parece ser possível se o sentido atribuído ao **coletivo** como inespecífico for afirmado. Assim, o **coletivo**, essa potência inespecífica, plano intensivo e das multiplicidades, força ordinária que se afirma, cujo resultado é

impossível de prever e que, por essa razão, está associado à sorte da guerra, é a potência em ato, ainda não territorializada numa imagem ou identidade.

É sobre o terreno da política e da democratização da saúde que discutir o **coletivo** ganha relevância, especialmente porque ele é o projeto constituinte da *multitude*. Desse ponto de vista, parece ser fundamental abrir espaço para que essa potência se efetue. Lançando um olhar genealógico para a questão do coletivo na saúde e, ao analisarmos as experiências reformistas, percebemos a importância dessa expressão para a composição da saúde coletiva. Logo, parece ser vital abrir espaço à expressão do **coletivo** na saúde coletiva. Dar passagem para essa força é tanto mais importante quanto percebermos que está contida na saúde coletiva a tendência para conservar as formas instituídas do *coletivo*, assim como a capacidade de romper com essas imagens e disparar a processualidade constituinte.

Portanto, quando o **coletivo** assume posição de inespecífico e a potência afirma o atributo da variação, abre-se espaço para aquilo que é necessariamente original. O inespecífico, que num primeiro momento podia ser confundido como algo confuso, irrelevante ou sem sentido, expressa-se enquanto positividade. Ao instaurar a crise em função da saturação das imagens do *coletivo*, faz aparecer o jogo da variação. A cartografia do **coletivo** no território da saúde deixa evidente que ele é uma potência aberta, pronta para se tornar qualquer coisa. Essa força que pede passagem na saúde coletiva, disparando a processualidade constituinte.

Será que não preenchemos rápido demais a noção de coletivo na saúde, utilizando suas imagens habituais e, com isso, deixamos de lado a força de variar que ele instaura? Como sustentar o desassossego produzido pelo inespecífico, uma vez que ele significa a abertura de um espaço potencial de efetuação, possibilidade de invenção de novos saberes e práticas na saúde? Ao indagarmos as questões que tensionaram a composição da saúde coletiva, analisando o campo problemático das experiências italiana e brasileira de composição do movimento sanitário, foi possível perceber a processualidade desse saber enquanto plano aberto e constituinte. Essa processualidade é ativada pelo **coletivo**, tendo como combustíveis o movimento da imaginação, bem como a formação de noções comuns, que agitam o território da saúde, instituindo um limiar de desterritorialização que desencadeia o procedimento constituinte.

Maccacaro e Basaglia fizeram aparecer um conhecimento não sistematizado em solo italiano, de caráter desterritorializante, muito próximo daquilo que chamamos

no Brasil de saúde coletiva. O primeiro autor chega a utilizar esse termo nos seus textos, embora sem configurá-lo como um campo de conhecimentos e de práticas. As experiências que se produziram na Itália e no Brasil de luta pela saúde colocaram a necessidade de inventar um saber que desse conta de expressar o coletivo na saúde. Não um saber sobre o *coletivo*, mas um conhecimento que se produz tendo o **coletivo** como causa imanente, que diferencia o modo como essa expressão é tomada na medicina social e na saúde pública. Tal necessidade aparece como urgência de forjar um conhecimento que pudesse estabelecer relações entre as coisas, analisando a dinâmica dessas relações, para produzir deslocamentos e novos pontos de vista.

Trata-se de uma maneira de entender a realidade menos estática e, portanto, potencialmente desterritorializante, porque dispara o procedimento constituinte. Como vimos, a ciência e a racionalidade técnica foram conduzidas ao limite, tendo em vista fazer aparecer um saber singular que foi denominado saúde coletiva. As características desse saber e a sua processualidade sugerem que a saúde coletiva tem a ver com um modo de conhecer intuitivo. No cruzamento de diferentes saberes, existe a possibilidade de se articular um conhecimento que é produto da aproximação das diferenças e da ordem da multiplicidade.

Mas esse saber não é apenas isso. É também a condição para subtrair ou fazer escapar o território da saúde das formas que lhe atribuem uma estabilidade. Ao se instituir como porta-voz do movimento reformista, a saúde coletiva produziu um impasse, porque antecipou para o *coletivo* uma imagem construída pelo movimento reformista e, ao mesmo tempo, utilizou aquelas que já estavam dadas pela medicina social e pela saúde pública. A singularidade do **coletivo** na saúde, ou seja, o desafio de inserir as agitações no pensamento, foi pouco problematizada pelos autores que analisaram a história desse conhecimento. O caminho escolhido foi o de afirmar a racionalidade técnico-científica, retirando do pensamento as agitações. Com isso, instituiu-se uma política de caráter conservador, que funciona com a captura do **coletivo** pelas imagens do *coletivo*.

Prestar atenção à singularidade da noção de coletivo na saúde coletiva remete a análise ao plano das intensidades e à processualidade constituinte. Desse modo, novos caminhos de análise podem ser construídos na saúde coletiva. Fazer o **coletivo** aparecer na saúde coletiva significa se aproximar da imaginação e se engajar na composição de noções comuns para, dessa maneira, aproximar-se da dimensão

intensiva que essa expressão carrega. Para que isso seja possível, é preciso desnaturalizar o coletivo e ir além do plano das formas.

Quando o saber reformista construído na Itália se desterritorializou para o cenário brasileiro com Berlinguer (1987; 1988), encontrando um contexto geopolítico distinto, outros atores e outras questões se produziram. Se, num primeiro momento, o sentido atribuído ao *coletivo* em solo brasileiro como universal, comum ou propriedade de muitos, serviu como valor para impulsionar mudanças no sistema sanitário, assim como para a conformação de um novo campo do conhecimento e de práticas, parece que dar importância apenas ao aspecto ideológico dessa expressão é insuficiente para expressar a sua singularidade. A singularidade das experiências reformistas nos ajudou a tensionar a necessidade de deslocar a noção de coletivo da posição de objeto para afirmá-la enquanto potência constituinte da realidade, forjando um conhecimento singular na saúde, que envolve tanto desejo quanto resistências.

Apesar do valor moral ou ideológico que a ideia de coletivo possui, não parece ser esse aspecto o de maior relevância para a saúde coletiva. O risco desse modo de interpretar essa noção na saúde coletiva é efetuar mecanismos de gestão da imaginação e de governo da vida, sustentando as práticas de governamentalidade (FOUCAULT, 2008). Uma das formas mais eficazes de fazer isso é investindo na imaginação, domesticando a fantasia social e política, produzindo afetos passivos. Ao descolarmos o aspecto moral ou ideológico associado à saúde coletiva, estamos em condições de prestar atenção para o jogo de disputas que se materializa no interior desse saber, sendo o **coletivo** o analisador privilegiado desse processo. Construimos nossa discussão tomando a noção de coletivo como analisadora no contexto brasileiro, para posteriormente caracterizar as diferentes políticas do coletivo na saúde. Analisaremos as potências de cada uma dessas políticas a partir de agora, pois cada política coloca em cena propostas diferentes de saúde coletiva, consoante àquilo que veremos a seguir.

### **3.4 As Políticas da Saúde Coletiva no Cenário Brasileiro**

Para melhor compreender a saúde coletiva, tendo como analisador a noção de coletivo e aquilo que viemos discutindo até o momento sobre essa expressão na saúde, mais uma vez utilizaremos o recurso da grafia. Agora, nossa intenção será de explicitar as duas potências da saúde coletiva, fazendo aparecer as diferenças de

políticas que são efetuadas. Estamos entendendo como potência da saúde coletiva aquilo que é possível de ser efetuado por esse conhecimento a partir do modo como a noção de coletivo é expressa, seguindo o pensamento de Espinoza. Vamos marcar no texto a **saúde coletiva** em negrito, quando analisarmos esse conceito enquanto um plano de intensidades. Utilizaremos o termo em itálico – *saúde coletiva* – para chamar atenção para a sua forma instituída, a qual é preciso fazer escapar para que a potência do **coletivo** possa se expressar. Perceberemos que cada uma delas atualiza duas perspectivas distintas para a essa expressão na saúde. Quando não for importante marcar a diferença entre forma e força ou quando nos referirmos à saúde coletiva de uma forma genérica, utilizaremos o termo sem qualquer marca gráfica no decorrer do texto.

A análise que nos conduziu a pensar a **saúde coletiva** como um projeto, entendida como aquilo que não é atual, chamava atenção para o plano intensivo desse conhecimento. Nessa dimensão está contida a potência do **coletivo**, bem como a sua força de variação. Esse plano de intensidades foi percebido também na experiência italiana, através da processualidade que conduziu à construção da saúde operária. Quando a força do **coletivo** como inespecífico se expressa no Brasil, a *saúde coletiva* é inventada, passando a ser definida como um programa de conhecimentos e de práticas no território da saúde, como proposta para substituir a saúde pública e a medicina social.

A *saúde coletiva* pode ser entendida como o atual da **saúde coletiva**, ou seja, uma forma de expressão desta. A processualidade aberta pelas agitações e práticas sociais impuseram a necessidade de um novo conhecimento no território da saúde, criando as condições para que a *saúde coletiva* se instituísse. Por isso, ela não pode ser pensada como porta-voz do movimento sanitário, pois foi a condição de inespecífico do **coletivo**, combustível das agitações instituintes do período, que garantiu as condições para que esse saber fosse inventado. Quando a *saúde coletiva* se propõe a representar o movimento sanitário, faz isso tomando o *coletivo* como imagem, deixando de perceber a dimensão constituinte da sua potência, para se preocupar com a objetivação do *coletivo*.

Nesse sentido, a *saúde coletiva* não pode ser pensada como o começo de um saber sobre o **coletivo** no território da saúde; é a força do **coletivo** como inespecífico, bem como a sua potência de variar, que colocaram as condições para o surgimento da *saúde coletiva*. Questão importante, porque a noção de coletivo já era discutida na

medicina social e na saúde pública, embora de um ponto de vista diferente. No cenário das agitações reformistas, essa expressão adquire um novo sentido, assumindo uma positividade que colaborou com a desterritorialização do pensamento em saúde.

Sem o devido conhecimento da singularidade que a noção de coletivo introduz na saúde no período das agitações reformistas, a *saúde coletiva* pode contribuir para sobredeterminar o **coletivo**, capturando sua potência. Ela faz isso para reproduzir o *coletivo*, aproximando-se de um modelo de racionalidade desde muito conhecido no território da saúde, mas que precisa ser desviado para que a **saúde coletiva** se expresse como força movente dessa racionalidade. Contudo, o **coletivo** não é algo passível de ser manipulado ou que sofre a ação. Ele é a força do inespecífico e da variação, a condição para a emergência de novas singularidades, de modo que as possibilidades para a *saúde coletiva* parecem estar no plano das variações do **coletivo**, e não na conservação da sua forma instituída ou dos diferentes *coletivos*. Portanto, nosso estudo demonstra que a diferença fundamental que marca a ruptura e a originalidade da *saúde coletiva* em relação à saúde pública e à medicina social está na possibilidade de sustentar o **coletivo** enquanto processualidade na saúde.

As imagens do *coletivo* impedem que nos aproximemos da força do **coletivo**. Ao impedir ou falsear as agitações do **coletivo**, a *saúde coletiva* afirma uma política que visa conservar a realidade e suas formas instituídas. Desse modo, ela se apresenta como um saber útil, que encontra eco na tendência contemporânea de afirmar o estatuto do indivíduo e fortalecer o governo da vida. Por outro lado, a radicalidade da potência do **coletivo** desloca a *saúde coletiva* do plano das formas, fazendo-a variar: uma **saúde coletiva** em devir, pré-conhecimento, sem modelo ou essência, enquanto força, desenha linhas de fuga, afirmando a possibilidade de invenção de novas singularidades.

Mesmo delimitando um campo de conhecimentos e de práticas para a *saúde coletiva* como forma de colocar ordem no pensamento, a tentativa de organizar um destino para esse saber parece sempre ser frustrada quando ele entra em contato com o **coletivo**. Por essa razão, é problemático entender a *saúde coletiva* apenas como um campo de conhecimentos e de práticas, porque essa definição remete à dimensão instituída desse saber, deixando de lado sua dimensão intensiva. Falta acrescentar nessa definição a discussão da singularidade desse conhecimento no território da saúde, qual seja, assumir ou desnaturalizar as imagens do *coletivo*, aumentar ou

reduzir a inespecificidade dessa expressão, facilitar ou dificultar as variações da potência.

A problematização que realizamos mostra que é preciso demover a forma na qual a *saúde coletiva* está aderida para ativar transições da potência. Ao deslocar a *saúde coletiva*, alcançamos o plano de intensidades que agita esse conhecimento, onde forças disputam a composição de novos saberes ou a conservação das formas instituídas. Sem acessar a dimensão intensiva, reproduzimos um conhecimento que, forçado a não entrar em contato com o **coletivo**, afirma as imagens do *coletivo* no território da saúde, bem como as relações e os efeitos que cada uma delas provoca sobre a realidade. Desse modo, este estudo faz aparecer um novo problema: como sustentar uma política do inespecífico para a expressão do coletivo na saúde, a fim de disparar as variações que conduzem ao surgimento de novas singularidades?

Trabalhar com a imaginação e com as noções comuns parece ser uma pista para ativar essa processualidade e produzir uma fratura na *saúde coletiva*, porque esses dois mecanismos contribuem para fazer aparecer o caos que está contido em potência nesse conhecimento. Para tanto, é preciso tomar a **saúde coletiva** como um querer-conhecer, uma vontade na qual se expressa a potência do **coletivo**. Força constitutiva, conhecimento processual, intensivo e instituinte, desterritorializado. Multiplicidade sem rosto, que não está preocupada com o domínio da verdade, mas em alargar o conhecer, onde o que está em jogo é a luta e a rivalidade das forças.

O problema do **coletivo** na saúde é uma questão de abertura de um horizonte possível, ainda não povoado, sem rosto: imersão num plano de intensidades que coloca a possibilidade da invenção. Podemos desconstruir a *saúde coletiva* entendendo a **saúde coletiva** como dispositivo de efetuação do **coletivo**, tensionada pelo movimento da imaginação e pela formação de noções comuns. Não há acordos ou fechamentos em qualquer totalidade, mas uma multiplicidade de singularidades se agitando e pedindo passagem. Imaginação e noções comuns são as ferramentas que disparam na saúde a potência do **coletivo**, expressando a **saúde coletiva** como um dispositivo de efetuação dessa potência. O exemplo dessa processualidade pode ser retirado das agitações que conduziram às experiências reformistas italiana e brasileira, conforme discutimos ao longo desse capítulo. O efeito desse processo é fazer o território da *saúde coletiva* – o programa instituído ou a sua forma – atingir um ponto de saturação no qual seja possível emergir uma linha de fuga.

