

Equipe de realização:
Projeto gráfico de Lúcio G. Machado e Eduardo J. Rodrigues
Assessoria editorial de Mara Valles
Revisão de Herbene Mattioli

CIP-Brasil. Catalogação-na-Fonte
Câmara Brasileira do Livro, SP

D739s Donnangelo, Maria Cecília Ferro.
2.ed. Saúde e sociedade / Maria Cecília F. Donnangelo,
Luiz Pereira. — 2. ed. — São Paulo : Duas Cidades,
1979.

1. Assistência médica 2. Medicina social 3. Política
médica I. Pereira, Luiz, 1933- II. Título.

17. CDD-362.1
18. -362.10425
17. e 18. -301.5
17. e 18. -338.4761
NLM-WA 30

179-0370

Índices para catálogo sistemático:

1. Assistência médica : Bem-estar social
362.1 (17.) 362.10425 (18.)
2. Medicina comunitária 362.1 (17.) 362.10425 (18.)
3. Política médica : Economia 338.4761 (17. e 18.)
4. Saúde : Assistência médica : Bem-estar social
362.1 (17.) 362.10425 (18.)
5. Sociologia médica 301.5 (17. e 18.)

Saúde e Sociedade

Maria Cecília F. Donnangelo

Luiz Pereira

UNICAMP
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
BIBLIOTECA

 Livreria
Duas Cidades

UNICAMP

Coleção HISTÓRIA E SOCIEDADE

Conselho Diretor:

Carlos Guilherme Mota

Luiz Pereira

Moacir G. Palmeira

Classif.	305.4
Autor	D718.2
V.	Ex.
Tombo BC/	188443
2. ed.	FE 13726

73 id
150181

2.ª edição

Todos os direitos reservados por
LIVRARIA DUAS CIDADES LTDA.
Rua Bento Freitas, 158 — São Paulo
1979

Este volume consiste na reprodução, na íntegra, do texto original da tese de livre-docência de Maria Cecília Ferro Donnangelo, Medicina e Estrutura Social (O Campo de Emergência da Medicina Comunitária), defendida em agosto de 1976 junto ao Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP. A este texto se agrega o de Luiz Pereira, Capitalismo e Saúde, constituído por notas baseadas em considerações apresentadas à Autora, na qualidade de membro da Comissão Examinadora e na situação de arguição oral da tese, e que, no conjunto, se apresentam como complemento desta. Como essas notas destacam, nessa linha de complementariedade, o conteúdo da contribuição da Autora ultrapassa os limites sugeridos pelo título da tese, pois nesta se encontram alguns balizamentos fundamentais para a construção do objeto do campo de estudos que, academicamente, se denominaria sociologia da saúde. Daí, o título deste volume, mais indicativo desse campo do que o título da tese.

O Editor

Sumário

Apresentação	9
PARTE I — Medicina e Estrutura Social	11
Capítulo I — Medicina: Prática Técnica — Prática Social	15
Capítulo II — Medicina na Sociedade de Classes	29
1. A medicalização da sociedade	30
2. Raízes da medicalização	47
PARTE II — Medicina Comunitária	69
Capítulo III — Medicina Comunitária: Política Médica — Política Social	75
1. Medicina comunitária e reforma médica	75
2. Um novo objeto e uma nova estratégia	88
APÊNDICE — Capitalismo e Saúde (Luiz Pereira)	95

A partir da análise das relações entre a medicina como prática social e a estrutura das sociedades concretas onde ela se desenvolve, este trabalho busca sistematizar algumas das questões que cercam o campo da Medicina Comunitária como forma de prestação de serviços médicos.

Esse enunciado parece suficiente para indicar, de um lado, o sentido restrito em que a Medicina Comunitária estará sendo considerada — em sua dimensão de serviço — de outro, o caráter subordinado do estudo da Medicina Comunitária à compreensão da prática médica em sentido mais amplo, justificando, portanto, a posição aparentemente secundária desse específico tema no conjunto do texto. Todavia, é conveniente agregar algumas observações acerca do tipo de tratamento dispensado à Medicina Comunitária, quando menos pelo fato de que muitos profissionais na área da saúde vêem nessa modalidade de prática uma via para a obtenção de determinados alvos pragmáticos imediatos e certamente esperam, dos estudos que a ela se dirigem, contribuições também imediatamente incorporáveis a tais projetos.

Primeiramente, deve-se advertir que, embora a Medicina Comunitária constitua efetivamente objeto deste estudo, o que ele visa não é mais que a indicação de uma linha de análise da especificidade do campo, de maneira que fiquem excluídas tanto uma abordagem intensiva dessa forma de prática médica, quanto a elaboração de qualquer perspectiva imediata de interferência na área de saúde com vistas a reformulações internas. Por outro lado, deixa-se também de proceder a um tratamento sistemático das diversas linhas de prática médica passíveis de comportar aquela adjetivação ou que têm assim sido designadas. As razões para tanto encontram-se delineadas no texto, mas a indicação parece necessária, uma vez que o termo “Comunitário” tem recoberto uma ampla gama de projetos de organização da assistência médica que não se equivalem, quer em termos de sua estrutura interna quer em termos do sentido particular de sua articulação,

com a estrutura social.* Finalmente, cabe observar, em contrapartida, que alguns dos aspectos aqui considerados como integrando o campo da Medicina Comunitária não são usualmente designados por esse específico termo, decorrendo a sua emergência, na análise, do referencial utilizado para a delimitação do campo.

Essas observações não devem adquirir o sentido de indicações metodológicas, as quais poderão ser identificadas no decorrer do texto. Constituem tão-somente uma forma de delimitar, para maior facilidade de compreensão do conjunto do estudo, a posição respectiva de seus elementos, tal como são enunciados no título do trabalho. Nessa linha, de orientação estratégica da leitura, é também importante observar que o estudo assume mais propriamente a forma de um ensaio, no sentido de que se optou pela elaboração de uma gama variada de informações passíveis de ampliar a compreensão do campo da prática médica, em lugar do desenvolvimento de uma tese delimitada com vistas à elucidação, em profundidade, de um objeto de análise. Daí decorre, em grande parte, o plano formal do texto, do qual se encontram ausentes, quer um conjunto de conclusões específicas, quer uma introdução geral ao tema, a qual foi substituída por proposições sucintas que antecedem cada parte do texto e parecem suficientes para indicar a orientação observada no conjunto da análise. Medicina e Estrutura Social e Medicina Comunitária são os títulos atribuídos às duas partes de que se compõe o texto e nas quais se procura estudar, respectivamente, a medicina como prática social articulada a outras práticas, em uma específica estrutura social (Capítulos I e II), e a constituição do campo da medicina comunitária por referência às formas assumidas, em determinadas sociedades, pela produção de serviços de saúde em suas relações com a política do bem-estar social (Capítulo III). A articulação entre os diferentes momentos da análise desenvolve-se progressivamente e não constitui objeto de uma sistematização final.

Parte I

Medicina e Estrutura Social

A tarefa de delimitação do campo da Medicina Comunitária implica um processo de seleção a operar-se sobre um conjunto muito heterogêneo de estudos de caráter doutrinário e técnico sobre os mais variados temas referentes à medicina, às suas funções sociais e às características dos grupos humanos aos quais se dirige como prática de saúde.

A unidade desses estudos só pode ser apreendida, ainda no plano imediato das formulações, pelo fato de que a Medicina Comunitária se dirige, como projeto de organização da prática médica, para uma modalidade particular de articulação entre as diferentes agências e instituições encarregadas das práticas de saúde, bem como com os grupos sociais aos quais tais práticas são destinadas. Ela traz consigo uma concepção da medicina como conjunto de recursos técnico-científicos voltados para a realização de níveis progressivamente elevados de bem-estar social; uma concepção do social centrada nas noções de necessidade de saúde, carência ou pobreza, direito à saúde e ao bem-estar; conseqüentemente, uma concepção acerca de como se articulam medicina e sociedade. Como projeto de reorganização da prática, a Medicina Comunitária retém fundamentalmente a idéia da possibilidade de extensão da medicina às populações carentes através do desencadeamento de mecanismos integradores, de racionalização dos recursos da medicina institucionalizada e dos recursos mobilizáveis ao nível dos grupos sociais objeto dessa prática.

Tais proposições receberão mais tarde tratamento sistemático. A extrema simplificação com que foram apresentadas decorre de sua função apenas indicativa do contexto em que estará centrado este estudo: o da articulação entre medicina e estrutura social e, por particularização, o da especificidade da Medicina Comunitária em referência às situações sociais concretas nas quais emerge.

O âmbito desta análise estará circunscrito às modalidades de articulação "medicina-estrutura social" em sociedades capita-

listas. Perspectiva imposta, em um primeiro momento, pelo fato de que ela se confunde assim com o próprio âmbito de emergência e de difusão do projeto da Medicina Comunitária. Mas que remete também a uma das delimitações possíveis dos parâmetros de análise: as exigências de reprodução de um dado tipo de estrutura econômica, política e social, cuja organicidade não se encontra dada "a priori", mas deve ser continuamente recomposta pela manipulação das contradições que a permeiam.

Tomando como ponto de referência esta última afirmação, pode-se formular de maneira bastante geral, e ainda insuficientemente dimensionada, a idéia básica que se procurará investigar: a de que a especificidade das relações da medicina com a estrutura econômica e a estrutura político-ideológica das sociedades em que domina a produção capitalista se expressa na forma pela qual a prática médica participa da reprodução dessas estruturas através da manutenção da força de trabalho e da participação no controle das tensões e antagonismos sociais.

A medicina, que em uma primeira aproximação pode ser encarada como prática técnica, isto é, como manipulação de um conjunto de instrumentos técnicos e científicos para produzir uma ação transformadora sobre determinados objetos — o corpo, o meio físico — responde, enquanto tal, a exigências que se definem à margem da própria técnica, no todo organizado das práticas sociais determinadas, econômicas, políticas e ideológicas entre as quais se inclui. Tais exigências regulam não apenas a presença da própria prática, mas participam também do dimensionamento do objeto ao qual se aplica, dos meios de trabalho que ela opera, da forma e destinação de seus produtos. Essa articulação da medicina com as demais práticas sociais constitui o ponto estratégico do qual melhor se pode apreender o seu caráter histórico. É evidente que as possibilidades dessa apreensão dependem, por outra parte, da superação de qualquer visão da medicina que a reduza a um ou outro dos elementos que a compõem. Esta síntese não será naturalmente tentada aqui, por várias ordens de limitações. Trata-se apenas, a seguir, de sistematizar alguns pontos que possam fundamentar a orientação que se imprimirá ao conjunto da análise.

O desenvolvimento da medicina como campo de saber científico, marcado por sucessivas transformações conseqüentes ao avanço das ciências biológicas, constitui a perspectiva dominante na maior parte dos estudos que se propõem traçar a sua história social. A dimensão de cientificidade, de um lado, a concepção desse desenvolvimento histórico como processo cumulativo de descobertas e de suas superações, constituem assim o núcleo básico de tais estudos. São mais raras e também em sua maior parte relativamente recentes as análises que, buscando superar essa perspectiva do desenvolvimento linear de um campo cientificamente fundamentado, procuram, ao mesmo tempo, pensar a me-

dicina quer como um campo estruturado de prática nas quais a aplicação científica e tecnológica ocupa um lugar privilegiado porém não exclusivo ou mesmo dominante, quer como campo articulado ao conjunto de práticas sociais.

Por outro lado, é interessante assinalar que a predominância daquela perspectiva de análise tem permitido visualizar, ainda que parcialmente, sobretudo as transformações que se processam nos meios de trabalho médico. "Historicidade dos meios e anistoricidade dos objetivos" é a fórmula na qual sintetiza Laura Conti o caráter dessa história cronológica escrita em termos de "uma aprendizagem progressiva por parte da humanidade dos meios mais idôneos para curar a enfermidade." ⁽¹⁾ Todavia, a própria historicidade dos meios de trabalho não se esgota no registro de seus fundamentos científicos ou de sua diversificação tecnológica progressiva. Ademais, identificá-los a um conjunto de procedimentos técnicos e científicos implica uma evidente simplificação.

Primeiramente é preciso assinalar que a prática médica enquanto ato terapêutico não se confunde com uma prática científica, com a elaboração de uma ciência. Tem uma especificidade, em sua dimensão de interferência sobre um objeto particular: "Em matéria de patologia, a primeira palavra, historicamente falando e a última palavra, logicamente falando, corresponde à clínica. Bem, a clínica não é uma ciência e nunca será uma ciência, inclusive quando utiliza meios cuja eficácia esteja cada vez mais garantida cientificamente. A clínica é inseparável da terapêutica e esta é uma técnica de instauração e restauração do normal cujo objetivo, a saber a satisfação subjetiva de uma norma que está instaurada, escapa à jurisdição do saber objetivo. Não se ditam cientificamente normas à vida." ⁽²⁾ Essa especificidade da clínica como ato médico permite aventar a idéia de que em suas relações com a ciência biológica esse ato a precede e mesmo fundamenta: "Se na atualidade o conhecimento da enfermidade por parte do médico pode prevenir a experiência da enfermidade por parte do enfermo, isso se explica pelo fato de que a segunda suscitou a primeira. Portanto (...) existe uma medicina porque há homens que se sentem enfermos e não que os homens se enteirem de suas enfermidades porque há médicos e através deles (...). Todo conhecimento tem sua fonte na reflexão sobre um fracasso da vida. Isto não significa que a ciência seja uma receita de procedimentos de ação, mas pelo contrário, que o impulso da ciência pressupõe um obstáculo para a ação. A própria vida (...)

(1) Conti, Laura — "Estructura Social y Medicina", in *Medicina y Sociedad*, Editorial Fontanela, Barcelona, 1972, pp. 288-289.

(2) Canguilhem, G. — *La Normal y lo Patológico*, Siglo XXI, Buenos Aires, 1971, p. 174.

é quem introduz na consciência humana as categorias de saúde e de enfermidade. Essas categorias são biologicamente técnicas e subjetivas e não biologicamente científicas e objetivas." ⁽³⁾

Por outro lado, e como decorrência, os meios de trabalho médico não se superpõem inteiramente a um conjunto de princípios biológicos e equipamentos técnicos. Implicam também a instauração de uma relação particular entre o médico e o objeto de sua prática. Tome-se a clínica como referência. Entendida agora a clínica como *meio de trabalho*, como conjunto de procedimentos que compõem o ato terapêutico, a forma pela qual o ato médico se estrutura, enquanto ato clínico, permite apreendê-lo analiticamente em sua relativa independência frente àqueles princípios e técnicas. Encontrando-se no centro da renovação da prática médica moderna, a clínica como meio de trabalho, como forma singular de conhecimento do indivíduo enfermo parece ter assentado sua origem menos em resultados específicos do progresso técnico e científico do que em uma reorganização geral do campo de visão do terapeuta, em uma reorientação espacial e temporal de ato médico. Nos termos de Foucault, cuja análise permite também apreender nessa perspectiva a constituição da clínica como campo de saber, o objeto da experiência médica, antes das grandes descobertas do século XIX, "modificou menos os seus materiais do que a sua forma sistemática (...) foram as formas de visibilidade que mudaram; o novo espírito médico do qual Bichat é, sem dúvida, o primeiro testemunho absolutamente coerente, não deve inscrever-se na ordem das purificações psicológicas e epistemológicas; não é outra coisa senão uma reorganização sintática da enfermidade na qual os limites do visível e do invisível seguem um novo traçado". ⁽⁴⁾

Essas observações têm por finalidade sugerir que a tendência à indistinção analítica entre ciência e prática médica cientificamente fundada leva freqüentemente a ignorar a especificidade dos meios de trabalho médico para reduzi-los a um conjunto de recursos tecnológicos e, mais que isso, de tecnologia material. Onde localizar, a partir daí, outras dimensões da prática médica, entre elas o seu caráter até mesmo pedagógico? A incorporação crescente daquele tipo de tecnologia no processo de trabalho médico pode explicar essa redução, mas não inteiramente. Parte dela decorre também da tendência, quer a isolar os meios de produção dos demais elementos da estrutura de produção e consumo de serviços médicos, quer a isolar as configurações assumidas pela

(3) Idem, idem, pp. 65 e 171.

(4) Foucault, Michel — *El Nacimiento de la Clínica*, Siglo XXI, México, 1966, p. 274.

prática médica, como totalidade, daqueles assumidos pela produção em geral nas sociedades históricas.

Os meios de produção não se sucedem, meramente. Correspondem a e fundamentam modalidades de articulação entre o trabalho médico, seu objeto, seus produtos e a forma de seu consumo. O desenvolvimento da própria clínica, como meio de trabalho, só se dá pela modificação de todo o campo da prática: “Para que a clínica fosse possível como forma de conhecimento foi necessária toda uma reorganização do campo hospitalar, uma nova definição do estatuto do enfermo na sociedade e a instauração de uma certa relação entre a assistência e a experiência, o auxílio e o saber.”⁽⁵⁾ De outra parte, a imediatez na relação entre o trabalhador e os instrumentos de trabalho, consubstanciada na clínica, proporciona as bases para uma organização de todos os elementos do processo de produção de serviços sob a forma da medicina liberal ou artesanal: uma ideologia do trabalho — o liberalismo médico — uma relação específica de troca desse trabalho por renda em um mercado livre, uma delimitação particular do volume e modalidades do consumo. Finalmente, o desenvolvimento dos meios de trabalho médico e com eles, o da prática médica, responde a outras ordens de determinações não redutíveis ao científico. Para permanecer ainda ao nível da clínica como instrumento de trabalho pode-se novamente recorrer ao estudo de Foucault que ocupando-se, embora, em uma perspectiva epistemológica, da constituição de uma nova estrutura do saber médico, proporciona também importantes indicações acerca da forma e extensão em que as ideologias e os projetos de reorganização social em jogo durante momentos da revolução política burguesa na França se projetam no âmbito das instituições médicas e com elas instauram novas correspondências. Estas se expressam, sobretudo, na abertura de um novo espaço social para a doença, o doente e a medicina: “Este campo médico (...) é estranhamente parecido, em sua geometria implícita, com o espaço social com que sonhava a Revolução, pelo menos em suas primeiras fórmulas: uma configuração homogênea em cada uma de suas regiões, constituindo um conjunto de pontos equivalentes capazes de manter com sua totalidade relações constantes; um espaço de livre circulação na qual a relação das partes com o todo aparece sempre reversível e suscetível de transposição” (...). Há, portanto, convergência espontânea e profundamente arraigada entre as exigências da *ideologia política* e as da *tecnologia médica*. Com um só movimento, médicos e homens de Estado reclamam em um vocabulário diferente, porém por razões essencialmente idênticas, a supressão de tudo o que possa ser um obstá-

(5) Foucault, M. — *op. cit.*, p. 275.

culo para a constituição deste novo espaço: os hospitais (...) a corporação de médicos (...) as Faculdades⁽⁶⁾.

A emergência da clínica como meio de trabalho coincide portanto, com uma nova articulação entre a medicina e a sociedade. A medicina deve abrir-se para o espaço social e assumir, ao final, a tarefa de suprimir a doença. Mas deve fazê-lo no interior de um projeto que implica também a reestruturação da sociedade, com a depuração de todos os seus males — princípio continuamente retomado na explicação dos ideais que orientam a Revolução. Propõe-se, portanto, para a Medicina, ao mesmo tempo que uma reestruturação de seus instrumentos e de seu objeto — pois elege-se como campo de seu exercício os limites amplos da vida coletiva — a realização de uma tarefa política. Esses valores indicam um processo original de vinculação da medicina ao político e ao Estado, no momento em que a instauração do domínio político da burguesia promove a mobilização de recursos ideológicos capazes de aglutinar provisoriamente classes e camadas sociais em torno da tarefa de recomposição do poder representado no Estado. Referindo-se às determinações em jogo nesta mesma conjuntura, Polack acentua o papel de mediação do político na afirmação da forma nova de organização do ato terapêutico: “Nem a autópsia, nem o microscópio, nem a auscultação, modificam radicalmente o ato médico enquanto a prática dos cuidados escapa às reformas sociais que delimitam a importância dessas descobertas por um empreendimento em que dominam pontos de vista, projetos, interesses particulares. A Convenção, depois o Diretório, por seus decretos, às vezes opostos, fazem o leito da clínica. Modificando a função social do médico, garantindo sua competência, atribuindo-se a tarefa de limitar as epidemias, controlar o contágio, preservar regiões inteiras, a burguesia lhe atribui um território e um modo de exercícios novos.”⁽⁷⁾ Expressando-se pela mediação do político, as determinações econômicas dessa reorganização parecem evidentes e serão posteriormente retomadas quando a análise, ultrapassando o nível dessa tentativa de formalização relativa dos elementos que permitem caracterizar a medicina como prática social, dirigir-se para uma maior sistematização de seu desenvolvimento em sociedades concretas.

Tendo-se procurado até então descartar a possibilidade de apreender o caráter da medicina como “prática histórica” meramente através da sucessão linear de descobertas científicas e ino-

(6) Foucault, M. — *op. cit.*, pp. 63 e 64.

(7) Polack, J. C. — *La Medicine du Capital*, Maspero, Paris, 1971, p. 13.

vações tecnológicas, é indispensável agora afirmar o significado dessas inovações na estrutura atual de produção de serviços médicos e de sua articulação no social. O que se fará de um ângulo restrito e apenas em caráter indicativo, uma vez que esse é um dos aspectos a ser retomado em outros momentos do estudo. A moderna medicina tecnológica representa, antes de tudo, a mediação de um conjunto enorme de novos recursos de diagnóstico e terapêutica na relação entre o médico e o objeto de seu trabalho. Tais recursos, que permitem, em grande parte, apreender a doença em sua exterioridade por referência ao corpo, e que vão da microscopia às técnicas radiológicas, gráficas e cirúrgicas altamente sofisticadas, encontram seu suporte em um vasto conjunto de equipamentos materiais custosos, e cujo ritmo de obsolescência não parece distinguir-se marcadamente daquele que caracteriza a tecnologia utilizada na produção econômica em geral, obedecendo também em parte aos mesmos objetivos econômicos que aí acarretam esse processo. Resultando de complexos e onerosos processos de produção industrial e realizando, através de seu consumo na prática médica, a mais-valia produzida em outros setores, os novos meios de trabalho instauram um vínculo direto e específico entre a medicina e os objetivos básicos da produção econômica. Esse tipo de vínculo aponta para uma dimensão significativa da articulação entre a medicina e o econômico, mesmo quando se considere essa dimensão apenas como secundária por referência a outros aspectos da mesma articulação.

De referência à constituição de novas configurações da prática médica é possível afirmar que, mediante a relação entre o trabalho médico e o objeto de sua prática, o desenvolvimento de tais recursos tecnológicos e de capital, equivale à possibilidade de uma radical transformação na produção de serviços, basicamente em dois sentidos: o da superação da clínica como meio básico de trabalho e o da absorção progressiva da medicina artesanal por novas modalidades de organização da produção. Em relação à primeira possibilidade, é necessário lembrar a imediatez da relação entre o médico e o instrumental de que se compõe a clínica para advertir a possibilidade de uma significativa reestruturação interna do ato médico à base dos novos meios de trabalho: "O exame já não anseia por reconduzir à superfície do corpo, às potencialidades do toque, os elementos reveladores do mal. Ultrapassando a fronteira onde se lia até então o testemunho mórbido, ele procura na profundidade dos órgãos (endoscopia) ou em sua organização histológica (anátomo-patológica) a essência lesional. A autópsia verificadora, logicamente contemporânea da morte, sucede o rapto da substância viva da *biópsia*. O médico já não adivinha a causa, ele a vê, a reconhece na arquitetura celular, na forma, na coloração e na importância dos elementos do núcleo

ou do protoplasma (...). O velho signo patognomônico de certeza parece desusado por relação a essa extrema abordagem causal (...). O que o pesquisador descobre pelo microscópio invalida a rica lexicologia dos signos que a clínica encerra; a lesão fundamental, facilmente acessível, torna caducas as mil e uma técnicas que na elaboração constante de uma sensorialidade sempre mais distintiva, acumulavam novos testemunhos, elementos de orientação, nuances complementares (...). A clínica perde seu fim; ela mascara a doença no uniforme de seus signos reconhecidos, caracteriza-a, chega mesmo a reduzi-la ao conjunto de elementos que o médico apreende apesar de seu doente, sem o seu testemunho (...)." ⁽⁸⁾ Quanto ao segundo aspecto indicado, qual seja, o referente à substituição progressiva da medicina liberal por novas modalidades de organização da produção, corresponde menos a uma possibilidade que a um processo que vem experimentando avanços consideráveis. Suas bases encontram-se dadas pelo fato de que os novos recursos tecnológicos, exigindo concentrações financeiras somente compatíveis com unidades amplas de produção promovem a separação entre o trabalhador médico e seus meios de trabalho e possibilitam a penetração do capital — com todos os seus corolários — nessa área de produção. ⁽⁹⁾

A ênfase atribuída ao papel dos elementos econômicos que se revelam através da peculiaridade dos novos meios de trabalho médico não deve conduzir à conclusão de que a articulação da medicina com as exigências do capital, especialmente na dimensão muito restrita em que foi aqui invocada, apenas de passagem, constitui o ângulo pelo qual se pode desvendar integralmente o sentido da articulação da prática médica quer com o econômico quer com os outros níveis da estrutura social. Principalmente quando se considera que o desenvolvimento da nova tecnologia, elevando a medicina, pelo menos no plano das representações sociais, à categoria de área privilegiada quanto ao seu potencial de interferência nos fenômenos da vida e da morte têm contribuído atualmente para o que se poderia designar por "politização" do fato médico. Politização essa que se desdobra em várias direções: pressões pela generalização dos benefícios da ciência médica; contestação do gigantismo tecnológico da medicina e do seu conseqüente efeito de dominação sobre o modo de vida dos homens; negação dos efeitos do progresso tecnológico sobre o prolongamento da vida humana e o bem-estar do paciente; iden-

(8) Polack, J. C. — *op. cit.*, pp. 23-24.

(9) Para uma caracterização sumária desse processo na sociedade brasileira, em particular por referência a seus efeitos sobre as modalidades do trabalho médico: Donnangelo, M. C. — *Medicina e Sociedade*, Livraria Pioneira Editora, S. Paulo, 1975, especialmente Capítulo II.

tificação do caráter discriminatório, de classe, que se manifesta na manipulação dos recursos médicos, e outras tantas orientações que talvez possam ser sintetizadas nos termos propostos por Połack: "Politizar o fato médico é encontrar aquilo que, na doença, apesar do brilho da medicina, protesta contra a ordem social e, por consequência, em sua consciência elaborada, a ameaça." ⁽¹⁰⁾ Todavia, o tratamento dispensado a esse elemento central da prática médica — os meios de trabalho — tinha escopo bastante limitado. Não se propunha sua análise histórica, mas tão-somente indicar a impossibilidade de apreender o seu caráter social através do exclusivo registro de sua diferenciação progressiva, especialmente quando este implica a sua redução a um conjunto de elementos destacáveis do interior de um campo científico e tecnológico. Por outro lado, embora o caráter histórico dos meios de trabalho aponte diretamente para a historicidade dos objetivos da medicina e dela decorra, os elementos até aqui indicados permanecerão bastante incompletos sem uma referência mais direta a tais objetivos. Nesta fase do estudo esse tratamento se reduzirá também a algumas indicações muito gerais.

Parece inegável que a prática médica se estrutura por referência a objetivos que se encontram dados fora dela, na estrutura econômica e político-ideológica das sociedades nas quais se integra. Permanecer, entretanto, no plano dessa afirmação pode implicar, de um lado, a adoção de uma perspectiva simplificada acerca do modo pelo qual se articulam medicina e sociedade; de outro, o abandono de qualquer tentativa para identificar o caráter de historicidade tal como se manifesta no interior da própria estrutura de produção de serviços médicos. Retendo, então, a idéia de que a referência à forma de realização da estrutura social é fundamental para a compreensão de cada um dos elementos que compõem a prática médica e do modo como se articulam, pode-se, entretanto, tentar definir uma trajetória que principie pela identificação dos objetivos sociais da prática médica a partir de seu interior. Para tanto, é indispensável caracterizar o seu objeto, sobretudo na medida em que falar do objeto do trabalho médico equivale a designar, ao mesmo tempo, o seu produto. Isso porque, como prática técnica a medicina apresenta uma característica peculiar em relação a outras práticas: a impossibilidade de estabelecer, em todas as circunstâncias, um limite claramente discernível entre objeto e produto, consubstanciados, na imediatez da prática, em um mesmo espaço que é o do corpo. Característica que reflete, em outra perspectiva, a identidade, no plano da prática médica, dos momentos da produção e do consumo.

(10) Połack, J. C. — *op. cit.*, p. 9.

Esse objeto — o corpo — ao qual se dirige o ato terapêutico, pode ser pensado, em decorrência de sua formalização ao nível da ciência biológica, primeiramente como uma estrutura anatomo-fisiológica suscetível, em sua generalidade, de uma manipulação orientada para princípios regulares e repetitivos de interferência técnica. É a esse corpo anatomo-fisiológico, conjunto de constantes estruturais e funcionais, que a medicina se propõe fundamentalmente dirigir. Mas ao tomá-lo como objeto de sua prática ela não se dirige precipuamente para o desvendamento das regularidades elaboradas ao nível da ciência biológica, e sim para a obtenção de efeitos específicos, orientados por uma concepção do que é normal ou patológico para o corpo. Em outros termos, não é apenas a ciência do corpo mas o próprio corpo que constitui o objeto da prática médica e, ainda mais, o corpo normal ou patológico suscetível de uma manipulação com vistas a determinados efeitos.

Do centramento da medicina no corpo anatomo-fisiológico e na forma pela qual ele é conceptualizado no interior de um dado campo científico, decorre que o reconhecimento daquelas regularidades cientificamente construídas proporciona também o primeiro referencial para a elaboração dos conceitos de normal e patológico, inseparáveis da interferência técnica da medicina sobre o seu objeto. Esse referencial, todavia, não permite dar conta de todas as implicações subjacentes à normalidade ou de todas as determinações que se exercem sobre o corpo. O que implica afirmar, ao mesmo tempo, que o corpo, como objeto da prática médica não se esgota em sua dimensão anatomo-fisiológica.

A primeira dessas afirmações, referente aos limites da construção científica do corpo-anatomo-fisiológico frente à manifestação concreta de normalidade, encontra seu suporte nas análises de Canguilhem e se conecta com a idéia anteriormente aventada da primazia da prática médica sobre a ciência: "O conceito de norma é um conceito original que não se deixa reduzir — em fisiologia mais que em qualquer outra parte — a um conceito objetivamente determinável por métodos científicos. Portanto, rigorosamente falando, não há uma ciência biológica do normal. Há uma ciência das situações e condições biológicas *chamadas* 'normais'. Esta ciência é a fisiologia." ⁽¹¹⁾ A condição de normalidade constrói-se no desenrolar da própria vida a qual é, em si, normativa, capaz de instituir normas e modificar as normas que institui. Ela traça os limites para a conceptualização do normal e para sua restauração, e não se subordina aos cânones científicos

(11) Canguilhem, G. — *op. cit.*, p. 176.

mas eventualmente os subordina. O homem sadio é o homem capaz de muitas normas: "A saúde é uma margem de tolerância com respeito às infidelidades do meio ambiente (...). Porém, o meio ambiente (...) não é um sistema de constantes mecânicas, físicas e químicas, não estará acaso constituído por invariantes? Por certo esse meio ambiente que a ciência define está constituído por leis, porém essas leis são abstrações teóricas. O ser vivo não vive entre leis mas entre seres e acontecimentos que diversificam essas leis (...). Sustentamos que a vida de um ser vivo (...) somente reconhece as categorias de saúde e enfermidade no plano da experiência, que é antes de tudo uma prova no sentido efetivo do termo e não no plano da ciência. A ciência explica a experiência, mas nem por isso a anula." (12)

É essa dimensão extracientífica da norma e do corpo normal que a medicina enfrenta em sua prática concreta, reconheça-o ou não no plano das formalizações teóricas que orientam essa interferência. Recorrer, portanto, como faz Canguilhem, aos "modos de andar a vida" como critérios para a normatividade, equivale também a ultrapassar a concepção do corpo anátomo-fisiológico como objeto ingênuo da prática médica, principiando a identificar nesse corpo outras ordens de determinações. A normatividade de que fala Canguilhem é ainda, em um primeiro plano, uma normatividade biológica. Esse biológico não se confunde, todavia, com a redução do corpo a um conjunto de constantes estruturais-funcionais: "O homem, inclusive o homem físico, não se limita a seu organismo. Posto que prolongou seus órgãos através de instrumentos, o homem somente considera seu corpo como o meio de todos os possíveis meios de ação. Portanto, para apreciar o que é o normal ou o patológico para o corpo é necessário olhar para além do próprio corpo (...). Somente se pode compreender como nos meios ambientes próprios ao homem, o mesmo homem se encontra, em diferentes momentos, normal ou anormal, possuindo os mesmos órgãos, se se compreende como a vitalidade orgânica se manifesta no homem como plasticidade técnica e avidez por dominar o meio ambiente." (13)

Conquanto não adquira autonomia por referência à sua própria massa corporal, este corpo acima definido já não possui limites originais estritamente demarcáveis, posto que o seu prolongamento através de instrumentos progressivamente elaborados na relação com o meio externo, e a multiplicidade de ações possíveis que nele encontram seu suporte, constituem a marca de sua historicidade. Vale dizer, é no conjunto complexo de relações que mantêm com elementos externos a ele que o corpo se

elabora e reelabora, de maneira tal a só realizar-se, mesmo como estrutura anatômica e fisiológica, através das qualificações ou determinações que adquire no plano da existência material e social. É inicialmente neste sentido que a medicina não se dirige a um objeto permanentemente homogêneo, embora apreenda essa diversificação e atue sobre ela ao nível da espacialidade de cada corpo individual. No plano dessa atuação, a prática médica manipula o caráter histórico de seu objeto, sem necessariamente conceptualizá-lo. O momento da anamnese clínica permite percebê-lo com suficiente clareza.