Portanto, resgatar a singularidade do coletivo na saúde e a processualidade da **saúde coletiva** na composição de mundos parece ser uma alternativa possível para superar a tendência imposta pela *saúde coletiva* de se tornar uma escolha para fazer crescer um conhecimento verdadeiro e da ordem da moral, que reproduz signos e valores sobre a saúde, significante ou subjetivante, próximo da ideologia, de caráter militar ou policialesco, distante da potência. Esse conhecimento “moral” reforça a saúde pública e a medicina social, atualizando no território da saúde aquilo que existe de mais retrógrado e conservador que foi fortemente criticado nos nossos cenários de estudo, devido à sua força de produzir a medicalização da sociedade e a objetivação do indivíduo.

Se não prestarmos atenção suficiente ao sentido atribuído ao coletivo nas agitações que desencadearam os movimentos reformistas, corremos o risco de avaliar a *saúde coletiva* pelo viés da ideologia, simplificando esse saber. Maccacaro, por exemplo, sugeria uma saúde renovada e não reformada, como defendia Berlinguer, reforçando a importância da racionalidade “desviada” que a saúde coletiva impunha ao território da saúde. Essa racionalidade “desviada” pode ser entendida como a potência subversiva da imaginação e da formação de noções comuns que, ao introduzirem no território da saúde um limiar de desterritorialização, abriram espaço para o devir e para a intuição. O desvio nos sugere que as agitações do **coletivo** estão mais próximas do anarquismo do que das aspirações reformistas, que inventaram uma imagem do *coletivo* para si próprias.

A necessidade de se tornar um conhecimento verdadeiro no território da saúde pode fazer da *saúde coletiva* um conhecimento útil, cuja racionalidade reproduz valores da ordem da moral. Conhecimento determinado pelas imagens do *coletivo*, que determina o desejo e captura as resistências. Um saber sem força para fazer diferente, que conhece sempre a partir das mesmas premissas. Já a **saúde coletiva**, entendida como um dispositivo de efetuação do **coletivo**, tomada enquanto um conhecer intensivo, faz a *saúde coletiva* escapar. Conhecimento anterior à verdade, onde o que está em questão são as agitações e as lutas. A preocupação não está em conservar ou na utilidade, tampouco no interesse pela verdade. É a ideia de um pensamento como atividade, da forma como visualizamos no contexto das agitações operárias, que se destaca nesse momento: não um caminho em direção à *saúde coletiva*, mas o percurso que leva à problematização dos saberes existentes no território da saúde, à produção da dúvida sobre tais formas, à abertura para a análise

do plano de efetuação das forças. Na atualidade, algumas experiências que destacam a dimensão processual e instituinte da **saúde coletiva** já vêm sendo problematizadas na saúde<sup>34</sup>.

A análise genealógica da noção de coletivo no território da saúde fez aparecer o movimento da potência, entendido como a característica constituinte da **saúde coletiva**. Um conhecimento articulado com a vida, parcial e voltado para a expansão da potência; um saber que coloca um paradoxo, cujo sentido é o questionamento da *saúde coletiva*: toda uma composição existente é problematizada porque se organiza como aparência. É a parcialidade violenta da **saúde coletiva** que serve à vida e que é preciso afirmar, para que a *saúde coletiva* seja retirada das interpretações condicionadas pelas imagens do *coletivo* e sua utilidade como prática de governo da vida.

Com o deslocamento produzido pela análise do **coletivo** no território da saúde, pudemos entender como essa força age, colocando em devir a **saúde coletiva**. Portanto, a **saúde coletiva** é um saber ainda não constituído que efetua o **coletivo** como força constituinte da realidade. O jogo das diferenças é a base da **saúde coletiva**, plano no qual o **coletivo** se agita: pura variação, onde não existe consciência, apenas efeitos. Do ponto de vista intensivo, o **coletivo** é extrapensamento (FOUCAULT, 2014), uma maneira de entender que se diferencia do modo como a *saúde coletiva* interpreta o *coletivo*. O **coletivo** é um extrapensamento quando atinge grau máximo de inespecificidade, produzindo a saturação dos territórios instituídos, ativando as variações e as transições da potência. Os destinos dessa processualidade se expressam através do *conatus*, permanência na duração, esforço de expansão e aumento da potência de agir.

A constituição da *saúde coletiva* impõe uma política para esse conhecimento no cenário brasileiro. A definição desse saber como um campo de conhecimentos e de práticas (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998) foi uma saída utilizada para acomodar os saberes que disputavam esse conhecimento no cenário acadêmico. A noção de campo de Bourdieu (2003) foi utilizada como um elo para agrupar alguns saberes já constituídos e bastante conhecidos na saúde: a epidemiologia, as ciências humanas e sociais em saúde e o planejamento e a gestão de serviços de saúde. Cada um desses

---

<sup>34</sup> Entre os trabalhos que vêm sendo desenvolvidos nessa perspectiva, podemos citar Ceccim & Mehry (2009); Merhy (2012); Ceccim & Capozzolo (2004); Merhy (2011); Ceccim & Ferla (2008); Ceccim & Palombini (2009); Ferla, (2004); Ferla & Matos (2012); Gonçalves & Barros (2013); Vasconcelos & Paulon (2014); Lemke & Silva (2013; 2011).

“pilares” carregava um possível e queria se afirmar enquanto tal. A aposta foi na produção de uma soma desses conhecimentos, pois se acreditava ser possível derivar desse grupo “um a mais”. O excedente dessa relação seria a potência da *saúde coletiva*. Entretanto, esse excedente não contém força suficiente para produzir fissuras nos “pilares”, porque essas disciplinas tendem a defender suas identidades, deixando claro o difícil movimento de fazer escapar as bases que sustentam cada um deles. Conforme Foucault (2014, p. 190):

Entre essas relações, um grupo se caracteriza pelo fato de reunir pela força várias diferenças, de as violentar para impor-lhes a analogia de uma semelhança, de uma utilidade ou um pertencimento em comum, de lhe estampar uma mesma marca .

Ora, parece que a própria expressão *saúde coletiva* é uma tentativa de ser representada como *coletivo*, por isso a importância de fazer esse discurso escapar, resgatando o seu caráter instituinte. Há o entendimento da dinâmica que compõe cada um desses saberes, mas esse conhecimento não coloca a potência de agir, porque cada pilar tende a funcionar como uma individualidade. Embora possamos perceber que a ideia de campo representa um movimento em direção à composição de uma noção comum no território da saúde que diferencia a *saúde coletiva* da medicina social e da saúde pública, esta é de segundo gênero, pois o **coletivo** não tem força suficiente para disparar as variações da potência. Esses pilares, ao invés de afirmarem o **coletivo**, trazem para a cena o *coletivo*, herança da medicina social e da saúde pública. O que não se afirma, portanto, é o limiar de desterritorialização produzido pela força do inespecífico e pelas variações dessa expressão, uma vez que as diferenças de dinâmica não são explicitadas nem os territórios identitários de cada pilar subtraídos.

A noção de campo que é constitutiva da *saúde coletiva* procura fortalecer uma ideia de grupo. Multiplicar essa relação de grupo enquanto força de homogeneização das experiências, onde o *coletivo* tem sido visto como forma identitária, representa a dimensão possível da *saúde coletiva*. É aquilo que é possível alcançar no plano das formas, ou seja, a conservação e a estabilidade, que pode ser entendida como reatualização dos saberes clássicos do território da saúde, mesmo sob o discurso da *saúde coletiva*.

Dar um passo adiante nessa questão significa dizer que a **saúde coletiva** é um dispositivo que efetua o **coletivo** na saúde. Enquanto conhecimento efetua, a

potência desse saber está na análise da processualidade ativada pelo **coletivo**, no jogo da captura/ruptura das formas instituídas para essa expressão, na discussão da formação e da deformação dos territórios existenciais. A **saúde coletiva** pode tanto mais quanto maior for a potência do **coletivo** de variar no território da saúde. É isso que a experiência italiana e a brasileira afirmam em comum.

O **coletivo** pode ser entendido como uma potência de desarticulação do estatuto do indivíduo em direção à experiência do tornar-se muitos. Quando analisamos as imagens do *coletivo*, observamos que elas afirmam a dicotomia indivíduo e sociedade, tomando o primeiro como ponto de partida no território da saúde. Percebemos que essas imagens amarram o desejo, desativando as resistências. A problematização de Maccacaro e Basaglia quanto à medicalização e à objetivação, bem como a denúncia da violência que esses dois mecanismos produziam, era uma maneira de subverter a tendência de fixar o indivíduo como o eixo da produção do conhecimento na saúde. A violência significava a naturalização da experiência de produção do indivíduo como única via possível para pensar as questões de saúde, pois, mesmo quando as imagens do *coletivo* eram colocadas em discussão, o foco no indivíduo se mantinha.

Precisamos destacar aquilo que nos permite afirmar que a *saúde coletiva* não faz parte de um movimento de modernização intelectual no cenário brasileiro, colocando em evidência quais são as suas potencialidades no território da saúde. E a diferença está na força subversiva do **coletivo** e na sua força de inventar novas singularidades. Compreender que a **saúde coletiva** expressa a variação do **coletivo** e que transições da potência constituem singularidades é o ponto nodal dessa discussão, afirmando um conhecimento que não existe separado da prática. Propostas que insistem na valorização de modelos acabados, como as imagens do *coletivo*, são incorporadas como formações definitivas, tendendo a se naturalizarem. Os operários italianos tinham consciência da captura pelos modelos, bem como da necessidade de fazê-los escaparem com a prática da imaginação constituinte e o exercício de composição de novas noções comuns, que desestabilizavam tais modelos, a partir da análise das relações que os compunham.

O problema dos modelos é a perda da sua função contestadora, porque são integrados e sobredeterminados pela lógica do mercado, por exemplo. Esses modelos exploram aquilo que é funcional à sua conservação, fazendo da potência um recurso para manter as relações instituídas. O efeito desse processo é o enfraquecimento da

potência e da expressão do atributo da variação, cujo significado é a manutenção da identidade do modelo.

Ao ser tomada como modelo acabado, a *saúde coletiva* é capturada, fragilizando a processualidade disparada pelo **coletivo**. Utilizando uma imagem para o *coletivo*, reforçamos o circuito de repetição das formas instituídas, sustentando uma política identitária. As qualidades mais importantes desse conhecimento deixam de se expressar em quantidade: a saturação do **coletivo**, que conduz ao atingimento de graus mais elevados de inespecificidade, e a potência da variação, como possibilidade para o devir. Dessa maneira, a desconstrução do *coletivo* como uma força totalizante ou um modelo acabado na saúde parece ser uma alternativa para sucumbir à tendência da reprodução das formas identitárias e sua insistência pela conservação, superando a armadilha que captura a *saúde coletiva*, qual seja, a tendência à afirmação de uma política sintonizada com o modelo da medicina social e da saúde pública que fora criticado pelas agitações reformistas.

Quando o **coletivo** se torna inespecífico, a **saúde coletiva** se organiza como um dispositivo efetuator da potência, desterritorializando aquilo que está instituído. Já a *saúde coletiva*, tomada enquanto saber que representa o *coletivo* no território da saúde, recorta a processualidade constituinte que marca essa singularidade, reproduzindo o já imaginado ou o já efetuo. Aproximar-se da **saúde coletiva** implica a imaginação, colocando esta última em movimento. Quando a **saúde coletiva** é colocada sob a perspectiva daquilo que efetua do **coletivo**, um deslocamento se produz no conhecimento: já não se trata de um saber que carrega uma verdade sobre a realidade e que corrobora com a objetivação do *coletivo*, mas a análise dos efeitos concretos que os modelos ou as forças instituídas impõem à realidade, do ponto de vista da potência. Deslocamento de perspectiva que dispara efeitos políticos importantes, uma vez que fixa o olhar no movimento constituinte e não nas formas constituídas. Nessa direção, deslocamos a *saúde coletiva* da posição de reprodutora das formas instituídas do *coletivo*, produzindo um desvio na racionalidade existente nesse conhecimento.

A discussão do **coletivo** na saúde – a característica periférica da potência dessa expressão – passou despercebida quando os brasileiros analisaram a experiência italiana com Berlinguer, embora tenham intuído essa processualidade. O que se expressa quando o **coletivo** entra no território da saúde como força constituinte –

enquanto inespecífico – é um espaço vazio a ser povoado, trabalho de efetuação da potência.

Entender esse saber como um dispositivo de efetuação do **coletivo** no território da saúde é dar um passo além da noção comumente utilizada de que a *saúde coletiva* é um campo de conhecimentos e de práticas, como se um conhecimento não fosse uma prática e uma prática a efetuação de um conhecimento. Na verdade, a saúde coletiva é mais do que isso, pois dependendo do modo como a noção de coletivo for tomada, potências ou políticas distintas se efetuarão. Desse ponto de vista, superamos a falsa dicotomia que se afirma entre o conhecimento e a dimensão prática ou política que parece se afirmar na *saúde coletiva*, mesmo que esforços tenham sido envidados no plano discursivo para que essa divisão não se instituisse.

Portanto, uma via para superar essa dicotomia está em afirmar a **saúde coletiva** como um dispositivo efetuator do **coletivo** enquanto um saber da multiplicidade, que se organiza como produção de diferença. Ou assumimos a singularidade do **coletivo** na sua radicalidade, ou corremos o risco de reproduzir uma política conservadora que age sobre a realidade sustentando as imagens do *coletivo*, o estatuto do indivíduo e a captura do desejo e das resistências e, desse modo, não abrimos espaço para o devir no território da saúde.

Para analisarmos o plano intensivo da **saúde coletiva**, a fim de compreendermos como ela funciona como um dispositivo de efetuação do **coletivo**, precisamos ter em mente que ela se ocupa das diferenças de dinâmicas ou do movimento de metamorfose dos conteúdos no território da saúde. Ao se preocupar com a processualidade constituinte, exprime o **coletivo** como fonte das relações que compõem as coisas. Esse modo de entender as questões na saúde desloca a expressão do coletivo da posição de afetado ou de deduzido, para entendê-lo como força que age sobre a realidade.

A força do inespecífico produz a saturação das formas instituídas, disparando as variações da potência. Essa processualidade é animada pela imaginação e pela composição de noções comuns, que desempenham um papel fundamental para o pensamento: a imaginação capta aquilo que as noções comuns explicam através da análise das relações constitutivas, movimentando-se. Com isso, o pensamento sofre uma distensão, contribuindo para que os territórios constituídos sejam desterritorializados. Como a potência se afirma como *conatus*, o devir, a produção do

desejo e a invenção de resistências são ativados na saúde, colocando a possibilidade de invenção de novas singularidades.

Discutimos que as noções comuns são ferramentas para avançar do segundo para o terceiro gênero do conhecimento, denominado por Espinoza de intuitivo. O conhecimento intuitivo parece ter sido a forma utilizada pelos operários italianos e pelo movimento sanitário brasileiro. Segundo Espinoza, com o conhecimento intuitivo é possível explicar a dinâmica constitutiva da realidade, onde **o coletivo** aparece como máquina de guerra (DELEUZE; GUATTARI, 2002c). Desse modo, essa expressão é uma potência imanente, produtiva e em movimento na saúde, desterritorializa-se das imagens ou do plano das formas, desviando da política que estimula relações de constância e registra o idêntico. Ao abandonar essa política, abrimos espaço para que um outro modo se afirme, onde as variáveis que compõem o território da saúde são colocadas em estado de variação contínua.

O conhecimento intuitivo nos ajuda a situar a noção de coletivo como aquilo que age na produção da realidade. Essa expressão deixa de ser entendida como aquilo que sofre uma ação na saúde para ser entendida como atividade e força constituinte da realidade. O conceito de coletivo só pode ser entendido como aquilo que age quando deslocado das suas imagens, pois nesse momento atinge um grau de saturação que carrega um potencial inventivo.

Ao analisarmos a invenção da saúde coletiva, não é possível passar despercebido pela questão do coletivo. Quando desconhecemos a singularidade dessa expressão na saúde, corremos o risco de sempre imaginar as coisas do mesmo modo, deduzindo do coletivo uma ideia que afirma um modelo para esse conhecimento. As imagens do *coletivo* são exemplo do modo de pensar modelado na *saúde coletiva*, onde a processualidade constituinte é silenciada. O retorno às experiências reformistas nos ajudou a resgatar a singularidade desse conhecimento, bem como as suas potências. Desse modo, construímos um caminho inédito para pensar a invenção da saúde coletiva, que se agrega à história “oficial” desse saber em solo brasileiro, ou seja, à ampliação do conceito de saúde e à influência das ciências humanas e sociais nesse território.

Insistimos na ideia de invenção porque ela está muito próxima da imaginação e do intempestivo, pois o devir move o pensamento no sentido da criação, enquanto *conatus*. O resultado final dos movimentos sanitários não estava programado; o que havia era o desejo de garantir o que pudesse atender às demandas da sociedade. Como

isso seria feito ainda estava por vir, porque a processualidade aberta pelo inespecífico e pelas variações da potência não informavam um destino. É um equívoco entendermos hoje, por exemplo, que a reforma sanitária tenha sido concluída, quando, na verdade, o que parece é que o *coletivo* está cristalizado no território da saúde, seja porque submetido a uma racionalidade objetivante, seja devido à efetuação de uma política identitária que tende a fragmentar e conservar a realidade. Portanto, a questão já não é mais retomar a “reforma”, mas criar as condições para que a noção de coletivo se expresse enquanto força movente e atinja graus mais altos de inespecificidade, disparando as variações da potência, a fim de que as identidades sejam desorganizadas e o estatuto do indivíduo perca o sentido.

Discutir o **coletivo** como potência foi uma tentativa de forjar novos operadores teórico-conceituais para forjar uma outra perspectiva que ajudasse a pensar essa noção na saúde. O modo como ela vinha sendo problematizada, assim como a desconfiança quanto ao seu esquecimento, provocaram a compreender quais forças estavam contidas nessa concatenação, tendo em vista forjar uma forma de agitar a *saúde coletiva* e disparar o movimento instituinte ou o procedimento constituinte. Concordamos com Escorel (2009, p. 201) que a reforma sanitária, entendida “enquanto um movimento social, é um espaço virtual de articulação de diversas forças sociais que pode ser socialmente interpelado e reaparecer no cenário”. E nos parece que a **saúde coletiva** é o dispositivo privilegiado para que essa virtualidade apareça e institua novos possíveis.

Discutir as potências do **coletivo** no território da saúde é importante, pois estamos diante do desafio de vencer as dificuldades para desencadear uma nova força constitutiva que garanta o impulso de invenção de novas possibilidades. Esse impulso é necessário nos dias atuais, especialmente diante dos desafios colocados pela lógica neoliberal, tanto no cenário italiano quanto no brasileiro. Composições de novas resistências não pelo caminho da totalidade ou do fechamento num bloco ou partido sanitário, mas enquanto forças singulares e periféricas, multi-situadas, que desviam das imagens de *coletivo*, colocando em potência a **saúde coletiva** e a sua capacidade de anunciar novos devires.

Ao problematizarmos o **coletivo** na saúde, tínhamos o objetivo de produzir uma perturbação e um deslocamento no modo de olhar para essa expressão. Quando o *coletivo* é afirmado como imagem, o que a *saúde coletiva* atualiza são as forças de conservação. O **coletivo**, pelo contrário, é uma força que se efetua necessariamente,

não possui qualquer finalidade, a não ser se efetuar, que significa ativar processos constituintes, cujo resultado é indefinido, como a sorte da guerra. Desse modo, é possível abrir espaço para que um devir se instaure no território da saúde. Portanto, o **coletivo** na saúde é uma potência que dispara uma força sem rosto, que caminha no sentido da sua ampliação, enquanto a **saúde coletiva** é a máquina que coloca a possibilidade para que essa efetuação se torne possível. A invenção da saúde operária e as agitações do movimento sanitário brasileiro são exemplos dessa processualidade nas experiências que discutimos neste estudo.

Como sustentar o devir no território da saúde? Certamente, aproximando-se do **coletivo**. Percebemos, ao longo deste estudo, que é possível fazer da noção de coletivo muitas coisas na saúde. Que outras resistências podem ser inventadas no território da saúde a partir da problematização dessa expressão? Essa questão parece ser uma indagação fundamental na atualidade, seja no cenário brasileiro, seja no italiano, para pensar a saúde coletiva. Não se trata de construir *coletivos* identitários, porque estes já existem em grande quantidade, estando fortemente identificados com a preservação do estatuto do indivíduo enquanto modo de produção de subjetividades, pois multiplicam imagens de *coletivo* que são vividas como individualidades. A insurgência de uma multiplicidade de *coletivos* fragmentados na contemporaneidade parece ser um sintoma da impossibilidade de deslocar o pensamento do estatuto do indivíduo.

Foi ficando evidente em nosso percurso que não é possível reduzir o **coletivo** a uma substância ou forma preestabelecida. As concepções que insistem em associar o *coletivo* à população, à sociedade civil ou aos grupos, tendem a reproduzir as práticas da medicina social ou da saúde pública no território da saúde. Por outro lado, a potência do **coletivo**, que retorna sobre si e, com isso, modifica-se, coloca a capacidade de agir das pessoas. E com isso, é o próprio conhecimento que se expande e se reinventa.

Ao entendermos o **coletivo** como potência, é um novo conceito de **saúde coletiva** que começa a ser fabricado, ainda em devir. Os investimentos na produção da verdade que dominam o território da saúde, bem como a fixação nas imagens do *coletivo*, negam o devir, impedindo de perceber o limiar de desterritorialização que esse conhecimento engendra. A análise da processualidade constituinte explode os modelos ou as formas de organização identitária, mostrando-se contrária à afirmação de trajetórias lineares e dos modos de assujeitamento contemporâneos, que

contribuem para produzir a ausência do **coletivo** na saúde. E devemos entender ausência no sentido do bloqueio da potência, ou do seu uso na direção da conservação das formas instituídas.

Se a dificuldade de produzir a presença do **coletivo** no território da saúde fica evidente no excesso de *coletivos*, o que significa produzir a sua presença? Significa criar espaços de aproximação, nos quais a imaginação é importante, não para representar a realidade, mas porque imaginar coloca a potência em movimento e aproxima mundos, disparando o devir. Significa também fazer circular o conhecimento para facilitar a formação de novas noções comuns que, por sua vez, contribuem ao alargar o movimento da imaginação, instituindo a variação da potência, pois elas ajudam a perceber as relações que sustentam as formas instituídas e as amarras que não deixam esses territórios escapar.

Só existe **coletivo** no território da saúde na medida em que ele efetua a sua potência, movimento que se alarga e que ganha força no desenrolar do procedimento constituinte. O *coletivo*, por sua vez, é o resultado de uma determinada composição ou conjunto, cuja força tende à conservação. Ao compreendermos como se efetua a potência do **coletivo** no território da saúde, o que dela retorna e modifica, operamos no plano da variação. A variação da maneira de existir e não das formas de existir faz do **coletivo** uma potência em ato. Para que a **saúde coletiva** se expresse como uma potência em ato, é preciso produzir variações na maneira de existir do *coletivo*. Foi assim que problematizamos a *saúde coletiva*, para fazer aparecer as questões que essa expressão coloca para o território da saúde. Tudo aquilo que se diferencia sofre uma modificação, sem a qual a potência não se afirma, de modo que o horizonte afirmativo do **coletivo** como potência é a produção da diferença. A capacidade de se diferenciar da *saúde coletiva* é baixa, pois tudo o que se reduz a uma forma insiste na sua conservação, diminuindo o movimento que conduz à precipitação da força do inespecífico. Se essa forma se modifica, é para conservar o seu território, não para fazer aparecer outros possíveis. Por essa razão, está dada a necessidade de pensar a **saúde coletiva** como um dispositivo de efetuação da potência na saúde.

Ao analisarmos o **coletivo** como potência, procuramos extrair dessa leitura possibilidades outras para a saúde coletiva, porque, resgatando a singularidade dessa noção na saúde, ativamos o desejo e criamos as condições para a expressão de resistências. Por outro lado, se a saúde coletiva reproduz as imagens do *coletivo*, é a sua forma instituída que opera sobre o território da saúde, momento em que

observamos a captura da potência, com o conseqüente bloqueio da possibilidade para novos devires. Nessa circunstância, o que se efetua é uma política conservadora, cujo efeito é a manutenção das formas existentes. É preciso fazer com que a *saúde coletiva* se contagie com o **coletivo**, entrando em contato com a variação, atributo que está contido em potência nesse saber, para que linhas de fuga possam se expressar e para que uma política subversiva se afirme no território da saúde.

#### 4 PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO

Este estudo teve como finalidade problematizar a noção de coletivo na saúde. Para entender a singularidade dessa expressão, colocamos a seguinte pergunta: o que é o coletivo e como ele se expressa na saúde? Com a intenção de responder nosso problema, recorreremos a Foucault, tentando entender como esse autor formulava e investigava as questões que se propunha estudar, tendo em vista buscar uma pista para organizar nosso percurso metodológico.

Indagamos o coletivo na saúde fazendo uso da investigação genealógica, pois esse modo de fazer pesquisa contribui para a discussão dos jogos ou das disputas que existem na formação/composição dos conceitos, permitindo analisar as práticas sociais que corroboram para a invenção de determinado objeto, definindo a sua singularidade. A genealogia opera produzindo a realidade, não permitindo antecipar um caminho para a pesquisa, pois, para essa estratégia de produção do conhecimento, o importante é prestar atenção no movimento de construção do problema e do método, que ganhavam consistência ao mesmo tempo em que o estudo avançava. Nesse sentido, tornou-se mais importante mostrar como as ferramentas escolhidas operavam sobre a realidade do que definir um caminho *a priori* para nosso estudo.

Desse modo, a investigação genealógica contribuiu com o movimento de problematização do coletivo, permitindo analisar como essa noção foi sendo pensada na saúde, os sentidos que lhe foram atribuídos e os efeitos de cada uma das suas formas de expressão. Ao analisarmos esse conceito desse ponto de vista, pudemos entender a passagem da saúde pública ou da medicina social para a saúde coletiva, explicitando a singularidade do coletivo. Ao prestarmos atenção à dinâmica das relações que se expressavam no território da saúde, fazendo aparecer os acordos que sustentam as imagens do *coletivo*, os conflitos ou as tensões que agitam a sua existência, pudemos acompanhar o **coletivo**.

Ao evidenciarmos que a noção de coletivo não é um objeto natural na saúde, mas algo construído que assume uma identidade e, ao mesmo tempo, uma força móvel que opera produzindo desejo e resistências, diferenciamos a genealogia da pesquisa da origem, pois não nos interessava encontrar a essência dessa expressão, mas olhar para os sistemas heterogêneos que disputavam essa noção nos cenários reformistas italiano e brasileiro. Fizemos isso colocando em análise dois aspectos que

são destacados por Foucault (2005a) como relevantes para colocar em prática essa estratégia de investigação: o estudo da proveniência e da emergência.

O estudo da proveniência consiste em olhar para o movimento de formação dos objetos, ou seja, para o campo de disputas que desencadeia o seu começo (FOUCAULT, 2005a). Ao ser deslocado de sua identidade usual, foi possível perceber que o coletivo percorria um caminho até ser afirmado enquanto imagem, remetendo o olhar para a processualidade existente na composição de cada uma das suas formas. A proveniência diz respeito ao estudo dos movimentos de composição e decomposição dos objetos, análise da sua formação, crise e ruína. Apreensão do movimento das forças que concorrem para a formação da identidade do objeto, desconstruindo a ideia de que ele possui uma raiz originária ou uma essência imutável.

A análise da emergência, por sua vez, designa o momento singular em que o confronto das forças marca a insurgência do objeto. Foucault (2005a) situa a emergência como a imposição de uma relação que imprime força e duração aos objetos. Ao dominar o objeto, a ação da emergência “fixa um ritual, (...) impõe obrigações e direitos, constitui cuidadosos procedimentos (...), estabelece marcas, grava lembranças nas coisas (...)” (FOUCAULT, 2005a, p.269). Corresponde à análise da concatenação que sustenta uma dada noção de coletivo na saúde, permitindo identificar as amarras que o fixam na realidade e analisar o efeito de dominação que garante o existir concreto para o objeto ou a insurgência de sua identidade, bem como sua força de repetição, permitindo apreender o sistema de regras no qual este último está enredado.

Proveniência e emergência constituíram-se como dois eixos de análise da nossa investigação, portanto, contribuindo para explorar como a noção de coletivo deriva e se desenrola, bem como os elementos que trabalham para a sua conservação. Descrevendo as forças que entram no jogo da composição da noção de coletivo no território da saúde, o olhar genealógico nos ajudou a mostrar as batalhas e os conflitos que foram apagados pela imagem que domina.

A investigação genealógica impõe ao pesquisador a necessidade de recuar ao passado, para destacar os elementos constitutivos da noção de coletivo na saúde, decompondo-a, fazendo aparecer as forças que disputam a sua existência. Portanto, os elementos que compõem a análise da proveniência e da emergência foram encontrados na história. Para a genealogia, “a história, com suas intensidades, seus

desfalecimentos, seus furores secretos, suas grandes agitações febris, assim como suas síncofes, é o próprio corpo do devir” (FOUCAULT, 2005a, p.264).