Ao se identificar diversificação e historicidade não se pretende ter esgotado a questão inicialmente proposta por referência ao objeto da medicina. Ainda que necessária, essa ótica não parece suficiente para dimensionar a historicidade desse elemento da prática médica e, ao mesmo tempo evidenciar a sua articulação com as formas de produção de serviços e com a estrutura social. Para tanto é necessário agregar novos aspectos.

Na medida em que a multiplicidade das determinações que marcam o corpo dizem respeito à forma pela qual o homem se relaciona com o meio físico e com os outros homens, e ainda às formas assumidas historicamente por essas relações, o corpo anátomo-fisiológico aparece como um corpo investido socialmente. É através das normas elaboradas na vida coletiva que o corpo se dimensiona e adquire significado por referência à especificidade da estrutura social. A normatividade social com relação ao corpo pode ser apreendida e expressa, em sua generalidade, pela presença, em qualquer sociedade, de concepções sociais sobre o corpo e seu uso adequado, bem como dos mecanismos que ela aciona para garantir possibilidades de sobrevivência aos indivíduos e, ainda, pelos efeitos de tais concepções e mecanismos, entre eles a própria duração da vida. Mas ao tratar dessa normatividade social, e ao tomá-la como ponto de referência para compreender o objeto da prática médica, é necessário precisar o sentido dessa normatividade para uma dada forma de organização social e identificar os níveis da estrutura social a partir dos quais o corpo é fundamentalmente determinado. Em outros termos, não se trata também aqui, de identificar um campo de invariantes — o corpo social — nem tampouco apenas de identificar a presença das variações, mas também de localizá-las por relação aos diferentes níveis da estrutura social.

Nesse sentido, e dado que não se pretende empreender aqui a análise dessas variações, impõe-se marcar ao menos dois aspectos a elas subjacentes, os quais poderiam constituir o ponto de partida para tal análise. O primeiro deles diz respeito ao fato de que o corpo é disposto na sociedade antes de tudo como agente do trabalho, o que remete à idéia de que ele adquire seu

(12) Canguilhem, G. — *op. cit.*, pp. 150-151.

(13) Canguilhem, G. — *op. cit.*, p. 153.

significado na estrutura histórica da produção: significado que se expressa na quantidade de corpos “socialmente necessários”, no modo pelo qual serão utilizados, nos padrões de ação física e cultural a que deverão ajustar-se. Do fato de que o trabalho ocupa posição fundamental na forma pela qual cada sociedade determina o sentido e o lugar social dos indivíduos que a compõem decorre o segundo aspecto a ser assinalado: o corpo socialmente investido não é homogêneo, dado que em sociedades determinadas os diversos corpos não têm significatividade igual, mas, ao contrário, se dimensionam e adquirem significados particulares, quer no plano das representações, quer ao nível da forma pela qual são incorporados à estrutura da produção social. Essa dupla expressão da normatividade social é, em parte, trabalhada por Boltanski quando se propõe a análise do sistema de relações entre formas efetivas de consumo médico na França e o conjunto de comportamentos corporais de distintas categorias sociais: “As normas que determinam as condutas físicas dos sujeitos sociais e cujo sistema constitui sua ‘cultura somática’ são o resultado de condições objetivas que essas normas retraduzem na ordem cultural (...) e dependem, mais exatamente, do grau em que os indivíduos obtêm seus meios materiais de existência da atividade física, da venda de mercadorias que são o produto dessa atividade ou do aproveitamento da força física e de sua venda no mercado de trabalho.”⁽¹⁴⁾

O estudo de Boltanski constitui uma das poucas análises que, tomando como centro a instauração do corpo como realidade social, buscam sistematicamente, a partir daí, explicar elementos característicos da estrutura da prática médica atual, no caso do autor, em uma perspectiva que remete basicamente à identificação do papel social disciplinador, ou de normatização do corpo, exercido pela própria medicina.⁽¹⁵⁾

O tratamento que dispensa às variações do consumo médico das diferentes classes sociais permite ao autor negar a possibilidade de redução da “necessidade médica” (de consumo médico) a uma necessidade primária, e conduz igualmente a superar, embora por via distinta da que vem sendo aqui utilizada, uma visão simplificada do objeto da medicina: “Como o consumo médico se relaciona com um objeto, o corpo, cujo funcionamento parece fundamentalmente determinado por coações de ordem fisiológica ou biológica, tende-se com frequência a reduzir, ao menos impli-

citamente, a ‘necessidade médica’ a uma ‘necessidade primária’ que, subordinada diretamente às exigências do corpo, tenderia (...) a aparecer logo que aparece a enfermidade e a satisfazer-se desde que aparece (...). Somente através da relação que os indivíduos mantêm com o seu corpo é possível romper com a teoria naturalista das necessidades e das funções (...). Esta teoria tende a ver em cada consumo particular, em nosso caso o consumo médico, a expressão direta de uma necessidade específica preexistente — em nosso caso a ‘necessidade sanitária’ — espécie de necessidade primária cuja natureza seria idêntica em todas as épocas e em todos os grupos sociais...”⁽¹⁶⁾

Em última análise, o que se pretendeu ressaltar até aqui, através de proposições bastante gerais, é que a compreensão do modo pelo qual a sociedade toma seus corpos, os quantifica e lhes atribui significado cultural, político e econômico é indispensável para explicar as formas assumidas pela prática médica, sem que com isso se pretendesse também afirmar que todos os elementos que constituem o campo da medicina são estruturados fora dela. Encontra-se ainda por fazer uma história da medicina capaz de dar conta, sistematicamente, das determinações econômicas e políticas do corpo e de sua relação com as formas históricas da produção médica. Não é difícil todavia verificar que, da medicina grega, com sua diversificação interna de terapeutas, de saberes, de técnicas e de objetivos em conformidade com a diferenciação socialmente estabelecida entre os corpos dos escravos e dos homens livres — ricos e pobres — à estrutura atual da prática médica, que extrai grande parte de sua peculiaridade do significado político e econômico da força de trabalho em sua relação com o capital, o trabalho médico se exerceu, através do biológico, sobre corpos socialmente determinados. Com isso naturalmente, a própria interferência da medicina sobre o seu objeto, e não apenas os princípios que regem essa interferência, ultrapassam os efeitos identificáveis ao nível do corpo biológico.⁽¹⁷⁾

Esse caráter da medicina já se expressa no plano do ato terapêutico individual. Mas é justamente a forma assumida pela estrutura integral da prestação de serviços que o revela mais claramente, posto que permite identificar a que categorias sociais eles se destinam, que ordens de problemas “técnicos” ou de enfermidades são por eles abrangidos, que efeitos decorrem de tais intervenções, como se estruturam e que meios de trabalho mobi-

(14) Boltanski, Luc — *Los Usos Sociales del Cuerpo*, Ediciones Periferia, Buenos Aires, 1975, p. 85.

(15) Essa perspectiva se encontra mais elaborada em outra obra do mesmo autor: *Prime Education et Morale de Classe*, Mouton, Paris, 1969, e será posteriormente considerada.

(16) Boltanski, *Los Usos Sociales del Cuerpo*, pp. 23 e 99.

(17) Como fonte de dados para a análise desses aspectos, ver a coletânea de textos de autoria de Henri Sigerist — *História y Sociología de la Medicina*, editada por Gustavo Molina, Bogotá, 1974, especialmente Capítulos I, II, III, V e IX.

lizam com vistas ao atendimento de diferentes “corpos sociais”. Ao mesmo tempo, é ainda desse ângulo que se pode sobretudo perceber a relação entre o objeto da prática médica — entendido já agora como objeto também socialmente determinado — e os objetivos que lhe são atribuíveis a partir da forma de realização da estrutura social inclusiva. E isso porque a articulação da medicina com objetivos localizáveis — mediata ou imediatamente — em diferentes níveis da vida social ou, em outros termos, a busca, através da mobilização da prática médica, de efeitos sociais determinados, se efetiva primeiro e necessariamente através da designação dos sujeitos que se constituirão em objeto dessa prática.

Diferentemente de outras práticas sociais, cuja origem é coincidente com a própria emergência ou com o desenvolvimento da sociedade capitalista, a medicina tende a revestir-se mais facilmente de um caráter de neutralidade face às determinações específicas que adquire na sociedade de classes. O considerável desenvolvimento do aparato científico e tecnológico subjacente à prática médica e, conseqüentemente, a possibilidade de enfatizar na medicina, como atividade profissional específica, o caráter de cientificidade e a sua imediata função social — aplicar-se cientificamente ao objetivo da cura — constitui apenas uma das vias pelas quais se introduz a concepção de neutralidade da prática.

Tal concepção, que se elabora e reelabora, também por referência às demais práticas técnicas, no conjunto de relações sociais próprias a essa sociedade, encontra, ainda, na marcada continuidade histórica da medicina um de seus principais suportes. A prática médica e seus agentes não foram instituídos no interior do modo de produção capitalista. Justamente por se situarem entre as mais antigas formas de intervenção técnica é que eles podem também aparecer mais facilmente investidos do caráter de autonomia, como ocorre com outras categorias de práticas e agentes que, preexistindo a um novo modo de produção parecem preservados de revestir novas formas correspondentes a articulações inteiramente distintas com as estruturas econômica e político-ideológica que o compõem. ⁽¹⁾

(1) A referência de Gramsci à categoria de “intelectuais tradicionais” recobre nitidamente a dimensão de neutralidade que, daí derivada, cerca a medicina e o médico: “Dado que estas várias categorias de intelectuais tradicionais sentem com ‘espírito de grupo’ sua ininterrupta continuidade histórica e sua ‘qualificação’, eles consideram a si mesmos como sendo autônomos e independentes do grupo social dominante. Essa autocolocação não deixa de ter conseqüências de grande importância no

Analisar a especificidade assumida pela prática médica na sociedade de classes implica, primeiro, romper com essa concepção de neutralidade, buscando identificar, em todos os aspectos da prática, as formas pelas quais ela exprime as determinações próprias a essa estrutura. Tarefa obviamente mais fácil de propor que de executar, mas cuja formulação, quando menos, torna-se necessária para orientar os limites bastante modestos através dos quais se tentará identificar, para além da imediata função técnica da medicina, seu significado econômico, político e ideológico. O principal aspecto dessa limitação revela-se na impossibilidade de recobrir todo o campo da prática — do saber médico ao produto do trabalho médico e às formas de organização — e na conseqüente necessidade de adotar uma perspectiva restrita através da qual se possa empreender a busca daquela especificidade. Essa perspectiva parecerá, à primeira vista, caracterizar-se pela externalidade em relação à própria prática, na medida em que se centrará nas possibilidades de consumo de serviços médicos na sociedade capitalista. Procurar-se-á, todavia, retendo a idéia esboçada no capítulo anterior, de que a prática médica expressa, em sua totalidade, as determinações históricas, remeter a análise, sempre que possível, aos elementos que a integram.

1. A medicalização da sociedade

Os estudos sobre a organização atual da prática médica, quaisquer que sejam as suas orientações metodológicas, dificilmente deixam de referir-se à marcada expansão da produção de serviços, bem como à generalização do consumo por contingentes sempre mais amplos da população. Também raramente conseguem furtar-se à identificação do papel central desempenhado pelo Estado na ocorrência dessa generalização, quer o analisem como expressão da representatividade, ao nível do Estado, de interesses comuns à coletividade social, quer o identifiquem com o desempenho da função de reprodução das classes sociais. O fato de que essa temática acabe sempre por impor-se, decorre menos de um processo de seleção arbitrária ao nível da análise do que de

campo ideológico e político: toda a filosofia idealista pode ser facilmente relacionada com esta posição assumida pelo complexo social dos intelectuais e pode ser definida como a expressão dessa utopia social segundo a qual os intelectuais acreditam ser 'independentes, autônomos, revestidos de características próprias'. ... Gramsci, A. — *Os intelectuais e a Organização da Cultura*, Ed. Civilização Brasileira, 1968, p. 6.

seu efetivo significado para a explicação da estrutura atual de produção de serviços médicos, bem como de sua importância na problematização, relativamente recente, da prática médica, que se exerce a partir de fontes, motivações e referenciais bastante distintos.

O processo através do qual a prática médica toma necessariamente como seu objeto diferentes categorias e classes sociais constitui, também aqui, o ponto central para a análise dos aspectos que caracterizam essa prática nas sociedades capitalistas, particularmente no capitalismo industrial. Os determinantes desse processo e as formas por ele assumidas encontram-se também, naturalmente, na origem dos sucessivos projetos ou tentativas de organização racional da produção de serviços, de que a Medicina Comunitária representa, em parte, uma das manifestações.

Um dos ângulos através dos quais se poderia apreender mais facilmente os nexos entre a prática médica e a estrutura de classes é dado pela própria diferenciação da prática médica conforme se destine às distintas classes e camadas sociais, diferenciação essa que tem sido registrada mesmo em sociedades onde a forma de organização dos serviços médicos faria supor a ocorrência de um padrão "igualitário" de consumo. ⁽²⁾

Não sendo, em si, um fenômeno novo, uma vez que a própria medicina antiga já difere, em sua prática, segundo a origem social do paciente, a diferenciação adquire especificidade nas sociedades capitalistas como decorrência da forma pela qual nela se projetam o fator trabalho e as relações de classe. Assim é que, mesmo a partir do momento em que o cuidado médico se generalizou amplamente, como resposta, quer à necessidade de reprodução da força de trabalho frente ao processo de produção econômica, quer a momentos particulares do desenvolvimento, a nível político, dos antagonismos de classe, verificou-se paralelamente: de um lado, a seleção de grupos sociais a serem incorporados ao cuidado médico, conforme ao seu significado para o processo econômico e político; de outro, uma diferenciação das instituições médicas voltadas para diferentes tipos de ações e diferentes clientela, a qual se expressa em grande parte em seu caráter 'privado' ou 'estatal' mas que não se esgota aí.

Embora esses processos se apresentem sob graus e formas diferentes em distintas formações sociais, devem ser registrados,

(2) A propósito da persistência desses distintos padrões de distribuição de recursos, inclusive sob o "Sistema Nacional de Saúde" inglês que corresponde à modalidade talvez mais "extensiva" de organização da produção e do consumo médico em sociedades capitalistas, veja-se: Tudor Hart, J. — "The Inverse Care Law", *The Lancet*, fevereiro de 1971, pp. 405-412.

em sua generalidade, a fim de indicar que a extensão atual da medicina não traduz nem a total generalização do cuidado médico, nem o desenvolvimento necessário de uma prática uniforme por referência aos tipos de cuidados prestados. Ao contrário, a exclusão, ainda atual, de determinadas camadas sociais do acesso a tais cuidados, tanto em sociedades capitalistas centrais quanto nas dependentes, bem como a constatação de que a medicina institucionalizada reproduz — na forma pela qual seleciona patologias, incorpora e utiliza a tecnologia, favorece o atendimento diferencial das classes sociais — o caráter de classe da sociedade, tem-na levado, com frequência, ao centro do debate político acerca da estrutura dessas sociedades. Diga-se, de passagem, que esse caráter seletivo conduz muitos dos críticos da medicina contemporânea a ressaltarem sua orientação individualista, concepção que frequentemente confunde as expectativas de que a medicina se oriente no sentido de uma distribuição mais igualitária de seus recursos com a possibilidade de superação de um aspecto que caracteriza o ato médico enquanto ato clínico, circunstância em que a prática médica dirige-se ao indivíduo, quer o conceba ou não em todas as suas determinações. ⁽³⁾ Parece, ao contrário, bastante apropriado considerar a orientação “coletiva” da medicina como o aspecto mais expressivo de sua articulação com a dinâmica das relações de classe.

Neste sentido, não é a diferenciação da prática médica em sociedades capitalistas, e sim a sua extensão, o que importa ressaltar de imediato, embora a distinção entre esses dois aspectos pareça artificiosa, dado que tanto um como outro constituem momentos de um mesmo processo e só podem ser elucidados por referência aos mesmos determinantes. Ao referir-se prioritariamente à extensão indica-se, antes de mais nada, a intenção de acentuar o aspecto mais diretamente visualizável da organização atual dos serviços médicos, bem como de tentar discorrer sobre a peculiaridade das relações entre medicina e classes sociais pelo ângulo do qual tende-se mais facilmente a negá-la. Por outro lado, através desse aspecto, as formas atuais de organização da prática médica aparecem não apenas como o produto da ação das classes hegemônicas, mas revelam mais diretamente a participação, não processo político, das demais classes sociais.

(3) A prática médica, enquanto prática técnica que toma por objeto o corpo, permanece individualizada ao nível do ato terapêutico: “No convendría decir, al fin de cuentas, que el hecho patológico sólo es captable como tal, es decir, como alteración del estado normal, en el nivel de la totalidad organica y, tratando-se del hombre, en el nivel de la totalidad individual consciente donde la enfermedad se convierte en una especie de mal?” — Canguilhem, G. — *Lo normal y lo Patológico*, siglo XXI, Buenos Aires, 1971, p. 60. Eis a indicação de um dos fundamentos do caráter individual do ato terapêutico enquanto ato clínico.

No que se designa aqui por extensão da prática médica há que destacar pelo menos dois sentidos que devem merecer atenção: em primeiro lugar, a ampliação quantitativa dos serviços e a incorporação crescente das populações ao cuidado médico e, como segundo aspecto, a extensão do campo da normatividade da medicina por referência às representações ou concepções de saúde e dos meios para se obtê-la, bem como às condições gerais de vida. Ambos os aspectos manifestam-se quer através do cuidado médico individual, quer através das chamadas “ações coletivas” em saúde, tais como medidas de saneamento do meio, esquemas de imunizações, programas de educação para a saúde, entre outros.

É a extensão da prática médica através do cuidado médico individual que se estará considerando, na maior parte do tempo, mas não exclusivamente, ao tratar do fenômeno da medicalização da sociedade. Tomando de empréstimo a Ivan Illich o termo “medicalização” para referir-se ao processo de extensão da prática médica, não se pretendeu sugerir, de saída, uma adesão às suas teses, em particular a ênfase que atribui à reprodução do “modo industrial de produção” pelo modelo de organização da prática médica como elemento básico explicativo da medicalização, e sua postura marcadamente voluntarista a favor da total “desinstitucionalização” da medicina. ⁽⁴⁾ Visou-se reter principalmente algo do teor polêmico ligado ao termo — e decorrente sobretudo da obra desse autor — com a finalidade de indicar que a extensão da prática médica não correspondeu a um fenômeno simples e linear de aumento de um consumo específico, e sim que ela se deu através de uma complexa dinâmica econômica e política na qual se expressaram os interesses e o poder de diferentes classes sociais.

(4) Ressaltando a subordinação da medicina a modelos organizacionais e objetivos econômicos definidos ao nível da produção industrial; identificando os fenômenos de poder que se expressam na importância crescente assumida pela prática médica na tarefa de homogeneização cultural dos grupos sociais através de seus efeitos na ordem simbólica, e de sua subordinação a objetivos econômicos na esfera do consumo; apontando e descrevendo a iatrogênese clínica e social decorrente daquela expansão e consistente em efeitos negativos para a saúde — contradição fundamental da medicina — a obra de Illich, consideravelmente divulgada, desempenha papel significativo na problematização atual da prática médica. Quanto à postura “desinstitucionalizadora” acima referida, encontra-se assim sintetizada por Illich, após discutir e descartar várias alternativas de solução para a iatrogênese social decorrente da medicalização: “Tous ces remèdes ont une chose en commun, ils tendent a renforcer les processus de médicalisation. Leur faillite inévitable nous obligera à reconnaître que seule une réduction substantielle de l'output global de l'entreprise médicale peut permettre aux hommes de retrouver leur autonomie et par là leur santé”. *Némesis Médicale*, Editions du Seuil, 1975, p. 104.

A extensão mais marcada do cuidado médico sob a forma de consumo individual diz respeito, propriamente, à estrutura de produção de serviços já no século XX, quando na maior parte das sociedades capitalistas desenvolveram-se os esquemas de seguro-social como mecanismos institucionalizados pelo Estado sob as condições próprias do capitalismo monopolista. Entretanto, a instauração do seguro-social e, com ele, da extensão do consumo médico, constituiu um momento adiantado de um processo cujas origens são mais remotas e já revelam, sob outras facetas, a especificidade do papel assumido pela medicina na estrutura social capitalista. Em outros termos, a tendência à extensão social da prática médica embora se revista atualmente de formas institucionais específicas e se expresse no aumento das possibilidades de consumo individual de serviços responde em sua generalidade, também sob outras formas, e em distintas circunstâncias, a condições relacionadas ao processo de acumulação do capital ou, ainda, à necessária subordinação do trabalho ao capital em condições as mais adequadas possíveis à obtenção e apropriação da mais-valia. Antes de considerar algumas das situações históricas através das quais se configurou a medicalização, pode-se tentar sistematizar, em algum grau, as formas de participação da medicina na reprodução social através da reprodução da força de trabalho e das relações de produção, ou relações de classe, sem que se vise distinguir, a não ser analiticamente, esses dois aspectos de sua articulação na estrutura social.

A continuidade do processo de acumulação capitalista ou da reprodução das condições — econômicas e político-ideológicas — da produção constitui, portanto, o ponto de referência mais amplo para a análise da medicina como prática social na estrutura capitalista. O fato de que ele encontre na reprodução da força de trabalho um de seus componentes fundamentais, aponta imediatamente para uma das formas possíveis de participação da medicina em tal processo, uma vez que o corpo representa, por excelência, o seu objeto. Dado porém, que esse objeto só se define no conjunto das relações sociais, ao exercer-se sobre o corpo, definindo os limites de sua capacidade física e normatizando as formas de sua utilização, a medicina não apenas cria e recria condições materiais necessárias à produção econômica mas participa ainda da determinação do valor histórico da força de trabalho e situa-se, portanto, para além de seus objetivos tecnicamente definidos.

Essa aplicação da medicina ao corpo, enquanto agente socialmente determinado da produção econômica, fundamenta, entre outras, uma perspectiva de análise que apreende a participação da prática médica no processo de acumulação através de sua

imediate articulação com a estrutura econômica, em particular com o momento da produção. Sinteticamente, tal perspectiva acentua o papel da medicina no processo de produção da mais-valia, em particular da mais-valia relativa através basicamente do aumento da produtividade do trabalho, dado que a melhoria das condições de saúde do trabalhador possibilita a obtenção de um máximo de produtos em menor tempo de trabalho e, correspondentemente, a produção de mercadorias por custo mais reduzido. Ou, em outros termos, ao dirigir-se à força de trabalho ocupada na produção, a prática médica (embora aumente o valor absoluto dessa força pelo aumento de tempo de trabalho a ela incorporado) contribui para o aumento da mais-valia através da redução do tempo de trabalho necessário para a obtenção do produto a que essa força de trabalho se aplica, e da conseqüente baixa de seu valor por relação ao do produto.

Apontando para esse aspecto nuclear da especificidade da medicina como prática social, a produtividade do trabalho constitui tema central de vários estudos que buscam no econômico e, em particular, no momento da produção, um elemento explicativo da articulação estrutural da medicina, como conhecimento ou como prática. Pode-se utilizar os termos de Polack para indicar o conteúdo dessas formulações, embora com a advertência de que tais termos não as sintetizam, mas apenas expressam o sentido geral em que se orientam: “Dirigindo-se à força de trabalho, o ato terapêutico eleva seu nível ou contribui para sua manutenção no quadro de uma reprodução (...). A Medicina não visa essencialmente o domínio dos quadros organizativos da economia, mas a definição permanente de um nível de produtividade. As forças produtivas (a energia proletária) constituem o seu alvo eleito. Por isso mesmo, a influência da atividade sanitária sobre a marcha da economia é relativamente direta, imediata. O sistema de cuidados tem sob seu controle a parte humana da atividade de produção, o trabalho (...). Toda a medicina é ato de regulação da capacidade de trabalho. A norma do trabalho impregna o julgamento dos médicos como um ponto de referência mais preciso que um valor biológico ou fisiológico mensurável. A sociedade atribui portanto ao trabalho um valor de norma biológica.”⁽⁵⁾ O processo de trabalho médico seria então permeado, em todos os seus momentos, pela necessidade basicamente econômica de reprodução da força de trabalho. É ainda nesse sentido, embora no quadro de uma problemática mais restrita que se orienta Dreitzel ao desenvolver a análise do que designa “atitude instrumentalista para com o corpo” como base do processo de

(5) Polack, J. C. — *La médecine du Capital*, Maspero, Paris, 1971, pp. 35-36.

obtenção da produtividade e do lucro e como elemento explicativo de aspectos da organização dos serviços médicos nos Estados Unidos: "Em nossas sociedades capitalistas a saúde é institucionalmente definida como a capacidade de produzir o excedente apropriado pelos proprietários dos meios de produção. Isto explica porque, na sociedade americana dificilmente se proporciona mais do que serviços desprezíveis para os pobres e os velhos que não vendem sua força de trabalho no mercado. Por outro lado, muitas indústrias empregam seus próprios médicos não por razões altruístas, mas a fim de manter sua força de trabalho em boas condições físicas e impedir que os 'malingerers' (*) decidam adoecer — o que representa freqüentemente a última defesa contra o 'stress' e a alienação do trabalho industrial." (6)

A questão da produtividade, em particular como se expressa nesse último texto permite introduzir algumas observações com vistas ao dimensionamento progressivo dos nexos que se estabelecem entre prática médica e processo de acumulação, bem como, paralelamente, dos fatores que se encontram diretamente relacionados à medicalização da sociedade. O trecho citado enfatiza um aspecto relativamente restrito da articulação entre a medicina e a reprodução da força de trabalho, ao referir-se ao trabalhador efetivamente incorporado ao processo de produção, mais especificamente na produção industrial. Em decorrência, requer, antes de mais nada, que se explicita que a questão da reprodução da força de trabalho se coloca também sob outros ângulos, o primeiro dos quais diz respeito às exigências de constituição progressiva da força de trabalho potencialmente utilizável, quer no sentido da necessária reposição de trabalhadores, quer como garantia frente a eventuais oscilações na quantidade de trabalhadores requeridos pela produção e, poder-se-ia acrescentar — embora se encontre implícito no recurso às idéias genéricas de força de trabalho e de produtividade — também no sentido da constituição e reposição da força de trabalho cujo significado para a produção resulta de seu papel no processo de realização da mais-valia.

Permanecendo ainda no plano das relações com a prática econômica e o momento da produção é necessário, portanto, para visualizar as possibilidades aí contidas de extensão dos cuidados médicos, que se considere os aspectos referentes à força de trabalho tanto no interior do processo produtivo quanto fora dele. Em outros termos, apreender genericamente as determinações da prática médica a partir do momento da produção equivale a admitir que a garantia da manutenção do processo de produtivi-

(*) O termo "malingerer" designa os indivíduos que simulam doença como forma de evitar o trabalho.

(6) Dreitzel, H. P. (ed.) — *The Social Organization of Health, Recent Sociology*, n.º 3, The Macmillan Comp., N. Y., 1971, Introdução.

dade do trabalho tenderia a estender o âmbito de ação da medicina para além da força de trabalho incorporada à produção, com vistas à disponibilidade em níveis controláveis, de volumes adequados de força de trabalho potencial. Esse é, sem dúvida, um dos pontos a serem considerados para explicar a ênfase atribuída a programas médicos destinados a diferentes grupos sociais, tais como os que se desenvolvem na área materno-infantil.

Na necessidade de proporcionar cuidados de saúde ao trabalhador — direta ou indiretamente produtivo — com vistas a objetivos econômicos imediatos encontra-se uma importante explicação para a expansão dos serviços médicos, bem como para algumas de suas formas de organização, em particular as que se desenvolvem no interior de, ou estreitamente vinculados a setores de produção de bens materiais. Mas, não expressando todas as ordens de determinações que incidem sobre a prática médica, esse fator não responde também inteiramente pela incorporação crescente ao cuidado médico de várias categorias de consumidores, em particular os diferentes grupos etários e as categorias sociais marginalizadas do processo de produção. Esse ponto deverá ser posteriormente retomado.

A reprodução da força de trabalho como ângulo privilegiado a partir do qual se pode apreender, ao nível do próprio objeto da medicina enquanto prática técnica, a sua relação com o processo de acumulação, deve-se agregar outro aspecto pelo qual ela se articula de forma também relativamente direta com a produção econômica. Este aspecto diz respeito propriamente aos meios de trabalho médico.

Já se fez referência anteriormente, às modificações que se processam continuamente na prática médica com o desenvolvimento das ciências biológicas e a incorporação de novas técnicas de diagnóstico e terapêutica. Considerados da perspectiva do processo de trabalho médico, os novos conhecimentos biológicos e as possibilidades então abertas para novas intervenções técnicas dizem respeito, em um primeiro momento, a modificações internas no processo de trabalho, a mais significativa das quais se encontra nas mediações que se estabelecem entre o médico, seus instrumentos de trabalho e seu objeto. A imediatez da relação entre médico e paciente corresponde à própria imediatez da relação entre o médico e seus instrumentos de trabalho não apenas no sentido de que a relativa simplificação tecnológica desses instrumentos garante a sua posse integral pelo médico, mas sobretudo na medida em que permite estabelecer como que um circuito relativamente fechado, no próprio momento do ato terapêutico, entre conhecimento médico e ações técnicas. Esse circuito acaba necessariamente por romper-se desde quando entre o médico e o objeto de sua prática interpõem-se novos meios de trabalho con-

sistentes em um conjunto sempre crescente de recursos materiais cuja utilização substitui etapas anteriormente inerentes ao ato clínico.

O sentido dessas alterações não se esgota, todavia, na modificação interna do processo de trabalho mas diz respeito a uma forma particular de articulação entre a medicina e a produção em geral. Desse ângulo, os novos elementos materiais que compõem o processo terapêutico — e que vão desde produtos sempre renovados da indústria farmacêutica, até uma enorme variedade de equipamentos e maquinárias produzidas por muitos setores industriais — devem ser considerados como mercadorias cuja produção é externa à medicina, mas cujo consumo só se efetiva através dela. A própria organização de todo o campo da medicina (desde o tipo de conhecimento elaborado e as formas de sua transmissão, até a constituição de princípios legitimadores, a nível ético ou jurídico, do exercício da prática), com seu efetivo monopólio sobre as ações de saúde, garante à prática médica uma posição central na distribuição e consumo dessas mercadorias e, portanto, na realização de seu valor, permitindo que se complete o processo de valorização do capital aplicado na produção industrial.