O retorno ao passado é um recurso para discutir o tempo presente, sendo que o sentido da investigação genealógica pode ser mais bem compreendido com Artières (2004). Para esse autor, o trabalho de Foucault sempre teve como objetivo o diagnóstico, que significa dar visibilidade à erupção de forças singulares como instrumento de luta e de intervenção sobre a realidade. Dessa forma, podemos dizer que o objetivo da genealogia é diagnosticar o presente, descrever a singularidade dos acontecimentos para mostrar por que somos o que somos, ou seja, para apreender a nossa atualidade. Conforme Foucault (2005a, p. 272-273):

Há toda uma tradição histórica (teológica ou racionalista) que tende a dissolver o acontecimento singular em uma continuidade ideal – movimento teleológico ou encadeamento natural. A história ‘efetiva’ faz surgir o acontecimento no que ele pode ter de único e agudo. Acontecimento: é preciso entendê-lo não como uma decisão, um tratado, um reino ou uma batalha, mas como uma relação de forças que se inverte, um poder confiscado, um vocabulário retomado e voltado contra seus utilizadores, uma dominação que se enfraquece, se amplia e se envenena e uma outra que faz sua entrada, mascarada. As forças que estão em jogo na história não obedecem nem a uma destinação, nem a uma mecânica, mas ao acaso da luta

O autor explica como fazer uso da história na investigação genealógica, colocando em discussão a crítica ao modo de interpretá-la como uma ordenação natural do mundo. Além disso, ele rejeita a tese que sustenta a ideia de que existe um sentido oculto a ser revelado através da história (FOUCAULT, 2005a/2005b). Dessa forma, foi possível descrever os movimentos de transformação da noção de coletivo e o jogo de forças que existe entre eventos muitas vezes distintos uns dos outros, mas que corroboram para a afirmação de uma ou outra imagem de *coletivo* no território da saúde. Portanto, estabelecer relações entre eventos distintos também faz parte da pesquisa genealógica.

A história tradicionalmente contada da saúde coletiva, vista à luz da evolução do processo histórico, que pressupõe a superação da medicina social e da saúde pública, não deixava evidente o quanto a saúde coletiva é um campo problemático, especialmente se tomarmos como foco a questão do coletivo. Por isso, a investigação genealógica, aplicada ao estudo dessa expressão na saúde, buscou romper com a visão objetiva e totalizante da história oficial desse campo de conhecimentos e de práticas,

sem adentrar numa perspectiva subjetivista, construindo o conhecimento e colocando em análise as práticas concretas na sua relação com a invenção do coletivo. Tais práticas foram identificadas neste estudo a partir da análise do campo problemático instaurado pelas reformas sanitárias italiana e brasileira, permitindo chegar ao nível das lutas e apreender a batalha de construção da noção de coletivo na saúde tendo como foco as experiências reformistas, assim como as discussões que impulsionaram a construção da saúde coletiva.

À medida que avançamos na análise do coletivo na saúde, constatamos a necessidade de construir um plano conceitual diferente para pensar essa expressão na saúde. Com a problematização das imagens do *coletivo* e seguindo a pista deixada por Cohn (1989) sobre a questão do inespecífico, forjamos a ideia do **coletivo** como potência. Assim, nos aproximamos de Espinoza, Negri e Deleuze, deslocando a questão do plano das formas para o das forças. Ao forjarmos uma maneira diferente de entender essa expressão na saúde, estávamos também produzindo um salto metodológico em nosso estudo, aproximando-nos do plano de intensidades aberto pelas experiências de reforma sanitárias estudadas.

Com isso, sentimos a necessidade de extrair elementos da experiência italiana, resgatando os territórios e a sua perda de sentidos, analisando os afetos que estavam em jogo no período das reformas sanitárias. Desse modo, procuramos fazer aparecer um campo intensivo, para entender a relação do **coletivo** com a invenção da saúde coletiva. Portanto, num dado momento do nosso estudo, nossa experiência se aproximou da estratégia cartográfica, pois estava em jogo fazer aparecer o plano intensivo do **coletivo**, entendido como potência. Genealogia e cartografia foram as duas estratégias adotadas para discutir essa expressão na saúde, bem como para acompanhar a (de)formação desse conceito nos cenários reformistas.

A cartografia não pode ser pensada no contexto dos métodos tradicionais de pesquisa, seja no campo da psicologia social, seja na saúde coletiva. A proposta desse tipo de investigação produz uma descontinuidade na experiência do pesquisar, não subordinando a pesquisa à realização de um percurso preestabelecido. Foi no encontro com os cenários de pesquisa brasileiro e italiano, analisando as experiências reformistas nesses dois cenários, que buscamos entender como a noção de coletivo se expressa na saúde.

A cartografia é considerada uma estratégia de produção do conhecimento que se situa no campo da pesquisa-intervenção (PASSOS; BENEVIDES, 2009;

ESCÓSSIA;TEDESCO, 2009, ROCHA, 2003, PASSOS; BARROS, 2000). A pesquisa intervenção se diferencia da pesquisa-ação no que diz respeito à maneira como a relação entre pesquisador e objeto de estudo é concebida. A pesquisa-ação pressupõe o movimento do pesquisador em direção à mudança no estado de coisas investigado, com a finalidade de atingir uma meta muitas vezes concebida apenas pelo próprio pesquisador; na pesquisa-intervenção, a relação constitui o pesquisador e o objeto de estudo ao mesmo tempo, pois a processualidade que constitui pesquisador e objeto precede o ato de pesquisar. Portanto, é possível definir a pesquisa-intervenção como uma estratégia que favorece discussões e o encontro, além da produção cooperativa e da ação crítica sobre a realidade, uma vez que o processo do pesquisar se efetiva em condições de trabalho compartilhadas que determinam o caminho da pesquisa (ROCHA, 2003).

Para Passos & Benevides (2009, p. 20) “a direção de que se trata nesse método é aquela que busca aceder aos processos, ao que se passa entre os estados ou formas instituídas, ao que está cheio de energia potencial”.No terreno da pesquisa-intervenção, escolhemos operar com a cartografia, uma vez que, segundo Escóssia & Tedesco (2010, p.99), “o desafio da cartografia é (...) a investigação (...) do plano coletivo das forças moventes”.Apostamos nesse modo de construir nosso estudo, uma vez que nosso interesse a partir de um dado momento se direcionou para a investigação das intensidades do **coletivo** como potência na saúde. Na saúde coletiva, essa estratégia de produção do conhecimento tem sido utilizada por diversos autores (MERHY, 2002; FRANCO et al, 2009; FRANCO, 2006, FERLA, 2004).

Na psicologia social, os autores que discutem o método da cartografia sugerem algumas “pistas” para a composição dessa estratégia (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2011, PASSOS; BENEVIDES, 2009, ESCÓSSIA; TEDESCO, 2009, ROCHA, 2003, PASSOS; BARROS, 2000, ROLNIK, 2007). No encontro com tais autores, elegemos alguns elementos que nos pareceram adequados à construção de um plano de estudo para a nossa pesquisa, embora com o cuidado de não reduzir o procedimento investigativo a um roteiro burocrático previamente estabelecido. A razão para organizar a pesquisa desse modo foi permitir certos graus de liberdade para que a estratégia pudesse ir se compondo no trajeto percorrido pelo pesquisador à medida que este se encontra com os cenários de pesquisa. Como a construção da cartografia não segue um caminho estanque, a maneira como fomos colocando em prática nossa pesquisa foi encontrando elementos que conduziam a novas direções. Nos momentos

em que o pensamento entrava em crise, a intuição na perspectiva proposta por Bergson (2012,2006) guiou nosso processo de problematização, e apostas foram feitas com o objetivo de dar continuidade ao estudo.

Segundo Escóssia e Tedesco (2010, p. 92), a cartografia pode ser entendida como “prática de construção de um plano coletivo de forças”, sendo que o processo de investigação busca se aproximar do movimento intensivo de constituição de mundos, tomando como foco “os movimentos de criação da realidade e de construção de um dado contexto histórico” (ROLNIK, 2007, p.13). O projeto da cartografia consiste em apreender as mutações da experiência, a singularidade do modo como as forças atravessam um determinado contexto histórico, a composição e a perda de sentidos dos territórios. Por essa razão, ela foi se tornando necessária para compreendermos o **coletivo** como potência nas experiências reformistas.

O caminho da pesquisa precisava ser forjado no encontro com a experiência do pesquisar e com os cenários de pesquisa. Entretanto, mesmo não existindo um roteiro de pesquisa pré-definido, a estratégia da cartografia exige do pesquisador-cartógrafo atenção para alguns princípios: a centralidade na experimentação como elemento epistemológico e político; a noção de que a investigação deve ser concebida/formulada como dispositivo; e, por fim, a investigação como intervenção sobre a realidade.

Percebemos que entre a cartografia e genealogia havia uma relação, reforçada por algumas aproximações e complementaridades. Ao propormos entender o coletivo na saúde, o ponto de partida foi problematizar as formas instituídas do *coletivo* – suas imagens – para situarmos essa expressão como potência. Tomando como eixo de análise as práticas reformistas italiana e brasileira, procuramos entender os sentidos atribuídos à noção de coletivo nesses cenários. A relação entre essas duas estratégias de produção do conhecimento encontra na concepção de diagrama o ponto nodal de aproximação, conforme sugerem Zambenedetti & Silva (2011, p. 459): “a genealogia busca criar o **diagrama de forças** no qual tal objeto emerge como efeito de determinadas práticas de saber-poder”. Na análise do campo de forças aberto pela investigação genealógica, foi possível perceber o movimento constituinte da noção de coletivo na saúde, bem como as forças que sustentam determinada forma instituída para essa expressão.

O desafio metodológico da análise histórica para a genealogia consistiu, portanto, em romper com a visão linear e totalizante da história, para descer ao nível

das lutas, apreendendo os embates – as disputas – em torno da noção de coletivo no processo de fundação da saúde coletiva. Se a genealogia nos levou a recuar ao passado, foi para fazer aparecer os componentes centrais que concorrem para a formação da noção em análise, a fim de fazer aparecer as forças que tensionam a sua existência no presente. E assim fizemos, pois para a genealogia “a história, com suas intensidades, seus desfalecimentos, seus furores secretos, suas grandes agitações febris, assim como suas sínopes, é o próprio corpo do devir” (FOUCAULT, 2005a, p.264).

É neste ponto que se dá a aproximação e complementaridade entre as abordagens genealógica e cartográfica, pois, assim como Foucault, Deleuze critica a abordagem histórica tradicional (...) mais do que retirar da história a efetuação do acontecimento em estados de coisas, trata-se de dar visibilidade às forças, suas virtualidades, riscos e possibilidades de criação. (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2011. p.459).

O movimento de abertura para a compreensão do campo de forças que tensiona a noção de coletivo nos permitiu perceber que sobre a saúde coletiva age um conjunto de virtualidades que definem aquilo que é possível para esse conhecimento nos cenários estudados, ou seja, as potências desse saber, que definem políticas específicas. Percebemos que o modo como essa expressão é entendida no território da saúde efetua uma potência, embora a dimensão inventiva dessa expressão sempre escape, pois o **coletivo** enquanto potência é da ordem da variação, da construção de mundos e de novos sentidos na saúde. O encontro do **coletivo** como potência com o território da saúde significa a desterritorialização do programa instituído da saúde coletiva, ou seja, a abertura desse saber à experimentação de novas intensidades. A ideia de variação da noção de coletivo na saúde remete para o devir, a abertura de linhas de fuga e para a afirmação de novas singularidades.

Desse modo, o olhar genealógico contribuiu com nossa pesquisa fornecendo elementos que permitiram compreender o acontecimento singular que levou à invenção da saúde coletiva e sua relação com os campos problemáticos instaurados pelas reformas sanitárias italiana e brasileira. Contribuiu também favorecendo a análise da problemática atual que envolve esse conhecimento nesses dois cenários geopolíticos distintos, que diz respeito à tendência conservadora de produzir a ausência do **coletivo** como potência na saúde, especialmente quando insistimos em reproduzir as suas imagens. Não obstante a diferença que existe entre os dois cenários

estudados, a experiência genealógico-cartográfica nos ajudou a perceber uma continuidade e estabelecer relações que contribuem para desterritorializar a saúde coletiva no cenário brasileiro.

Portanto, cartografia e genealogia estão imbricadas na construção de um diagnóstico do presente, pois, conforme Zambenedetti & Silva (2011, p.461), essas estratégias “buscam dar visibilidade às forças, suas virtualidades, possibilidades de criação e riscos de captura”. E, com isso, podemos perceber também as possibilidades de ruptura: mapear as capturas produz rupturas, porque não podemos permanecer apáticos àquilo que nos oprime. Os efeitos da investigação genealógico-cartográfica é dar visibilidade à erupção de forças singulares como instrumento de luta e de intervenção sobre a realidade.

Por outro lado, enquanto aposta na experimentação, a cartografia contribuiu para acompanhar as conexões e a produção de redes de relações (PASSOS; BENEVIDES, 2010) que advêm do encontro com os sujeitos/cenários de pesquisa. Todos os encontros foram importantes, pois forneceram percepções que colaboraram com a análise da noção de coletivo. Diferentes modos de lidar com a vida ajudaram a entender como essa expressão assume muitas formas na saúde em diferentes graus de intensidade. Ao nos propormos acompanhar o movimento da potência, a prática cartográfica buscou focar o olhar naquilo que se expressava no plano da experiência.

A noção de experimentação contrapõe-se à ideia de um pesquisador neutro que ocupa posição de exterioridade com relação ao objeto investigado; preconiza que a partir do encontro e do diálogo com diferentes pessoas, cenários, realidades, efetue-se uma relação que coloca o desafio de ultrapassar o caráter puramente descritivo da realidade. Um plano comum de experimentação foi forjado entre as experiências brasileira e italiana, através da imersão em práticas denominadas de “coletivas” na saúde, pois nos engajando nessas práticas, tínhamos a possibilidade de entender como diferentes expressões e experiências de coletivo eram forjadas, fazendo agir sobre a construção do estudo os operadores conceituais que fomos construindo durante o percurso do ato de pesquisar.

A experiência em Bolonha, região Emilia Romagna/Itália, contribuiu para que muitos territórios se desmanchassem. Junto com a Toscana, essa região foi o laboratório italiano de inovações nos serviços de saúde na segunda metade do século XX. O contato com esse campo de práticas se deu através do *Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale – CSI* junto à *Università di*

*Bolonha* e da *Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale Emilia Romagna*, responsável pela gestão do *Sistema Sanitario Nazionale* na região da Emilia Romagna.

O CSI funciona como espaço de pesquisa, formação e prática na realidade sanitária italiana. A partir de leitura transdisciplinar sobre o contexto sanitário, o Centro trabalha com diferentes metodologias, tendo como foco a discussão da saúde global, com a contribuição das ciências humanas e sociais e das ciências naturais e biomédicas. Esse estabelecimento é um espaço de cooperação e intercâmbio acadêmico e cultural, que tem como objetivo fomentar a discussão dos efeitos da globalização sobre a saúde das comunidades. Atualmente, além dessas temáticas, o Centro tem dado importante contribuição para induzir a mudança do modelo de atenção no cenário italiano, com foco na Atenção Primária em Saúde – APS. Trata-se de um espaço que reúne professores, estudantes e trabalhadores da saúde em torno da discussão sobre as questões sanitárias, e, por essa razão, foi escolhido como porta de entrada para o nosso estudo, abrindo a possibilidade para a inserção nos serviços e práticas de saúde no cenário italiano.