Esse segundo aspecto, pelo qual a medicina se articula já não apenas com o momento imediato da produção, mas também com a realização da mais-valia produzida em diferentes setores industriais, leva a indagar acerca das proporções em que o próprio conteúdo da prática terapêutica poderia estar sendo determinado pela necessidade de reprodução de capitais aplicados em diferentes setores da produção. E isto, na medida em que a medicina pode responder por um consumo sempre crescente de bens, impostos pela lógica da produção capitalista.⁽⁷⁾ Por outro lado, e visto que se encontra subordinada a essa “racionalidade” mais geral, a prática médica também encontraria aí os seus próprios limites. Analisando o conhecimento e a prática médica atuais, Laura Conti conclui que eles se orientam para a conservação e

(7) “As instituições de saúde podem sem dúvida atenuar a florescência das enfermidades que a sociedade cria e favorece; mas esta compensação toma necessariamente a forma imposta pelas leis de mercado e se transforma em consumos individuais, medicamentos e jornadas de repouso, devidamente contabilizados, fontes múltiplas de um consumo suplementar e de novos lucros (indústrias farmacêuticas, alimentares, aparelhos médicos, leito e mobiliário hospitalar, etc.).... A medicina permite e favorece o deslocamento (para um plano secundário) dos bens coletivos de prevenção, para alimentar uma onda de consumidores individuais de ‘objetos de saúde’ (pastas dentífricas milagrosas, vitaminas salvadoras... revistas médicas, massagens, saunas, etc.). Como representa o executor ideológico daquele deslocamento, a medicina enfatiza a equação que relaciona a cura ao ato de consumo, isto é à compra de um bem.” — Polack, J. C. — *op. cit.*, p. 47.

o aumento da “competição produtiva” que se define não apenas no plano da produtividade individual, mas deve levá-los ainda a respeitar os limites a partir dos quais estariam afetando a “competência produtiva” em um sentido mais geral: “Curar os infartos confirma a lógica da competência e por isso o fazemos (...). Criar um tipo de vida com menos ‘stress’, capaz de reduzir os casos de infarto significaria diminuir a competência em nossa vida: por isso não o fazemos. O mesmo poderíamos dizer do câncer do pulmão, cuja prevenção significaria intervir na competência eliminando-a, seja nas indústrias, seja junto aos automobilistas...”⁽⁸⁾

Mais do que explicar o processo de extensão da prática médica tal como vem sendo aqui entendido — e ao qual ela não é alheia — essa forma de articulação da medicina com o econômico permite identificar a constituição de um campo problemático que interessa de imediato caracterizar pelo menos em um de seus aspectos: o que diz respeito à questão dos custos médicos progressivos, em grande parte decorrente da incorporação do custo dos produtos industriais ao valor do cuidado médico. Ainda que tais custos se encontrem cada vez mais socializados, por meio da participação do Estado nessa área de produção e consumo, eles acabam por introduzir um dos elementos contraditórios da prática médica em seu processo de extensão, na medida em que esse processo, não tendo sido aleatório e não parecendo portanto reversível, encontra no problema dos custos uma das barreiras à sua efetivação. O ponto central de crise é dado pelo fato de que as alternativas de solução poderiam afetar componentes da prática médica igualmente necessários, no sentido de que respondem a determinações estruturais igualmente significativas, ainda que essas determinações se desdobrem em dimensões distintas explicativas de um ou outro dos componentes. A fim de explicitar o sentido dessa afirmação deve-se introduzir um aspecto ainda não considerado do processo de generalização do consumo médico. Antes, todavia, registre-se, de passagem, que o interesse específico dessa questão para o encaminhamento do estudo é dado, em grande parte, pelo fato de que aqueles dois aspectos da prática médica — a necessária extensão dos serviços e a elevação dos custos (também necessária, conforme análise prévia) conjugam-se para dar origem a várias tentativas de racionalização desse setor, aos quais não é alheia a proposta da Medicina Comunitária.

Em seu sentido mais geral, a questão levantada a propósito dos custos remete a um aspecto muito importante da articulação da medicina na sociedade de classes, representado pelo significado

(8) Conti, L. — “Estructura Social y Medicina”, in *Medicina y Sociedad*, Editorial Fontanela, Barcelona, 1972, p. 297.

político e ideológico da extensão da prática médica e que responde, também, fundamentalmente, pela irreversibilidade acima referida, do processo. A necessidade de manter e recuperar a força de trabalho com vistas ao aumento da produtividade, se proporciona o ângulo privilegiado da articulação da medicina com o econômico e revela a sua participação relativamente direta na organização do processo produtivo, não esgota, quer a análise de seu papel na reprodução da estrutura de classes, quer a identificação dos elementos subjacentes à medicalização e às formas por ela assumidas.

A fim de identificar sob outros ângulos as determinações que incidem sobre a prática médica, é necessário considerar que as condições de continuidade do processo de acumulação não se encontram dadas inteiramente no plano da reprodução, a nível econômico, dos fatores de produção. Na medida em que as relações de produção são relações de classe que se processam através de uma contradição fundamental, consistente na oposição entre o caráter social da produção e o caráter privado da apropriação, elas implicam a possibilidade do desenvolvimento dos antagonismos de classe e da transformação do modo de produção. Nesse sentido, a continuidade do processo de acumulação capitalista depende da presença de condições supra-estruturais — ideológicas e políticas — capazes de assegurar que não se manifestem contradições já instaladas ao nível da estrutura da produção, adquirindo, também a nível político, a forma de antagonismo. Depende, em outros termos, das possibilidades de exercício da “hegemonia”, entendida como o domínio ideológico e político das classes no poder sobre as demais classes na sociedade, o qual se processa através de um conjunto de instituições privadas ou estatais.

O conceito de hegemonia, elaborado por Gramsci com vistas a explicar, através da análise do ideológico e do político, as condições de sujeição das classes dominadas, permite apreender as relações entre as classes no sentido de direção cultural e política. Distinguindo a “sociedade civil” da “sociedade política” ou Estado, Gramsci refere-se à função de “hegemonia” exercida pelo grupo dominante e à função de “domínio direto ou de comando” exercido pelo Estado como organização político-jurídica, expressas através da obtenção de um consenso “coletivo” acerca da orientação impressa ao poder pelo grupo dominante, quer através da direção intelectual e moral, quer através da coerção por via dos tradicionais aparelhos repressivos do Estado. Essa distinção entre sociedade civil e sociedade política representa um aspecto central da construção teórica de Gramsci que não cabe aqui discutir. Mas, ainda que em certo contexto ela

adquirir o caráter de distinção metodológica⁽⁹⁾, seu significado imediato decorre da possibilidade de lembrar que as condições supra-estruturais de continuidade ou de superação da estrutura elaboram-se no conjunto das relações e instituições da sociedade e não necessitam ser exclusivamente identificados com agentes e instituições diretamente articulados com o aparelho do Estado. É o papel dos intelectuais ou das “instituições de cultura” (escola, igreja, imprensa...) na elaboração da ideologia dominante que as análises de Gramsci reforçam, permitindo buscar nas práticas aparentemente mais distanciadas da dominação, elementos de confronto ideológico-político na sociedade de classes. Por outro lado, a participação do Estado nesse processo, de forma mais ou menos direta, e através de distintos aparelhos, representa uma constante na realização histórica do capitalismo, embora assumam dimensões mais marcadas na fase atual da reprodução.⁽¹⁰⁾

O que importa acentuar é que o conceito de hegemonia permite apreender a manifestação das relações de classe, a nível político e ideológico em sua articulação com a estrutura da produção. E mais, que remetendo às condições de exercício do domínio político-ideológico como elemento necessário do processo de reprodução social, revela, em contrapartida, a importância da atividade política como potencialmente transformadora das relações de produção: “O fato da hegemonia pressupõe indubitavelmente que se tenha em conta os interesses e as tendências dos

(9) “El planteamiento del movimiento librecambista se basa en un error teórico cuyo origen práctico no es difícil de identificar; es decir se basa en la distinción entre sociedad política y sociedad civil, que de distinción metodológica se convierte en (y es presentada como) distinción orgánica... Pero, dado que en la realidad concreta la sociedad civil y el Estado se identifican...” — Gramsci, A. — *La Política y el Estado Moderno*, Ed. Península, Barcelona, 1971, p. 95. Como indicação do sentido complexo da distinção entre sociedade civil e sociedade política, ver, entre outros, Bobbio, Norberto — “Gramsci y la Concepción de la Sociedad Civil”, *Cuadernos de Pasado y Presente*, n.º 19, 2.ª ed., 1972, pp. 65 e 93 e Portelli, Hughes — *Gramsci y el Bloque Histórico*, Siglo XXI, 1974.

(10) Analisando a reprodução das relações de produção, Althusser agrega ao conceito de aparelhos repressivos, o de aparelhos ideológicos de Estado, desempenhando, todos os aparelhos, em distintas proporções, funções repressivas e ideológicas: Althusser, L. — “Ideologie et Appareils Ideologiques d'Etat”, *La Pensée*, n.º 151, junho, 1970. Poulantzas estende o conceito desses aparelhos “que são apenas a materialização e condensação das relações de classe... e de alguma forma as pressupõem”, no sentido de abranger, além das funções políticas e ideológicas por eles preenchidas, também as econômicas: Poulantzas, N. — *As Classes Sociais no Capitalismo de Hoje*, Zahar, R. Janeiro, 1975, pp. 26-30. Dada a necessidade de considerar, no decorrer do texto, aspectos muito distintos da prática médica, não se adotou o conceito de aparelhos de Estado para orientar a análise, entre outras razões, porque acabaria por perder, em teor explicativo, o que ganharia em extensão.

grupos sobre os quais ela se exercerá, que se forme um certo equilíbrio de compromisso, que o grupo dirigente faça sacrifícios de ordem econômico-corporativa; mas é também indubitável que estes sacrifícios e este compromisso não podem referir-se ao essencial; porque se a hegemonia é ético-política, não pode deixar de ser também econômica, não pode deixar de ter seu fundamento na função decisiva que o grupo dirigente exerce no núcleo decisivo da estrutura econômica.”⁽¹¹⁾ Em outros termos, as possibilidades de exercício da hegemonia não se encontram já dadas historicamente mas se efetivam através de um processo contraditório de enfrentamentos e, por vezes, de concessões, entre classes e frações de classes, indicando a presença, ao menos potencial, de distintas ideologias e projetos políticos capazes de desempenhar papel efetivo na transformação da estrutura.

A análise da articulação da medicina com o político e o ideológico encontra suporte em muitos estudos que se aplicam à medicina, quer como campo do saber, quer como conjunto de práticas cristalizadas em instituições — hospitais, escolas médicas — quer como serviço cuja produção e consumo se estruturam conforme à dinâmica política. É o caso, por exemplo, das análises de Foucault, através das quais se pode acompanhar, sob a forma de uma história política da sociedade capitalista, a partir do século XVIII, seja a constituição da loucura como doença mental e objeto da medicina, seja a emergência, com a clínica, de um uso inteiramente novo do discurso científico. O mesmo se aplica aos numerosos estudos que intentam a crítica das práticas psiquiátricas, especialmente àqueles que, partindo da análise do poder no interior da instituição psiquiátrica, buscam a sua articulação com a distribuição do poder no conjunto da sociedade.⁽¹²⁾ Deve também merecer referência o estudo de Boltanski acerca da difusão das normas da moderna puericultura o qual, embora omitindo a perspectiva da reprodução das relações de classe, quer a nível de sua constituição na estrutura da produção, quer a nível de suas manifestações supra-estruturais, proporciona todavia importantes indicações sobre a possibilidade de incorporação, pela prática médica, de um projeto de normatização das condutas de diferentes classes sociais. Fundamentando-se em rico material empírico, o estudo revela como, equiparando-se à instituição escolar, a medicina, a partir da tentativa de estruturação simbólica, para toda a sociedade, das representações de saúde e

(11) Gramsci, A. — *op. cit.*, p. 96.

(12) Uma interessante revisão comparativa das tendências nestas análises da instituição psiquiátrica encontra-se em: Castel, Robert — “Vers les Nouvelles Frontières de la Maladie Mentale”, *Revue Française de Sociologie*, n.º especial, 1973, pp. 110-136.

doença, empreende a tarefa de regular a vida privada, em particular dos estratos sociais inferiores (os “novos bárbaros” ou trabalhadores da cidade). Compartimentalizando a análise no nível simbólico-ideológico, o estudo não ultrapassa de muito as abordagens tradicionais do processo educativo em sua dimensão socializadora. Mas tampouco se reduz a elas, na medida em que, por um lado, proporciona elementos para se desvendar a coerência e o caráter próprio de classe das configurações de saber e prática referentes à saúde; por outro, e conseqüentemente, deixa aberta a possibilidade de análise dessa dimensão “pedagógica” da prática médica como expressão parcial do processo de reprodução das relações de classe.⁽¹³⁾

A importância desses estudos para o problema em questão decorre do fato de indicarem — a partir de diferentes perspectivas, e com distinto instrumental teórico a impossibilidade de descartar a dimensão político-ideológica como explicativa dos aspectos que reveste a prática-médica, o que não significa que o aparato conceitual de que se servem remeta sempre às relações de classe como elemento nuclear dos processos que se desenvolvem a nível político-ideológico. Por outro lado, revelam a possibilidade de análise dessa questão por referência a distintos elementos da prática. De imediato, entretanto, a articulação da medicina com o processo da hegemonia político-ideológica será considerada através das possibilidades de aumento do consumo de serviços médicos, vale dizer, do sentido que adquirem no desenvolvimento dos antagonismos de classe, as políticas referentes ao aumento do consumo de bens e serviços, sejam ou não conduzidas diretamente pelo Estado.

O processo amplo de controle dos antagonismos, visando mantê-los dentro de limites compatíveis com a reprodução da estrutura, expressa, em sua dimensão ideológica mais geral, a ênfase na unidade social negadora da existência da diferenciação básica entre as classes identificadas no plano das relações de produção. Essa ênfase, todavia, não é incompatível com o reconhecimento e mesmo a justificativa da desigualdade no plano da distribuição de bens de consumo ou, ainda, com o acionamento de mecanismos capazes de garantir a elevação dos níveis de consumo. Mas trata-se, já então, de uma desigualdade que não se refere às fontes de obtenção da renda — trabalho ou propriedade — e sim ao seu montante e, por essa forma, a pers-

(13) Boltanski, L. — *Prime Education et Morale de Classe*, Mouton, Paris, 1969. Ver, a propósito, o estudo de Estabiet, R. e Baudelot, C. — *L'Ecole Capitaliste en France*, Maspero, Paris, 1973, no qual, por referência à instituição educacional propriamente dita, os autores procedem à análise da participação do aparelho escolar na reprodução das relações de classe.

pectiva se desloca da contradição para a hierarquização das categorias sociais segundo um “quantum” de consumo. Nesse sentido, parece adequado considerar que a própria ótica da diversidade do consumo das diferentes categorias sociais pode já representar um mecanismo potencial de suavização de conflitos sociais, na medida em que corresponda a um deslocamento para a exclusiva esfera do consumo, de antagonismos identificáveis ao nível da produção. Essa ótica tem a vantagem de proporcionar um elemento de manejo econômico e político possível, dado que a elevação controlada do consumo não afeta o essencial da estrutura de produção e que níveis mais elevados de consumo podem constituir, particularmente em certas conjunturas, aspecto significativo da hegemonia, conquanto deva ser mantido em limites compatíveis com a realização de taxas adequadas de acumulação — limites apenas definíveis por relação à dinâmica econômica e política no plano das formações sociais. Neste plano, a estrutura de classes não se reduz às duas classes polares identificadas ao nível do modo de produção capitalista — burguesia e proletariado — mas expressa-se através de uma multiplicidade de classes, frações de classes, camadas, cuja situação de classe deve ser todavia referida às relações de produção ou seja, às formas pelas quais se definem as suas posições na estrutura da produção. Do fato dessa multiplicidade de classes, que só podem ser apreendidas e analisadas pelo estudo da forma como se realiza o modo de produção em cada sociedade concreta, decorre em parte a possibilidade do deslocamento da ênfase na diferenciação dada ao nível da produção para aquela que se dá ao nível do consumo ou, sob outra forma, a possibilidade de sobrepor à presença de uma estrutura de classes a ótica da estratificação social.

Atentar para a ocorrência desse deslocamento, bem como para o fato de que ele pode estar em correspondência com os interesses econômicos, políticos e ideológicos das classes dominantes, não significa que se deva visualizar o processo político tão-somente pelo ângulo da dominação. O interesse dessa perspectiva decorre da possibilidade que oferece para a compreensão de uma das dimensões das “políticas sociais” destinadas a proporcionar consumos específicos tais como educação, saúde, habitação, e que na fase atual do capitalismo encontram no Estado o seu agente privilegiado. É importante reafirmar que tais políticas não correspondem a qualquer alteração significativa nas relações de produção e que, além do sentido que adquirem no processo político podem mesmo corresponder ao interesse imediatamente econômico do capital, quer por ativarem determinadas áreas de produção, quer por representarem a garantia de um salário indireto o qual, refletindo-se em uma redistribuição

da renda ou em um maior montante de consumo, traz ademais a vantagem de não incidir diretamente sobre o capital sempre que os custos são socializados sobretudo por meio da participação do Estado. Isto não significa que as “políticas sociais” correspondem sempre e estritamente aos interesses dominantes mas apenas que, manipuladas dentro de certos limites, elas não ameaçam a estrutura de poder e, como tal, adquirem sua potencialidade de utilização no processo político. Tal potencialidade — e colocado o Estado no centro do processo — acresce-se do fato de que, incorporando efetivamente, em sua função de controle do desenvolvimento de antagonismos políticos, interesses imediatos das classes dominadas — mais freqüentemente os que se expressam na busca de elevação da renda — o Estado reveste mais facilmente o caráter de entidade representativa dos interesses coletivos.

A percepção da desigualdade no plano da distribuição e do consumo de bens, mesmo quando implica o deslocamento das relações de produção do centro do processo político-ideológico, não corresponde, todavia, à superação dos antagonismos. É isso, em duplo sentido: persiste o antagonismo básico, dado já ao nível das relações de produção, ainda quando não se manifeste sob essa específica forma; desenvolvem-se outras ordens de conflitos, secundários por referência àqueles, mas potencialmente capazes de assumir a forma de antagonismo de classe, a depender do processo amplo de realização da estrutura social. Os interesses manifestos por diferentes frações de classe através das exigências de elevação do consumo pelo aumento da renda-salário ou do acesso a bens de serviços proporcionados diretamente por instituições ‘privadas’ ou ‘estatais’ dizem respeito, no plano imediato, a essa ordem de conflitos considerados como secundária, e o seu preciso significado político só pode ser apreendido no plano concreto das relações sociais: “a questão particular do mal-estar ou do bem-estar econômico como causa de novas realidades históricas é um aspecto parcial da questão de correlação de forças em seus diversos graus. Podem produzir-se novidades, seja porque uma situação de bem-estar encontra-se ameaçada (...) seja porque o mal-estar tornou-se intolerável e não se vê na sociedade nenhuma força capaz de mitigá-lo e de restabelecer uma normalidade com os meios legais. Pode-se dizer, por conseguinte, que todos esses elementos são a manifestação concreta das flutuações de conjuntura no conjunto das correlações sociais de forças, em cujo terreno se produz a passagem destas a correlações políticas de forças...”.⁽¹⁴⁾ É inegável que em diferentes sociedades e em específicas conjunturas políticas, a ação

(14) Gramsci, A. — *op. cit.*, p. 116.

de classes ou frações de classes não hegemônicas tem-nas revelado como forças sociais, a partir da expressão dessa modalidade de interesses. Conseqüentemente, se por vezes a hegemonia político-ideológica se expressa através de interferências no plano da distribuição e do consumo de bens que assumem um caráter aparentemente independente das relações de classe, especialmente na medida em que podem antecipar-se a qualquer manifestação imediata de conflitos sociais, é preciso considerar que, mesmo na incorporação dessa ordem de interesses pela sociedade, revela-se também a presença potencial das classes não hegemônicas como forças sociais. Em outros termos, a compreensão da “política social” como parte do processo de controle dos antagonismos, implica que se apreenda o fato de que ela expressa, em sua realização e em suas modalidades, a relação das forças sociais ao nível das sociedades concretas.

Embora não se trate de privilegiar a articulação da medicina com o político frente ao sentido que adquire no plano da produção econômica senso estrito — o seu significado respectivo por referência à reprodução social só poderia ser apreendido em outro nível de análise — pode-se admitir que o processo pelo qual a prática médica acabou por tomar necessariamente como seu objeto praticamente todas as classes, frações de classes e camadas sociais constituiu sobretudo uma das formas de manifestação, no plano político, das relações de classe. O próprio fato de que a enfermidade e a morte se distribuíam de maneira a revelar as formas de participação dos grupos sociais na estrutura da produção e nas oportunidades de consumo contribui para tornar a medicina uma área significativa do ponto de vista político. Nas alterações experimentadas pela produção de serviços médicos manifestou-se, em seu duplo sentido, o processo acima referido de incorporação da desigualdade ao nível político ideológico: expressão, a um só tempo, do exercício da hegemonia de classe e das pressões por aumento de consumo como potencialmente negadoras dessa hegemonia. A história política da medicina, em todas as sociedades, revela momentos particularmente expressivos dessa ordem de determinações: “Se se considera mais de perto essa noção de ética, é possível dar-se conta de que o valor da vida humana sofre variações incessantes em torno de alguns momentos de flexão histórica e política. Esse valor variou, sem dúvida, na França, com a Frente Popular, a Resistência, a Libertação, a liquidação das situações coloniais, sem que se possa afirmar, por outro lado, o paralelismo dessas modificações com o crescimento econômico e as variações da balança comercial (...). A respeito do valor da vida humana e de suas flutuações, a inércia do sistema é essencialmente econômica, as mu-

tações são político-sociais.”⁽¹⁵⁾ O mesmo fenômeno pode ser descrito para a maior parte das sociedades européias, a partir do século XIX, bem como para as sociedades americanas, especialmente no século XX. Todavia, é importante assinalar a relativa impropriedade da compartimentalização, expressa no citado texto, das determinações econômicas e políticas que incidem sobre a prática médica. Necessária para efeito de análise, ela não corresponde à complexidade da forma de articulação da medicina no conjunto das práticas sociais, na medida em que, referidas às condições gerais do processo de acumulação, reflita as contradições próprias a ele.

A participação da medicina na dinâmica das relações de classe evidencia-se mais facilmente na época atual, quando a noção de “direito à saúde” tornou-se a pedra de toque através da qual se manifestam as determinações político-ideológicas que incidem sobre a prática médica. Todavia, e desde que não se compartimentalize o econômico e o político-ideológico no plano concreto da reprodução social, é possível pensar a progressiva reorganização histórica da prática médica como inseparável de todo o processo de constituição e reprodução da estrutura das sociedades capitalistas.

2. Raízes da medicalização

A redefinição da medicina como prática social aparece já marcadamente no século XVIII, através de sua extensão institucionalizada para o âmbito de toda a sociedade, permeando o processo político e econômico de forma peculiar. Não é o cuidado médico que então se generaliza e sim o que se poderia considerar, de maneira aproximada, uma extensão do campo de normatividade da medicina através da definição de novos princípios referentes ao significado da saúde e da interferência médica na organização das populações e de suas condições gerais de vida. Essa medicalização e a especificidade de suas relações com a estrutura econômica e político-ideológica pode ser identificada através da emergência de novos conceitos referentes à saúde e à prática médica bem como de novas formas de controle da medicina pela sociedade e de novos usos da medicina no controle e organização social. Seria impossível e mesmo dispensável traçar a história desse processo em todas as suas dimensões bem

(15) Polack, J. C. — *op. cit.*, p. 43.

como analisar as modalidades de que se revestiu em distintas sociedades. Pode-se, todavia, registrar alguns desses momentos de reorientação da medicina os quais, se não proporcionam todas as indicações para a compreensão de seu significado social recente, revelam já alguns de seus fundamentos.

Os estudos de Rosen sobre a emergência e o desenvolvimento da noção de “política médica” e das conotações que assume em diferentes sociedades européias indicam claramente as bases do que se poderia considerar a reorientação da medicina no sentido de um novo modo de articulação com as estratégias políticas e econômicas da nova estrutura de produção que se consolidava.⁽¹⁶⁾ O significado social assumido pela medicina com a emergência do capitalismo já se esboça durante o período mercantilista, articulado ao papel que ele desempenha no processo de acumulação da riqueza. Marcando a etapa de transição do modo feudal ao modo capitalista de produção, o mercantilismo como doutrina e forma de organização social a um só tempo econômica e política, implica o recurso a diferentes meios de acumulação pelas sociedades européias: o sistema colonial, o regime de dívidas públicas, os esquemas de tributação, o controle sobre a atividade produtora interna. E implica, em contrapartida, o reforço e a utilização de um poder centralizado, capaz de acionar aqueles meios — o poder do Estado: “...o corte entre o Estado feudal e o Estado capitalista não ocorre no momento em que aparece o Estado correspondente à consolidação do domínio político da classe burguesa, cujo exemplo seria o Estado saído da Revolução francesa, mas no momento em que aparece o Estado absolutista (...). A função do Estado absolutista não é precisamente operar nos limites fixados por um modo de produção já dado, mas produzir relações todavia não-dadas de produção — as relações capitalistas (...) sua função é transformar e fixar os limites do modo de produção. A função desse Estado de transição na acumulação primitiva depende da eficácia específica do político no estado inicial da transição...”⁽¹⁷⁾ A forma pela qual a medicina aparecerá vinculada às exigências da acumulação e da centralização do poder é que constitui o suporte para a afirmação de que este representa um momento signifi-

(16) As considerações que se seguem encontram-se amplamente fundamentadas nos estudos de George Rosen, em particular: “Camerarism and the Concept of Medical Policy”, in *Bulletin of the History of Medicine*, n.º 27, pp. 21-42, 1953; “What is Social Medicine? A Genetic Analysis of the Concept”, in *Bull. Hist. Med.*, pp. 675-733, 1974; “Evolution of Social Medicine”, in *Handbook of Medical Sociology*, H. E. Freeman, S. Levine e L. G. Reader (org.), Prentice Hall Inc., N. J. 1963.

(17) Poulantzas, N. — *Clases Sociales y Poder Politico en el Estado Capitalista*, Siglo XXI, México, 1969, respectivamente pp. 197 e 202.

cativo para a reorientação de suas práticas. É nesse contexto que se origina o conceito de “política nacional de saúde” como parte das estratégias destinadas a aumentar a riqueza e o poder nacionais.

As medidas referentes ao enquadramento da população no processo de reorganização social durante o mercantilismo constitui o elemento imediato de uma reestruturação no campo médico. A população já não mais aparece, então, como uma massa dispersa de indivíduos sobre um território: começou a adquirir o estatuto de “povo”, de grupo nacional. Ao desenvolvimento dos conceitos de “povo” e “nação” corresponde a conceptualização progressiva do Estado como representante do “interesse geral”, nos ensaios de formulação das teorias do contrato social que encontrarão, posteriormente, em Rousseau, sua forma decisiva para a fundamentação ideológica das relações Estado-Sociedade Civil no modo de produção capitalista. Como parte da nova estratégia político-econômica impõe-se pensar a população, registrá-la, controlá-la, formular os princípios de sua relação com o poder do Estado: a quantidade de população é fundamental para que o Estado possa repousar sobre bases econômicas e políticas sólidas. Sua atividade produtora não é menos importante, em particular nos países que dependem sobretudo da produção interna para estabelecer fluxos comerciais que possibilitem a acumulação da riqueza, a constituição dos exércitos, o consequente aumento da força do Estado. Daí decorre primeiramente a necessidade de calcular a força ativa das populações, de definir as condições de seu crescimento, de implantar medidas capazes de favorecê-lo. A população era relativamente escassa e entre os fatores responsáveis por tal escassez incluíam-se as condições sanitárias até então vigentes, assim registradas por Sigerist: “A mortalidade, sobretudo entre as crianças, era aterradora. A peste nunca se extinguia e a população era assolada por terríveis epidemias de difteria, tuberculose, sarampo, febre tifóide. As primeiras estatísticas vitais foram compiladas no século XVII e apesar de muito imperfeitas, chamaram a atenção pública para as aterrorizantes taxas de mortalidade. Todos tinham medo; sentia-se que a população estava ameaçada e que algo tinha de ser feito. Durante o século XVIII a higiene melhorou consideravelmente e estes progressos não foram devidos tanto aos esforços médicos quanto às condições políticas e à filosofia da época. Em um governo absolutista, o monarca sente-se responsável por seus súditos; é para o povo o que um pai é para seus filhos. Ordena o que se deve fazer para permanecer sadio e proíbe o que é danoso. A saúde é cuidada ou imposta por meio da polícia...”⁽¹⁸⁾

(18) Sigerist, H. — *Historia y Sociologia de la Medicina*, editada por Gustavo Molina, Bogotá, 1974, p. 37.

George Rosen procede a um registro circunstanciado da ênfase posta pelas doutrinas econômicas e políticas sobre a importância do crescimento populacional na França, Inglaterra e Alemanha, especialmente nos séculos XVII e XVIII. Em todos esses países estabelecem-se programas para o cálculo da população através de estatísticas de nascimento e de mortalidade, bem como políticas eventuais de estímulo aos casamentos e nascimentos: "O que o poder nacional necessitava, conforme o perceberam seus legisladores e seus conselheiros era, antes de mais nada, uma grande população; em segundo lugar, que a população fosse provida, para tanto, de recursos materiais; e, finalmente, que ela devesse estar sob controle do governo, de forma a poder ser utilizada para qualquer dos usos requeridos pela política estatal. Embora a doutrina mercantilista recebesse em suas aplicações, ênfase variada em épocas e lugares diferentes, reconheceu-se sempre em algum grau que o uso efetivo da população em um país exigia atenção aos problemas de saúde." (19)

Aumentar e controlar a população não significa necessariamente medicá-la, em sentido estrito, mas representa uma tarefa potencial para a medicina como prática social que se redefine. Essa tendência difusa, articulada às práticas do mercantilismo, a pensar os problemas de saúde, adquire primeiro efetividade nos estados alemães, onde se procurou desenvolver, desde logo, uma ação médica centrada no controle do nível de saúde da população. A condição histórica peculiar dos estados alemães, ainda em processo de unificação e excluídos da luta ativa pela posse de colônias, imprime ali ao mercantilismo um caráter mais marcado de constituição e reforço de um poder central e a forma de planos múltiplos de intervenção e controle na esfera econômica interna, na atividade produtora da população. São ainda os textos de Rosen que permite rastrear o desenvolvimento, na Alemanha, das idéias e práticas que revelam a importância da medicina para a política do Estado e que se consubstanciam, na segunda metade do século XVIII, na noção de "polícia médica". Enunciada por Thomas Rau em 1764 e desenvolvida basicamente por Johan Peter Frank, a noção de "polícia médica" comporta, entre outros, os seguintes princípios: o Estado deve zelar pela saúde da população; os médicos são responsáveis não apenas pelo tratamento dos doentes, mas também pelo controle e manutenção da saúde da população; esse controle deve atingir todos os aspectos da vida dos indivíduos. Para tanto, é necessário: restringir o exercício da medicina a pessoal médico competente, produto de uma educação regular e eficiente; superviso-

(19) Rosen, G. — "Cameralism and the Concept of Medical Policy", citado, p. 24.

nar o funcionamento dos hospitais; promover a educação do povo em matéria de saúde. Tais princípios marcaram acentuadamente a prática médica na Alemanha e implicaram, em fins do século XVIII e princípios do século XIX, na implantação de um sistema complexo de observação e registro de nascimentos, de mortes, da morbidade, da ocorrência de endemias e epidemias, bem como na instauração de uma série de mecanismos de controle, pelo poder político, da formação do médico, do exercício da prática médica, dos efeitos dessa prática sobre o estado de saúde das populações. Implicaram, enfim, em um esquema de disciplinarização da medicina pelo Estado e em uma correspondente função de controle atribuída à medicina sobre a vida social. "Medicina de Estado" é a forma pela qual Foucault designa essa modalidade de redefinição social da prática médica na Alemanha: "O que se encontra antes da grande medicina clínica do século XIX é uma medicina estatizada ao máximo (...). Com a organização de um saber médico estatal, a normalização da profissão médica, a subordinação dos médicos a uma Administração Central e, finalmente, a integração de vários médicos em uma organização médica estatal, tem-se uma série de fenômenos inteiramente novos que caracterizam o que pode ser chamada a medicina de Estado (...). Não é o corpo que trabalha, o corpo do operário que é assumido por essa administração estatal da saúde, mas o próprio corpo dos indivíduos enquanto constituem globalmente o Estado: é a força, não do trabalho, mas estatal, a força do Estado em seus conflitos, econômicos certamente, mas igualmente políticos, com seus vizinhos (...) é essa força estatal que a medicina deve aperfeiçoar e desenvolver." (20)

Remetendo estruturalmente ao econômico, através do sentido que adquire o reforço do poder estatal para a acumulação original do capital, essa modalidade particular de redefinição da medicina permite portanto que se identifique a sua incorporação ao processo mais geral que reorganiza os elementos da vida social na constituição da estrutura de produção capitalista. E ainda que não responda por toda a peculiaridade de sua relação com a estrutura social, revela uma faceta já bastante significativa: dado que a força ativa dos indivíduos, capaz de produzir a riqueza deve ser reorientada no sentido de um novo modo de acumulação, deve também tornar-se alvo de nova forma de controle e conservação. A medicina não permaneceu alheia a essa tarefa. Através de sucessivas alterações de seu campo de saber, de seus meios de trabalho, de seus alvos programáticos,

(20) Foucault, M. — Conferência. Instituto de Medicina Social, Faculdade de Medicina da Universidade do Estado da Guanabara, outubro, 1974, mimeografado.

de uma atuação mediata ou imediata sobre essa força de trabalho redefinida, participará progressivamente do novo modo de acumulação peculiar à sociedade mercantil capitalista.

Ainda que amplamente divulgadas na época, sobretudo através da obra de Peter Frank, "Medicinishe Polizcy" as concepções e práticas consubstanciadas no conceito de polícia médica não encontram no resto da Europa expressão equivalente à que adquiriu na Alemanha, condizendo com sua situação de relativo atraso econômico frente a outros países europeus, mas sobretudo com o papel a ser ali desempenhado pelo Estado também em momentos sucessivos da organização social, na implantação de uma estrutura econômica e política burguesa "de cima para baixo" e que encontra na política de Bismarck a sua expressão mais acabada. Adotado fora da Alemanha, o conceito de polícia médica é despojado de seu sentido de amplo controle pelo poder político sobre as condições de vida das populações e sobre a própria prática médica, para restringir-se à interferência sobre aspectos delimitados da vida social, tais como o controle de doenças transmissíveis e o saneamento ambiental. Na própria Alemanha, a política de saúde na segunda metade do século XIX já não se orienta por aquelas concepções: nesta época, "o conceito de polícia médica tinha em larga medida se tornado uma fórmula estéril, e o significado prático que ainda conservava consistia sobretudo em atividades administrativas e reguladoras referentes ao controle de doenças transmissíveis, organização e supervisão de pessoal médico, saneamento ambiental e fornecimento de atenção médica ao indigente".⁽²¹⁾ Diga-se, de passagem, que o abandono das práticas relacionadas ao conceito de "polícia médica" representa na Alemanha uma interrupção relativamente breve do processo de crescimento da área de atuação da medicina. A implantação, por Bismarck, na década de 1880 do seguro-social compulsório, propicia um princípio de generalização do cuidado médico a partir da assistência a algumas categorias de trabalhadores e indica o papel particularmente importante do Estado alemão não apenas na fase de acumulação primitiva mas também no processo de industrialização e na política de controle do proletariado frente à precária organização política da burguesia. Enquanto as transformações econômicas se aceleravam na Alemanha a partir da metade do século e a ação política e social do proletariado seguia o ritmo do impulso industrial e beneficiava-se da prévia presença no cenário político dos movimentos operários na Inglaterra e na França, não se verificaram no comportamento político da burguesia transformações correspondentes. Quando, no transcorrer da segunda meta-

(21) Rosen, G. — "Evolution of Social Medicine", *op. cit.*, p. 28.

de do século, a contradição fundamental se deslocara da contradição entre nobreza e burguesia para burguesia e proletariado, cabe ao Estado bismarckiano estabelecer o predomínio político da burguesia. A essa característica da estrutura social, deve-se em grande parte a primazia da Alemanha no desenvolvimento de uma "política social" pelo Estado. A implantação do seguro-social compulsório por Bismarck revestiu-se, segundo Marshall, do "caráter de uma solicitação à indústria para se unir a ele no oferecimento de concessões para atender às reivindicações *legítimas* dos trabalhadores a fim de tornar mais fácil, tanto para ele como para ela, a resistência aos assédios *ilegítimos* dos mesmos".⁽²²⁾

Retomando, entretanto, as considerações relativas ao desenvolvimento das noções de política médica a partir do século XVIII, é necessário acrescentar que, se os princípios consubstanciados na noção de "polícia médica" não se efetivaram igualmente em todas as sociedades européias, representaram, contudo, o início de um processo de formulação sistemática das relações entre saúde e condições de vida social que, fazendo apelo frequentemente a noções tais como as de pobreza, trabalho, produtividade, retiravam progressivamente a doença do exclusivo âmbito do biológico ou do "natural", ao mesmo tempo que articulavam as práticas de saúde aos projetos de reorganização social. Essa temática encontra nova e mais elaborada expressão no desenvolvimento do conceito de "medicina social" que já releva, todavia, de uma realidade relativamente distinta da que fundamenta o desenvolvimento das práticas e conceitos anteriores, na medida em que expressa a forma pela qual se desenvolveu a luta política e a "questão social" a partir da Revolução francesa.

Pelo fato de apoiar-se amplamente sobre várias classes e camadas sociais — do campesinato à pequena burguesia urbana, aos trabalhadores da manufatura e ao "lumpen-proletariado" — o movimento de ascensão da burguesia ao poder político na França trouxe para o cenário da Revolução mais do que uma ideologia de liberdade e igualdade política formais dos cidadãos sob um Estado baseado no interesse geral do povo — nação. Ele introduziu também a questão social, aí representada pela presença da pobreza no campo político, manifesta sobretudo no conteúdo social da ideologia jacobina com seus ataques à riqueza e seus apelos à igualdade social. Problematicando sob a forma de oposição a *liberdade* e a *necessidade* como componentes do processo revolucionário, Hannah Arendt analisa extensa-

(22) Marshall, T. H. — *Política Social*, Zahar, Edit., R. Janeiro, 1967. p. 58.

mente a forma pela qual, com a pobreza, o problema da necessidade adentra a Revolução francesa e supera (sem impor-se, todavia, poder-se-ia desde logo acrescentar) o núcleo do movimento revolucionário consubstanciado, segundo ele, no princípio da liberdade: “A idéia de que a pobreza serviria para que os homens rompessem os grilhões da opressão, dado que os pobres nada têm a perder senão suas cadeias, chegou a ser para nós tão familiar (...) que tendemos a esquecer que era desconhecido antes da Revolução Francesa.”⁽²³⁾ A invocação da idéia de povo como participante do processo político não incluía até então todas as camadas da sociedade, mas acabou por constituir a consequência das condições peculiares através das quais buscava consolidar-se a hegemonia política burguesa. “Pela primeira vez o vocábulo (*le peuple*) abarcou não apenas os que participaram do governo, isto é não apenas os cidadãos, mas também o baixo povo (e) o termo chegou a ser sinônimo de desgraça e infelicidade: *le peuple, les malheureux m'applaudissent* como costumava dizer Robespierre.”⁽²⁴⁾ A liberação do jugo da necessidade requeria da parte dos representantes do povo “um esforço de solidariedade ao qual Robespierre chamou virtude, uma virtude que não era romana, que não apontava para a *res publica* (mas) significava a preocupação pelo bem-estar do povo, a identificação da vontade de um com a vontade do povo — *il faut une volonté UNE* — e todos os esforços eram dirigidos fundamentalmente para a felicidade da maioria. Após a queda da Gironda, a felicidade, ao invés da liberdade chegou a ser a ‘nova idéia na Europa’ (Saint Just)”.⁽²⁵⁾ A própria Declaração dos Direitos do Homem implicava também a idéia de um corpo político fundamentado nos direitos naturais do homem; direitos que derivam do fato de que o homem constitui um ser natural, direitos à alimentação, vestuário e reprodução da espécie, enfim, direito às necessidades da vida. “O aparecimento dos *malheureux* nas ruas de Paris deve ter deixado a impressão de que o ‘homem natural’ de Rousseau, com suas ‘necessidades reais’ em seu ‘estado original’ se materializara de repente e que a Revolução não fora na realidade outra coisa senão essa ‘experiência necessária para descobri-lo’.”⁽²⁶⁾ A doutrina da assistência à pobreza elaborada nos anos que se seguiram à Revolução de 1789 foi inteiramente nova por referência aos métodos usuais de tratamento da questão. A caridade religiosa deve suceder-se uma laicização da assistência, ao fundamento religioso

do direito ao cuidado opõe-se agora um fundamento social — o dever de assistência da coletividade nacional frente aos cidadãos que necessitam de auxílio. O direito ao auxílio afirma-se como substituto do direito ao trabalho que a sociedade tem por obrigação assegurar: “A sociedade está obrigada a prover a subsistência de todos os seus membros, seja proporcionando trabalho, seja assegurando meios de existência àqueles que não têm condição de trabalhar” (Artigo X da Declaração de direitos proposta por Robespierre à Convenção, a 24 de abril de 1793).

Não há que interpretar a emergência da questão social sob essa específica forma como um elemento estranho à revolução burguesa, senão como a indicação da presença, na cena política, de interesses de outros grupos sociais que não os da burguesia comercial e industrial, o que, se torna especialmente complexo e prolongado o processo político-ideológico através do qual se consolidará a hegemonia política, não afeta substancialmente seu resultado final. Deve-se mesmo admitir que a ideologia jacobina tenha sido fundamental na organização dessa “vontade coletiva” nacional-popular que, baseada no irrompimento da grande massa do “povo” na vida política, permitirá a constituição do Estado burguês na França. Todavia, é importante ressaltar que, uma vez levada ao cenário político, a questão social será retomada em sucessivas conjunturas, especialmente à medida em que se desenvolve o proletariado industrial.

A reforma política e social propugnada sob o signo das ideologias de liberdade política e também de igualdade social implica, desde o início, a atribuição de novas tarefas à medicina. Projetos de reforma médica, de reestruturação dos hospitais como lugar de confinamento da pobreza, de instauração da assistência obrigatória e gratuita aos enfermos, sucedem-se com regularidade durante o período revolucionário e sugerem não apenas a intensificação do combate à enfermidade mas também o engajamento da medicina em uma tarefa política de correção dos males sociais, a opressão e a pobreza, entre outros. “Os anos que precedem e seguem imediatamente a Revolução viram nascer dois grandes mitos, cujos temas e polaridades são opostos: o mito de uma profissão médica nacionalizada, organizada à maneira do clero, e investida, no nível da saúde e do corpo, de poderes semelhantes aos que aquele exerce sobre as almas; o mito de um desaparecimento social da enfermidade em uma sociedade sem transtornos e sem paixões, devolvidos a sua saúde de origem.”⁽²⁷⁾ Obviamente, tais projetos e valores não se concretizarão, mas constituem parte ponderável das concepções de

(23) Arendt, H. — *Sobre la Revolución*, Revista do Ocidente, Madrid, 1967, p. 75.

(24) Arendt, H. — *op. cit.*, p. 84.

(25) Arendt, H. — *op. cit.*, p. 83.

(26) Arendt, H. — *op. cit.*, p. 118.

(27) Foucault, M. — *El Nacimiento de la Clínica*, Siglo XXI, México, 1966, p. 56.

“medicina social” que encontram sua forma mais acabada na primeira metade do século XIX.

Tais concepções se desenvolvem sobre o quadro de fundo da industrialização gradual da França após a Revolução e as Guerras Napoleônicas, industrialização que reproduz as precárias condições de trabalho e vida urbana a que estiveram sujeitos os trabalhadores industriais também na Inglaterra e outros países. A força de trabalho liberada pela nova estrutura econômica concentrara-se nos centros industriais urbanos: “A população urbana francesa cresceu de 15% do total em 1830, para 25% em 1846. A falta de moradia, a superpopulação e os efeitos dos desempregos periódicos fizeram da vida do trabalhador e de sua família uma existência mortal (...). Para ganhar seu escasso salário o trabalhador francês trabalhava de 13 a 16 horas por dia. Não obstante, era absolutamente necessário que mulheres e crianças trabalhassem.”⁽²⁸⁾ Paralelamente, os períodos de conturbação social, nos quais jogavam papel significativo os ideais jacobinos de uma ordem político-social democrática e popular, mas a que correspondiam também o nascimento de novas teorias políticas e sociais — as várias teorias “socialistas” — afetavam não apenas a França mas outros países europeus (em particular a Alemanha) nos quais o proletariado industrial se constituía e participava gradualmente da vida política.

Os temas aprofundados pelas sucessivas análises e propostas de atuação médica que constituem o campo da medicina social podem ser englobados em dois itens principais: a identificação sistemática das condições de vida social como fonte de enfermidade; a postulação da medicina como instrumento de reorganização social. Nas primeiras décadas do século XIX surgem numerosos inquéritos oficiais e particulares sobre as condições de vida das diferentes classes sociais, sobre as condições de trabalho ou sobre os efeitos dos níveis de renda, nutrição e condições de moradia e saneamento para o estado de saúde, revelando claramente que as taxas de morbidade e mortalidade estavam relacionadas à situação social dos diferentes grupos sociais. Os estudos de Villermé, em especial o referente às condições de saúde dos trabalhadores têxteis, levantam a opinião pública e provocam a elaboração da primeira legislação sobre o trabalho, na França, em 1841, regulando o trabalho das crianças nas fábricas. Surgem também iniciativas no campo da assistência médica, inspirados em ideologias reformistas mais ou menos radicais, refletindo a presença, no cenário político, de distintos interesses sociais. Rosen relata o estabelecimento, após um violento surto de cólera em 1831, de um serviço médico volun-

(28) Rosen, G. — “Evolution of Social Medicine”, *op. cit.*, p. 30.

tário gratuito, em várias áreas do país, pelos adeptos de Saint-Simon, os quais propugnavam à mesma época, através do jornal “Globe”, a instalação de sistemas de água potável e de esgoto, bem como outras medidas capazes de favorecer a saúde da população.

Durante toda a primeira metade do século sucedem-se as afirmações do vínculo entre saúde, medicina e sociedade. Quando o termo *medicina social* foi forjado por Jules Guérin, em 1848, condensava todo esse longo processo de elaboração. Mas não se pode ignorar a específica conjuntura em que ele foi proposto, o momento do processo revolucionário em que novamente as diferentes classes sociais se aglutinavam na realização do projeto político da burguesia francesa mas no qual, já então, o proletariado desempenhou papel político ativo e tentou a implantação de sua “república social”, ainda que não dispusesse, para tanto, de condições objetivas. A questão social não apenas continua presente na cena política mas adquire novas facetas e comporta novas formas de manipulação. O próprio Luiz Bonaparte, em suas tentativas de apoiar-se nas “massas”, sugerirá programas de legislação social que incluíam pensão para a velhice, assistência médica gratuita aos indigentes e indenizações para os trabalhadores afetados pelas condições de trabalho.

Na concepção de Medicina Social exposta por Guérin reproduzem-se os componentes anteriormente indicados: análise dos problemas sociais e de sua relação com a saúde e a doença; determinação de medidas para a promoção da saúde e a prevenção de doenças; finalmente, a medicina como “terapia social”, através do “fornecimento de meios médicos e outros meios para tratar com a desintegração social e outras condições que as sociedades podem experimentar. Nesse sentido, Guérin viu a medicina como ‘a chave para os mais importantes assuntos de nosso período de regeneração’ e a profissão médica como grupo mais apropriado para usar este instrumento”.⁽²⁹⁾ Medicina e reforma social: é a politização do campo médico que se expressa na temática da medicina social e na incorporação da prática a projetos de reorganização coletiva. Dado que a identidade entre o bem-estar do indivíduo, da sociedade e do Estado já não aparece todavia como necessária no interior de parte das ideologias políticas em elaboração, o sentido dessa politização já não será inteiramente unívoco mas oscilará entre os interesses relacionados à cristalização da ordem social burguesa e as possibilidades de superar, através de projetos mais ou menos radicais, as condições a que essa ordem submete as demais classes sociais. Não impli-

(29) Rosen, G. — “Evolution of Social Medicine”, *op. cit.*, pp. 34-35.

cando necessariamente uma contradição, essa ambigüidade, contudo, apenas persistirá até a definitiva afirmação da hegemonia política burguesa e o relativo alijamento das demais classes sociais da participação no processo político. Contribuindo para abalar as estruturas sociais e políticas da “velha sociedade”, às novas concepções de direito social não correspondem, todavia, condições objetivas capazes de dar origem a novas instituições nesse específico domínio. Já na segunda metade do século XIX terá declinado o movimento de reforma médica e social, subsistindo agora programas mais limitados de reforma sanitária, voltados para o controle de doenças transmissíveis específicas e condições ambientais particulares. Não será também, estranho a esse declínio o desenvolvimento da medicina bacteriológica que já permite a recondução da prática médica aos limites do orgânico “e o desenvolvimento do estudo das doenças infecciosas sem que ele fosse perturbado por considerações sociais e reflexões sobre política médica”.⁽³⁰⁾

A emergência desse campo de reflexão acerca do caráter social da doença e da prática médica não se circunscreveu à França. Estendeu-se aos demais países da Europa, em particular à Alemanha, onde o desenvolvimento da idéia de uma medicina como ciência social coincidiu com a repercussão, revelada no movimento político alemão da metade do século, dos ideais jacobinos da Revolução Francesa e da participação do proletariado francês na Revolução de 1848. Rudolf Virchow e Salomon Neumann são, na época, os principais líderes do movimento da medicina social alemã, cujos princípios podem ser assim sintetizados: “a saúde das pessoas é um assunto que concerne diretamente à sociedade e esta tem a obrigação de proteger e assegurar a saúde de seus membros; as condições sociais e econômicas exercem uma importante influência sobre a saúde e a doença e tais relações devem ser cientificamente investigadas; as medidas destinadas a promover a saúde e a combater a doença devem ser tanto sociais como médicas”.⁽³¹⁾ Segundo Virchow, “o estado democrático requer que todos os cidadãos gozem de um estado de bem-estar, porque reconhece que todos têm iguais direitos. Desde que a igualdade geral de direitos conduz ao autogoverno, o estado tem por sua vez o direito de esperar que cada um saiba como adquirir e manter através de seu próprio trabalho um estado de bem-estar, nos limites das leis estabelecidos pelo próprio povo. Contudo, as condições do bem-estar são a saúde e a educação, de maneira que constitui tarefa do estado prover

(30) Posição expressa por Behring, em 1893, conforme Rosen, G. “What is Social Medicine?”, *op. cit.*, p. 675.

(31) Rosen, G. — “What is Social Medicine?”, *op. cit.*, pp. 678-681.

em bases, as mais amplas possíveis, os meios para manter e proporcionar educação e saúde através da ação pública (...). Assim, não é suficiente que o estado garanta a cada cidadão as necessidades básicas para a existência e que assista a cada um, cujo trabalho não basta para a satisfação dessas necessidades; o estado deve fazer mais, deve assistir a qualquer um, de forma que ele tenha as condições necessárias para uma existência saudável”.⁽³²⁾ Esse direito dos cidadãos à assistência é tanto mais justificável quanto as enfermidades coletivas, as epidemias, da mesma forma que a doença individual são vistas em grande parte como manifestação de condições desfavoráveis da vida social. Virchow desenvolve uma teoria das epidemias, distinguindo as naturais das artificiais, na dependência dos fatores que atuam em cada caso — eventos naturais ou o modo de vida social. As epidemias artificiais são próprias da sociedade, resultado da deficiente organização política e social que impede a participação equivalente de todas as classes na cultura da sociedade. Seu controle exige o reconhecimento das condições econômicas, políticas e sociais que geram a enfermidade e uma conseqüente intervenção ativa na vida social no sentido de removê-los. Essa intervenção requer que a medicina adentre a esfera da vida política. Na verdade, não há que distinguir entre medicina e política, pois nessa linha de pensamento “a medicina é uma ciência social e a política nada mais é do que medicina em grande escala”. A Reforma Médica é, portanto, parte da reforma geral necessária das instituições, destinadas a instaurar uma nova sociedade com condições mais adequadas ao bem-estar da população: condições de trabalho, saúde, educação.

Uma reforma dentro da própria revolução, poder-se-ia dizer, ao considerar o caráter relativamente antecipatório de tais princípios que se formulavam no momento da implantação do capitalismo industrial na Alemanha e da preparação da hegemonia política burguesa, por referência ao processo mais tardio de desenvolvimento dos “direitos sociais” sob o capitalismo monopolista. Não obstante, essas proposições constituíam sobretudo a expressão de processos imediatos, já manifestos no decorrer da Revolução Francesa e encontram os seus limites nas próprias condições concretas de realização do capitalismo no século XIX. Se o direito ao trabalho poderia corresponder à necessária liberdade do trabalhador no mercado, frente às novas relações de produção, os “direitos” à assistência ou à educação não se impõem ainda necessariamente, quer por motivações econômicas imediatas, quer como resultantes de enfrentamentos políticos nos quais o proletariado virá ainda a desempenhar papel gradualmente significati-

(32) Rosen, G. — “What is Social Medicine?”, *op. cit.*, p. 678.

vo. O amplo programa de reforma médica então proposto não encontrará na Alemanha mais sucesso que na França. Parte desse programa foi consubstanciado no esboço para uma Lei de Saúde Pública elaborada por Neumann e submetida à Sociedade de Médicos e Cirurgiões de Berlim, em 1849. O projeto definia os objetivos da saúde pública: 1) o desenvolvimento sadio, físico e mental dos cidadãos; 2) a prevenção de todos os perigos para a saúde; 3) o controle da doença. Sua área de atuação envolvia a sociedade como um todo com o correspondente controle de todas as condições capazes de afetar a saúde (tais como o solo, a indústria, os alimentos e a habitação) e a proteção de cada indivíduo contra as situações que o impedissem de zelar por sua saúde. Situações essas que podem ser enquadradas em duas categorias principais: aquelas consistentes em pobreza e enfermidade, quando o indivíduo terá então o direito de solicitar assistência ao Estado; as que dizem respeito à ocorrência de doenças transmissíveis e mentais, quando o Estado, por direito e obrigação deverá intervir com a liberdade pessoal do indivíduo. Para tanto, a área médica deve dispor de pessoal bem treinado e numeroso, bem como de equipamentos e instituições apropriadas para o desenvolvimento de seu trabalho. ⁽³³⁾

Não era todavia chegado o momento em que sequer a medicalização do corpo “individual” ou “coletivo” assumiria tal extensão. As condições características do industrialismo e da vida urbana, na época, estavam a exigir, em toda a Europa, novas formas de interferência, mas estas expressaram-se sobretudo no que se poderia designar, com certa imprecisão — decorrente em parte do fato de que a medicina poderá desempenhar aí, até certo ponto, papel secundário ⁽³⁴⁾ — por “medicalização do ambiente”, assim entendido o sanitarismo em sentido restrito. O próprio Rosen é quem aponta, para a Alemanha, a reprodução do fenômeno verificado na França: “A Revolução de 1848 foi derrotada na Alemanha como havia sido na França e, com isto, terminou rapidamente o movimento de reforma médica (...). Durante as décadas que se seguiram a 1848, o amplo programa de reforma

(33) Rosen, G. — “What is Social Medicine?”, *op. cit.*, p. 682.

(34) A necessidade de drenagem de rios, de controle de suprimentos de água, de remoção de dejetos das casas e das ruas aparecerá inicialmente mais como uma questão de “engenharia” do ambiente, para o qual o médico contribui não tanto através de uma interferência direta, quanto através da detecção do problema. Atente-se, nesse sentido, para as formulações de Chadwick que embasam a implantação das medidas de Saúde Pública na Inglaterra, na metade do século XIX. Veja-se Rosen, G. — “Economic and Social Policy in the Development of Public Health”. *Journal of the History of Medicine*, out. 1953, pp. 425-426.

da saúde transformou-se em um programa mais limitado de reforma sanitária que era praticamente viável.” ⁽³⁵⁾

Sanitarismo de uma parte, assistência ao pobre — em grande parte através da caridade pública — constituirão os principais elementos do processo de medicalização até o século seguinte. Esses dois elementos não são contemporâneos na origem ou equivalentes quanto aos seus determinantes imediatos.

A assistência à pobreza, tal como se configurou em praticamente todas as sociedades capitalistas européias em formação, em particular na Inglaterra, implicava em algum grau de assistência médica, mas os conceitos que envolvem e justificam originalmente essa modalidade de ação não se confundem com o processo pelo qual a questão social se introduziu no cenário político e se encaminhou no sentido da afirmação dos “direitos sociais”. Sua anterioridade e seu sentido histórico refletem primariamente a marginalização de amplas camadas sociais do processo político, bem como o particular estatuto econômico desses grupos nas condições originais da sociedade capitalista. À desintegração das estruturas feudais e à liberação em diferentes graus, nas distintas sociedades, de massas de indivíduos desprovidos de meios de subsistência e de integração a qualquer coletividade territorial, correspondeu o desenvolvimento de mecanismos de assistência, tanto pública quanto privada, que revestem o caráter de uma tutela da sociedade sobre tais massas. Essa tutela não implica a elaboração de qualquer idéia de direito à assistência mas equivale a uma reação frente à insegurança latente gerada pela presença de grupos altamente móveis e vistos como perigosos à sociedade, não enquanto “categoria social” mas como vagabundos e criminosos potenciais. Segundo Guy Perrin, a assistência a tais pobres encarnou essencialmente o objetivo de defesa da sociedade contra essa ameaça virtual. “A assistência pública constituiu em geral a primeira tentativa das autoridades políticas para remediar, não tanto a insegurança dos indivíduos e dos grupos que vegetavam abaixo do limite sociológico de integração ao meio, mas sim à insegurança latente que eles representavam para a sociedade constituída.” ⁽³⁶⁾ Daí o seu caráter a um só tempo protetor e repressivo, a mescla de segregação e detenção, de aprisionamento e asilo que a caracterizam. Daí também a variedade de métodos de que se vale: da punição, à ajuda financeira, à assistência médica.

Embora tenha se manifestado por toda a Europa, a Inglaterra constitui, por excelência, o cenário de desenvolvimento e

(35) Rosen, G. — “Evolution of Social Medicine”, *op. cit.*, p. 38.

(36) Perrin, G. — “Por une théorie sociologique de la Sécurité sociale”, in Steudler, F. (org) — *Sociologie Médicale*, — Armand Colin, Paris, 1972, p. 356.

de formalização dessa modalidade de assistência à pobreza. E isso, em decorrência dos aspectos particulares assumidos ali pela revolução burguesa em seus desdobramentos tanto econômicos quanto políticos. É interessante considerar sumariamente alguns aspectos da questão dos pobres na Inglaterra, em parte porque revelam a forma pela qual o desvendamento da categoria ampla e imprecisa da “pobreza”, no sentido de evidenciar o caráter subjacente de classe dos grupamentos sociais que ela recobre, adentra o processo político, no século XIX, de maneira distinta da que caracterizou a Revolução Francesa, e torna a “Lei dos Pobres” um ponto significativo na definição gradual dos “direitos sociais” dos trabalhadores.

O pauperismo na Inglaterra assume proporções consideráveis em decorrência do ritmo relativamente rápido do processo de penetração do capitalismo na agricultura, iniciado graças à expropriação, a partir do século XV, pela parcela da nobreza que iria constituir o núcleo da burguesia industrial, das diversas formas de pequena propriedade territorial, em benefício da instauração das pastagens para criação de ovelhas, com vistas a ativar o processo de comercialização da lã e as manufaturas. Essa expropriação se encontrava praticamente consolidada no século XVII e foi uma contínua fonte de liberação dos pobres, ou seja, de camponeses expulsos de suas terras. Marx registra em suas análises sobre a acumulação primitiva, a emergência dessa enorme quantidade de indivíduos sem direitos que, não sendo absorvidos pela manufatura com a mesma rapidez com que se tornavam disponíveis, transformam-se necessariamente em vagabundos e indigentes. Registra também o conjunto da legislação repressiva que, a partir do século XVI atinge essa massa de desempregados. Aos métodos violentos de prevenção da vadiagem e da mendicância vem logo agregar-se o reconhecimento oficial do pauperismo, e a formalização da assistência ao indigente torna-se significativa com a Lei dos Pobres de 1601. O cuidado do pobre caberá doravante na Inglaterra tanto ao poder público como ao privado, e a vigência da legislação sobre a pobreza se estenderá até o século XX, com apenas uma modificação legislativa realmente substancial nesse intervalo — a Reforma da Lei dos Pobres — de 1834.

O que parece mais significativo para a perspectiva aqui adotada, é o fato de que a execução dos regulamentos referentes à pobreza, bem como os diferentes métodos de que se valia a assistência ao pobre — detenção, auxílio pecuniário ou outras formas de cuidados — garantiu a vigência na Inglaterra de um mecanismo contínuo e relativamente bem estruturado de interferência e controle econômico e político sobre a força de trabalho, mecanismo manipulável de acordo com as necessidades da produção e com as condições políticas e, ao mesmo tempo, compa-

tível com um grau consideravelmente baixo de interferência do poder central, em uma sociedade cuja ideologia de individualismo e liberalismo econômico antecipou-se ao mesmo fenômeno nas demais sociedades européias, bem como resistiu por tempo mais prolongado. Essas potencialidades da “assistência aos pobres” decorrem do peso adquirido no processo pelo poder administrativo local — personificado sobretudo pelo Juiz de Paz — ao qual a administração central delegava a execução dos cuidados do indigente, para o que contribuía em parte financeiramente. Em que pese tal presença do poder público, o encargo do pobre foi em grande proporção assumido por grupos ou pessoas privados. Esse controle muito direto exercido pelas comunidades locais implicava mesmo um princípio de retenção geográfica do pobre, o qual “pertencia” à paróquia ou freguesia.

Essa “posse” correspondeu, durante o crescimento gradual da produção manufatureira e industrial à contenção das pressões que a grande massa desempregada, uma vez efetivamente livre no mercado — ademais de já liberada para ele, como convinha às novas relações de produção — poderia exercer sobre a ordem econômica e social, ainda que elas assumissem apenas a forma de desordens urbanas. Tal retenção não impedia, tampouco, que uma efetiva liberação gradual se processasse à medida que se ampliava o mercado de trabalho (*), embora tivesse que ser rompida de maneira mais radical, no século XIX, após ter-se firmado amplamente a Revolução Industrial. A presença do fator trabalho, no sentido acima indicado, não constitui obviamente o núcleo da concepção expressa da assistência à pobreza. O pobre se define justamente pelo não-trabalho, mas este não-trabalho é conceptualizado como indigência ou mendicância, jamais como desemprego. “Desde as primeiras etapas de aplicação da Lei dos Pobres (...) esboçou-se a trilogia do trabalho, da ajuda e dos cuidados, combinado com uma diversificação das situações e dos remédios, notadamente métodos de repressão, assistência financeira e médica, ou mesmo de prevenção, sem referi-los, contudo, a esquemas de estratificação social outros que não aquele que consistia em distinguir globalmente a categoria residual dos indigentes.”⁽³⁷⁾ A pobreza constitui uma categoria à parte da sociedade e representa, não a manifestação de efeitos negativos da estrutura social, mas a incapacidade puramente individual e portanto, um fato de responsabilidade também individual. “De acordo com a antiga ortodoxia, a causa fundamental dos apuros e da miséria sociais devia ser encontrada nas pessoas ou circunstân-

(*) O pobre encontrava-se inclusive disponível para “doação” a quem necessitasse de um trabalhador, a ser pago frequentemente com a mera alimentação.

(37) Perrin, G. — *op. cit.*, p. 357.

cias individuais das vítimas, sendo usualmente atribuída a uma fraqueza moral.”⁽³⁸⁾ A conceptualização da pobreza, articulada às formas de sua manipulação, permaneceu por muito tempo rigorosamente compatível com a concepção do equilíbrio espontâneo de uma sociedade sem defeitos ou contradições estruturais. Em outros termos, a pobreza não assumiu diretamente a forma de questão social, e a assistência representou papel significativo entre as condições que impediram a emergência, sob forma contundente, na cena política, do problema da necessidade como questão social.