Embora a estratégia cartográfica não tenha prescindido de um conjunto de técnicas de coleta de dados previamente definido, havíamos previsto algumas ferramentas para compor o nosso estudo. Assim, trabalhamos nas análises dos campos problemáticos das reformas sanitárias no Brasil e na Itália com pesquisa documental em fontes primárias (jornais, revistas, folhetins, etc.), observação participante e entrevistas abertas com informantes-chave que vivenciaram o período histórico que nos interessava ou que participam/participaram da construção da saúde coletiva. Utilizamos o diário de campo para o registro das experiências. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e todas as ferramentas propostas naquele momento foram utilizadas no percurso realizado, sendo importante chamarmos a atenção para cada uma delas.

Os documentos utilizados foram produzidos pelos gestores públicos, instituições acadêmicas e associações, tais como materiais elaborados pelos sindicatos e movimentos sociais organizados, assim como textos de jornais da época. No cenário italiano, a composição do nosso arquivo documental foi recheada com documentos produzidos no período da agitação operária, disponíveis nas bibliotecas dos círculos político-culturais italianos. Destacamos, em especial, a biblioteca do *Centro di*

*documentazione "Francesco Lorusso - Carlo Giuliani"* no Vag61<sup>35</sup>, que permitiu o acesso aos materiais inéditos do arquivo que retratam as lutas operárias na Itália na segunda metade do século XX. No cenário brasileiro, os documentos analisados foram buscados em sites na internet do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde – CEBES, Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz, além do material bibliográfico sobre o movimento sanitário disponível, que se traduziu em importante fonte documental para nosso estudo.

A vivência cotidiana no grupo do CSI foi animada com a proposição de projetos para a comunidade, tais como: propostas de formação de trabalhadores dos serviços de assistência social e elaboração de pesquisas para os serviços de saúde, por exemplo. Além disso, atividades de militância política estiveram presentes: rodas de conversas com grupos de ativistas italianos e de outros países da Europa e da América do Norte, que discutiam temas relacionados à saúde. Experimentamos atividades de grupo com foco na perspectiva sócio-analítica.

Outra atividade que forneceu subsídios para a composição do nosso estudo foi o grupo de discussão denominado *Consultoria*, mecanismo construído durante os anos setenta para discutir questões de gênero no campo da medicina, associado ao movimento feminista, que retomou suas atividades no período em que estávamos em Bolonha. Com a parceria do CSI, esse grupo foi reativado com a finalidade de discutir questões de gênero e saúde. Esse dispositivo funcionava como disparador de questões transversais associadas à saúde, feministas, público LGBTT, com a finalidade de compor uma bandeira de luta comum sobre temas estratégicos para esses movimentos sociais.

Conhecemos a rede de saúde mental de Trento, dialogando com profissionais que trabalhavam nesses serviços e também com os usuários, através de atividades nos dispositivos de cuidado da região. Fomos não apenas experienciando o cotidiano, mas também colocando o nosso corpo e afetos nessas experiências, engajando-nos nelas. Todas essas experimentações compuseram nosso estudo, fornecendo elementos que foram sendo anotados no diário de campo do pesquisador e posteriormente utilizados para compor a análise do material da pesquisa.

Utilizamos entrevistas não estruturadas como ferramentas de acesso ao plano

---

<sup>35</sup> O Vag61 – Espaço livre de autogestão, de intercâmbio e cooperação de diversas realidades individuais e coletivas, livre e antifascista, que promove o desenvolvimento social, cultural e político, na cidade de Bolonha/Itália.

compartilhado da experiência: nosso objetivo foi buscar não a fala sobre a experiência, mas a experiência na fala (TEDESCO;SADE; CALIMAN, 2013), com a finalidade de analisar o campo de força e as disputas existentes no mesmo. Na Itália, entrevistamos seis pessoas que vivenciaram as mudanças ocorridas no sistema sanitário italiano. No Brasil, foram realizadas duas entrevistas com atores que foram importantes na reforma sanitária e na implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Interessou-nos acompanhar as experiências vividas daqueles que nos contaram suas histórias, a fim de entender o campo problemático e as condições de emergência das falas, com a finalidade de fazer aparecer as forças que tensionavam os discursos, compreendidas como plano “coletivo” da experiência, conforme sugeriram Escóssia & Tedesco (2010).

Os dados que coletamos dos documentos, entrevistas ou nas observações foram integrados à escrita do texto, com o intuito de compor a teorização sobre a questão do coletivo na saúde. Por essa razão, o estilo da escrita escolhido não foi de trazer as falas e interpretá-las, mas fazer aparecer as relações daquilo que nossos interlocutores disseram sobre as experiências reformistas com o problema que animou nosso estudo, sob a forma de texto

A estratégia de análise dos dados partiu da compreensão do conceito de coletivo sob a perspectiva genealógica (DREYFUS; RABINOW, 2010, FOUCAULT, 2005), tendo em vista reconstruir esse objeto analisando as relações de forças que concorrem para a sua construção histórica, sem tomar a história como uma sucessão de eventos sob uma perspectiva evolucionista e de progresso, consoante àquilo que discutimos anteriormente. Portanto, o ponto de partida deste estudo foi um estranhamento em relação à noção de coletivo na saúde coletiva. Parecia ser por demais evidente aquilo que se fazia no cotidiano da produção do conhecimento e das práticas em saúde sob o argumento de se estar fazendo saúde coletiva, a ponto de tornar imperceptível que a expressão “coletivo” colocava um problema para a saúde.

Tomamos a teoria como dado, pois, para a estratégia de investigação que adotamos, teoria é sempre cartografia (ROLNIK, 2007). Desse modo, optamos por apresentar os dados sem utilizar falas literais ou trechos de entrevistas, procuramos diminuir o número de citações de documentos ou o uso de imagens para fugir da armadilha da descrição da realidade. Utilizamos nossos dados sob a forma de texto, a fim de compor uma narrativa na qual fosse possível analisar a questão do coletivo, entendido a partir do conjunto de elementos que foram coletados.

A imersão no cenário italiano logo nos suscitou uma série de inquietações: Como não existia saúde coletiva na Itália, se aquele território foi o centro das agitações operárias? Quantos *coletivos* existem no cenário italiano na atualidade! Quase um contrassenso: tantos “coletivos” e poucos registros de uma prática no âmbito da saúde pública italiana que se aproximasse daquilo que denominamos no Brasil de “saúde coletiva”. Poderia o excesso de “coletivos”, conforme esses grupos são denominados por lá, estar esvaziando as condições de existência de um pensamento em saúde coletiva naquele país? Tomando o excesso de “coletivos” como um sintoma, há qualquer correspondência entre os processos italiano e o brasileiro atuais, uma vez que no Brasil a noção de “coletivos” parecia estar congelada nas imagens do *coletivo* na saúde? Tais inquietações foram sendo tomadas como pistas para elaborar nosso estudo, traduzindo-se no desenho de uma trajetória metodológica, que ganhava forma na medida em que as questões eram colocadas e problematizadas.

Não tivemos a pretensão de construir uma verdade universal a respeito dos fatos. Tampouco de ressignificá-los ou interpretá-los. Procuramos desviar das armadilhas que nos empurravam para um caminho que nos dava, de antemão, um modo acabado para a noção de coletivo na saúde. E isso se tornava tanto mais importante quanto se mostrava necessário se entregar à experiência, permitindo que fôssemos tomados de assalto, para assim acompanhar os cenários que analisamos.

E foi essa sensibilidade que nos permitiu ver o esforço para a construção de uma identidade operária no movimento operário italiano, produzindo um deslocamento no modo de olhar essa experiência. Se antes tínhamos a absoluta certeza de que esse era o movimento mais revolucionário, agora conseguimos perceber que ele também se instituiu, permitindo a passagem de forças que tem nos acompanhado até os dias atuais, forças estas que contribuem com a captura da potência do **coletivo** na saúde, como discutimos no terceiro capítulo.

Tal deslocamento se efetuou, num primeiro momento, com a mistura desimplicada com o campo de estudo – a abertura para a experimentação – e, num segundo momento, à medida que modificamos a nossa percepção sobre o que significavam todos aqueles arquivos de que dispúnhamos para análise: relatos da experiência vivida, entrevistas transcritas e escutadas repetidas vezes, fotos de documentos produzidos pelos operários e pelos estudantes italianos, atas de reuniões, músicas, livros de literatura, filmes e diário de campo. A partir disso, perguntamos: que sentidos, quais sensações esse material nos produzia?

Deslocamos o nosso olhar: não nos interessava captar os significados ocultos das práticas reformistas, mas compreender aquilo que existe de mais superficial em todo esse material que acumulamos. Foi entendendo como a história olha para nós hoje, ao invés de olharmos para ela, que tentamos produzir uma linha de fuga para nosso pensamento. Como tornar pulsante aquilo que se materializa como história a fim de entender as variações do coletivo na saúde? Retornar aos arquivos para desarquivá-los, fazê-los falar. Entendemos no processo de análise que o importante não era olhar para o ser (ou para a substância) contido no nosso material, mas perceber a maneira de ser que os dados coletados e que as experiências atribuíam. Conforme Deleuze (2000), essa maneira de ser se encontra na superfície do ser, não é nem passiva e nem ativa, sendo apenas resultado ou efeito não classificável. Isso significa que, no procedimento de constituição dos corpos, cruzam-se força (potência) e a multiplicidade de seres incorporais que estão presentes na superfície. É essa agitação que nos interessou, portanto. Nossa análise do coletivo deveria atingir essa superfície do ser, tarefa não fácil, mas a que nos arriscamos.

E ainda faltava superar um último desafio: transformar essa experiência em texto, compondo uma narrativa que não reproduzisse a realidade, mas que evidenciasse o seu caráter inédito e atual. Então percebemos que o campo muda, mas a variação é constante e infinita. Por essa razão, não foi o campo real que nos interessou, mas os sentidos que aqueles elementos pertencentes ao campo evocam e a sua relação com o conhecimento produzido. Outro salto: a vivência individualizada dos autores (daqueles que escrevem, porque cada um de nós somos muitos) e daqueles campos problemáticos se abriam e se misturavam, compondo um novo mapa. Nada era o mesmo a cada instante; a cada novo olhar, as cenas e as ideias se modificavam. Mas ficava cada vez mais evidente um traçado, a duração de uma certa experiência da expressão do coletivo na saúde.

A experiência da língua funcionou como um importante limiar de desterritorialização e, por esta razão, também merece destaque, haja vista a importância da torção produzida por ela, contribuindo para articular a análise deste estudo. Além de ter mostrado como o mundo do pesquisador-cartógrafo estava ordenado, exigiu a saída desse mundo para que, intuitivamente, fosse forjada uma língua diferente, que funcionasse antes pela intuição e através do corpo, e menos por uma gramática, funcionando como alavanca para a escrita dos resultados deste estudo.

E foi a experiência de falar com o corpo que me fez perceber que era preciso forjar um modo singular de apresentar a narrativa dessa experiência.

E desse modo, desconfiamos: a ausência do **coletivo** paradoxalmente se relaciona com o excesso da presença de múltiplos *coletivos* individualizados na saúde. Sobre os *coletivos* está inscrita uma expectativa de progresso, que se atualiza no território da saúde. Com isso a questão se transformou: como fazer o *coletivo* escapar no território da saúde, tendo em vista dar espaço às variações do **coletivo**? Fomos percebendo que as formas de *coletivo* já estavam presentes nas experiências reformistas, que de algum modo foram problematizadas, e que hoje muitas delas triunfam na saúde coletiva. O triunfo das forças conservadoras se legitima através do processo de naturalização do *coletivo* no território da saúde. Portanto, nosso estudo foi se desenhando em saltos, difíceis deslocamentos do pensamento em direção à produção de um conhecimento no qual algo escapava a todo o instante.

O tempo inteiro imaginávamos que não apenas era preciso manter o foco desse estudo na saúde como também era necessário escavar outros espaços possíveis, mesmo que isso pudesse significar a perda do foco. Intuitivamente, nosso corpo era empurrado para outros encontros, embora sem saber se estes tinham sentido. Foi assim que mergulhamos no pensamento operário, no arquivo do *Centro Social Vag*, em Bolonha/Itália. Construimos uma biblioteca de aproximadamente duzentas fotos de documentos, a fim de tornar presente o pensamento da época, entender a experiência operária e pensar como esse material poderia contribuir para o estudo. Com o tempo, fomos percebendo que tais documentos, mais do que oferecer dados objetivos, ajudavam a traçar os sentidos que se perderam no tempo, e que sua análise deixava evidentes as reduções de mundo operadas e as escolhas que iam sendo feitas no período. São documentos que colocavam o problema do coletivo, portanto; materiais que serviram para provocar o exercício da imaginação, aproximando mundos antes ausentes, que pediam passagem. Embora essas imagens não tenham sido utilizadas diretamente no texto, elas compuseram a montagem da análise, contribuindo com os resultados deste estudo.

É sobre esse terreno que um regime de enunciação sobre a noção do coletivo foi sendo composta, contribuindo para que percebêssemos como se articula a montagem dos *coletivos* do nosso tempo e a maneira como a força dessas imagens é utilizada para o progresso social, no sentido do governo da vida. É o período em que o discurso sobre o coletivo encarna no território da saúde sob um novo registro, com um

novo significado, funcionando com força de subjetivação. Percebemos que as imagens mobilizavam paixões e, com isso, faziam derivar algo de si mesmas. Conectados nesses arquivos, tentamos forjar um jeito de dizer sensações que não eram ditas. Analisamos alguns textos de literatura e assistimos filmes produzidos no período, com o intuito de se aproximar da experiência, a fim de compreender o campo problemático do **coletivo** no território da saúde, seus tensionamentos e suas condições de escape. Descobrimos então que é o afeto em nós que cartografa. O afeto é produto de uma afecção, ou seja, de uma modificação de si, que pode ou não colocar a potência de agir. A fixação do *coletivo* no território da saúde é uma forma de retirar dessa expressão a sua potência.

Foi, portanto, acompanhando a composição e a decomposição dos modos de existência atribuídos à noção de coletivo que transformamos esse conceito no procedimento constituinte em ato. Colhemos testemunhos não para formar um novo arquivo, mas para arruinar aqueles que existiam sobre essa expressão na saúde. Para a cartografia, arquivo não significa dispor de um corpo organizado, uma coleção ordenada. Como vimos, a genealogia rompe com a história universal e seu senso de ordenamento do mundo. Assim criamos as condições para nos aproximarmos de uma memória processual, afastando-nos do amontoado de arquivos que comumente são destinados à gaveta nos modos de pesquisar tradicionais.

Como garantir o caráter processual da memória, para que ela não seja arquivada? A primeira tentativa foi analisar toda a parafernália documental “de fora”, num impulso de atualização do cartesianismo e dos métodos de análise tradicionais. Aos poucos, fomos nos percebendo dentro dos documentos, forjando um trabalho analítico que permitisse discutir nosso problema de estudo. Movimento de dar vida aos documentos e fazê-los falar e, desse modo, transformar em texto as forças que capturam a noção de coletivo no território da saúde, construindo uma paisagem possível de ser imaginada. Dessa maneira construímos as análises deste estudo, fazendo aparecer a polifonia de sentidos que a experiência italiana e a brasileira carregam, a fim de perceber aquilo que está contido em potência na saúde coletiva.

## 5 REFLEXÕES FINAIS

Ao colocarmos em discussão o que é o como se expressa o coletivo na saúde, tomando como campo problemático as experiências italiana e brasileira de reformas sanitárias, tínhamos como finalidade entender essa expressão e a sua relação com a saúde coletiva. À medida que nos aproximamos da questão que nos animava e do campo problemático que serviu de base para construir a leitura desse processo, fomos construindo um modo singular para entender como essas experiências distintas poderiam fornecer um conhecimento capaz de problematizar uma certa territorialização da saúde coletiva no Brasil. E com isso, ao colocarmos em questão o a noção de coletivo na saúde, produziu-se um percurso singular que contribuiu para pensar essa expressão na sua potência.

Revisitando as experiências reformistas desses dois países, analisamos o entendimento do coletivo como um conjunto, para discuti-lo enquanto extrapensamento, onde o que fica evidente é a sua dimensão intensiva. Ao deslocarmos o *coletivo* do plano das formas, explicitando as características e os efeitos de cada uma das suas imagens, produzimos uma torção no modo de entender essa expressão na saúde. Percebemos que o *coletivo*-população age como mecanismo de ativação do dispositivo da segurança, como prática de normalização útil para sustentar uma arte de governar que nasce na modernidade e se estende até os dias atuais. O *coletivo*-grupo, por sua vez, coloca em relevo a afirmação do estatuto do indivíduo, lançando mão de mecanismos psicológicos cuja finalidade é marcar o desejo e produzir uma forma de sociabilidade que se apresenta em crise na atualidade, diante da cultura individualista contemporânea. O *coletivo*-população e o *coletivo*-grupo utilizados tanto na medicina social quanto na saúde pública são imagens comumente utilizadas para expressar a noção de coletivo na saúde. Desse modo, foi possível perceber que essa expressão não é uma novidade no território da saúde, ou seja, ela não aparece com a invenção da saúde coletiva. Sua história não é recente, e sua utilidade, desde muito, vem sendo explorada na saúde.

Por outro lado, existe uma imagem de *coletivo* que se agregou mais recentemente ao território da saúde, desenvolvida nos cenários reformistas. O *coletivo*-sociedade-civil, que contribui para tornar públicas as questões privadas, enquanto prática que instrui a razão de estado, determinando esta a se reconfigurar, no sentido de absorver as demandas que são colocadas pelos grupos ou por populações

específicas, tornando-as problemas de uma sociedade fragmentada, ou seja, recortada em diferentes individualidades. Portanto, advém dos cenários reformistas um personagem mais atual que foi inserido nesse momento na saúde, embora fosse há muito tempo já conhecido pelas ciências políticas, com capacidade de ser racionalizado pela razão de estado.

Portanto, analisando a noção de coletivo no território da saúde, percebemos a existência de duas perspectivas filosóficas distintas: a visão substancialista e dicotômica, e a perspectiva da multidão. A primeira considera essa expressão como algo que é dotado de uma essência ou substância, sendo que essa perspectiva corresponde à afirmação das imagens do *coletivo* no território da saúde. Entendemos que essas imagens não permitem ver as agitações e as disputas que existem sobre essa expressão na saúde, restringindo o nosso olhar ao plano das formas. Associamos essa visão à saúde pública e à medicina social, perguntando qual seria então a singularidade da saúde coletiva, porque não é possível apostar nesse saber apenas reproduzindo as imagens do *coletivo* que já estavam. Fizemos isso porque percebemos que a tendência dessas imagens é a conservação de suas formas no território da saúde.

Diante de uma saúde coletiva que pouco problematizava a noção de coletivo e, em especial, a sua singularidade no território da saúde, estranhamos, lançando-nos nessa tarefa. Fazer essa discussão parecia ser central para distinguir a saúde coletiva da medicina social e da saúde pública, marcando a diferença desses saberes. A singularidade do coletivo na saúde é produto das agitações sociais que marcaram as experiências italiana e brasileira de reformas sanitárias, havendo, portanto, necessidade de mergulhar nessas agitações.

Com a perspectiva introduzida pela análise do conceito de multidão, a maneira como entendemos a noção de coletivo sofreu um deslocamento, passando a ser entendida enquanto expressão da potência. Adentrando num campo ainda pouco explorado no território da saúde, passamos a analisar o **coletivo** como uma força movente, prestando atenção para sua dimensão intensiva e para sua processualidade constituinte. Percebemos que, para ativar a potência do **coletivo** na saúde, era necessário produzir uma saturação das imagens, desterritorializando essas formas instituídas, fazendo aparecer a força do inespecífico. Assim, essa expressão deixou de ser considerada uma imagem, expressando o atributo da variação. Variar significa abrir um mundo de possibilidades radicalmente novas, colocando em relevo o devir.

Fizemos isso analisando a noção de coletivo sobre um território de disputas, onde se configuram diferentes estados de forças. Situamos a saúde coletiva como um saber que foi inventado quando o **coletivo** assumiu o grau de inespecífico na saúde. O inespecífico é o ponto no qual o **coletivo** se expressa como força de variar, produzindo um transbordamento dos territórios existentes na saúde. E assim, percebemos que o desafio que se coloca para a saúde coletiva na atualidade consiste em liberar a potência do **coletivo**, a fim de disparar o procedimento constituinte – a variação – para fazer as imagens do *coletivo* transbordarem. Percebemos que a noção de coletivo não pode ser entendida apenas a partir do plano das formas no território da saúde; ela é imanente, funcionando como extrapensamento. Desse modo, à saúde coletiva entendida como dispositivo, compete efetuar a potência do **coletivo** para, com isso, sustentar uma política da diferença e da multiplicidade.

Nosso encontro com o campo empírico permitiu construir uma história diferente para saúde coletiva. Aproximando as experiências italiana e brasileira, encontrando pontos de continuidade, percorremos um caminho distinto daquele descrito nos manuais, especialmente quando discutem a história desse conhecimento. À perspectiva que propõe a invenção da saúde coletiva como produto da ampliação do conceito de saúde e àquela que atribui essa prerrogativa às ciências humanas e sociais em saúde, adicionamos a singularidade do coletivo, que se expressa enquanto processualidade constituinte.

De forma distinta à maneira como a saúde coletiva foi definida no cenário brasileiro, a análise genealógica do coletivo nos sugeriu a singularidade dessa expressão na saúde, bem como a importância dessa perspectiva para abrir linhas de fuga nesse território. Embora seja necessário reconhecer a importância das ciências humanas e sociais, assim como a ampliação do conceito de saúde, sugerimos que parece ter sido antes uma inversão no modo como a noção de coletivo vinha sendo problematizada na medicina social e na saúde pública, produzida pelas agitações sociais no contexto da democratização da saúde, a força constituinte que contribuiu para a invenção da saúde coletiva. Portanto, o coletivo não é simplesmente um termo novo na saúde; ele precisa ganhar consistência para que movimentos instituintes sejam ativados, pois carrega uma problematização que parece ter sido esquecida pela saúde coletiva. Nosso esforço foi no sentido de resgatar essa história e as agitações do período reformista para, desse modo, entender as potências do coletivo e da saúde coletiva.

Portanto, ao estabelecermos uma continuidade entre a experiência italiana e a brasileira, constituiu-se um comum que já havia sido enunciado pelos teóricos reformistas quando estabeleceram a relação existente entre as duas experiências, mas que não havia sido suficientemente estudado. O vazio deixado pela insuficiente problematização da relação que existe entre a experiência italiana e a brasileira deixou escapar uma das características mais importantes que explica a singularidade da saúde coletiva no território da saúde, qual seja, a questão da expressão do coletivo. Desse modo, percebemos que foi o deslocamento produzido nessa expressão – a retirada da posição de objeto, ocupada pelas imagens do *coletivo*, para que essa expressão assumisse o lugar de sujeito constituinte – que marcou a diferença entre medicina social e saúde pública, permitindo a invenção da saúde coletiva. Portanto, a ampliação do conceito de saúde, a introdução das ciências humanas e sociais e a assunção do **coletivo** como sujeito constituinte foram os registros históricos que marcaram o surgimento da saúde coletiva no território da saúde.

Desse modo, forjamos uma história “menor” para a saúde coletiva, a fim de diferenciá-la da história oficial, presente nos manuais de saúde coletiva. Seguindo a pista do inespecífico, produzimos uma saturação das imagens do *coletivo*, disparando a produção de uma leitura singular sobre esse conhecimento na saúde. Com isso, percebemos que tal saturação encontra maior viabilidade de se produzir, na medida em que a fantasia social e política – a imaginação – movimenta e engendra a formação de novas noções comuns no território da saúde, agitando os afetos e determinando a produção de desejo e resistências.

Entretanto, há nos dois cenários estudados uma problemática semelhante. De um lado, a tendência à corrupção da força subversiva da noção de coletivo na saúde e, de outro, um grau de abertura que sustenta a expressão da potência e a consequente invenção de novas experiências na saúde. Parece ser fundamental dar consistência para essa última via, pois a ativação do procedimento constituinte, a variação da potência do **coletivo**, desterritorializa os territórios da saúde. A singularidade dessa expressão carrega a força de produzir deslocamentos no modo de pensar e no fazer da saúde coletiva. Fazendo desse conhecimento um dispositivo efetante ou de efetuação dessa potência, o que se coloca é a potência de invenção de novas singularidades.

Para constituir uma política diferente para o coletivo, propusemos romper com as formas que fixam essa expressão, chamando a atenção à facilidade de confundir essa noção com imagens que exprimem uma ideia de conjunto, cuja tendência é o

fechamento numa totalidade ou identidade. No percurso que propusemos, a análise das experiências reformistas deixou evidente a importância da imaginação como mecanismo para subverter a racionalidade técnica existente no território da saúde e abrir espaço para a experimentação. A aposta na composição de noções comuns, responsáveis pela constituição de um plano em comum, contribuía para aproximar realidades aparentemente distintas e desconectadas umas das outras, deixando evidente o jogo de composição dessas realidades. Essas duas ferramentas funcionavam como limiares de desterritorialização, colocando em cena a força do devir, que se expressava como *conatus*. Esses dois mecanismos parecem ser fundamentais para pensar a saúde coletiva na atualidade, especialmente quando esse saber pretende afirmar uma política do **coletivo** como potência ou processualidade constituinte da realidade. Sob essa perspectiva, o pensamento intuitivo ganha relevância, contribuindo para a invenção de novas singularidades no território da saúde.

Compreender o *coletivo* como imagens tem produzido modos de entender essa expressão que fortalecem o estatuto do indivíduo. Nesse sentido, as imagens do *coletivo* expressam uma tradição obstinadamente individualista, fazendo da saúde coletiva um conhecimento que se mantém encoberto nessa tradição. Afirma-se uma política cuja tendência é manter a imaginação sobre certas circunstâncias, regulada, onde aquilo que é possível imaginar já está dado de antemão. Desse modo, o pensamento se torna impotente, porque sua possibilidade de produzir singularidades é reduzida. A força de conservação dessas imagens mantém as relações entre as coisas fixadas em noções comuns que sustentam as composições existentes. Portanto, trata-se de uma política que afirma o equilíbrio das formas, retirando do pensamento em saúde coletiva a potência de subversão que o constitui e marca a sua singularidade.

Por outro lado, sustentar uma política que afirma o singular, que é próprio da agitação produzida no pensamento pelas experiências italiana e brasileira, expressão do devir, parece ser um caminho para afirmar a expressão do coletivo como aquilo que é da ordem da diferença e da multiplicidade. Ao assumir esse ponto de vista, a saúde coletiva se apresenta como um conhecimento que rompe com a racionalidade existente no território da saúde, produzindo um desvio. Ao desencadear o procedimento constituinte, essa política subverte a maneira como a medicina social e a saúde pública interpelam o coletivo. Desconstruir o *coletivo* como imagem significa subverter a exigência de que grupos, populações específicas ou movimentos sociais

organizados afirmem uma política identitária, definindo claramente o que cada uma de suas formas representa. Funcionando desse modo, essas expressões enfraquecem o movimento da potência. O desejo é facilmente capturado, e a possibilidade de resistência, esvaziada, deixando evidente uma política de preenchimento da linha de fuga aberta pelo devir, cuja direção é dada pela determinação do sentido.

O efeito de uma política que insiste em determinar de antemão um sentido para o *coletivo* produz a ausência do **coletivo** na saúde. Efeito paradoxal, uma vez que parece existir um excesso de coletivos na contemporaneidade, cada um expressando bandeiras de lutas importantes, mas particulares. Como pensar um campo de lutas “coletivo”, sem que esse “coletivo” pareça um amontoado de fragmentos no cenário atual da saúde? Como pensar um campo de lutas coletivo, quando o que está colocado no território da saúde tende à fragmentação das lutas? A tríade inespecífico-variação-intuição parece ser uma saída para esse paradoxo, pois, ao produzir a passagem do plano das formas do *coletivo* para a dimensão processual e intensiva dessa expressão, a saúde coletiva se desterritorializa e afirma o devir. São questões para que procuramos chamar a atenção neste estudo ao sistematizarmos uma experiência estrangeira para a saúde coletiva, que se desloca entre as agitações e as reformas sanitárias enquanto repúdio às estratégias de medicalização da saúde e às violências. São saberes contextualizados que tornam a expressão do coletivo um estrangeiro na saúde coletiva, expressão de uma linha de fuga.

## REFERÊNCIAS

ALMA MATER STUDIORUM – UNIVERSITÀ DI BOLONHA. **Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale**: Rapporto Attività, 2010-2011. /mimeo/

ALMEIDA-FILHO, Naomar de; PAIM, Jairnilson Silva. La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva em Latinoamérica. In: **Cuadernos Médico Sociales**, 75: 5-30, 1999.

AROUCA, Antônio Sérgio da Silva. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Editora UNESP, 2003.