De referência aos aspectos médicos, George Rosen lamenta que o liberalismo e o caráter intensamente paroquial da administração interna inglesa tenha representado, a seu ver, um obstáculo ao desenvolvimento de tentativas de implantação de políticas de saúde equivalentes às que se esboçaram na Alemanha e na França — o que não impediu, por outro lado, a emergência de obras tais como as de William Petty e Nehemiah Grew, onde as relações entre doença e condições sociais são sistematicamente trabalhadas. Todavia, e considerando-se a compreensível falência, na prática, de tais políticas amplas de medicalização, quase poder-se-ia admitir, contra Rosen, que pelo próprio caráter local e em grande parte privado de sua aplicação, bem como por sua ênfase discriminatória — econômica e política — em relação ao indigente, a Lei dos Pobres teria permitido na Inglaterra uma assistência mais regular e até mesmo uma medicalização — limitada e repressiva, embora — mais efetiva e contínua que em outras sociedades. É certo que nada havia de romântico ou humanitário no exercício dos controles locais sobre a força de trabalho disponível, e a literatura inglesa o retrata em termos suficientemente ricos. Mas o que se encontra em jogo não é a questão de se a assistência tornava a pobreza menos amarga e sim o que ela representou em termos de controle social. A Lei dos Pobres introduz na história da medicalização um princípio de intervenção médica que corresponde tanto a uma forma de permitir que a pobreza tenha acesso em algum grau ao cuidado médico, quanto a uma modalidade de defesa econômica e política da sociedade. O estudo de Rosen “Economic and Social Policy in Public Health” descreve o princípio do movimento no sentido de uma institucionalização mais marcada da assistência médica ao pobre, ocorrida particularmente nas grandes cidades, no século XVIII, com a criação de hospitais e dispensários, na qual a iniciativa privada joga um papel preponderante.

A medicalização como cuidado individual não ultrapassará de muito, no século XIX, as possibilidades contidas na assistên-

(38) Marshall, T. H. — *Política Social*, *op. cit.*, p. 29.

cia à pobreza e as que decorrem das condições de compra de cuidados médicos por uma parcela da população, dentro da forma liberal de serviços. Todavia, a esse século corresponde a ocorrência de novas condições que dão origem, dentro das peculiaridades da estrutura econômica e política da Inglaterra, à formalização legal da Saúde Pública (Sanitarismo) que aí encontra seu máximo desenvolvimento por comparação com as demais sociedades européias da época. A Reforma da Lei dos Pobres encontra-se relacionada diretamente a essas novas condições que respondem, em sua totalidade, às específicas circunstâncias econômicas e políticas do começo do século, em particular o acentuado desenvolvimento da economia inglesa a partir da “Revolução Industrial”, e a alteração do quadro político correspondente à consolidação da hegemonia política das frações industrial e financeira da burguesia, bem como à emergência e ao reforço gradual das organizações operárias — as Trade Unions.

O Reform Act de 1832 marca, através das mudanças na legislação eleitoral (com sua tímida porém significativa extensão do direito de voto) e na composição do Parlamento, o início de uma nova modalidade de manipulação das condições econômicas e políticas cujos efeitos se fazem sentir imediatamente sobre a tradicional Lei dos Pobres elizabetana, componente de um esquema de organização econômico-social que não se encontrava voltado para a criação de uma nova ordem, mas para a preservação da existente com um mínimo de rupturas. Essas rupturas se impunham agora como necessárias ao próprio processo de acumulação capitalista e, entre elas, a modificação, até certo ponto radical, do estatuto da pobreza. Um dos primeiros atos do Novo Parlamento de 1832, foi a indicação de uma comissão para o estudo da Lei dos Pobres, na qual desempenhará papel de relevo Edwin Chadwick, adepto do utilitarismo racionalista de Jeremy Bentham. As disposições da Nova Lei dos Pobres, daí resultante, em 1834, revelam, sob a categoria ampla da pobreza, a força de trabalho que se torna agora necessária à produção industrial e o faz, significativamente, na época em que o número de “desprovidos” foi acrescido da massa de camponeses liberados pela nova “enclosure” no sul da Inglaterra.

O núcleo dessas disposições encontra-se no fato de que, admitindo a assistência a velhos e doentes, excluía contudo desse direito as pessoas aptas ao trabalho, juntamente com suas famílias, a menos que se sujeitassem ao internamento nas “workhouses”, cujas origens se encontram no século XVII e cuja função primária foi a tentativa de transformar o pobre em elemento economicamente produtivo. Todavia, à aceitação da assistência sob tal forma corresponderia a admissão de um “status” inferior ao do mais miserável trabalhador situado fora das “casas de traba-

lho": "A Poor Law tratava as reivindicações dos pobres não como parte integrante de seus direitos de cidadão, mas como uma alternativa deles — como reivindicações que poderiam ser obtidas somente se deixassem inteiramente de ser cidadãos. Pois os indigentes abriam mão, na prática, do direito civil da liberdade pessoal devido ao internamento na casa de trabalho e eram obrigados por lei a abrir mão de quaisquer direitos que possuísem (...), incapacidade que permaneceu em existência até 1918." (39) Trata-se, portanto, antes de mais nada de reduzir a massa de incapacitados aparentes ao seu limite mínimo e liberar para o mercado de trabalho — aumentando ao mesmo tempo a competição neste mercado — o volume disponível de força de trabalho adequado aos interesses do capitalismo industrial competitivo. Isso implica a correspondente exigência de desarticular em definitivo os laços anteriormente estabelecidos entre o "pobre" e a freguesia a que "pertence", de forma tal que ele possa irromper e circular livremente no mercado. Para tanto, os novos mecanismos administrativos da Lei buscarão garantir maior grau de centralização, uniformidade de métodos e eficiência, mediante a criação de uma Comissão Central da Lei dos Pobres, assim como a designação de comissários para o controle da execução em nível local. Esse ensaio, ainda tímido, de centralização, por referência a uma atividade tradicionalmente descentralizada, se não representa qualquer interferência marcante do poder estatal na organização da sociedade, não deve entretanto, ser desprezado, porque voltará a manifestar-se muito breve no processo de implantação da "Saúde Pública".

O sentido fundamentalmente econômico da nova legislação, registrado com frequência por seus analistas (40), traz consigo algumas implicações cujo significado, no plano político, não é desprezível. Além do efetivo aumento de indivíduos desassistidos competindo agora no mercado de trabalho, e do esboço de centralização dos controles, já apontado, a Reforma traz como efeito necessário a transfiguração do antigo pobre — deficiente individual, em um novo tipo de pobreza: a que caracteriza o proletariado industrial. A pobreza continuará a expressar-se pelas várias formas de carência e enfermidade mas não se identifica com o não-trabalho, diz respeito agora a uma categoria social claramente

(39) Marshall, T. H. — *Cidadania, Classe Social e Status*, Zahar Ed., R. Janeiro, 1967, p. 72.

(40) Além de enfatizar como básica para a Reforma de 1834, a exigência de disponibilidade e maior mobilidade da mão-de-obra para a produção industrial, Rosen aponta, como relacionado à reformulação da assistência, um aspecto interessante: os custos marcadamente crescentes dos programas destinados à pobreza, até o século XIX, decorrentes da forma indiscriminada da assistência e de seu caráter descentralizado. Note-se que esses custos não representavam encargo exclusivo do poder público. Veja-se "Economic and Social Policy", *op. cit.*, p. 418.

discernível, que pode ser e será doravante mais frequentemente remetida à forma que assume o processo de acumulação de capital. Ademais, o proletariado industrial, diferentemente dos pobres de paróquia, introduz na vida política novas formas de organização — em especial os sindicatos e, através delas, associações voluntárias de assistência, passíveis de expressar a "solidariedade de classe". (41) O significado da presença das organizações operárias no processo político se expressará em todo o processo que leva ao estabelecimento progressivo, na Inglaterra, até a sua consolidação, na metade do século XX, do chamado "Estado do Bem-Estar Social".

As condições do proletariado urbano, em particular nas cidades industriais em acelerado crescimento, fazem com que a questão da Saúde Pública apareça na seqüência direta da Reforma da Lei dos Pobres. Na década de 1830 o crescimento das taxas de mortalidade da população urbana é mais impressionante que o próprio crescimento populacional das cidades, e sua íntima relação com as condições do trabalho são tão amplamente conhecidas que não se necessita retomá-las aqui. A necessidade de controlar, por razões econômicas e políticas a ação dos fatores que acarretam os elevados índices de enfermidade e de morte vai assumir agora a forma predominante do Sanitarismo, com a adoção de medidas capazes de atingir coletivamente a população. A Lei de Saúde Pública, de 1875, que define as responsabilidades e poderes das autoridades sanitárias locais e as funções do Médico de Saúde, cuja nomeação compulsória, para todas as áreas, encontra-se ao menos prevista, representa a cristalização de um longo processo que se manifesta, a nível do Estado, a partir das tentativas de Chadwick de introduzir no aparato administrativo da Comissão da Lei dos Pobres alguns mecanismos capazes de permitir o controle estatístico das condições de saúde, sucessivamente, na designação de uma "Comissão sobre a Saúde nas Cidades", inspirada no Relatório Chadwick de 1842" (Report... on a inquiry into the Sanitary Condition of the Labouring Population of Great Britain"), na criação, em 1848, da Junta de Saúde (General Board of Health) e na adoção de medidas efetivas de controle sanitário. Assim é que, em 1840 se introduz um programa de vacinação obrigatória, cujo cumprimento fica a

(41) Rosen também indica, a seu modo, o peso progressivo da presença política do proletariado em medidas que se seguirão: "Essas leis (Lei dos Pobres, Legislação Fabril...) contribuem para reorientar a filosofia social prevalescente. Além disso, a nova classe de trabalhadores industriais, tomando a sério as implicações democráticas do liberalismo em termos da dignidade e dos direitos humanos, e reconhecendo a eficácia da solidariedade de grupo, organiza-se em sindicatos e partidos políticos que se recusam a competir uns com os outros, e age no sentido de assegurar para si própria várias espécies de serviços sociais, incluindo cuidados médicos" — "Economic and Social...", *op. cit.*, p. 429.

cargo das juntas de beneficência responsáveis também pela prestação da assistência a doentes pobres, bem como outros controles médicos não individuais que configuram progressivamente um sistema complexo de medicalização indireta da sociedade, que vem agregar-se à assistência médica à pobreza.

Portanto, na segunda metade do século XIX, o Estado Inglês, liberal por excelência — no sentido de que a sua não-intervenção no econômico pode ser, por condições históricas, singularmente acentuada — já garantira a presença de uma rede relativamente ampla de medicalização representada, de um lado, pelo cuidado do pobre, de outro, pela implantação de medidas gerais de controle do ambiente, bem como das doenças transmissíveis e das epidemias. A ampla categoria do trabalho encontra-se ainda excluída desse processo, com relação ao cuidado médico individual. Será necessária toda uma recomposição econômica, ideológica e política antes que se configure a generalização da assistência, já na metade do século XX. Mas, os fatos com os quais emerge gradualmente essa recomposição, já se encontram presentes, e não apenas na Inglaterra, nas últimas décadas do século anterior. A crise econômica capitalista que então se verificou, os extraordinários índices de desemprego, as greves operárias, apontam para as mudanças progressivas que se manifestarão, a nível do Estado, nas dimensões crescentes do intervencionismo, de que a “política social” participará como aspecto revelador das relações Estado-Classes sociais. Na Inglaterra, a Lei dos Pobres constituirá o ponto central das discussões sobre a “reforma social” e os “direitos sociais”, após a constatação, irrefutável a partir da crise do último quartel do século XIX, de que a questão social representava mais que a presença na sociedade de uma camada de indivíduos incapacitados. A revogação definitiva desse estatuto só ocorrerá quando a Lei de 1948 que, inspirada no Plano Beveridge de Assistência Social, estabelece a Junta de Assistência Nacional e é introduzida com os termos: “A Lei dos Pobres em vigor deixará de existir.”⁽⁴²⁾ A consolidação da política social sob o Estado intervencionista, que se generalizou por toda a Europa no começo do século XX, sob a forma de garantia, aos trabalhadores industriais e, posteriormente, a todas as categorias sociais, de benefícios pecuniários e de consumo de serviços — em geral através do seguro compulsório — foi relativamente tardia na Inglaterra e completou-se justamente com a implantação, na metade do século, do “Serviço Nacional de Saúde”, praticamente a estrutura mais estatizada e mais ampla de prestação de cuidados médicos individuais em sociedades capitalistas.

(42) Uma análise circunstanciada da evolução dos serviços sociais na Inglaterra, a partir do século XVIII e até período bastante recente, encontra-se na obra já referida de Marshall, *Política Social*.

Parte II

Medicina Comunitária

dado se resolve através de um conjunto de práticas complementares. O reforço desse elemento não corresponde necessariamente, entretanto, à diluição de um saber e de uma técnica especificamente médicos, apropriados agora por outros grupos de agentes, mas diz respeito propriamente à incorporação de novas práticas que encontram o seu campo privilegiado de exercício na manipulação do comportamento social dos grupos humanos. Esse social, de que a prática médica se dá conta e com o qual opera, mesmo quando não o conceptualiza, será objeto de formas específicas de conceptualização e tratamento que permitirão, de outra parte, que o domínio do saber biológico que compõe a medicina e as práticas tecnológicas que ela sucessivamente incorporou, sigam liberados de uma permanente intrusão histórica do social, diversamente conceptualizado, no campo da prática médica. Tornando-se tributária dessas novas práticas técnicas, mais do que dos elementos característicos do campo de saber e atuação técnico-científico do domínio médico, a Medicina Comunitária implica a emergência, de um lado, de uma medicina tecnologicamente simplificada, por referência à prática médica predominante, e ao mesmo tempo ampliada, de respeito às funções sociais a que serve de suporte. Esse duplo movimento na direção de uma simplificação e de um alargamento do campo de interferência da prática, através da constituição do trabalhador coletivo da medicina corresponde a uma estratégia particular pela qual se articulam as características atuais da produção de serviços médicos, entre elas a dos custos crescentes e a questão sócio-política subjacentes à extensão da prática. Além de configurar a extensão da medicina sob forma de serviços a serem individualmente consumidos, a Medicina Comunitária equivale, portanto, nessa específica perspectiva, a uma medicina simplificada, bem como a uma modalidade particular de serviço social.

O objeto efetivo dessa prática, assim como a nova adjetivação do campo médico constituem elementos para uma série de questões acerca da Medicina Comunitária como estratégia não apenas de recomposição interna da prática médica mas também de participação no processo econômico e político. A “pobreza” constitui, por excelência, o objeto atribuído à medicina através do novo projeto. A recente adjetivação, por sua vez, indica a um só tempo um lugar de exercício da prática e uma conceptualização do social que aponta para aquele objeto, definindo-o primeiro, diluindo-o em seguida na noção de uma comunidade que, seja ou não preexistente, deve ser criada ou recriada, e que, finalmente, fundamenta propostas de interferência sobre o objeto. Em uma de suas dimensões, essas propostas incidem sobre o princípio da “participação comunitária” como forma de superação dos problemas sociais identificados e formalizados através

desse específico aparato conceitual. Extensão de serviços médicos, através de uma “simplificação-ampliação” das técnicas em jogo, com a participação da comunidade, são os termos que compõem basicamente o campo da Medicina Comunitária. Sua emergência e difusão não se processam sem que aflore ao nível da prática médica todo um complexo de contradições cuja compreensão implica o recurso à análise da estrutura social nas formações sociais onde a Medicina Comunitária encontra maior ou menor efetivação.

A proposta de Medicina Comunitária surge na última década para ocupar espaços deixados pelo processo de medicalização, em particular nas sociedades cuja estrutura de produção de serviços médicos se torna problemática em termos da capacidade para estender ou sustentar os níveis por ele atingidos. Desenvolvendo-se na seqüência de outras propostas de recomposição da prática médica, tais como a Medicina Integral e a Medicina Preventiva, a Medicina Comunitária não se introduz como um novo campo conceitual frente a uma nova problemática. Antes assenta, em princípios já elaborados no interior daquelas propostas, o seu projeto nuclear: uma estratégia de prestação de serviços à população. Os elementos a serem manipulados através do projeto da Medicina Comunitária assumem configurações distintas em diferentes formações sociais, mas os fundamentos dessa estratégia radicam no conjunto de processos que convergiram para a constituição da estrutura problemática da prática médica atual e que serão, a seguir, sumariamente retomados.

1. Medicina comunitária e reforma médica

Expressando-se sob a forma de extensão do cuidado médico, a medicalização representou efetivamente a penetração da medicina pelas determinações próprias à sociedade de classes. Sua estreita articulação com as condições estruturais já analisadas torna dificilmente reversível o processo de extensão do cuidado médico e, mais que isso, sugere possibilidades de incorporação

ao consumo, à base daqueles determinantes, de grupos sociais que dele se encontram excluídos. Embora tal exclusão não se distinga substancialmente da privação de outros elementos de consumo, o fato é que as mesmas circunstâncias que forjaram a medicalização tornam facilmente problematizável o campo da saúde. Incurrendo em evidente simplificação, mas apenas para ilustrar, pode-se dizer que o conjunto das práticas político-ideológicas no interior das quais se elaborou o princípio do “direito à saúde” assegura também que as estatísticas de mortalidade incidam sobre a assistência médica — antes que sobre as condições sociais em que são geradas — e imponham ao campo sucessivas recomposições. Ou ainda, que tendo sido redefinidas, ao mesmo tempo que se redefiniam os corpos como objeto da prática, as necessidades de saúde, embora transcendam o campo médico, encontram nele sua área privilegiada de expressão.

Por outro lado, se a extensão do cuidado médico revela uma área de prática cortada pelas contradições estruturais e se o princípio do “direito à saúde” condensa tais contradições, ao mesmo tempo que expressa uma solução compatível com sua presença, é preciso lembrar que a atual configuração histórica da prática médica proporciona outros focos de problematização. Ao mesmo tempo que se dirigia a novos objetos, a prática médica alterava a totalidade de seu campo, pela convergência dos processos que introduziram, com base no desenvolvimento científico e técnico, a progressiva substituição dos meios de trabalho e a superação do padrão artesanal de organização da prática, e por cuja via penetraram também as questões continuamente retomadas acerca dos custos da assistência, dos níveis de especialização do trabalho, da eficácia do ato médico, do equilíbrio entre disponibilidade de recursos e demanda por consumo.

Enquanto a extensão do cuidado médico assume variadas proporções em distintas sociedades, a medicina tecnológica, com todos os seus corolários, aparece invariavelmente como a forma dominante de organização da prática. Ao consultório médico sucede-se o hospital como “locus” indispensável de exercício do trabalho médico, de concentração tecnológica e, correspondentemente, de concentração de capital. As necessárias modificações no processo de trabalho expressam-se principalmente na fragmentação do ato clínico em numerosas práticas especializadas. Ao trabalho especializado correspondem tanto um processo de fragmentação técnica do objeto da prática, como a multiplicação das interferências e ainda a ampliação de cada ato médico pelo aprofundamento da informação que orienta a interferência e pela multiplicação dos instrumentos de trabalho que requer. As modificações internas ao trabalho implicam a relativa diluição do controle dos resultados de cada nova interferência técnica, em

um processo que, guardando uma aparente semelhança externa com o processo industrial de produção em escala, não pode acarretar, contudo, nem a *padronização* dos atos ou dos resultados, nem a *redução dos custos* da produção, ambas obstaculizadas respectivamente pela especificidade do objeto do trabalho e pela forma particular de utilização da tecnologia que implica o aprofundamento intensivo, ao nível das especialidades médicas, do trabalho dispendido na produção de cada unidade de serviço. Ou seja, maior tempo de formação profissional, maior volume de equipamentos, multiplicação de tarefas profissionais auxiliares, enfim, maior tempo de trabalho pregresso, manifestando-se em cada interferência parcial sobre o objeto — e obviamente no conjunto das interferências — para promover, na seqüência da medicina tecnológica, o aumento dos custos do serviço. O crescimento dos custos unitários e o crescimento dos custos globais, dados pela convergência da incorporação tecnológica e da extensão dos cuidados — anteriormente analisadas como expressão necessária de condições estruturais, econômicas e políticas — indicam mais nitidamente que quaisquer outros elementos o campo de tensões no qual se desenvolve a prática médica atual, na medida em que a manipulação de qualquer desses aspectos interfere com situações irredutíveis a uma dimensão puramente técnica da organização da prática. A própria questão da eficácia do ato médico, entre outras, assenta menos na presença de critérios técnicos de identificação da qualidade do serviço que no fato de poder ser remetida ao conjunto das multiplicações de atos parciais e dos custos decorrentes.

A problematização do caráter especializado e fragmentário do ato médico, de sua eficácia, e de seu encarecimento, sobre a qual é desnecessário alongar-se, uma vez que domina, nas últimas décadas, praticamente toda a literatura acerca da organização social da assistência médica, revela, para além da perspectiva técnica ou doutrinária em que se situam diferentes autores, a penetração do campo médico pelo social, em que pesem as diferenças de conceptualização desse social. Se não se pode recuar na trajetória científico-tecnológica impressa à prática da medicina, tampouco é possível declinar dos efeitos da penetração histórica do campo pelas relações de classe. Há, portanto, que buscar formas de conciliação das tendências que se manifestam na estrutura interna da prática e na necessária manutenção dos níveis de consumo. As tentativas de conciliação dessas diversas ordens de fatores apresentam-se através de diversos esquemas de “reforma médica” mais ou menos acentuada, a depender das condições da estrutura social e da produção de serviços de saúde em sociedades concretas.

A penetração do Estado na área da assistência médica como principal *produtor* de serviços, eliminando ou reduzindo, conseqüentemente, a produção privada e o consumo em um mercado livre, equivale, na sociedade capitalista, ao modelo mais radical de interferência nesse campo de problemas, na medida em que envolve, potencialmente, maior controle dos elementos em jogo na prática médica e na distribuição e consumo de cuidados. Através dessa modalidade de interferência, os custos, mesmo quando não se reduzem, poderão ser compatibilizados com a generalização socialmente necessária do consumo sob a forma da prática científico-tecnológica predominante. E, ainda quando a centralização dos controles sobre a produção não garantisse graus acentuados de racionalização no uso dos recursos, tenderia à máxima atenuação das tensões referentes ao consumo, pela garantia de socialização dos custos.

A produção de serviços de saúde pelo Estado como forma dominante de organização do setor não corresponde à modalidade mais freqüente de interferência estatal nessa área. Todavia, no contexto das ocorrências econômicas e políticas que marcaram as sociedades capitalistas a partir do final do século XIX — e que foram rapidamente referidas através do caso inglês — configurou-se sempre algum tipo de participação estatal no setor, na maior parte dessas sociedades, participação que assumiu mais freqüentemente a forma de interferência ao nível do consumo, através da garantia de pagamento dos custos dos serviços. O financiamento do consumo implica sempre algum grau de controle dos elementos da produção, sobretudo quando esse mecanismo corresponde ao monopólio da compra de serviços pelo Estado. Por essa forma, a introdução do controle estatal asseguraria também, potencialmente, a conciliação entre as exigências de consumo e a impossibilidade eventual de sua satisfação em um mercado livre. Os esquemas de conciliação daí decorrentes são em geral bastante complexos, na medida em que envolvem a presença da produção privada dos serviços e conseqüentes ordens de pressões e interesses do produtor privado.

O desenvolvimento de outros modelos de “reforma médica”, além de compatível com a interferência estatal no setor, representa, por vezes, um recurso necessário à contenção dos custos e à incorporação crescente das necessidades geradas na estrutura social. Tal é o caso das propostas de modificações de aspectos *parciais* da estrutura de produção de serviços, voltadas quer para a reorganização parcial do ato médico individual, quer para a constituição de um determinado tipo de profissional médico, quer para uma nova articulação funcional entre as agências através das quais se desenvolve a produção de serviços. Todavia, abrindo possibilidades amplas de reorganização do setor saúde, a participa-

ção estatal na produção e consumo de serviços, quando logra garantir um maior grau de incorporação das necessidades, como que torna tais modelos de reforma da prática subordinados a reestruturações mais radicais no conjunto da estrutura da produção. Daí decorre que as propostas de interferência em aspectos parciais da atenção médica adquiram sua dimensão mais significativa quando referidas a formas de organização social da medicina que comportam, quer a ausência, quer um menor alcance da interferência estatal. Desencadeadas em formações sociais onde a produção de serviços se caracteriza basicamente pela privatização, a conotação primeira dessas propostas é dada pela possibilidade de compatibilizar “reforma médica” e preservação da estrutura predominante de atenção médica.

Entre os esquemas menos radicais de reforma médica incluem-se projetos tais como os da Medicina Integral, da Medicina Preventiva e da Medicina Comunitária. Correspondendo à busca de racionalização da prática médica por meio da manipulação de aspectos parciais da estrutura de produção de serviços implicam, ao mesmo tempo, uma tentativa de integração do social à prática, através de modalidades consistentes com os limites da reforma que se propõem realizar. Uma rápida revisão dos movimentos da medicina integral e preventiva torna-se necessária para indicar as estratégias internas à prática médica, na seqüência das quais se instala a Medicina Comunitária.

Tais movimentos adquirem impulso nas décadas de 40 e 50 e radicam nos mesmos processos que deram origem às políticas estatais de saúde. Todavia, seu foco de análise e de interferência incide basicamente na recomposição de elementos internos à prática, constituindo o ato médico individual o momento no interior do qual a medicina poderá a um só tempo corrigir deficiências técnicas e incorporar a dimensão social que se manifesta por via da enfermidade. O conceito de “medicina integral” instala o confronto entre o caráter fragmentário do trabalho médico, correspondente ao desenvolvimento das especialidades, e uma concepção globalizadora do objeto individual da prática — totalidade bio-psico-social irredutível a um conjunto de estruturas e funções orgânicas. Tão-somente pela possibilidade de superação desse confronto se resolverá a questão da eficiência técnica, da redução dos custos médicos, do desempenho da medicina frente às necessidades sociais. Constituindo o elemento central de crítica à prática médica predominante, o caráter fragmentário do ato médico comportaria uma dupla dimensão: fragmentação do objeto individual, alvo das interferências parciais do especialista; fragmentação do processo da doença, consubstanciada no corte entre ações terapêuticas e preventivas, pelo qual o processo saúde-

doença aparece despojado de seu caráter de temporalidade e de seu campo (ecológico e social) de constituição. A recomposição do sentido totalizador da prática implica, portanto, antes de mais nada: o descentramento do enfoque biológico e a correspondente orientação de cada ato médico no sentido de apreender e interferir com a complexidade do paciente dada por sua inclusão em um campo de relações onde a família aparecerá como unidade fundamental; a consideração do conjunto de fatores que concorrem para a emergência da enfermidade, e de sua interação, a fim de que a interferência se oriente para momentos precoces do processo saúde-doença, antecipando-se, sempre que possível, à necessidade do recurso a ações curativas.

A sistematização desses princípios, bem como o desenvolvimento das estratégias voltadas para a recomposição da prática far-se-á progressivamente, envolvendo a superposição dos campos da medicina integral e da medicina preventiva. Centradas basicamente na organização interna do ato médico, tais estratégias encontram no próprio profissional, e em cada um deles, o agente por excelência da reforma médica. Incorporando ao processo de trabalho os princípios referentes ao indivíduo e às suas relações com o meio, bem como o correspondente reconhecimento de que a doença constitui o momento de um processo que envolve a interação de um conjunto de agentes naturais e sociais, o médico superará, pelo estabelecimento de novas relações com o indivíduo, a família e a comunidade, as deficiências resultantes do caráter fragmentário de sua prática, assegurando que a acumulação dos atos médicos, assim corrigidos, modifique a totalidade da atenção médica e das necessidades de saúde. Em outros termos, munido de uma nova visão da prática e de uma nova atitude para com as necessidades individuais e sociais que incidem sobre a área da saúde, o profissional passaria a atuar como o agente de uma mudança capaz de transcender os limites do ato médico individual para atingir o meio social inclusivo. Cumpre, todavia, desenvolver em cada profissional as novas percepções e atitudes, o que supõe a reforma educacional como parte integrante dessa estratégia, dado que as práticas dominantes da escola médica contribuem para reforçar o caráter fragmentário da medicina, sua dimensão predominantemente curativa e o conseqüente distanciamento entre as necessidades de saúde e a atenção médica. É no interior da escola médica que se desenvolverá, portanto, o novo projeto médico, basicamente educativo, e sem qualquer outro suporte que não a possibilidade de manifestação, no comportamento dos agentes, dos efeitos de uma recomposição analítica dos elementos que integram o campo médico e de uma postura doutrinária face à necessidade da reforma.

Realçado talvez em excesso pela feição até certo ponto esquemática desse sumário, parece indiscutível o limitado potencial de reformulação subjacente a tal projeto, embora ele não se desenvolva tampouco livremente em um campo isento de obstáculos e tensões. A identificação de seus limites não pode ser todavia inteiramente deduzida dos princípios e estratégias que o compõem, dependendo também de que se indique as relações que guarda com a estrutura social e da atenção médica em sociedades concretas. Embora não caiba desenvolver aqui esse nível de análise, deve-se ao menos situar a medicina integral e a preventiva por referência à atenção médica na sociedade americana, na qual ocorre, basicamente, a sistematização de tais projetos. O caráter peculiar da assistência médica americana tem se revelado especialmente fértil em gerar e desenvolver propostas de recomposição da prática médica que, introduzindo fatores corretivos de deficiências próprias ao setor deixam todavia intocado o essencial da estrutura de produção de serviços.

Na sociedade americana a estrutura de produção e consumo de cuidados médicos permanece, praticamente até hoje, a cargo do setor privado, ainda que o Estado tenha assumido de larga data a responsabilidade das medidas coletivas de saúde, o que se explica a partir da própria natureza destas medidas que, sendo altamente significativas do ponto de vista das condições econômicas e políticas da reprodução e tornando-se portanto impositivas, não oferecem todavia um campo adequado à aplicação do capital. Foi no interior da educação médica americana, no início da década de 50 que os efeitos da radical separação entre Saúde Pública e Atenção Médica, respectivamente a cargo do Estado e do setor privado, começaram a ser questionados, constituindo-se o solo para o desenvolvimento da medicina integral e, conseqüentemente, para a institucionalização do ensino da medicina preventiva nas escolas médicas.⁽¹⁾ Manifestando-se desde a década anterior, frente a algumas propostas de participação estatal na área da assistência médica (entre elas o programa apresentado por Truman ao Congresso em 1945), a força política do setor privado que controla a atenção médica constitui, nos Estados Unidos, uma garantia contra reformas substanciais no setor. Daí a tendência, que se expressa nos movimentos da medicina integral e preventiva, a reduzir os focos de problematização da assistência a "desequilíbrios na área da educação médica, resultantes do crescimento científico muito acelerado... (e a tentar) aprimorar a medicina individualista para corrigir as distorções das institui-

(1) Veja-se: Silva, G. R. — Origens da Medicina Preventiva como Disciplina do Ensino Médico — *Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. S. Paulo*, 28:91-96, 1973.

ções de saúde (...) refletindo assim menos uma tentativa de mudança do que a preservação da ordem existente nos campos da atenção médica e da organização profissional".⁽²⁾ Esse deslocamento das questões no sentido de medidas corretivas "externas" à modalidade de organização da assistência médica, tendo-se revelado obviamente compatível com as condições estruturais da sociedade americana, não elimina todavia o problema central com que se enfrenta o setor: o crescimento dos custos, que torna potencialmente excludente a atenção médica americana frente às possibilidades de consumo de alguns setores da população. Mas constitui, sem dúvida, um importante componente no conjunto de táticas que procuram conter a penetração do Estado nessa área da produção. Nesse sentido, "como um projeto de mudança da prática médica, a Medicina Preventiva representou uma leitura liberal e civil dos problemas do crescente custo da atenção médica nos Estados Unidos e uma proposta alternativa à intervenção estatal, mantendo a organização liberal da prática médica e o poder médico".⁽³⁾

O controle integral da assistência médica pelo setor privado, que sucumbiu em diferentes graus, nas demais sociedades capitalistas às políticas sociais desencadeadas no começo do século, resulta não apenas dos níveis de acumulação de capital garantidos pela economia norte-americana e dos níveis internos de renda capazes de assegurar possibilidades relativamente amplas de compra direta de bens e serviços, mas também, especialmente na atualidade, do tipo de estrutura vigente na produção de serviços médicos, que se expressa no poder econômico e político dos grupos sociais que controlam o setor. Parece ser a presença desse poder incorporado à estrutura de atenção médica, mais que as concepções do liberalismo médico tradicional continuamente invocadas em defesa do sistema, a responsável pela longa persistência de uma forma de organização que tem sido alvo de consideráveis pressões. Tais pressões raramente se dirigem contra o caráter privado da produção mas referem-se com crescente frequência a uma maior participação do Estado no financiamento do consumo, dado que a estrutura da prática médica torna-se excludente frente às dificuldades do consumidor para cobrir os gastos com os cuidados. Essas tendências acabaram por concretizar-se em programas estatais relativamente recentes, tais como o *Medicare* e o *Medicaid* e, embora não tenham afetado até então substancialmente a forma de organização do setor, evidenciam tanto as ten-

(2) Silva, G. R. — *op. cit.*, pp. 93-94.

(3) Arouca, S. — *O Dilema Preventivista, Contribuição para a Compreensão e Crítica da Medicina Preventiva*. Tese de Doutorado, Universidade Estadual de Campinas, 1975, mimeografado, p. 239.

sões existentes nessa área do consumo, como o poder político que suporta a atual estrutura da produção.⁽⁴⁾

Entre os fatores de tão marcada persistência do controle privado da atenção médica deve-se contar, evidentemente com a reconhecida capacidade de compra do consumidor americano; inclusive de parcela considerável do proletariado industrial. É justamente essa capacidade, todavia, que vem sendo posta em questão através das discussões sobre os custos do cuidado médico, os quais parecem afetar crescentemente os estratos médios e inferiores de renda. Deve-se identificar, portanto, outros fatores que atuam no sentido indicado. A freqüente associação, apontada por vários autores entre o tradicionalismo da categoria profissional e a intransigente defesa do liberalismo médico pela Associação Médica Americana⁽⁵⁾ constitui sem dúvida fator ponderável na sustentação daquela estrutura de atenção médica, mas sobretudo na medida em que compõe o principal suporte ideológico em torno do qual se aglutinam também outras ordens de interesses e outras fontes de poder, irredutíveis inteiramente aos interesses e ao poder de uma categoria profissional. É importante assinalar que a estrutura de atenção médica propriamente nada tem de tradicional, ainda que as relações de trabalho mantidas para o médico induzam freqüentemente os analistas da medicina americana a ressaltarem a tipicidade de seu caráter liberal. Sustentada embora por uma ideologia liberal, tal estrutura não se confunde com os modelos tradicionais de organização da prática,

(4) Para tomar como referência apenas um texto entre muitos que discutem a organização da assistência médica americana, veja-se: Hepner J. e Hopner D. — *The Health Strategy Game*, C. V. Mosby Comp., S. L., 1973. Essa obra oferece a vantagem de uma descrição histórica minuciosa, baseada em ampla documentação, inclusive em projetos apresentados ao Congresso Americano, das tentativas de reorganização do setor, também à base de maior participação estatal, bem como das articulações de forças, a nível político, que buscam conter tal reorganização. Podem também ser acompanhados através desse texto, as tensões criadas em torno da aprovação do *Medicare* e do *Medicaid*, programas que surgiram na metade da década de 60 e que envolvem o financiamento estatal, respectivamente para pessoas com idade superior a 65 anos e para outros grupos sociais, em geral desempregados, incapazes de sustentar os custos do cuidado médico.

(5) Essa organização, cujo considerável poder de controle sobre a prática médica americana deriva em grande parte de sua própria articulação no conjunto do sistema hegemônico de poder econômico e político, é a principal intérprete da defesa da estrutura privada da assistência médica. Os reflexos, na estrutura de poder interno à organização da assistência médica, da estrutura de classes na sociedade americana são analisados por Vicente Navarro em: *Social Policy Issues: An Explanation of the Composition, Nature and Functions of the Present Health Sector of the United States*, 1974, mimeografado. Para uma descrição das posições assumidas pela Associação Médica Americana veja-se, também, Hepner, *op. cit.*, especialmente capítulo 3.

tanto com referência às modalidades de produção de serviços, reconhecidamente assentadas na utilização dos meios de trabalho mais sofisticados e custosos já proporcionados pela tecnologia médico-científica e industrial, quanto pela conseqüente desagregação das relações que configuraram o padrão característico da medicina artesanal. O aspecto mais típico dessa área de produção de serviços parece ser justamente a sua marcada penetração pelo capital, a qual se verificou não apenas por via dos investimentos na tecnologia médica, mas sobretudo pelos mecanismos de financiamento da assistência através do seguro de saúde privado, o que vem reforçando, progressivamente, a interferência no setor saúde, dos interesses do capital financeiro. ⁽⁶⁾ Sinteticamente, qualquer alteração substancial nessa estrutura de atenção médica implicaria o deslocamento de várias ordens de interesses, não apenas profissionais, mas também ligados a diferentes modalidades do capital e, portanto, não corresponderia mais, tão-somente, como ocorreu em outras sociedades, à desestruturação da forma de produção artesanal com o predomínio da troca direta de serviços por renda nos limites da relação médico-consumidor.

É bastante provável que, mantidas as características atuais da estrutura de poder na sociedade americana, qualquer interferência no setor saúde só se verifique através de modalidades que não obstaculizem a aplicação e os níveis de rentabilidade dos capitais privados no setor. É parcialmente o caso das medidas destinadas a financiar assistência médica a grupos sociais suficientemente descaracterizados como consumidores potenciais através da compra direta, entre as quais se incluem projetos como o da Medicina Comunitária e as tentativas de incorporação da assistência médica individual na estrutura da Saúde Pública Americana. ⁽⁷⁾ O uso do termo "parcialmente" visou indicar que o teor dessas medidas já não se esgota em tentativas de recomposição interna do ato médico mas diz respeito a um consumo não efetivado de cuidados médicos e supõe, tanto a interferência na esfera do consumo, como a mobilização de elementos externos ao ato médico. Assim é que, configurando também uma reforma limitada na estrutura da assistência médica, a Medicina Comu-

nitária virá agregar aos projetos anteriores uma nova dimensão: prestação de serviços a categorias excluídas do cuidado médico. Ela não se reduz tampouco a essa dimensão, mas é possível apreender, a partir desse aspecto, uma de suas características básicas, dada pelo fato de que ela emerge como forma paralela à organização predominante da assistência médica.

É como prática de saúde, como forma de prestação de serviços, antes que como um campo sistematizado de princípios que a Medicina Comunitária se origina nos Estados Unidos e se difunde para as sociedades dependentes com o suporte das Agências internacionais tais como a Organização Mundial de Saúde e a Organização Panamericana da Saúde. Na América Latina a difusão do projeto ganha corpo na década de 70 e resulta em programas experimentais de prestação de serviços que se propõem o desenvolvimento de modelos de assistência passíveis de garantir a extensão do cuidado à saúde a populações pobres, urbanas e rurais. Também aí o projeto aparece, em uma de suas dimensões, como prática alternativa paralela à organização dominante da assistência médica. Todavia, o quadro no qual se instala desdobra-se em novos elementos, decorrentes da própria condição de dependência estrutural e expressos, na área específica da saúde, pela presença de padrões de saúde-doença caracteristicamente mais complexos e graves, de taxas de morbidade e mortalidade comparativamente elevadas, e que acabam por impor, como parte do padrão já referido de deslocamento das questões sociais para diferentes áreas do consumo, reformulações na assistência médica. Em toda a América Latina, a produção de serviços de saúde envolveu necessariamente a participação estatal, expressando parcialmente as condições estruturais mais amplas que impuseram ao Estado, nessas sociedades, um padrão de interferência extensa e direta no processo de produção econômica. Em nenhuma parte, todavia, o Estado assumiu o encargo integral da produção de serviços ou garantiu, através da modalidade mais freqüente de participação — institucionalização do seguro social, envolvendo a prestação de assistência médica — o acesso universal da população ao consumo médico. ⁽⁸⁾ Sendo obviamente uma resultante das características mais gerais do processo de acumulação nessas sociedades, o caráter excludente

(8) As diferentes formas e proporções em que o Estado participa da produção e consumo de serviços de saúde nas sociedades latino-americanas, bem como as possibilidades de acesso das populações à assistência médica encontram-se amplamente documentadas em numerosa bibliografia. Como texto descritivo, que proporciona informações sobre a estrutura de atenção médica em praticamente toda a América Latina, tome-se como referência: San Martín, H. — *Salud y Enfermedad*. México. Prensa Médica Mexicana, 1968, em particular seções V e VI.

(6) A proporção em que o capital financeiro, ligado ao setor monopolístico da economia americana, participa do setor saúde é analisada em detalhes por Vicente Navarro, obra citada. O texto proporciona outras importantes indicações acerca da estrutura do poder econômico e político que sustenta a forma de organização da assistência nos Estados Unidos e de suas manifestações ao nível do padrão de interferência estatal no setor.

(7) Acerca desse último aspecto: Ramos, Reinaldo — *A Integração Sanitária: Doutrina e Prática*, Tese, Fac. Saúde Pública da U. S. P., 1972, especialmente capítulo III.

da atenção médica deve também ser referido às formas de acomodação entre a participação do Estado e do setor privado na área da saúde. Em graus variados, mas de maneira bastante marcada nas diferentes formações sociais, o controle da produção de assistência médica encontra-se a cargo do setor privado, reservando-se o Estado a definição e a participação nos mecanismos de financiamento do consumo. A ausência de um maior controle sobre os fatores em jogo no momento da produção, a criação de uma área de circulação e acumulação de capital, o conseqüente reforço das resistências a modificações substanciais na estrutura da produção, conjugam-se para aumentar os custos, impedir a extensão da assistência sob o padrão dominante de organização da prática médica e acarretar a busca de formas de racionalização da assistência médica que possam compatibilizá-la com a presença das populações excluídas do cuidado médico e com as necessidades geradas na estrutura social.

Como projeto de reforma médica a Medicina Comunitária retoma e reorienta as questões já postas no campo de problemas e tentativas de solução que cercam a prática médica. Postula, na seqüência da medicina integral e da medicina preventiva, a subordinação da prática à dimensão social do processo saúde-doença, impondo a superação do corte entre aspectos orgânicos e psico-sociais, entre condutas preventivas e curativas, entre prática individual e efeitos coletivos da atenção à saúde. Apresenta-se igualmente como uma resposta à inadequação da prática médica para atender às necessidades de saúde das populações, necessidades que devem ser solucionadas tanto como resposta ao princípio do direito à saúde como por sua significação para o processo de desenvolvimento social. Mas localiza os elementos responsáveis pela inadequação não apenas nos aspectos internos ao ato médico individual, mas sobretudo em aspectos organizacionais da estrutura de atenção médica, superáveis através de novos modelos de organização que tomem como base o cuidado dos grupos sociais, antes que dos indivíduos. Por essa via dirige-se não apenas para a reformulação do ato médico, mas para uma nova articulação do conjunto de agências e práticas que compõem o campo da atenção à saúde. O princípio da medicina integral deve continuar a orientar a prática, mas as estratégias se deslocam do ato médico individual e do médico como agente privilegiado da recomposição, para a busca de novos modelos de organização cujo alvo seja a coletividade:

"This involvement expresses itself in a broadening of the traditional and almost exclusive interest in the individual, sick, and usually hospitalized patient, to include a concern with the health of larger social units or popu-

lation groups whether a community, or a nation, whose collective health needs may be assessed and evaluated, and for which appropriate systems for the delivery of health care may be designed and provided. But just as the *medical* needs of a sick patient do not necessarily correspond to the *health* needs of a community or nation, so, too, the system and method of delivery of care differ under the two circumstances. The difficulty is that whereas a great deal is known about the care of an individual, very little is known about the provision of care to population units." ⁽⁹⁾

A experimentação de modelos, mais do que um modelo organizacional específico constitui o núcleo da proposta da Medicina Comunitária, mas o elemento de prestação de serviço — sob a forma de mais numerosos ou de novos serviços — aparece desde o início como impositivo. E à escola médica, entre outras agências, incumbe a elaboração e experimentação desses modelos, experimentação que servindo também a outros objetivos deve corresponder já efetivamente, à prestação de serviços à comunidade:

"Traditionally, medical schools have been primarily concerned with the product of the educational process, the doctor, rather than with the ultimate recipient of the effort, the public; social needs and relevancy have not been a prominent interest ... however, it has become clear that education cannot be separated from the system of health care for which it is designed. Thus the system has become an unavoidable and quite legitimate concern of the university." ⁽¹⁰⁾

ou

"The present definition of our objectives is quite different: the health of the community — which implies not only the education and training of qualified personnel but also the search for new systems to promote better health for more people. Thus we no longer believe the production of professional and subprofessional health personnel to be an end in itself and now consider it simply as a step toward much broader goals." ⁽¹¹⁾

(9) Lathem W. e Newbery, A (Ed.) — *Community Medicine: Teaching, Research and Health Care*, Appleton-Century — Crofts, N. Y., 1970, Introdução.

(10) Lathem W. — *op. cit.*, Introdução.

(11) Velasquez, G.: *Community Medicine as an Experiment in Health Care*, in *Community Medicine*, citado, p. 124.

Incorporando os elementos de projetos anteriores de reforma e subordinando-os a uma proposta genérica de rearticulação e ampliação dos recursos para prestação de serviços, a Medicina Comunitária desdobra-se na prática em um conjunto de programas de atenção médica que permitem identificar mais marcadamente a sua especificidade.

2. Um novo objeto e uma nova estratégia

A prática da Medicina Comunitária nos Estados Unidos confunde-se, em suas origens, com um movimento que transcendeu os limites da atenção médica e orientou a política social norte-americana, na década de 60, para programas assistenciais destinados à pobreza. A emergência dessa prática, nos Estados Unidos, não corresponde senão a um momento limitado em um campo mais amplo no qual tenta configurar-se o projeto de Medicina Comunitária. Suas implicações, entretanto, estarão refletidas em muitos aspectos dessa específica modalidade de reforma médica e social, o que permite considerá-la como ponto de referência para a caracterização do novo campo.

A “guerra contra a pobreza” que integrou os programas de política social elaborados a partir dos governos Kennedy e Johnson correspondeu ao ativamento das tensões sociais centradas na questão dos negros norte-americanos e no movimento pelos direitos civis, mas manifestos sob distintas formas e expressando várias tendências contestatórias da organização social. Embora não caiba proceder aqui à análise desses movimentos, não se pode tampouco deixar de relacioná-los à política social então desencadeada. Frente à relativa estabilidade política que caracteriza as relações de classe na sociedade norte-americana, a manifestação, no cenário político, de tensões imediatamente relacionadas à situação das minorias, mas remetendo a fenômenos tais como o desemprego, o subemprego e a conseqüente marginalização de outras áreas de participação social, sugeria a necessidade de recomposições no tratamento dispensado a algumas das questões sociais. Essa recomposição implicou a interferência estatal na esfera do consumo através de programas destinados a proporcionar educação elementar, assistência jurídica, treinamento profissional, assistência médica, entre outros, a uma parcela delimitada da população norte-americana — aquela cuja incapacidade de compra direta de bens e serviços pudesse ser enquadrada nos limites institucionalmente estabelecidos para demarcar a faixa da pobreza. Por outro lado, esse tipo de interferência se propõe

como uma inovação na tradicional ajuda pública à pobreza através dos subsídios financeiros controlados pelo serviço social. E pretende revestir o caráter de uma nova representação sobre o fenômeno da pobreza e da marginalidade consistente no abandono das concepções que o identificam ao desvio social e à incapacidade, para relacioná-lo à falta de oportunidades sociais e de participação.⁽¹²⁾

Oportunidades sociais e participação são os pólos em torno dos quais procurará estruturar-se a nova política. A base do Economic Opportunity Act, de 1964, instala-se o Office of Economic Opportunity, encarregado de planejar e coordenar as medidas federais, bem como de mobilizar recursos para os programas. O núcleo estratégico dessa política é dado pela criação dos *Programas de Ação Comunitária* responsáveis pela mobilização e coordenação, em nível local, dos recursos para o desenvolvimento dos projetos sociais e educacionais, bem como pelo envolvimento do pobre em seu planejamento e administração, à base da concepção de que a auto-ajuda constitui a forma mais efetiva de superação da pobreza. Nos termos do *Act*,

“The term ‘community action program’ means a program —

- 1) Which mobilizes and utilizes — resources, public or private, or any ... geographical area ... in an attack on poverty;
- 2) Which provides services, assistance, and other activities ... to give promise of progress toward elimination of poverty or a cause or causes of poverty ...;
- 3) Which is developed, conducted, and administered with the maximum feasible participation of residents of areas and members of the groups served; and

(12) Embora não venha ao caso discutir criticamente esse aspecto, vale advertir o fato de que os fundamentos doutrinários e técnicos da “guerra contra a pobreza” assentam em uma concepção da pobreza como “modo de vida”. Analisando as orientações intelectuais que nortearam essa política e buscando radicá-las nas teorias referentes à *cultura da pobreza*, Charles Valentine identifica, em seu núcleo, a concepção de uma “subsociedad que se autoperpetúa y está dotada de una subcultura defectuosa e malsana”. Tal concepção, associando o modo de vida do pobre a uma versão desorganizada, patológica e incompleta da cultura global predominante, tipificada pela classe média, e a sua perpetuação, através da socialização e das conseqüentes inaptações psico-sociais, à falta de participação na cultura global sugere, como principal estratégia para a eliminação da pobreza, a assimilação cultural do pobre por via de mudanças promovidas pelo trabalho social e pela educação. O “fracasso” da política social norte-americana frente à pobreza é associado, por aquele autor, sobretudo à presença de tal suporte conceitual: Valentine, C. — *La Cultura de la Pobreza*, Amorrortu Ed., Buenos Aires, 1972.

- 4) Wich is conducted, administered, or coordinated by a public or private nonprofit agency (other than a political party), or a combination thereof.”⁽¹³⁾

O desenvolvimento da ação comunitária no campo da assistência médica, embora previsto no conjunto das medidas prescritas pela política federal, constitui desde o início um dos pontos controvertidos do programa, controversia na qual se faz também presente a Associação Médica Americana e que gira em torno do volume de recursos federais já destinados à atenção médica do pobre através do Medicare e do Medicaid.⁽¹⁴⁾ Mas os programas de assistência médica serão progressivamente instalados, a partir de 1965, pelas agências de ação comunitária que delegam em geral a sua administração a instituições médicas locais. Eles devem reger-se pelos mesmos princípios que norteiam genericamente a política federal: articulação de agências públicas e privadas, mobilização de recursos locais, participação dos usuários no planejamento e administração, bem como o eventual emprego da mão-de-obra local na realização de tarefas auxiliares. Um modelo para a organização dos “comprehensive neighborhood health centers” é proposto pelo *Programa de Ação Comunitária* do Office of Economic Opportunity:

- “(1) a full range of ambulatory health services;
- (2) close liaison with other community services, with implied referrals and exchanges of services;
- (3) close working relationships with a hospital, preferably one with a medical school affiliation;
- (4) participation of the indigenous population in decision-making the affected the center and, whenever feasible, their employment in subprofessional and other positions.”⁽¹⁵⁾

O último elemento desse modelo será ampliado em uma emenda introduzida pelo Senador Edward Kennedy, em 1967, ao Economic Opportunity Act, a qual autoriza a assistência financeira a indivíduos e instituições especificamente interessadas no desenvolvimento de projetos passíveis de introduzir inovações na atenção médica à pobreza, em especial os destinados a permitir que os pobres adquiram treinamento em atividades de saúde e

possam participar, como profissionais, nos programas de atenção médica comunitária. Tal emenda baseou-se em um programa estudantil em desenvolvimento na Califórnia, que combinava o trabalho de vários profissionais na área médica e para-médica com a atuação de trabalhadores recrutados na própria área de desenvolvimento do programa.⁽¹⁶⁾

Os programas de Medicina Comunitária norte-americana não chegaram a atingir expressão quantitativa e parecem encontrar-se atualmente em declínio. Não incluíram tampouco qualquer inovação significativa no processo de trabalho que não se encontrasse já de forma mais marcada em outros tipos de estrutura de atenção médica. Tal é o caso dos elementos de simplificação da prática, e da constituição do trabalhador coletivo em medicina que, encontrando-se ausentes da prática médica dominante nos Estados Unidos, constituem componentes fundamentais da prestação de serviços em outras sociedades, expressando-se sobretudo no uso de pessoal médico com diferentes níveis de treinamento, simbolizados especialmente pelo *feldsher* na medicina soviética e pelo *médico de pé descalço* na China. Não são, portanto, os elementos que compõem a proposta, mas sua específica combinação, o que imprime significado à Medicina Comunitária tal como se configura nos Estados Unidos: o isolamento do pobre como objeto de uma prática médica diferenciada, passível de coexistir com outras formas de práticas destinadas a outras categorias sociais, impondo o recurso à “comunidade” e à “participação” como elementos articuladores entre a prática médica e componentes outros da estrutura social. Nesse sentido é importante considerar a específica estratégia da Medicina Comunitária, para além de seus efeitos potenciais sobre o aumento do consumo de serviços médicos.

A dimensão comunitária como elemento central dessa estratégia desdobra-se em vários momentos, igualmente relevantes do ponto de vista da prática:

— Indica um espaço de delimitação geográfica para a prática, que se refere tanto à localização dos elementos a serem trabalhados, quanto à externalidade com relação ao hospital. A concepção do processo de saúde-doença em sua dimensão ecológica e psico-social, bem como a possibilidade de recomposição dos meios de trabalho e de novos usos para esses meios, constituem os fundamentos dessa delimitação que deve garantir, a um só tempo, maior eficiência técnica e redução de custos.

— Reflete a identificação entre comunidade e sociedade local, com a correspondente ênfase na identidade social e de inte-

(16) Levitan, S. — *op. cit.*, pp. 203 e ss.

(13) Citado por Levitan, S. — *The Great Society's Poor Law: A New Approach to Poverty*, The Johns Hopkins Press, Baltimore, 1969, p. 110.

(14) Idem, idem, Capítulo 7.

(15) Levitan, S. — *op. cit.*, p. 194.

resses. ⁽¹⁷⁾ Implica, nessa perspectiva, a redução do social a um espaço homogêneo o que, se do ponto de vista de apreensão e explicação do real corresponde não apenas a uma evidente simplificação, mas sobretudo a um mascaramento das determinações ou diferenciações sociais básicas, proporciona, por outro lado, elementos significativos para a instrumentalização da nova prática. Antes de mais nada, pela homogeneização de seu objeto, passível de ser trabalhado como o produto da convergência de fatores que se pode detectar na imediatez do espaço circunscrito para a comunidade. Registrar a comunidade, diagnosticá-la, identificar a sua configuração restrita, definir o seu específico padrão de saúde, avaliar os seus recursos, constituem instrumentos de trabalho que devem permitir o estabelecimento de um continuum entre o diagnóstico e a interferência em nível individual e o diagnóstico e a interferência em nível coletivo. Vale dizer que essa perspectiva reforça também a possibilidade de recomposição dos meios de trabalho, à base da identificação e mobilização de elementos capazes de racionalizar o conjunto da prática. Todavia, na medida em que a homogeneização conceitual não garante a homogeneidade do real, a dimensão comunitária do projeto não pode esgotar-se no plano da afirmação da identidade social e de interesses. Daí decorre que ela, também,

— Sugere uma forma de mobilização grupal em torno da criação ou reorientação de interesses e objetivos. Poder-se-ia dizer, nesse sentido, que frente à ausência ou à presença de uma real identidade de interesses, a proposta comunitária visualiza e implica a possibilidade de criar ou recriar uma comunidade. A própria viabilidade técnica da proposta da Medicina Comunitária ou, em outros termos, a sua operacionalização, assenta na possibilidade de mobilizar os grupos envolvidos. E isso, já como decorrência do sentido restrito em que o elemento de participação opera no interior dessa prática: pela introdução de novos recursos tais como trabalho adicional, contribuições financeiras e técnicas, capazes de simplificar e baratear o conjunto do processo por referência à prática técnica dominante na medicina. Tal participação não pode ser obtida a menos que se crie um consenso em torno do significado da nova proposta de organização dos serviços. Mais que isso, todavia, a prática médica se en-

(17) A identificação entre comunidade e sociedade local, na tradição norte-americana, assenta no papel historicamente desempenhado pelo padrão de organização da pequena localidade na elaboração dos valores e padrões de conduta e refere-se, nesse sentido, a um sistema de identidades sociais, vínculos pessoais diretos, poder e ação social que caracterizaram categorias sociais tradicionais e cujo processo de desagregação corre paralelo às mudanças na estrutura social americana. Essa identificação reforça-se pelo tipo de tratamento dispensado ao tema na maior parte da literatura americana, inclusive a sociológica.

contra aqui, de forma mais direta, com a possibilidade inerente à estrutura social de enfrentamento entre interesses conflitantes e com a necessidade, também estrutural, de deslocamento ou eliminação de tensões sociais. Nesse sentido, a interferência sobre os grupos que constituem objeto da prática talvez deva mover-se com vistas a reorientar os seus padrões de ação social e a compatibilizá-los, política e ideologicamente, com o padrão dominante, político-ideológico. Essa questão, que permeia e ao mesmo tempo, obviamente, transcende o campo da prática médica, em qualquer de suas modalidades, inclusive a medicina comunitária, impõe-se contudo mais diretamente a esta, na medida em que o elemento de participação grupal passa a constituir um componente necessário do projeto. A prática comunitária deve, portanto, definir ou orientar os limites e conteúdo precisos dessa participação, bem como as vias através das quais ela deva se manifestar.

O problema da participação, mais que qualquer outro aspecto da prática médica comunitária revelou, nos Estados Unidos, o campo de tensões no interior do qual instalou-se o projeto. Dada a relação entre o *movimento pelos direitos civis* e o sentido da política social contra a pobreza, os negros foram não apenas o alvo do maior volume de dotações constantes dos programas, mas também a fonte das principais questões referentes à participação. Disposto de uma base organizacional que se constituiu no decorrer das pressões por direitos políticos e sociais, eles estiveram representados por militantes políticos nos vários órgãos relacionados à administração e execução dos programas e introduziram continuamente a questão dos limites impostos à participação ou, mais especificamente, da dimensão de controle político subjacente às práticas em desenvolvimento. ⁽¹⁸⁾ O problema da participação ocupa também grande parte das análises referentes à Medicina Comunitária nas demais formações sociais onde a prática vem sendo introduzida. O monopólio médico das ações de saúde, os limites, possibilidades e tipos de participação compatíveis com a estrutura de tais sociedades constituem os pólos principais entre os quais se movem tais análises e são sugestivos da dupla articulação da prática à modalidade predominante de atenção médica e às formas de realização da estrutura social.

(18) Veja-se, a esse respeito, o livro citado de S. Levitan; Norman, J. e Bennett, B. (Ed.) — *Medicina in the Ghetto* — Appleton — Century — Crofts, N. Y., 1969 e ainda Gordon, J. — “A Política dos Projetos de Medicina Comunitária”, *Medical Care*, nov./dez. de 1969, vol. VII, n.º 6. Neste último texto, o autor propõe um modelo de manipulação dos conflitos que se manifestam no decorrer dos programas comunitários, particularmente ilustrativo do que vem sendo aqui designado por “recriação” da comunidade.

Essas indicações não podem dar conta, evidentemente, das configurações particulares que a Medicina Comunitária assume em diferentes formações sociais. Instalando-se no quadro econômico e político das sociedades dependentes, dirigindo-se às *populações marginais* dessas sociedades, adequando a sua estratégia às características da estrutura de atenção médica e à estrutura social, a Medicina Comunitária redimensiona, necessariamente, a sua prática.⁽¹⁹⁾ Esse redimensionamento não implica, todavia, a alteração substancial dos elementos que compõem o campo, tal como foram aqui delineados, e que permitem pensá-la como específica modalidade de prática médica, como uma forma particular de articulação entre o objeto e meios de trabalho, em um campo de relações sociais que imprime à prática médica suas determinações.

Concluindo, deve-se sintetizar os pontos de referência a partir dos quais se poderia aprofundar a análise da Medicina Comunitária.

Dirigindo-se a categorias sociais excluídas do cuidado médico, a nova prática se institui na seqüência do processo de medicalização e responde a seus determinantes econômicos e políticos. Retira contudo a sua especificidade da própria forma de inserção de seu objeto no conjunto das relações de produção. Neste sentido, não visa basicamente a força de trabalho integrada ao processo produtivo sob a modalidade dominante na estrutura de produção, não visa imediatamente a obtenção do valor. Corresponde assim a um aspecto da reprodução da estrutura social pela mediação do político, mais que a uma articulação com o momento imediato da produção. Representando um projeto de extensão da assistência médica a categorias sociais cuja significação é sobretudo política, e cuja produtividade não impõe o recurso a formas determinadas de cuidado, a Medicina Comunitária comporta formas, tentativas de recomposição dos meios de trabalho, configurando uma nova modalidade de organização interna da prática, potencialmente capaz de compatibilizar o aumento do consumo de serviços e a questão dos custos médicos. Constitui-se, assim, em seu conjunto, como prática médica alternativa frente a outras modalidades de prática que tomam como objeto distintas categorias sociais, revelando um aspecto da diferenciação interna ao campo médico articulado à estrutura da produção.

(19) Entre os textos que permitem dar conta dessas variações inclui-se a recente publicação da Organização Mundial da Saúde — *La Salud por el Pueblo*, Genebra, 1975. Ver também, para a América Latina: OPAS — “Servicios Comunitarios de Salud y Participación de la Población” — Bol. Of. Sanit. Panam., vol. 76, n.º 1, jan. de 1974, pp. 1-36.

Apêndice

Capitalismo e Saúde

Luiz Pereira

I

Em termos das contribuições intelectuais da Autora, torna-se quase impositivo tomar, como referencial para a identificação do trabalho ora em consideração, a sua tese de doutoramento, publicada em 1975 com o título *Medicina e Sociedade: o Médico e seu Mercado de Trabalho* (Pioneira, São Paulo), mas produzida em 1973. Tomando-a como referencial, pode-se proceder ao cotejo entre ela e esta tese de livre-docência, apreendendo homogeneidades e diferenças entre ambas. Primeiramente, as homogeneidades: *a)* o mesmo instrumental teórico — o materialismo histórico, embora mais refinado ou mais amadurecido nesta tese do que quando utilizado na produção da anterior; e *b)* a mesma problematização do tema, pela sua limitação às formações sociais capitalistas. Em segundo lugar, as diferenças, que ocorrem a partir desse denominador comum: *a)* na tese de doutoramento, trata-se de proceder a uma *análise concreta* — o trabalho médico na formação social capitalista brasileira, pensado em termos de distintos processos de produção de serviços médicos, inteligíveis como constitutivos das transformações nela em curso, identificadas como a reprodução ampliada do modo de produção capitalista específica dessa formação social; e *b)* na tese de livre-docência, trata-se de uma obra que, a partir do estudo da prática médica ou da chamada atenção médica em geral, busca a *construção do objeto* do campo de estudos que academicamente se denominaria *sociologia da saúde*, mas que em termos do materialismo histórico melhor se designaria por *capitalismo e saúde* ou *saúde e capitalismo*.

II

Dadas essas preliminares, fica-se em condição de explicitar os passos do trabalho de produção teórica cujo produto é esta tese. A medicina comunitária — como modalidade da produção global de serviços médicos ou de serviços de saúde em geral — é um “pretexto”, ou melhor, o ponto de partida da reflexão. Esta chega, num segundo passo, à identificação da

historicidade do objeto da prática médica, da historicidade da prática médica e da historicidade dos produtos da prática médica. Trata-se, porém, ainda a esta altura, de identificação de uma historicidade abstrata. Impõe-se, então, pensar essa própria historicidade enquanto distintas estruturas de historicidade. Ora, os conceitos dos distintos modos de produção procuram, justamente, dar conta dessas distintas estruturas de historicidade. Há, no entanto, que proceder a uma demarcação, por limitação ou recorte: no caso, deter-se no capitalismo como uma específica estrutura de historicidade e, por consequência, tomar a teoria do modo de produção capitalista como instrumental teórico para a construção do objeto da chamada sociologia da saúde. Passo seguinte e necessariamente decorrente do anterior: desde que concebido todo e qualquer modo de produção como articulação de infra-estrutura com supra-estrutura, e como se está interessado na prática médica (tomada como elemento estratégico para se pensar também o seu objeto e o seu produto) nas formações sociais capitalistas, impõe-se a tarefa de apreender as determinações infra-estruturais e supra-estruturais da prática médica a partir da teoria do modo de produção capitalista. No trabalho da Autora, a apreensão dessas determinações se faz nuclearmente — e limitativamente — pela identificação de *funções* infra-estruturais e supra-estruturais da prática médica; ou seja — sem nenhum ressaibo funcionalista — pela identificação da contribuição da prática médica para a produção de condições materiais e não-materiais inerentes à reprodução ampliada do modo de produção capitalista em formações sociais (capitalistas).