ARTIÈRES, Philippe. Dizer a atualidade: o trabalho de diagnóstico em Michel Foucault. In: GROS, Frédéric (org). **Foucault**: a coragem da verdade. São Paulo: Parábola Editorial, 2004.

BAREMBLITT, Gregorio F. **Compêndio de análise institucional e outras correntes**: teoria e prática. 4.ed. Rio de Janeiro: Record/Rosa dos Tempos, 1992.

BARROS, Regina Benevides. **Grupo**: a afirmação de um simulacro. Porto Alegre: Ed. Sulina/UFRGS, 2007.

BASAGLIA, Franco. **A instituição negada**. 3.ed. Rio de Janeiro: Graal, 2001.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, Sept. 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000300014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300014&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 7 jun 2015.

BERGSON, Henri. **Memoria y vida**: textos escogidos por Gilles Deleuze. Madrid: Alianza Editorial, 2012.

\_\_\_\_\_. **O pensamento e o movente**: ensaios e conferências. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

BERLINGUER, Giovanni. **Medicina e política**. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 1987.

\_\_\_\_\_. Uma reforma para a saúde. In: \_\_\_\_\_.; TEIXEIRA, SF.; CAMPOS, GW de S. **Reforma Sanitária**: Itália e Brasil. São Paulo: Hucitec, 1988. p. 1-106.

BIRMAN, Joel. A Physis da Saúde Coletiva. In: **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15(Suplemento): p. 11-16, 2005.

\_\_\_\_\_. Os sentidos da saúde. In: **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 9(1): 7-12, 1999.

BOURDIEU, Pierre. O campo científico. In: ORTIZ, Renato. (org). **Pierre Bourdieu**. São Paulo: Ática, 2003.

BOVE, Laurent. **La strategia del conatus**: affermazione e resistenza in Spinoza. Milano: Edizioni Ghibli, 2002.

CALLONGHI, Ferruccio. **Dizionario Latino Italiano**. 3.ed. Rosenberg & Sellier Ed: Torino, 1999.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. A reforma sanitária necessária. In BERLINGUER, Giovanni.; TEIXEIRA, Sonia Fleury; \_\_\_\_\_. **Reforma Sanitária**: Itália e Brasil. São Paulo: Hucitec, 1988. p.179-194.

\_\_\_\_\_. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: HUCITEC, 1991. 175p.

\_\_\_\_\_. Como reinventar a gestão e o funcionamento dos sistemas públicos e organizações estatais? In: **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13(Sup2), p. 2019-2028, 2000a.

\_\_\_\_\_. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, 5(2), p. 219-230, 2000b.

CAPRA, Fritjof. **O ponto de mutação**: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: Cultrix, 2004.

CASTEL, Robert. **A gestão dos riscos: da antipsiquiatria à pós-psicanálise**. Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora, 1987.

CECCIM, Ricardo Burg; CAPOZZOLO, Ângela Aparecida. Educação dos profissionais de saúde e afirmação da vida: a prática clínica como resistência e criação. In: MARIN, João José Neves. et al. (Orgs.). **Educação médica em transformação**: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 346-90.

CECCIM, Ricardo Burge; FERLA, Alcindo Antônio. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. *Trab. educ. saúde* [online]. 2008, vol.6, n.3, p. 443-456 . Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462008000300003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462008000300003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 7 jun 2015.

CECCIM, Ricardo Burge; MERHY, Emerson Elias. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. **Interface (Botucatu)** [online]. 2009, v.13, supl.1, p. 531-542 . Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832009000500006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 7 jun 2015.

CECCIM, Ricardo Burge; PALOMBINI, Analice de Lima. Imagens da infância, devir-criança e uma formulação à educação do cuidado. **Psicol. Soc.** [online]. 2009, vol.21, n.3, p. 301-312 . Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822009000300003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822009000300003&lng=en&nrm=iso)> . Acesso em: 7 jun 2015.

CENTRO DE ESTUDOS BRASILEIROS EM SAÚDE - CEBES. [Editorial]. **Revista Saúde em Debate**, 1, paginação, 1977a.

\_\_\_\_\_. **Revista Saúde em Debate**, 2, paginação, 1977b.

\_\_\_\_\_. **Revista Saúde em Debate**, 3, paginação, 1977c.

\_\_\_\_\_. **Revista Saúde em Debate**, 4, paginação, 1977d.

\_\_\_\_\_. **Revista Saúde em Debate**, 7-8, paginação, 1978.

\_\_\_\_\_. **Revista Saúde em Debate**, 9, paginação, 1980a.

\_\_\_\_\_. **Revista Saúde em Debate**, 10, paginação, 1980b.

COHN, Amélia. Caminhos da Reforma Sanitária. In: **Lua Nova**, n.19, p. 123-140, 1989.

\_\_\_\_\_. Conhecimento e prática em saúde coletiva: o desafio permanente. In: **Saúde e Sociedade**, 1(2): 97-109, 1992.

COSTA, Diogo Faria Correa da; PAULON, Simone Mainieri. Participação social e protagonismo em saúde mental: a insurgência de um coletivo. Social participation and protagonism in mental health: the rising of a collective. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 36, n. 95, p. 572-582, Dec. 2012 . Acesso em: 7 jun 2015.

COSTA, Nilson do Rosário. Ciências sociais e saúde: considerações sobre o nascimento do campo da saúde coletiva no Brasil. In: **Saúde em Debate**, 36: 58-65, 1992.

CZERESNIA, Dina. Construção científica e inovação teórica: um desafio para a epidemiologia. In: **Physis Revista de Saúde Coletiva**, 3(1): 77-90, 1993.

\_\_\_\_\_. Do contágio à transmissão: uma mudança na estrutura perceptiva de apreensão da epidemia. In: **História, Ciências, Saúde**, 4(1): 75-94, 1997.

DELEUZE, Gilles. **Cosa può un corpo?** Lezioni su Spinoza. 2.ed. Verona: Ombre Corte, 2010.

\_\_\_\_\_. **Espinoza: filosofia prática**. São Paulo: Escuta, 2002a.

\_\_\_\_\_. **Spinoza e il problema dell'espressione**. 4.ed. Macerata: Quodilibert, 2014.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia** (vol.5). 1ª. reimp. São Paulo: Editora 34, 2002c.

\_\_\_\_\_. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia** (vol.2). 1ª. reimp. São Paulo: Editora 34, 2002b.

\_\_\_\_\_. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia** (vol.3). 1ª. reimp. São Paulo: Editora 34, 1999.

DONNANGELO, MCF. **Medicina e sociedade. O médico e seu mercado de trabalho**. São Paulo: Pioneira; 1975.

\_\_\_\_\_. **Saúde e sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

DREYFUS, Hubert Lederer; RABINOW, Paul. **Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica**. 2.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

ELIAS, Paulo Eduardo. Análises sobre a reforma sanitária e concepções políticas subjacentes: a visão autoritária do ideário progressista. In: **Saúde e Sociedade**, 2(1): 59-73, 1993.

ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. 1ª. Reimp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

ESCÓSSIA, Liliana da. **O coletivo como plano de coengendramento do indivíduo e da sociedade**. 2004. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2004.

ESPINOZA, Baruch. **Ética**. Coleção os Pensadores. São Paulo: Abril Editora, 1973.

\_\_\_\_\_. **Tratado político**. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

\_\_\_\_\_. **Tratado teológico-político**. 3.ed. Lisboa: Imprensa Nacional-Casa da Moeda, 2004.

FELIPE, José Saraiva. Uma avaliação da produção teórico-científica da medicina social no Brasil. In **Saúde em Debate**, 27: 59-66, 1989.

FERLA, Alcindo Antônio. Participação da população: do controle sobre os recursos a uma produção estética da clínica e da gestão em saúde. **Physis** [online]. 2004, vol.14, n.1, p. 85-108 . Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312004000100006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000100006&lng=en&nrm=iso)> . Acesso em 7 jun. 2015.

FERLA, Alcindo Antonio; MATOS, Izabella Barison. Participação na Saúde: teorias e práticas revitalizadas nos trabalhos do Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa na Saúde. **Saúde soc.** [online]. 2012, vol.21, p. 8-17. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902012000500001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000500001&lng=en&nrm=iso)> . Acesso em 7 jun. 2015.

FIGUEIREDO, Luís Cláudio Mendonça; SANTI, Pedro Luís Ribeiro de. **Psicologia: uma (nova) introdução**. São Paulo: Educ, 2008.

FLEURY, Sônia. A análise necessária da reforma sanitária. In: **Saúde em Debate**, 22: 25-27, 1998.

\_\_\_\_\_. Revisitando “a questão democrática da saúde”: quase 30 anos depois. In: **Saúde em Debate**, 33(81): 156-164, 2009.

FLEURY TEIXEIRA, Sônia. As ciências sociais em saúde no Brasil. In: NUNES, Eduardo. **As ciências sociais em saúde na América Latina**. Brasília: OPAS/OMS, 1985.

\_\_\_\_\_. O dilema reformista na reforma sanitária brasileira. In **Revista de Administração Pública**, v. 21 (4), 1987, p.94-115.

\_\_\_\_\_. (org). **Saúde coletiva?** Questionando a onipotência do social. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

FOUCAULT, Michel. Nietzsche, a genealogia, a história. In: \_\_\_\_\_. **Ditos & Escritos II: arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005a, p.260-281.

\_\_\_\_\_. Sobre as maneira de escrever a história. In: \_\_\_\_\_. **Ditos & Escritos II:** arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005b. p.62-77.

\_\_\_\_\_. O nascimento da medicina social. In: \_\_\_\_\_. **Ditos & Escritos VII:** Arte, epistemologia, filosofia e história da medicina. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011a, p.402-424.

\_\_\_\_\_. A extensão social da norma. In: \_\_\_\_\_. **Ditos & Escritos VII:** Arte, epistemologia, filosofia e história da medicina. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011b, p.394-398.

\_\_\_\_\_. A política da saúde no século XVIII. In: \_\_\_\_\_. **Ditos & Escritos VII:** Arte, epistemologia, filosofia e história da medicina. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011c, p.357-373.

\_\_\_\_\_. As grandes funções da medicina em nossa sociedade. In: \_\_\_\_\_. **Ditos & Escritos VII:** Arte, epistemologia, filosofia e história da medicina. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011d, p.305-306.

\_\_\_\_\_. **Aulas sobre a vontade de saber.** São Paulo: Martins Fontes, 2014.

\_\_\_\_\_. **Segurança, território, população.** São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FRANCO, Túlio Batista. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, Roseni.; MATTOS, Ruben Araújo de. (Org). **Gestão em redes:** práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006.

FRANCO, Túlio Batista et al. A produção subjetiva da Estratégia Saúde da Família. In: \_\_\_\_\_ (orgs.); **A produção subjetiva do cuidado:** cartografias da Estratégia Saúde da Família. Hucitec, São Paulo, 2009.

GONÇALVES, Laura Lamas Martins; BARROS, Regina Duarte Benevides de. Função de publicização do acompanhamento terapêutico: a produção do comum na clínica. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 25, n. spe2, p. 108-116, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822013000600014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822013000600014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 7 jun. 2015.

GUATTARI, Félix. **Revolução molecular:** pulsações políticas do desejo. 3.ed. São Paulo: Brasiliense, 1987.

GUATTARI, Félix; ROLNIK, Suely. **Micropolítica:** cartografias do desejo. 7.ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

HARDT, Michael. **O enfraquecimento da sociedade civil**. 2001 /mimeo/

LAURELL, Asa Cristina. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, Everardo Duarte. **Medicina social: aspectos históricos e teóricos**. São Paulo: Global, 1983, p.133-158.

LEMKE, Ruben Artur; SILVA, Rosane Azevedo Neves da. Itinerários de construção de uma lógica territorial do cuidado. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte , v. 25, n. spe2, p. 9-20, 2013 . Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822013000600003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822013000600003&lng=en&nrm=iso)> . Acesso em 7 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. Um estudo sobre a itinerância como estratégia de cuidado no contexto das políticas públicas de saúde no Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 3, p. 979-1004, 2011 . Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312011000300012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000300012&lng=en&nrm=iso)> . Acesso em 7 jun. 2015.

LIMA, Nísia Trindade; SANTANA, José Paranaguá de (org.). **Saúde coletiva como compromisso: a trajetória da ABRASCO**. Rio de Janeiro: Fiocruz/ABRASCO, 2006.

LUZ, Madel Therezinha. Notas sobre a política de saúde no Brasil de “transição democrática” – anos 80. **Saúde em Debate**, 32: 27-32, jun. 1991.

MACCACARO, Giulio Alfredo. Classe e salute (1973). In: \_\_\_\_\_. **Medicina e Potere: per una medicina da rinnovare**. Scritti 1966-1976. Milano: Giangiacomo Feltrinelli Editore, 1979.

\_\_\_\_\_. L'unità sanitaria locale come sistema (1976b). In: \_\_\_\_\_. **Medicina e Potere: per una medicina da rinnovare**. Scritti 1966-1976. Milano: Feltrinelli Editore, 1979.

\_\_\_\_\_. L'uso di classe della medicina (1972). In: \_\_\_\_\_. **Medicina e Potere: per una medicina da rinnovare**. Scritti 1966-1976. Milano: Giangiacomo Feltrinelli Editore, 1979.

\_\_\_\_\_. Medicina Democratica, movimento di lotta per la salute (1976a). In: \_\_\_\_\_. **Medicina e Potere: per una medicina da rinnovare**. Scritti 1966-1976. Milano: Giangiacomo Feltrinelli Editore, 1979.

\_\_\_\_\_. Prática médica e controle social (1970). In: \_\_\_\_\_. **Medicina e Potere: per una medicina da rinnovare**. Scritti 1966-1976. Milano: Giangiacomo Feltrinelli Editore, 1979.

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

MACIOCCO, Gavino. **L'ordinamento sanitario italiano**. /mimeo/.

MARSHALL, Thomas Humprey. **Cidadania, Classe Social e "Status"**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1967.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade. 2001.

MERHY, Emerson Elias. **O capitalismo e a saúde pública**. 2.ed. São Paulo: Papyrus, 1987.

\_\_\_\_\_. O mais profundo é a pele. **Interface (Botucatu)** [online]. 2011, vol.15, n.38, p. 915-917 . Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832011000300023&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000300023&lng=en&nrm=iso) . Acesso em: 7 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

\_\_\_\_\_. Saúde e direitos: tensões de um SUS em disputa, molecularidades. **Saude soc.** [online]. 2012, vol.21, n.2 ,p. 267-279 . Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902012000200002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000200002&lng=en&nrm=iso) . Acesso em: 7 jun 2015.

MONTUSCHI, Luigi. **Diritto ala salute e organizzazione del lavoro**. Franco Angeli: Milano, 1976.

NEGRI, Antonio. **A anomalia selvagem**: poder e potência em Spinoza. Rio de Janeiro: Editora 34, 1993.