III

Não é simples recorrer à teoria do modo de produção capitalista como instrumental teórico, pois não se a tem acabada. Ao lado de formulações assentadas, questões e mais questões em aberto fazem com que essa própria teoria esteja em construção por um processo de embates intelectuais por vezes de um radicalismo extremado que pretende abalar, ou que parece abalar, inclusive elementos dessa teoria tidos como inquestionáveis. Num tal processo e num tal clima intelectuais — dos quais participa o “althusserianismo” e em função dos quais cabe apreciá-lo devidamente — a maturidade da Autora se deixa entrever quando, nas entrelinhas, se percebe que está a par das últimas palavras, mas não as tomando necessariamente, por isso apenas, como

definitivas. Por outro lado, para poder realizar seu empreendimento, não pode ela esperar pela “pacificação” intelectual no campo da teoria do modo de produção capitalista. Tem, ao contrário, que jogar com elementos teóricos a que adere, manipulando a “certeza provisória” e chegando a valer-se de uma “provisória” teoria do modo de produção capitalista. Com isso, ao utilizá-la no seu empreendimento, pode, de uma parte, estar contribuindo para diminuir a margem de “provisoriedade” dessa teoria; mas, de outra, acaba por abrir ou reabrir questões que repõem, em outros termos, ou pelo menos em outros pontos, a “provisoriedade”. Como o texto da Autora não tem, a esse respeito, a preocupação da explicitação, é forçoso que se tente rastrear alguns elementos da teoria do modo de produção capitalista a que recorre. Nessa busca, talvez acabe eu por localizar um conjunto de elementos teóricos aos quais adiro também com “certeza provisória” e que melhor será explicitar, apresentando-os, sem pretensão de originalidade, como posições e sugestões teóricas minhas, mais que como fundamentações (teóricas) desses elementos:

1) Como todo e qualquer modo de produção, o capitalista é concebido como articulação de uma infra-estrutura como uma supra-estrutura — e tais expressões não são empregadas como metáforas. A infra-estrutura é constituída por *práticas sociais infra-estruturais* (pleonasma proposital) e a supra-estrutura, por *práticas sociais supra-estruturais* (pleonasma intencional, também). Além de práticas, infra-estrutura e supra-estrutura contêm, como outro elemento seu, *objetos* materiais e não-materiais *envolvidos* por essas práticas. O termo “envolvidos” abrange dois significados analiticamente distinguíveis: *a)* trata-se de objetos *produzidos* por tais práticas sociais (*sociais* significando, sempre, *coletivas*); e *b)* trata-se de objetos *determinados* por tais práticas, independentemente de serem por elas produzidos ou não (por exemplo, a terra — objeto não produzido — se determinando como equivalente de capital, outros meios de produção — produzidos — concretizando parcelas do capital total, etc. no modo de produção capitalista, mas não em outro).

2) Privilegiando *práticas* em relação a *objetos* nelas envolvidos, tem-se, com certa simplificação, o objeto que se busca apropriar pelo processo de conhecimento como constituído por *práticas sociais* estruturadas. Não obstante, nessa apropriação cognitiva, o adjetivo *estruturada* se transmuda em substantivo: *estrutura* das práticas sociais: Em outras palavras, a *estrutura*, como constitutiva do objeto a ser cognitivamente apropriado, assume, no processo de conhecimento, o estatuto de conceito que comanda a inteligibilidade das práticas (sociais) infra-estruturais e supra-estruturais entre si articuladas. Está-se longe, portanto,

da distinção entre objeto abstrato-formal (modo de produção — o capitalista, por exemplo) e objeto real-concreto (formação social — essa ou aquela formação capitalista, por exemplo). A posição sugerida talvez melhor se elucide através de uma formulação tomada de empréstimo, um tanto paradoxalmente, de Poulantzas (*Les Classes Sociales dans le Capitalisme Aujourd'hui*, Maspero): “as formações sociais não são simples ‘concretizações’ de um modo de produção que *existiria*, no sentido forte da expressão, no abstrato ‘previamente’: a diferenciação entre *modo de produção* e *formações sociais* não designa *lugares de existência diferentes*, conforme uma analogia topográfica. As formações sociais não são, pois, a *espacialização* de modos de produção existentes como tais”. Por outro lado, está-se longe, também, com aquela posição, da distinção que Poulantzas estabelece e mantém em todas as suas obras (inclusive a citada) entre dois domínios teóricos: o das estruturas e o das práticas. Com aquela posição pretende-se dar conta de uma ambigüidade do fraseado de Althusser, que Poulantzas procura romper com a distinção entre o domínio das estruturas e o das práticas — ambigüidade que se exprime na oscilação, em vários textos “mais antigos” de Althusser (como em *Lire Le Capital*, Maspero), quanto à utilização de uma ou outra destas duas frases: *práticas sociais* estruturadas e *estrutura* das práticas sociais (grifos aqui postos para destacar-se a aludida oscilação), empregadas para indicar o objeto do materialismo histórico. (Já está deixada de lado, aqui, a distinção entre objeto abstrato-formal e objeto real-concreto.)

3) Não há porque, então, aceitar, para os modos de produção aos quais é inerente a propriedade privada dos meios de produção, a distinção de Poulantzas entre “*situation*” de classe (domínio teórico das estruturas) e “*place*” de classe (domínio teórico das práticas), constante de todas as suas obras, porém mais abertamente formulada na anteriormente citada. Ao contrário, caberia conceber as *classes sociais* como consubstanciais com a infra-estrutura e a supra-estrutura, e conceber *situações infra-estruturais de classe* e *situações supra-estruturais de classe* em termos de práticas sociais estruturadas — sem com isso admitir que as situações infra-estruturais necessariamente se dupliquem biunivocamente em situações supra-estruturais. No que concerne ao modo de produção capitalista por exemplo, toda a supra-estrutura dominante “trabalha” no sentido da não-correspondência, ao nível da supra-estrutura, das situações de classe distintas e inerentes à infra-estrutura; mais precisamente, “trabalha” para a inexistência de específica e autônoma situação supra-estrutural da(s) classe(s) dominada(s).

4) Concebendo-se modo de produção como articulação de infra-estrutura e supra-estrutura (expressões não metafóricas),

não há porque insistir na distinção, em todo e qualquer modo de produção, de três instâncias: a econômica (infra-estrutura), a jurídico-política e a ideológica (as duas últimas correspondendo à supra-estrutura). Nem há, por isso mesmo, que pensar a articulação entre as instâncias de qualquer modo de produção como implicando a determinação em última instância do econômico e a dominância, variável conforme o modo de produção e identificadora da especificidade de cada um deles, de uma daquelas três instâncias: ou a econômica, ou a jurídico-política, ou a ideológica. Em qualquer modo de produção, a determinação em última instância do econômico está já retida pelo conceito de infra-estrutura, desde que não se tome esta expressão como metafórica apenas. E o problema da especificidade de cada modo de produção deixa de ser questão de dominância de uma das três instâncias (admitidas) sobre as demais para se pôr como questão diversa: a da especificidade da infra-estrutura e a da supra-estrutura (as duas únicas instâncias) de cada um dos modos de produção. Em outras palavras, a questão da especificidade de cada modo de produção se põe em termos da *substancialidade* de sua infra-estrutura e de sua supra-estrutura, e não em termos da *combinação* variável (*formal*) de suas três pretendidas instâncias.

5) Os “althusserianos”, sobretudo Balibar em *Lire Le Capital*, contribuíram para o conhecimento da infra-estrutura do modo de produção capitalista, trabalhando privilegiadamente o “momento” da produção (imediata), no que respeitam devidamente a *Introdução de 1857*, e para tanto se valendo pesadamente do chamado *Capítulo VI (inédito)* do Livro I d’*O Capital*. Balibar, analisando a produção imediata como o “coração” do modo de produção — no caso interessa apenas o capitalista — tratou de identificar três elementos invariáveis — trabalhador, meios de produção e não-trabalhador — e de identificar duas distintas relações entre estes três elementos — a de apropriação real e a de propriedade econômica — bem como de identificar a relação (variável) entre estas duas relações. Identificaria a produção capitalista, afinal, a relação de homologia entre a relação de apropriação real e a relação de propriedade econômica, mas homologia por separação, ou seja, separação em ambas as relações entre o trabalhador e os meios de produção. O mérito é inegável, mas o resultado é insuficiente. De fato, ao pensar as forças produtivas apenas em termos de uma relação (a de apropriação real), Balibar deixa de reter a materialidade mesma dessas forças produtivas e o seu desenvolvimento acumulativo (dependendo, tal desenvolvimento acumulativo, de a reprodução desse ou daquele modo de produção ser simples ou ampliada). Mais ainda: sua caracterização da produção (imediata) capitalista deixa de reter a *contradição*, que implica a *relação de homologia* por separação, mas

189443 / FE / 13926

esta não dando conta, por si só, daquela; e deixa, sobretudo, de reter a própria substancialidade da produção capitalista, ou seja, a produção de mais-valia. Melhor seria, portanto, caracterizar a infra-estrutura do modo de produção capitalista pelo seu “núcleo” — a produção imediata — como práticas sociais estruturadas de produção de mais-valia, que envolvem uma relação contraditória (a contradição como inerente à produção capitalista), relação esta implicando uma relação de homologia por separação (entre trabalhador e meios de produção) entre a relação de apropriação real e a relação de propriedade econômica.

6) Mais do que para o conhecimento da infra-estrutura do modo de produção capitalista é valiosa a contribuição dos “althusserianos” para o conhecimento da supra-estrutura desse modo de produção, sobretudo pelo aproveitamento que realizam de Gramsci. Nessa contribuição destacam-se os conhecidos textos de Poulantzas, *Pouvoir Politique et Classes Sociales de l'Etat Capitaliste* (Maspero, 1968) e *Fascisme et Dictature* (Maspero, 1970), e o de Althusser, “Idéologie et Appareils Idéologiques d'Etat” (revista *La Pensée*, 1970), recentemente reimpresso como capítulo do seu livro *Positions* (Eds. Sociales). É de se notar que a marca de Gramsci se acentua neste texto de Althusser e na segunda das mencionadas obras de Poulantzas, posterior a este texto. Nesta segunda obra de Poulantzas convém deter-se principalmente no capítulo “Preliminares Relativas ao Aparelho de Estado e aos Aparelhos Ideológicos”, pois aí se encontra, nas suas poucas páginas, o que se poderia designar como tentativa de construção de uma teoria da supra-estrutura do modo de produção capitalista diversa da que expõe na primeira de suas obras aqui citadas. Ao que tudo indica, aquele capítulo — e portanto toda a “nova” concepção que contém da supra-estrutura do modo de produção capitalista — baseia-se direta ou indiretamente na interpretação de Norberto Bobbio, em seu ensaio “Gramsci e a Concepção da Sociedade Civil”, sobre o conceito de sociedade civil em Gramsci: ao contrário do de Marx, remete à supra-estrutura e não à infra-estrutura; e juntamente relacionada com a sociedade política recobre aquela por inteiro, através da concepção ampla de Estado, que abrange dois elementos e sua articulação: ditadura (Estado em sentido estrito) e hegemonia. Na linguagem tornada corrente pelos “althusserianos”, a estes dois elementos correspondem, respectivamente, o(s) aparelho(s) repressivo(s) de Estado e os aparelhos ideológicos de Estado. (A respeito, duas observações: a) uma obviedade para quem tenha o mínimo de familiaridade com os textos citados: essas distinções gramscianas e “althusserianas” não recobrem a distinção entre o “público” e o “privado”; b) em *Fascisme et Dictature*, Poulantzas abandona a

insistência anterior entre instituição e aparelho, prefere falar simplesmente de aparelhos e permite, mesmo, que se venha a falar de aparelhos institucionais.) A rigor, não há mais, para os “althusserianos”, como continuar a conceber a supra-estrutura como duas instâncias, a jurídico-política e a ideológica. O fato é que a questão permanece em aberto. Como encaminhar uma solução? A manipulação de algumas valiosas contribuições de Poulantzas parece oferecer uma via a ser explorada. Neste sentido, alguns passos podem ser propostos:

a) Tomem-se algumas passagens do capítulo destacado de *Fascisme et Dictature*: “a ideologia não reside unicamente nas idéias; não constitui, demais, um ‘sistema conceitual’ na acepção própria do termo. Estende-se, como Gramsci tinha assinalado, aos usos, aos costumes, ao ‘modo de vida’ dos agentes de uma formação. Concretiza-se, assim, nas práticas de uma formação social (práticas burguesas, práticas proletárias, práticas pequeno-burguesas)”; “a ideologia dominante encarna-se, no seio de uma formação, numa série de aparelhos ou instituições: as Igrejas (aparelho religioso), os partidos políticos (o aparelho político), os sindicatos (o aparelho sindical), as escolas e universidades (o aparelho escolar), os meios de ‘informação’ (periódicos, rádio, cinema, televisão, em suma o aparelho de informação), o domínio ‘cultural’ (a edição), a família em certo aspecto, etc. Trata-se dos aparelhos ideológicos de Estado”; “se estes aparelhos são uma das formas de existência social da ideologia, esta é a condição de existência de tais aparelhos”; “sobre esta relação entre ‘ideologias’ e ‘instituições’, vejamos igualmente as observações de M. Verret: ‘As superestruturas são antes de tudo instituições políticas, jurídicas, etc., às quais correspondem, diz Marx com frequência, formas de consciência social. Correspondência não significa identidade. E não é seguro que o destino histórico das formas de consciência social siga mecanicamente o das superestruturas...’”. Tais passagens permitem a seguinte sugestão: não mais pensar a supra-estrutura (de qualquer modo de produção) como constituída por duas instâncias — a jurídico-política e a ideológica — mas pensá-la como uma instância onde se distinguem duas dimensões — a constituída pela ideologia e a constituída pelos aparelhos institucionais correspondentes;

b) Registrem-se algumas outras formulações de Poulantzas, agora tomadas de *Pouvoir Politique et Classes Sociales*: “A ideologia é relativamente dividida em diversas regiões, que se pode, por exemplo, caracterizar como ideologias moral, jurídica e política, religiosa, econômica, filosófica, estética, etc. Sem entrar mais a fundo neste problema, é necessário realçar igualmente que se pode identificar, em geral, na ideologia dominante de uma for-

mação social, a *dominância de uma região da ideologia sobre as outras regiões*. Esta dominância é muito complexa, manifesta-se até no fato de que as outras regiões da ideologia funcionam emprestando da região dominante suas (delas) próprias noções e representações”; no modo de produção capitalista “a dominância da região jurídico-política sobre as outras manifesta-se não somente por sua *distinção* da ideologia filosófica, moral e religiosa, mas também pelo empréstimo de noções que estas últimas fazem da primeira, noções sob as quais elas se pensam, ou que elas utilizam como *ponto de referência* para estabelecer as suas”. Na linha da sugestão anterior, caberia manipular estas formulações não apenas no sentido de se pensar a dimensão supra-estrutural ideológica como regionalizada, mas se pensar como também regionalizada — e em correspondência com as regiões da dimensão ideológica — a dimensão supra-estrutural constituída pelos aparelhos institucionais. Na mesma linha, tanto na dimensão ideológica como na dos aparelhos institucionais de qualquer modo de produção, haveria *uma região* (com a sua dimensão ideológica e correspondentes aparelhos institucionais) *dominante* sobre as demais regiões supra-estruturais, adotando-se como *indicador dessa dominância* o mesmo sugerido por Poulantzas. Em outras palavras, a supra-estrutura de qualquer modo de produção, como uma instância com duas dimensões (a da ideologia e a dos aparelhos institucionais) se apresentaria diferenciada em regiões identificadas pelo seu conteúdo, uma delas dominante sobre as demais regiões supra-estruturais (cada região, seja a dominante, sejam as dominadas, comportando uma dimensão ideológica própria e aparelhos institucionais a esta correspondentes e também próprios dessa região). O específico conteúdo da supra-estrutura é variável, tanto no que se refere à dimensão ideológica como à dos aparelhos institucionais, conforme o modo de produção; também variável é o número de regiões supra-estruturais, conforme o modo de produção; e também é variável a região dominante da supra-estrutura, conforme o modo de produção. Identificar *pela substancialidade* a supra-estrutura de um modo de produção consiste, pois, em identificar qual a região supra-estrutural nele dominante sobre as demais e em identificar o conteúdo dessa região dominante (tanto em sua dimensão ideológica como em sua dimensão constituída pelos aparelhos institucionais correspondentes);

c) Consoante as duas sugestões anteriores, o *jurídico-político* deixa de ser concebido como uma instância para ser pensado como *uma região supra-estrutural*, necessariamente não presente na supra-estrutura de todo e qualquer modo de produção, e, quando existente, necessariamente não dominante sobre as de-

mais regiões supra-estruturais. Concebido como uma região supra-estrutural, importa nele distinguir uma dimensão ideológica — a ideologia jurídico-política — e a constituída pelos aparelhos institucionais correspondentes — nuclearmente, os aparelhos repressivos de Estado, embora devessem ser abrangidos também os partidos políticos. Não se perde, com isso, a distinção entre aparelhos repressivos e aparelhos ideológicos de Estado, baseada no critério que aponta a repressão ou coerção como aspecto principal (ou predominante) dos primeiros e a inculcação e a elaboração ideológicas como o aspecto principal (ou predominante) dos segundos. Trata-se, ao contrário, de pensar a própria repressão ou coerção (o poder de Estado) como um dos conteúdos não só dos aparelhos jurídico-políticos, mas também da ideologia jurídico-política. E é nestes termos (de conteúdos) que se poderia interpretar a seguinte formulação de Poulantzas, que teria plena validade para o modo de produção capitalista e outros, mas não para todos eles: “O aparelho de Estado, em sentido estrito, constitui a condição de existência e de funcionamento dos aparelhos ideológicos em uma formação social. Embora, em geral, o aparelho repressivo não intervenha diretamente em seu funcionamento, nem por isso deixa de estar constantemente presente por trás deles” (*Fascisme et Dictature*);

d) A busca da especificidade da supra-estrutura do modo de produção capitalista pelo critério da substancialidade (já atrás utilizado quando da busca da especificidade da infra-estrutura desse modo de produção) implica identificar qual a região supra-estrutural dominante e qual o conteúdo desta. Quanto ao primeiro ponto, transcrições anteriores de trechos de Poulantzas bastam para indicar a dominância da região jurídico-política, tanto na sua dimensão ideológica quanto na constituída por aparelhos pertencentes a esta região. Quanto ao segundo ponto — o conteúdo — tome-se, do mesmo Autor, dentre muitas outras possíveis, esta passagem relativa ao que se vem concebendo como dimensão ideológica da região jurídico-política da supra-estrutura do modo de produção capitalista: “O impacto desta região sobre as outras regiões do ideológico e, demais, o papel político da ideologia burguesa dominante, consiste, assim, não somente em que ela justifica os interesses econômicos diretos das classes dominantes, mas sobretudo em que ela pressupõe, compõe ou impõe a representação de uma ‘igualdade’ de ‘indivíduos privados’, ‘idênticos’, ‘desconectados’ e ‘isolados’, unificados na universalidade política do Estado-Nação... É precisamente por esta ocultação específica da dominação de classe que a ideologia jurídico-política desempenha o papel particular de coesão, que incumbe à ideologia no M.P.C. e numa formação capitalista” (*Pouvoir*

Politique et Classes Sociales). Quanto ao que se vem concebendo como a dimensão constituída pelos aparelhos institucionais da região jurídico-política da supra-estrutura do modo de produção capitalista: “O traço distintivo fundamental, a este respeito, parece consistir, com efeito, no fato de estar ausente a determinação de sujeitos (fixados, neste Estado, como ‘indivíduos’, ‘cidadãos’, ‘pessoas políticas’) enquanto *agentes da produção*, o que não acontecia com os outros tipos de Estado. Este Estado de classe apresenta de específico o fato de a dominação política de classe estar constantemente ausente de suas instituições. Este Estado apresenta-se como um Estado-popular-de-classe. Suas instituições estão organizadas em torno dos princípios da liberdade e da igualdade dos ‘indivíduos’ ou ‘pessoas políticas’. A legitimidade deste Estado está fundada, não mais na vontade divina implicada no princípio monárquico, mas no conjunto dos indivíduos-cidadãos formalmente livres e iguais, na soberania popular e na responsabilidade laica do Estado para com o povo. O próprio ‘povo’ é erigido em princípio de determinação do Estado, não enquanto composto por agentes da produção distribuídos em classes sociais, mas enquanto massa de indivíduos-cidadãos, cujo modo de participação numa comunidade política nacional se manifesta no sufrágio universal, expressão da ‘vontade geral’. O sistema jurídico moderno, distinto da regulamentação feudal fundada nos *privilégios*, reveste um caráter ‘normativo’, expresso num conjunto de leis sistematizadas a partir dos princípios de liberdade e igualdade: é o reino da ‘lei’. A igualdade e a liberdade dos indivíduos-cidadãos residem na sua relação com as leis abstratas e formais, as quais são tidas como enunciando essa vontade geral no interior de um ‘Estado de direito’. O Estado capitalista moderno apresenta-se, assim, como encarnando o interesse geral de toda a sociedade, como substancializando a vontade desse ‘corpo político’ que seria a ‘nação’” (*Pouvoir Politique et Classes Sociales*). Em suma, o mesmo *princípio da universalidade abstrata* como conteúdo da região jurídico-política da supra-estrutura do modo de produção capitalista, comum tanto à dimensão ideológica dessa região como à constituída pelos aparelhos institucionais correspondentes. E conteúdo combinado e respaldado por outro: o monopólio da repressão ou coerção (o poder de Estado). Como se percebe, a especificidade da supra-estrutura do modo de produção capitalista, retida por sua substancialidade, está a apontar para a sua articulação com a especificidade da infra-estrutura desse modo de produção: o “dilaceramento” inerente a esta demanda uma específica ocultação e repressão dele, graças às quais se garante a coesão através de práticas sociais supra-estruturais dominantes;

e) Todavia, a ocultação e a repressão nunca têm eficácia absoluta no modo de produção capitalista. Situações infra-estruturais das classes dominadas sempre tendem a irromper na supra-estrutura e, se não forem incorporadas subordinadamente às situações supra-estruturais das classes dominantes, tendem a configurar (e sempre acabam configurando em graus mais débeis ou mais fortes) situações supra-estruturais de classes dominadas. Vale dizer, a supra-estrutura do modo de produção capitalista até agora apresentada é a *supra-estrutura dominante*, tendo-se que reter, também, como inerente a esse modo de produção a *supra-estrutura dominada*. Trata-se de termos — dominante e dominada — que remetem a *classes dominantes* e a *classes dominadas*, respectivamente. Dentre os “althusserianos”, sobretudo em Poulantzas, há indicações e mais indicações para se completar a construção da teoria da supra-estrutura do modo de produção capitalista dando conta de ambas supra-estruturas, quer dizer, procedendo ao estudo da *supra-estrutura dominada*. Neste caso, caberia pensá-la, tal como a supra-estrutura dominante, como constituída de duas dimensões — ideologia e aparelhos institucionais, mas nunca aparelhos de Estado — e diferenciada em regiões — uma delas, *política*, mas *não jurídico-política* — não havendo, demais, porque admitir que nela se dupliquem todas as regiões da supra-estrutura dominante. Pensar a supra-estrutura do modo de produção capitalista como constituída de uma supra-estrutura dominante e de uma supra-estrutura dominada é pensar o “dilaceramento” desse modo de produção também em sua instância supra-estrutural. Talvez esse “vazio” nos textos “althusserianos”, apesar de tantas indicações aproveitáveis para preenchê-lo, explique o recurso direto a Gramsci na tese de Maria Cecília Ferro Donnangelo. Neste de fato se encontra, pelo menos em esboço, uma teoria da supra-estrutura do modo de produção capitalista que procura dar conta tanto da supra-estrutura dominante como da supra-estrutura dominada, principalmente através dos conceitos de intelectuais tradicionais (remetendo ao que se vem denominando supra-estrutura dominante) e de intelectuais orgânicos (remetendo ao que se vem denominando supra-estrutura dominada). Em conexão a isso, o não aproveitamento, pela Autora, dos conceitos de bloco-no-poder, classe hegemônica e hegemonia formulados por Poulantzas e sua utilização dos conceitos, de Gramsci, de bloco hegemônico, classes hegemônicas e hegemonia, embora os do primeiro talvez sejam mais elaborados do que os do segundo, tenham sido inspirados por estes e devessem ser remanipulados por um processo de descontextualização e recontextualização para melhor se compatibilizarem com os demais elementos da teoria do modo de produção capitalista até a esta altura propostos. Alguns outros ainda virão em itens subseqüentes.

Esses elementos, se não estão por trás da tese da Autora tal como propostos, pelo menos não colidem com o seu trabalho de construção do objeto da chamada sociologia da saúde, a partir do estudo das determinações infra-estruturais e supra-estruturais da prática médica ou da atenção médica em geral no modo de produção capitalista. De posse de tais elementos pode-se melhor destacar, num primeiro passo, algumas das contribuições — e também levantar algumas questões — referentes às aludidas determinações infra-estruturais.

1) É inevitável que, em se tratando da prática médica, a apreensão de suas determinações infra-estruturais, em termos de funções, recaia privilegiadamente — dado o objeto dessa prática — no estudo de sua contribuição para a reprodução da força de trabalho coletiva. A Autora detém-se, a respeito, sobretudo nos portadores individuais “efetivos” ou “ativos” da força de trabalho (pois há os portadores “potenciais” — dentre eles, principalmente crianças e mulheres “economicamente inativos”). As chamadas necessidades de atenção médica — necessidades de consumo, se focalizadas pela ótica dos trabalhadores e seus “dependentes” — correspondem às necessidades, ditadas pelo processo de acumulação de capital, de consumo quantitativa e qualitativamente variáveis de força de trabalho. Isso inclui tanto a manutenção ou recomposição ou restauração das forças de trabalho “individuais” “já produzidas” como a reprodução ou uma diversa e “superior” produção da diferenciação dessas forças de trabalho “individuais” em termos de distintos níveis de qualificação (pensada, no caso, em termos de trabalho simples e trabalho complexo). Tais formulações demandam desdobramentos:

a) A Autora, concebendo adequadamente a infra-estrutura do modo de produção capitalista pela sua substancialidade, vai além do elemento infra-estrutural atrás indicado, concernente ao “momento” da produção imediata. De fato, fiel à *Introdução de 1857* e leitora d’*O Capital* que não se deteve no Livro I deste, interessa-se pela produção e reprodução da força de trabalho envolvida não só na produção imediata — produção do valor, logo, produção da mais-valia — como na envolvida na circulação — realização do valor produzido, logo, realização da mais-valia. A infra-estrutura do modo de produção capitalista, em sua substancialidade, é, afinal, constituída por práticas sociais estruturadas de acumulação de capital através da produção e da realização da mais-valia;

b) Talvez por influência da bibliografia “especializada” que utiliza, a Autora, no que se refere à força de trabalho produtora de valor, como que indevidamente deixa de lado os produtores de mais-valia absoluta, para concentrar-se nos produtores de mais-valia relativa, restringindo desnecessariamente o campo de sua análise — procedimento este compreensível, porém, porque é mais flagrante e historicamente mais direta a conexão entre produtores de mais-valia relativa e “suas” necessidades de consumo de serviços de saúde em geral e de serviços médicos em particular. Demais, ao cuidar da produção de mais-valia relativa, atém-se — como sói acontecer — ao aumento da *produtividade* do trabalho, quando seria importante, sobretudo no seu caso, levar também em conta o aumento da *intensidade* do trabalho, conforme propõe Marx no capítulo “As Variações na Relação de Grandeza entre a Mais-Valia e o Valor da Força de Trabalho”, Livro I d’*O Capital*;

c) O problema da produção e reprodução da força de trabalho coletiva “ativa” no modo de produção capitalista não se restringe ao da força de trabalho envolvida “infra-estruturalmente” na produção e na realização da mais-valia. Dada a *universalidade da troca mercantil*, inerente a esse modo de produção, a força de trabalho, enquanto mercadoria, se configura em mais duas outras categorias de força de trabalho que mereceriam atenção: a) uma imbricada na infra-estrutura, constituída por assalariados que desempenham a função do *capital* (os chamados executivos e outros); b) outra imbricada na supra-estrutura, constituída por assalariados dos aparelhos repressivos de Estado e dos aparelhos ideológicos de Estado. A noção de *medicalização da sociedade* (só a expressão, mas não o significado, é de Ivan Illich), com a qual a esta altura a Autora procura dar conta apenas da força de trabalho como mercadoria, deveria, embora dando ênfase à força de trabalho envolvida na produção da mais-valia e secundariamente à envolvida na realização da mais-valia produzida, abranger também as duas outras categorias apontadas de força de trabalho levada ao mercado global de trabalho no modo de produção capitalista;

d) Referida por ora apenas aos portadores individuais da mercadoria força de trabalho “efetiva” ou “ativa”, a noção de *medicalização da sociedade* abrangeria, então: 1) trabalhadores produtivos, ou seja, produtores (diretos) da *mais-valia global*; 2) trabalhadores improdutivos, ou seja, trabalhadores não produtores da mais-valia global, cabendo distinguir, entre eles, duas categorias: a) os envolvidos “infra-estruturalmente” no processo de realização da mais-valia produzida (comerciários, por exemplo); e b) os assalariados dos aparelhos repressivos de Estado e dos apa-

relhos ideológicos de Estado que, como tais, contribuem para a produção e para a realização da mais-valia (e, portanto, para a acumulação do capital), através da produção e reprodução de condições “não-materiais” (supra-estruturais *dominantes*) necessárias à produção e à realização da mais-valia; 3) os portadores (assalariados) da função do capital.

2) Tomando-se as categorias de força de trabalho acima indicadas pelos números 2 e 3, e retendo apenas a dimensão econômica da prática médica, pode-se pensá-la como um dos itens dos custos improdutivos da reprodução do modo de produção capitalista. Trata-se de custos constituídos, no seu conjunto, por despesas *improdutivas* com a realização do valor e com o funcionamento dos aparelhos repressivos de Estado e dos aparelhos ideológicos de Estado (embora não de todos estes, necessariamente). Retiradas da mais-valia global, são despesas indispensáveis para a reprodução de condições “materiais” (infra-estruturais, mas não pertencentes à produção imediata) necessárias à realização da mais-valia global, e indispensáveis para a reprodução de condições “não-materiais” (supra-estruturais *dominantes*) necessárias tanto para a produção como para a realização da mais-valia global.

3) Pode-se encarar a partir dessas formulações a chamada racionalização dos serviços médicos e de saúde em geral (ou da medicalização da sociedade) — de que a medicina “comunitária” é uma das mais recentes tentativas. Tomando-se a incidência de tais serviços na força de trabalho, a racionalização visa à redução dos custos desses serviços, como mostra a Autora ao focalizar a força de trabalho envolvida na produção e na realização do valor, ou melhor, da mais-valia global. Pelo exposto acima, porém, o objetivo dessa racionalização, em termos de redução de custos, é mais abrangente do que a Autora evidencia, pois abrange: 1) redução dos custos da reprodução da força de trabalho produtiva; e 2) redução dos custos da reprodução das apontadas categorias de força de trabalho improdutiva mas necessária. No conjunto, essa racionalização objetiva a redução dos custos — produtivos e improdutivos — da reprodução do modo de produção capitalista, ou seja, objetiva favorecer a taxa de acumulação do capital.