\_\_\_\_\_. **A constituição do comum**. Conferência Inaugural do II Seminário Internacional Capitalismo Cognitivo – Economia do conhecimento e a constituição do comum. Organizado pela Rede Universidade Nômade. Rio de Janeiro, 2005.

\_\_\_\_\_. **Cinco lições sobre Império**. Rio de Janeiro: DP&A Editora, 2003.

\_\_\_\_\_. **O poder constituinte**: ensaio sobre as alternativas da modernidade. São Paulo: DP&A Editora, 2002.

NOVAES, Ricardo Lafeté. Saúde e democracia. **Saúde em Debate**, São Paulo, n. 5, p. 72-73, out./dez. 1977.

NUNES, Eduardo Duarte. A sociologia da saúde nos Estados Unidos, Grã-Bretanha e França. In: **Saúde e Sociedade**. 8(1): 9-95, 2003.

\_\_\_\_\_. As Ciências Sociais em Saúde: reflexões sobre as origens e a construção de um campo de conhecimento. In: **Saúde e Sociedade**, 1(1): 59-84, 1992.

\_\_\_\_\_. Saúde coletiva: história de uma ideia e de um conceito. In: **Saúde e Sociedade**, 3(2): 5-21, 1994.

\_\_\_\_\_. Saúde Coletiva: história e paradigmas. In: **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, 3: 107-116, 1998.

OLIVEIRA, Jaime A. Para uma teoria da reforma sanitária: democracia progressiva e políticas sociais. In: **Saúde em Debate**, 20. 1988.

\_\_\_\_\_. Reformas e reformismos: democracia progressiva e políticas sociais (ou para uma teoria política da reforma sanitária). In: **Cadernos de Saúde Pública**, 4(3): 360-387, 1987.

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

PAIM, Jairnilson S. **Reforma Sanitária Brasileira**: contribuição para a compreensão crítica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana da (Org.). **Pistas do método da cartografia**: pesquisa intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 131-149.

PEREIRA, José Carlos de M. **A explicação sociológica na medicina social**. Tese de Livre Docência. Faculdade de Medicina/USP, Ribeirão Preto, 1983.

RANCIÈRE, Jacques. A comunidade como dissentimento. In: DIAS, Bruno Peixe; NEVES, José. **A política dos muitos**: povo, classe e multidão. Lisboa: Tinta da China, 2011.

ROCHA, Marisa Lopes da. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. In **Psicologia Ciência e Profissão**, 2003, n. 23, v. 4, p. 64-73

ROLNIK, Suely. **Cartografia sentimental**: transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: Sulina/UFRGS Editoria, 2007.

ROSEN, George. A evolução da medicina social. In: NUNES, Everardo Duarte. **Medicina social: aspectos históricos e teóricos**. São Paulo: Global, 1983.

\_\_\_\_\_. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Hucitec, 1994.

TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. As ciências sociais em saúde no Brasil. In: NUNES, Everardo Duarte (org). **As ciências sociais em saúde na América Latina – Tendências e Perspectivas**. OPAS. Brasília, 1985. p. 87-109.

UJVARI, Stefan Cunha. **A história da humanidade contada pelos vírus**. São Paulo: Contexto, 2008.

VASCONCELOS, Michele de Freitas Farias de; PAULON, Simone Mainieri. Instituição militância em análise: a (sobre)implicação de trabalhadores na Reforma Psiquiátrica brasileira. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte , v. 26, n. spe, p. 222-234, 2014. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822014000500023&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822014000500023&lng=en&nrm=iso) >. Acesso em: 7 jun. 2015.

VIRNO, Paolo. **Grammatica dela moltitudine**: per una analisi dele forme di vita contemporanee. Roma: Derive Approdi, 2014.

ZAMBENEDETTI, Gustavo; SILVA, Rosane Azevedo Neves da. Cartografia e genealogia: aproximações possíveis para a pesquisa em psicologia social. **Psicol. Soc.**, Florianópolis , v. 23,n. 3,p. 454-463, Dec. 2011 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822011000300002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822011000300002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 7 jun. 2015.

## REFERÊNCIAS COMPLEMENTARES

ALLIEZ, Éric; GOFFEY, Andrew. **The Guattari effect**. New York: Continuum Books, 2011.

AUDI, Robert. **Dicionário de Filosofia de Cambridge**. São Paulo: Paulus, 2006.

BAKUNIN, Michail. **Stato e anarchia**. 10.ed. Milano: Fetrinelli, 2013.

\_\_\_\_\_. **Tre conferenze sull'anarchia e altri scritti sulla comune**. Roma: Manifestolibri, 2013.

BIRMAN, Joel. A interdisciplinaridade na saúde coletiva. In: **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 6, v. 1/2, p. 7-13, 1996.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Como re-inventar a gestão e o funcionamento dos sistemas públicos e organizações estatais? In: **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13 (Sup2), p. 2019-2028, 2008.

CEBES. 35 anos de luta pela Reforma Sanitária: preservando o interesse público na saúde. In: **Saúde em Debate**, n. 35(91), p. 644-649, 2011.

COELHO, Ivan Batista. O ocaso da reforma sanitária brasileira. In: **Saúde em Debate**, n. 34(87), p. 647-657, 2010.

COHN, Amélia. A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. In: **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 25(7), p.1614-1619, 2009.

\_\_\_\_\_. Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 8(1), p. 9-18, 2003.

\_\_\_\_\_. Políticas de Saúde e reforma sanitária hoje: delimitações e possibilidades. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13 (Sup2), p. 2019-2028, 2008.

COMBES, Muriel. **Gilbert Simondon and the philosophy of the transindividual**. Cambridge: MIT Press, 2013.

DELEUZE, Gilles. **Diferença e Repetição**. 2.ed. Rio de Janeiro: Graal, 2006.

\_\_\_\_\_. **Lo strutturalismo**. Milano: Piccola Enciclopedia, 2004.

\_\_\_\_\_. **Lógica do sentido**. 4.ed. São Paulo: Perspectiva, 2000.

\_\_\_\_\_. **Nietzsche**. Milano: SE, 1997.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Kafka**: por uma literatura menor. Rio de Janeiro: Imago, 1977.

\_\_\_\_\_. **Mil platôs**: capitalismo e esquizofrenia (vol.4). 1<sup>a</sup>. reimp. São Paulo: Editora 34, 2002.

\_\_\_\_\_. **O que é a filosofia?** 2.ed. São Paulo: Editora 34, 2000.

DIDI-HUBERMAN, Georges. Cascas. In **Revista Serrote**, n. 13. p. 99-123, 2012.

\_\_\_\_\_. **Sobrevivência dos vaga-lumes**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2011.

ELIAS, Norbert. **A sociedade dos indivíduos**: a questão cardeal da sociologia. 2.ed. Lisboa: Dom Quixote, 2004.

ESCÓSSIA, Liliana da; KASTRUP, Virgínia. O conceito de coletivo como superação da dicotomia indivíduo-sociedade. In: **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, n. 2, p. 295-304, 2005.

ESPINOZA, Baruch. **Correspondências**. Coleção os Pensadores. São Paulo: Abril Editora, 1973.

\_\_\_\_\_. **Pensamentos Metafísicos**. Coleção os Pensadores. São Paulo: Abril Editora, 1973.

\_\_\_\_\_. **Tratado da correção do intelecto**. Coleção os Pensadores. São Paulo: Abril Editora, 1973.

FLEURY, Sonia. A reforma sanitária e o SUS: questões de sustentabilidade. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 12(2), p. 307-317, 2007.

FOUCAULT, Michel. **A arqueologia do saber**. 6.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

\_\_\_\_\_. A filosofia estruturalista permite diagnosticar o que é a atualidade. In: FOUCAULT, M. **Ditos & Escritos II**: arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005. p.56-61.

\_\_\_\_\_. **As palavras e as coisas**: uma arqueologia das ciências humanas. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

\_\_\_\_\_. Bio-história e biopolítica. In: \_\_\_\_\_. **Ditos & Escritos VII: Arte, epistemologia, filosofia e história da medicina.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011. p.399-401.

\_\_\_\_\_. **Ditos & Escritos IX: genealogia da ética, subjetividade e sexualidade.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014.

\_\_\_\_\_. **Ditos & Escritos X: filosofia, diagnóstico do presente e verdade.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014.

\_\_\_\_\_. **História da Sexualidade 1: a vontade de saber.** 13.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

\_\_\_\_\_. Nietzsche, Freud, Marx. In: \_\_\_\_\_. **Ditos & Escritos II: arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005. p.40-55.

\_\_\_\_\_. **O governo de si e dos outros.** São Paulo: Martins Fontes, 2011.

\_\_\_\_\_. Teatrum Philosophicum. In: \_\_\_\_\_. **Ditos & Escritos II: arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005. p. 230-254.

GRANADOS, J. A. Tapia. Is Epidemiology an applied Science or a technology? In: **American Journal of Public Health**, v. 89 (4), p. 599, 1999.

GUATTARI, Félix; NEGRI, Antonio. **New lines of alliance, new spaces of liberty.** New York: Autonomedia, 2010.

GUIMARAES, Cristian Fabiano; SILVA, Rosane Azevedo Neves da. Notas para a problematização do coletivo no campo da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, n. 3, v. 20, 2015. Disponível em:

<[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015000300913&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000300913&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 31 maio 2015.

HARDT, Michael; NEGRI, Antonio. **Império.** Rio de Janeiro: Record, 2004.

\_\_\_\_\_. **Multidão: guerra e democracia na era do Império.** Rio de Janeiro: Record, 2005.

KASTRUP, Virgínia; PASSOS, Eduardo. Cartografar é traçar um plano comum. **Fractal, Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 263-280, 2013. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-02922013000200004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922013000200004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 7 jun. 2015

LAZARATTO, Maurizio. **As revoluções do capitalismo**: a política no império. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

\_\_\_\_\_. **Il governo delle disuguaglianze**: critica dell'insicurezza neoliberista. Verona: Ombre Corte, 2013.

LEVI, Primo. **É isto um homem?** Rio de Janeiro: Rocco, 1988.

LOURAU, René. **A análise institucional**. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

\_\_\_\_\_. **El estado inconsciente**. La Plata: Terra Mar, 2008.

LUZ, Maciel Therezinha. Especificidade da contribuição dos saberes e práticas das Ciências Sociais e Humanas para a saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 22-31, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n1/04.pdf>>. Acesso em: 7 jun. 2015.

MARTIN, Jean-Clet. **Variations**: the philosophy of Gilles Deleuze. Edinburgh: Edingurgh University Press, 2010.

MARTINS, André. (org). **O mais potente dos afetos**: Spinoza e Nietzsche. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

NEGRI, Antonio. **Il diritto del comune**. Disponível em <<http://www.uninomade.org/il-diritto-del-comune/>>. Acesso em: 9 abr. 2013.

\_\_\_\_\_. **Inventarei il comune**. Roma: Derive Approdi, 2012.

\_\_\_\_\_. **Kairòs, alma vênus, multítodo**: nove lições ensinadas a mim mesmo. Rio de Janeiro: DP&A Editora, 2003.

\_\_\_\_\_. **Spinoza subversivo**. 1<sup>a</sup>. reimp. Madrid: Akal, 2011.

NEGRI, Antonio; CASARINO, Cesare. **Elogio de lo común**. Barcelona: Espasa Libros, 2012.

NEGRI, Antonio; HARDT, Michael. **O trabalho de Dionísio**: para a crítica ao Estado pós-moderno. Rio de Janeiro: Editora UFJF-Pazulin, 2004.

NIETZSCHE, Friedrich. **A gaia ciência**. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.

\_\_\_\_\_. **Ecce Homo**: como alguém se torna o que é. 2.ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

\_\_\_\_\_. **Genealogia da Moral**: uma polêmica. 7ª reimpressão. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

\_\_\_\_\_. **La volontà di potenza**. Milano: Tascali Bompiani, , 2011.

PASOLINI, Pier Paolo. **Scritti corsari**. Milano: Garzanti, 2015.

\_\_\_\_\_. **Una vita violenta**. Milano: Garzanti, 2008.

PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina Benevides de. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 16, n. 1, p. 71-79, 2000. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-37722000000100010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722000000100010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 7 jun. 2015

PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia. Sobre a validação da pesquisa cartográfica: acesso à experiência, consistência e produção de efeitos. **Fractal, Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 2, p. 391-413, 2013 . Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-02922013000200011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922013000200011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 7 jun. 2015

REVEL, Judith. O pensamento vertical: uma ética da problematização. In: Gros, Frederic (org.). **Foucault**: a coragem da verdade. São Paulo: Parábola Editorial, 2004. p.65-87.

REVEL, Judith; NEGRI, Antonio. **Il comune in rivolta**. Disponível em: <<http://www.uninomade.org/il-comune-in-rivolta/>>. Acesso em: 9 abr. 2013.

\_\_\_\_\_. **Inventare Il comune degli uomini**. Disponível em: <<http://www.uninomade.org/inventare-il-comune-degli-uomini/>>. Acesso em: 9 abr. 2013.

RODRIGUEZ, JMM & SOTO, ECJ. Determinación Y causalidade na salud colectiva: algunas consideraciones en torno a sus fundamentos epistemológicos. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16 (Supl. 1), p. 847-854, 2011.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. Política Pública de Saúde no Brasil: encruzilhada, buscas e escolhas de rumos. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13 (Sup2), p. 2009-2018, 2008.

SILVA, Rosane Neves da. **A invenção da psicologia social**. Petrópolis: Vozes, 2005.

SIMONDON, Gilbert. **L'individuazione psichica e coletiva**. Roma: Derive Approdi, 1989.

\_\_\_\_\_. **La individuación**. Buenos Aires: Ediciones La Cebra y Editorial Cactus, 2009.

SOUZA, Tadeu de Paula. O fora do estado: considerações sobre movimentos sociais e saúde pública. In: CARVALHO, Sérgio Resende; FERIGATO, Sabrina Helena; BARROS, Maria Elizabeth (orgs.). **Conexões**: saúde coletiva e políticas da subjetividade. São Paulo: Hucitec, 2010.

TARDE, Gabriel. **L'azione dei fatti futuri**: i possibili. Napoli-Salerno: Orthotes, 2013.

\_\_\_\_\_. **Monadologia e sociologia** - e outros ensaios. São Paulo: Cosac Naify, 2007.

TEDESCO, Silvia Helena; SADE, Christian; CALIMAN, Luciana Vieira. A entrevista na pesquisa cartográfica: a experiência do dizer. In: **Fractal, Rev. Psicol.**, v. 25, n. 2, p. 299-322, 2013

TRONTI, Mario. **Operai e capitale**. 4.ed. Roma: Derive Approdi, 2013.

VEYNE, Paul. **Como se escreve a história**. Lisboa: Edições 70, 2008.

VIRNO, Paolo. **Convenzione e materialismo**: l'uscita senza aura. Roma: Derive Approdi, 2011.