V

Justamente por ter a Autora apreendido as determinações infra-estruturais da prática médica pelas funções desta, deixa uma

lacuna em sua tese, no que se refere a tais determinações: deixa de pensar a prática médica como *trabalho*. A questão básica que se põe, a respeito, é a de caracterizá-lo como *trabalho produtivo* ou como *trabalho improdutivo*. A primeira pista que pode ocorrer é a oferecida pelo chamado *Capítulo VI (inédito)* do Livro I d'*O Capital*, precisamente no item relativo à distinção entre trabalho produtivo e trabalho improdutivo. Lá está o ponto de partida fundamental: é produtivo, no modo de produção capitalista, o trabalho que produz mais-valia. Todavia, se se atenta ao conjunto d'*O Capital*, o desdobramento desta formulação, no referido capítulo, é ambígua, pois admite como mais-valia produzida o correspondente ao sobretrabalho (não pago) em qualquer empresa capitalista, seja esta inserida no “momento” da produção imediata ou não. Impõe-se, portanto, ir além daquele capítulo, cujos exemplos são prenhes da referida ambigüidade:

1) Tomando-se *O Capital* em conjunto, só é produtivo o trabalho produtor de mais-valia global, logo, apenas o envolvido no “momento” da produção imediata. Se se apegar àquele Capítulo, poder-se-ia dizer, simplesmente, que o trabalho médico é produtivo quando exercido numa empresa capitalista de serviços médicos, logo, quando há um sobretrabalho (não remunerado). Limitar a análise ao âmbito de *empresa* é permanecer numa abstração. E é a esse âmbito que está limitado o item sobre trabalho produtivo e improdutivo do *Capítulo VI*; e daí sua ambigüidade. Esta só desaparece quando se chega ao Livro III d'*O Capital*, especialmente aos capítulos “O Capital Comercial” e “O Lucro Comercial”, quando o âmbito da análise se desloca da *empresa* para o movimento do *capital social* como um todo.

2) Tendo em vista o problema da caracterização do trabalho médico, vale a pena atentar a algumas passagens desses capítulos: a) “entre ele (o comerciário) e os operários diretamente empregados pelo capital industrial (*L.P.*: fração do capital social utilizada na produção imediata) deve existir a mesma diferença que há entre este último e o capital mercantil, portanto, entre o capitalista industrial e o comerciante. Como o comerciante, enquanto simples agente da circulação, não produz nem valor nem mais-valia, é impossível que os trabalhadores do comércio que ele emprega nas mesmas funções lhe produzam, de maneira imediata, mais-valia”; b) “O capitalista comercial faz realizar em grande parte por seus empregados a função mesma graças à qual seu dinheiro é capital. Embora o trabalho não pago de seus delegados não crie mais-valia, este trabalho lhe permite, no entanto, a apropriação de mais-valia, o que, para este capital, dá no mes-

mo resultado: este trabalho não pago é, pois, fonte de lucro. Caso contrário, a empresa comercial não poderia jamais ser praticada em grande escala, nem de maneira capitalista"; c) "O que ele (trabalhador comercial) custa e o que ele traz para o capitalista (comercial) são grandezas diferentes. Ele lhe traz não porque ele crie diretamente mais-valia, mas porque ele contribui para diminuir os custos de realização da mais-valia, realizando trabalho em parte não pago"; d) "Para o capital industrial, os custos de circulação parecem ser, e são, custos. Para o comerciante, eles aparecem como a fonte de seu lucro, que é proporcional à sua grandeza, sob a condição de que se baseie na taxa geral de lucro. As despesas a fazer para os custos de circulação são, pois, para o capital comercial, um investimento produtivo. Da mesma forma, o trabalho comercial que ele compra é, para este capital, diretamente produtivo"; e) "O capital mercantil não cria, portanto, nem valor nem mais-valia, pelo menos não diretamente. Na medida em que ele contribui para abreviar o período de circulação, ele pode ajudar indiretamente para aumentar a mais-valia produzida pelo capitalista industrial... Enfim, na medida em que ele inclui como capital-dinheiro na esfera da circulação uma menor fração de capital, ele aumenta aquela que é diretamente utilizada na produção".

3) Ora, é algo parecido com as pistas constantes destas passagens — e não com a do *Capítulo VI* — que deveria comandar o encaminhamento da solução da questão de o trabalho médico ser produtivo ou improdutivo. Pondo-se as coisas como mera sugestão, provisória e esquemática, talvez se pudesse pensar o caráter produtivo ou improdutivo do trabalho médico *através do seu objeto*: a) quando esse objeto é constituído por portadores individuais ("efetivos" e "potenciais") de força de trabalho produtiva, o trabalho médico poderia ser pensado como *indiretamente* (através do objeto) *produtivo*, na medida em que contribui para a reposição (manutenção, recuperação) e reprodução da força de trabalho produtiva (sempre da mais-valia global); b) seria *improdutivo*, ainda que necessário, quando o objeto do trabalho médico é constituído por portadores individuais ("efetivos" e "potenciais") de força de trabalho improdutivo, embora necessária para a reprodução do modo de produção capitalista, conforme se apontou acima no item IV. Haveria, no entanto, que tornar esta segunda alternativa mais elaborada e talvez até parcialmente reformulada, levando-se em conta o já afirmado sobre a contribuição do trabalho médico para a redução dos custos improdutivos necessários à reprodução do modo de produção capitalista.

O estudo da conexão entre prática médica e força de trabalho é estratégico não apenas para o estudo das funções infra-estruturais da prática médica, mas também para o estudo das suas funções supra-estruturais. A respeito destas — e continuando a jogar com os elementos da teoria do modo de produção capitalista anteriormente propostos — destacam-se algumas das contribuições da Autora e algumas questões se colocam:

1) A força de trabalho possui um componente que a distingue de todas as demais mercadorias no modo de produção capitalista, ao qual Marx com frequência se refere como seu "elemento moral e histórico" e que constitui caso excelente a ser explorado contra quaisquer tentativas de reducionismo economicista no materialismo histórico. Deixando de lado outras acepções subordinadas, aquela frase indica que os portadores da força de trabalho são *agentes* históricos e não meros produtos. Como tais é que estão inseridos *economicamente* na *infra-estrutura* e também, como se viu, na *supra-estrutura* — pois esta, sem se confundir com a infra-estrutura, possui uma "economia", como se percebe quando se atenta aos custos de funcionamento dos aparelhos institucionais supra-estruturais, um dos itens de tais custos sendo constituído pela remuneração de trabalhadores assalariados. É essa inserção econômica, enquanto trabalhadores assalariados, que está na raiz de uma de suas atuações supra-estruturais, consistente na luta contra a redução do *valor* de sua força de trabalho e pela elevação desse valor. Em outras palavras, se o valor de toda e qualquer mercadoria no modo de produção capitalista é dado pelo tempo socialmente necessário para a sua produção, para o caso do *valor da força de trabalho* a mesma proposição é válida, com a ressalva de que o tempo socialmente necessário para a sua produção é *parcialmente* um efeito supra-estrutural (a supra-estrutura determinando parcialmente aquele valor), ou seja, produto de uma luta para a manutenção e melhoria da estrutura de *necessidades de consumo* dos trabalhadores assalariados. Tencialmente, trata-se de atuação supra-estrutural que, pela força mesma da supra-estrutura dominante, acaba por ser encampada subordinadamente, dentro de certos limites, pelas situações supra-estruturais das classes dominantes, mas nem por isso deixando de configurar uma situação supra-estrutural de classes dominadas — mantida, esta, salvo em conjunturas "extremas", como situação supra-estrutural (de classe) dominada e, por isso, impossibilitada de desenvolver toda a potencialidade que contém.

2) Assim sendo, a reprodução da força de trabalho assalariada implica, no modo de produção capitalista, como se tornou conhecimento corrente a partir do texto “*Idéologie et Appareils Idéologiques d’Etat*”, de Althusser, uma dimensão técnica (qualificação técnica) e uma dimensão ideológica consistente na inculcação da ideologia dominante. Esta inculcação não se faz, porém, apenas “imaterialmente”: faz-se, também, bem “materialmente”, através da *manipulação* pela supra-estrutura dominante — não sem luta prévia e continuada — da estrutura de necessidades de *consumo* dos trabalhadores assalariados, o que implica a manipulação do *quantum* consumido e, por consequência, a determinação parcialmente supra-estrutural do valor da força de trabalho enquanto mercadoria.

3) Revelam-se, assim, as funções supra-estruturais (e não apenas infra-estruturais) daquele *consumo* de assalariados: sua manipulação — ainda que movida por pressões “de baixo” — consiste num dos mecanismos de atuação da região jurídico-política da supra-estrutura dominante, através dos quais se processa a “suavização” do “dilaceramento” do modo de produção capitalista — inerente tanto à infra-estrutura como à supra-estrutura (neste caso, “suavização” através da busca de “sufocamento” da supra-estrutura dominada pela supra-estrutura dominante). Tal manipulação do consumo dos assalariados está bem conforme ao inculcamento do conjunto da ideologia jurídico-política: os assalariados, *enquanto portadores dessa ideologia*, se concebem e atuam enquanto indivíduos participantes, não de *classes*, mas de *estratos* hierarquizados gradualisticamente segundo o montante de seus rendimentos, vivendo uma desigualdade entre iguais: o conjunto ou subconjunto ideológico centrado na concepção da mobilidade ascendente aberta a todos está aí para evidenciar essa desigualdade na igualdade dos “indivíduos-cidadãos”.

4) A eficácia da supra-estrutura dominante, em particular da sua região jurídico-política — através da manipulação do consumo — ultrapassa a força de trabalho “efetiva” ou “ativa” nas atividades produtivas e nas atividades improdutivas, mas necessárias, implicadas na reprodução ampliada do modo de produção capitalista. A manipulação se faz em termos de garantia de um consumo mínimo (efetivo ou *prometido*) — um de cujos itens sendo constituído pelo consumo de serviços médicos e de saúde em geral — não para *trabalhadores assalariados*, mas para todos os “*indivíduos-cidadãos*”, categoria esta que oculta a primeira, ao mesmo tempo que a ultrapassa por sua maior abrangência. O mínimo de consumo de serviços médicos e de saúde em geral é, assim, erigido em “direito social” de todos os “indi-

víduos-cidadãos”, e tem na noção de *medicalização da sociedade* a sua contrapartida: esta medicalização universal como atendimento (efetivo ou prometido) daquele direito universal. A menos que se incorra no reducionismo economicista, a medicalização da sociedade tem que ser retida em sua dupla determinação — infra-estrutural e supra-estrutural — cabendo-se pensar no peso diferencial de uma ou outra conforme os contingentes populacionais da formação social que reproduz o modo de produção capitalista. Tais contingentes podem ser esquematicamente diferenciados pelo critério consistente na sua participação — “efetiva” ou “potencial” (caso dos descendentes “inativos”, por exemplo) — no processo *capitalista* de acumulação de capital: a) portadores individuais de força de trabalho produtiva e improdutiva (mas necessária) inseridos de maneira *direta* na produção e reprodução de condições infra-estruturais e supra-estruturais da acumulação de capital; b) portadores individuais de força de trabalho não inseridos diretamente na acumulação de capital, porém produzindo e reproduzindo condições materiais e não-materiais *não capitalistas*, mas necessárias à acumulação de capital numa dada formação social capitalista e, portanto, portadores individuais de força de trabalho *indiretamente* inseridos neste processo (por exemplo, produtores simples de mercadorias, parceiros agrícolas, trabalhadores “manuais” citadinos “autônomos”, profissionais “liberais” e muitos outros mais); c) portadores individuais de força de trabalho *nem indiretamente* inseridos no processo de acumulação de capital (trabalhadores em economia de subsistência sem produção de excedente lançado no mercado, por exemplo).

VII

A identificação acima, ainda que esquemática, de distintas categorias de portadores individuais “efetivos” ou “potenciais” de força de trabalho numa formação social capitalista, recobertas pela indistinção dos agentes como “indivíduos-cidadãos”, chama a atenção para parcelas de contingentes populacionais envolvidos nas categorias b e c, parcelas essas que costumeiramente vêm sendo indicadas pela expressão *populações marginais*. Tal fato remete a uma formulação importante da Autora: a *medicina comunitária* como modalidade de realização de serviços de saúde para as *populações marginais*, modalidade essa proposta como tentativa de redução, por racionalização daqueles serviços, dos custos da

chamada medicalização da sociedade. Esta formulação merece algumas considerações:

1) A Autora faz uso acrítico da expressão *populações marginais*. Toda uma vasta produção intelectual sobre os contingentes populacionais indicados por esta expressão consiste numa tentativa para dar estatuto de cientificidade ao que tudo indica ser uma noção ideológica: tarefa impossível, pois se acaba, sempre, construindo uma outra modalidade da mesma noção (ideológica). Outra linha de produção intelectual sobre os mesmos contingentes populacionais acaba numa proposta que talvez seja simplista: a identificação pura e simples desses contingentes como exército industrial de reserva. Esta proposta apóia-se no item “A Produção Crescente de uma Superpopulação Relativa ou de um Exército Industrial de Reserva” do capítulo “A Lei Geral da Acumulação Capitalista”, Livro I d’*O Capital*. A mencionada proposta funda-se numa possível leitura do texto constituído por aquele item, que leva a tomar como sinônimos *exército industrial de reserva* e *superpopulação relativa*, sendo de ressaltar que Marx aponta diferentes formas desta: “Além das grandes alterações periódicas que, desde que o ciclo industrial passa de uma de suas fases à outra, afetam o aspecto geral da superpopulação relativa, esta apresenta sempre nuances variadas ao infinito. Contudo, distingue-se logo, nela, algumas grandes categorias, algumas diferenças de forma fortemente pronunciadas: a forma flutuante, a latente e a estagnante.” Uma outra leitura do mesmo texto também é possível, menos apegada ao seu título: considerar o *exército industrial de reserva* num sentido estrito e, assim, como *componente da superpopulação relativa* de uma formação social capitalista. É na linha desta segunda leitura — e se inspirando na indicação de distintas formas da superpopulação relativa — que talvez se pudesse melhor dar conta dos contingentes populacionais indicados pela expressão “populações marginais”.

2) Ao falar de *medicina comunitária* — tal como vem sendo socialmente proposta — a Autora deixa escapar uma excelente oportunidade de fechar a demonstração das determinações supra-estruturais da prática médica e dos serviços de saúde em geral, explorando, desse ângulo, o tema que foi o “pretexto” da sua tese. De fato, o adjetivo *comunitária* remete à noção de *comunidade*. Se se tomar os clássicos da sociologia acadêmica, nota-se que a sua utilização dessa noção procura ocultar distintos modos de produção identificados pelo materialismo histórico e aos quais é inerente a propriedade privada dos meios de produção e, portanto, “dilacerados” internamente. Ora, a noção de *comunidade*, cujo eixo está na *coesão*, oculta, assim, esse “dilaceramento”. Ainda que reelaborada pelos sociólogos posteriores como agregado

humano ocupante de um *locus* espacial delimitado, a noção de comunidade, mesmo quando aplicada a sociedades “modernas” ou a segmentos dela, continua a apelar ao *coletivo*, à *coesão*; e, dessa maneira, continua a ocultar o “dilaceramento” (contradições) inerente às formações que reproduzem o modo de produção capitalista. Trata-se, pois, no caso, de uma noção na qual se particulariza a dimensão ideológica da região jurídico-política da supra-estrutura dominante desse modo de produção e que, através da prática da *medicina comunitária*, procura encarnar-se em aparelhos institucionais que lhe correspondam. Caso contrário, aventado como mera possibilidade histórica: a medicina comunitária como subconjunto da dimensão ideológica da supra-estrutura dominada do modo de produção capitalista. A Autora trabalha, porém, com a medicina comunitária *proposta* e não com a medicina comunitária como uma possibilidade a emergir “de baixo”...

VIII

Restaria por colocar uma questão — fundamental para a teoria do modo de produção capitalista — que perpassa todo o conjunto de considerações até então feitas. Melhor será, antes, encaminhá-la através de algumas considerações específicas, poucas mas suficientes para essa finalidade: a) Quando se toma a força de trabalho como mercadoria, a sua especificidade dentre todas as outras no modo de produção capitalista não reside apenas no seu “elemento moral e histórico”. Reside no fato de que as condições capitalistas de produção — infra-estruturais e supra-estruturais — ditam as condições de sua produção, mas a sua produção mesma não é capitalista. (Não se pense apenas, neste caso, na geração biológica do portador individual da força de trabalho). Embora penetrada pelo capitalismo, sobretudo através do consumo de certos bens e serviços produzidos “capitalisticamente”, sua produção mesma continua a ser pesadamente “doméstica” (no sentido de caseira); b) Lembrem-se, em seguida, considerações precedentes sobre categorias de portadores individuais de força de trabalho recobertas pela noção de “indivíduos-cidadãos” mas que se inserem apenas indiretamente no processo *capitalista* de acumulação de capital ou nele não se inserem nem indiretamente; c) Retenham-se, também, considerações desenvolvidas sobre as chamadas populações marginais; d) Finalmente, para completar esta lista ilustrativa, tome-se a própria prática médica em suas múltiplas modalidades, correspondentes tais modalidades, de maneira pre-

ponderante, a relações de produção não-capitalistas, como melhor se pode constatar na obra de Maria Cecília Ferro Donnangelo, *Medicina e Sociedade: o Médico e seu Mercado de Trabalho*. Ainda que apenas exemplificativas, essas considerações remetem a uma questão básica para a construção da teoria do modo de produção capitalista:

1) É defensável admitir-se no materialismo histórico a distinção entre dois níveis teóricos — um comandado pelo conceito de modo de produção e outro comandado pelo conceito de formação social? A pergunta persiste mesmo quando não se pense formação social na estrita definição “althusseriana” — combinação de vários modos de produção articulados pela dominância de um deles (por exemplo, é capitalista uma formação social em que o modo de produção capitalista é dominante sobre outros nela existentes e a ele articulados subordinadamente) — mas se a pense como reprodução de um modo de produção que subordina outras relações (e não necessariamente outros modos) de produção distintas da relação de produção que caracteriza aquele modo dominante, por exemplo, o capitalista.

2) Se se aceita, como se propôs, que “as formações sociais não são simples ‘concretizações’ de modo de produção que *existiria*, no sentido forte da expressão, no abstrato ‘previamente’: a diferenciação entre *modo de produção* e *formações sociais* não designa *lugares de existência diferentes*, conforme uma analogia topográfica. As formações sociais não são, pois, a *espacialização* de modos de produção existentes como tais” (Poulantzas), a distinção de dois níveis teóricos no materialismo histórico não seria correspondente à distinção, aqui afastada, entre objeto abstrato-formal (modo de produção) e objeto real-concreto (formação social)? Note-se que a questão da distinção entre aqueles *dois níveis teóricos* não é a mesma envolvida na distinção entre *dois trabalhos teóricos*, um deles consistente na construção da teoria do modo de produção capitalista e outro consistente no conhecimento de uma específica formação social capitalista. Como construir a teoria do modo de produção capitalista e operar com ela no conhecimento de específicas formações sociais capitalistas, sem admitir aqueles dois níveis teóricos e sem perder os elementos dessa teoria aqui propostos?

3) O conceito de modo de produção supõe apenas um “espaço” homogêneo? Por exemplo, o conceito de modo de produção capitalista só dá conta da infra-estrutura e da supra-estrutura “puramente” capitalistas e como tais, em sua “pureza”, entre si articuladas? As considerações ilustrativas anteriores foram trazidas para se enfatizar “impurezas” não-capitalistas. Não apontam

elas para uma linha de construção da teoria do modo de produção capitalista que prescindia da distinção entre aqueles dois níveis teóricos no materialismo histórico?

4) Como? Talvez trazendo, para dentro dessa teoria, o “impuro”, o não capitalista, tomando-o como constitutivo do modo de produção capitalista, não mais sendo este concebido como um “espaço” homogêneo. Neste caso, a teoria do modo de produção capitalista teria que incorporar o não-capitalismo nele imbricado de maneira *subordinada e necessária* ao capitalismo. Rosa Luxemburg (*Acumulação do Capital*, especialmente Parte III: “As Condições Históricas da Acumulação”), ao distinguir, no capitalismo, o “meio interno” do “meio externo” (este não-capitalista), ambos se determinando reciprocamente, se propôs a tarefa que acaba de ser sugerida. Sem entrar no mérito de seus conceitos (ou esboços de conceitos) de meio interno e de meio externo e na sua tese da inviabilidade da realização de toda a mais-valia produzida contando-se apenas com o meio interno, o certo é que esta tese traz, à sua maneira, para dentro da teoria do modo de produção capitalista o não-capitalismo necessário ao capitalismo. Sem propor o apego às formulações substantivas de Rosa Luxemburg, em face da questão levantada — básica para a teoria do modo de produção capitalista — talvez se encontre no procedimento dela indicação de uma via fecunda a explorar.

IX

Parece ser impossível deixar de adotar esse procedimento, sobretudo quando se chega ao núcleo da teoria do modo de produção capitalista: a *dinâmica* deste, ou seja, a sua reprodução ampliada. Não há, mesmo, como pensar o modo de produção capitalista a não ser por essa ótica, adotada por todos os clássicos do materialismo histórico (Marx, certamente, mas também Lênin, Rosa Luxemburg, Bukárin...). A respeito, e em conexão com a questão levantada no item precedente e com a sugestão nele proposta, alguns detalhes são esclarecedores:

1) Retendo apenas aspectos infra-estruturais (sobretudo os relativos ao “momento” da produção imediata) da dinâmica do modo de produção capitalista (e não aspectos supra-estruturais desta), pode-se analiticamente distinguir, nesse modo de produção, uma *dinâmica intensiva* e uma *dinâmica extensiva* — esta subordinada àquela, mas sendo condição necessária da mesma.

A famosa formulação de Lênin: “o imperialismo é a fase monopolista do capitalismo” concentra ambas as dinâmicas: “imperialismo” remete à dinâmica extensiva e “fase monopolista” remete à dinâmica intensiva. Quanto a esta, dentre tantos e tantos textos selecionáveis de Marx, tome-se o já aproveitado capítulo “A Lei Geral da Acumulação Capitalista”, que recai enfaticamente na *intensividade* da reprodução ampliada do modo de produção capitalista: a) “Cada um dos capitais individuais de que se compõe o capital social representa desde o início uma certa *concentração*, nas mãos de um capitalista, de meios de produção e de meios de manutenção do trabalho, e, à medida que ele se acumula, esta concentração se estende. Aumentando os elementos reprodutivos da riqueza, a acumulação opera, portanto, ao mesmo tempo, sua concentração nas mãos de empreendedores privados... O capital social, repartido entre as diferentes esferas de produção, aí reveste a forma de uma multiplicidade de capitais individuais que, uns ao lado de outros, percorrem seu movimento de acumulação, isto é, de reprodução numa escala progressiva”; b) “A um certo ponto do progresso econômico, este parcelamento do capital social numa multiplicidade de capitais individuais, ou o movimento de repulsão de suas partes integrantes, vem a ser contrariado pelo movimento oposto de sua atração mútua. Não é mais a concentração que se confunde com a acumulação, mas, antes, um processo radicalmente distinto: é a atração que reúne diferentes ‘sedes’ de acumulação e de concentração, a concentração de capitais já formados, a fusão de um número superior de capitais em um número menor, numa palavra, a *centralização* propriamente dita”. Trata-se de passagens que: a) cuidam da reprodução ampliada do modo de produção capitalista em termos do processo de acumulação do capital, enfatizando a intensividade dessa reprodução, ou seja, a dinâmica intensiva do modo de produção capitalista; b) na linha dessa ênfase, tais passagens apontam para duas fases da reprodução ampliada do modo de produção capitalista que, por duas designações mesmas — concorrencial e monopolista — remetem diretamente à *dinâmica intensiva* desse modo de produção.

2) A *dinâmica extensiva* do modo de produção capitalista remete diretamente ao *âmbito* (não apenas no sentido ecológico) de sua realização. Se concentração e centralização são mecanismos da dinâmica intensiva, caberia distinguir mecanismos da dinâmica extensiva. Esquemáticamente, a extensividade da reprodução ampliada do modo de produção capitalista implica mecanismos *principais* e mecanismos *secundários*. (Ê acentuada a marca, neste ponto, de Bettelheim, “Remarques Théoriques”, em

Emmanuel, *L'Echange Inégal*, Maspero). Os mecanismos principais consistem em: a) instauração de relações sociais de produção capitalistas em “espaços virgens” (“espaços” não necessariamente geográficos, é claro), ou seja, em “vazios econômicos”; b) destruição ou dissolução de relações sociais de produção não-capitalistas previamente existentes e sua substituição por relações sociais de produção capitalistas. Os mecanismos secundários consistem em: a) manutenção ou preservação, logo, reprodução de relações sociais de produção não-capitalistas previamente existentes, mas articulando-as subordinadamente às relações sociais de produção capitalistas (por exemplo, parceria agrícola, economia de subsistência produtora de excedente lançado no mercado, profissões “liberais”, trabalhos “manuais” citadinos “autônomos”, produção simples de mercadorias, etc.); b) instauração (e conseqüente reprodução) de relações sociais de produção não-capitalistas, já historicamente preexistentes em outros “espaços” ou de outras historicamente “novas” ou “originais”, seja em “espaços vazios”, seja nos “espaços velhos” não-capitalistas dissolvidos, mas sempre instauração (e reprodução) de tais relações sociais de produção não-capitalistas articuladas subordinadamente às relações sociais de produção capitalistas. Tais relações sociais de produção não-capitalistas mantidas (preservadas) ou instauradas podem ou não configurar modos de produção não-capitalistas: *sim*, se possuírem uma autonomia mínima que lhes permita ter uma dinâmica própria, embora secundária e dependente porque subordinada à dinâmica da produção capitalista; *não*, se lhes faltar essa condição de reprodução minimamente própria, embora secundária e dependente porque subordinada.

3) A preservação de “prévias” relações sociais de produção não-capitalistas e a instauração de “novas” relações sociais de produção não-capitalistas pela dinâmica extensiva (a extensividade da reprodução ampliada) do modo de produção capitalista são, ao mesmo tempo, produto e condição de existência da dinâmica intensiva — se se quiser acentuar, por restrição da formulação, são produto e condição da acumulação do capital. Em outras palavras, o não-capitalismo como necessário e articulado subordinadamente ao capitalismo.

4) Logo, o não-capitalismo terá que ser trazido para dentro da teoria do modo de produção capitalista. Mas, como tarefa teórica, está-se distante da chamada “teoria da articulação dos modos de produção” com que alguns autores de inspiração “althusseriana” (dentre eles, P.-Ph. Rey, *Les Alliances de Classes*, Maspero) procuram captar teoricamente o não-capitalismo, como um ou mais modos de produção, *articulado* ao modo de

produção capitalista nas formações sociais capitalistas. A questão não é para ser posta como construção de uma “teoria da articulação” de modos de produção não-capitalistas ao modo de produção capitalista — com o que se mantém a referida distinção entre *dois níveis teóricos* — mas, sim, tomar o não-capitalismo como elemento a ser teoricamente incorporado na teoria do modo de produção capitalista, e sem o que esta não pode dar conta da dinâmica ou reprodução ampliada (intensiva e extensiva) desse modo de produção. E, dessa maneira, a aludida distinção entre dois níveis teóricos se torna prescindível porque impertinente.

5) Assim retida a dinâmica do modo de produção capitalista, este nunca aparece como modo de produção que consistisse num “espaço” homogêneo. Retida apenas a sua infra-estrutura e, nesta, apenas o “momento” da produção imediata, a produção no modo de produção capitalista é dominantemente e nunca “homogeneamente” capitalista, na medida em que dela participam necessariamente, embora subordinadamente, relações sociais de produção não-capitalistas. (Quanto a isso, lembre-se, a guisa de simples ilustração, o que se afirmou a respeito do caráter predominantemente não-capitalista da produção da força de trabalho no modo de produção capitalista).

6) Tais formulações parecem válidas — como elementos da teoria do modo de produção capitalista que são — independentemente de a reprodução desse modo de produção ser apreendida no âmbito de uma formação social (“nacional” em geral) ou num âmbito mais abrangente. Neste último caso, poder-se-ia tomar, como extremo, o chamado capitalismo “mundial” — ao que tende, de fato, a dinâmica extensiva desse modo de produção. (A questão não é irrelevante para o estudo dos serviços de saúde no modo de produção capitalista, bastando lembrar, quanto a isso, as organizações internacionais direta ou indiretamente vinculadas a esses serviços). No caso extremo do capitalismo “mundial” (extremo quanto ao critério consistente no âmbito de sua realização), continuando-se a ater ao “momento” da produção imediata, este aparece disperso geograficamente e suas “partes” conectadas pela circulação: “O exemplo do mercado de mercadorias nos mostra que, por trás das relações de mercado, se escondem as relações de produção. Toda ligação no processo de troca entre os produtores supõe que os trabalhos privados destes tenham sido já totalizados no conjunto do trabalho social. Assim sendo, por trás da troca há a produção; por trás das relações de troca, as relações de produção; por trás das relações de coisas-mercadorias, as relações de pessoas que as produzem. Se a ligação no processo de troca não tem caráter acidental, é porque

estamos em face de um sistema estável de relações de produção que forma a estrutura econômica de uma sociedade dada. Daí que podemos definir a economia mundial como um *sistema de relações de produção e de relações de troca correspondentes abrangendo a totalidade do mundo*” (Bukárin, *A Economia Mundial e o Imperialismo*). A dinâmica do modo de produção capitalista — retida em sua extensividade — faz com que a reprodução ampliada desse modo venha a constituir um *complexo capitalista* de formações sociais. Estas não precisam, conforme a argumentação exposta, ser *todas* necessariamente capitalistas, embora tendam a isso. E, ainda assim, quando tal tendência configura historicamente aquele *complexo capitalista* de formações sociais como complexo de *formações sociais capitalistas*, continua o não-capitalismo a ser reposto (por preservação e por instauração, sempre subordinadas, de relações sociais de produção não-capitalistas) como condição de existência do capitalismo; ou seja, tal reposição de relações sociais de produção não capitalistas prossegue como constitutiva da dinâmica ou reprodução ampliada do modo de produção capitalista — elemento que não pode deixar de ser incorporado pela teoria do modo de produção capitalista.

X

Esse elemento encontra apoio em muitas das formulações da tese de livre-docência de Maria Cecília Ferro Donnangelo, *Medicina e Estrutura Social (O Campo de Emergência da Medicina Comunitária)* e na sua tese de doutoramento, *Medicina e Sociedade: o Médico e seu Mercado de Trabalho*, porquanto em ambas, tomadas em conjunto, se estuda, afinal, o trabalho médico e a prática médica ou os serviços de saúde em geral em termos de sua contribuição para a reprodução do modo de produção capitalista. Esse estudo, no entanto, pelo que se pode entrever nos textos da Autora, implica o recurso a uma teoria do modo de produção capitalista que prescinde da distinção entre os *dois níveis teóricos*, reiteradamente aludidos no materialismo histórico. A diferença entre essas obras não pode, portanto, ser posta em termos de a primeira delas situar-se no nível teórico comandado pelo conceito de modo de produção e a segunda, no nível teórico comandado pelo conceito de formação social. Pode-se, sim, afirmar que se trata de *dois trabalhos teóricos distintos* que não apelam a *dois níveis teóricos* como inerentes ao materialismo histórico: o primeiro trabalho consiste na tentativa de cons-

trução do objeto da área de estudos que academicamente se denomina sociologia da saúde; o segundo consiste numa *análise concreta* do trabalho médico na formação social capitalista brasileira contemporânea. Tanto um como outro trabalho oferecem, porém, valiosas contribuições que ultrapassam os seus limites temáticos, na medida em que, implicitamente, jogam com uma teoria "não acabada" do modo de produção capitalista e, com isso, chegam a fornecer importantes indicações de elementos a serem incorporados nessa teoria e, sobretudo, acabam por desafiar o leitor para que rastreie os elementos teóricos utilizados e não explicitados pela Autora. Todas as considerações aqui apresentadas resultam da aceitação desse desafio. Na medida em que não contrariarem as formulações da Autora ou, mais ainda, na medida em que encontrem apoio também nessas formulações, tais considerações se constituem em complemento de um trabalho que estabeleceu balizas fundamentais para que a prática médica e os serviços de saúde em geral possam ser pensados e mais e melhor estudados no campo do materialismo histórico e, mais concretamente, no campo histórico demarcado pelo modo de produção capitalista.

Agosto de 1976

Este livro foi impresso pela



SÍMBOLO S.A. INDÚSTRIAS GRÁFICAS
Rua General Flores, 518 522 525
Telefone 221 5833
São Paulo

Com filmes fornecidos pela editora

